



# VNiVERSiDAD D SALAMANCA

Trabajo Fin de Grado en Sociología

## **LAS ALIANZAS PÚBLICO-PRIVADAS EN SANIDAD REVISIÓN DEL MODELO ALZIRA**

Carmen García Calvo

Agustín Enrique Ferraro Cibelli

## INDICE

INDICE .....	2
INTRODUCCIÓN .....	3
SOCIEDAD PLURAL Y CAMBIOS EN LA GOBERNANZA .....	4
LAS REFORMAS EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA: EL NUEVO GERENCIALISMO .....	6
LAS ALIANZAS PÚBLICO PRIVADAS EN EL SECTOR SANITARIO Y LA EXPERIENCIA EN EUROPA, NUEVA ZELANDA Y CANADÁ .....	10
Suecia .....	11
Nueva Zelanda .....	12
Canadá .....	13
Reino Unido .....	13
EL PARTENARIADO PÚBLICO-PRIVADO EN ESPAÑA .....	15
EL MODELO ALZIRA .....	16
EL DEBATE .....	19
CONSIDERACIONES TEÓRICAS .....	21
INDICADORES ECONÓMICOS .....	22
RESULTADOS EN SALUD Y RECURSOS HUMANOS .....	26
UN NUEVO CONTRATO SOCIAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD .....	29
REFERENCIAS .....	33

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende abordar la cuestión, tan en boga actualmente, de la alianza público-privada en la producción de infraestructuras y gestión de servicios públicos. Más específicamente, me centraré en la modalidad de concesión administrativa en el sector sanitario, evaluando el llamado Modelo Alzira, por ser pionera en la gestión privada de un servicio sanitario público en Europa.

Esta incursión de prácticas neo-gerencialistas en un servicio tan básico y esencial del Estado de Bienestar ha generado numerosas protestas, tanto ciudadanas como de profesionales sanitarios y analistas. Es por ello que me ha parecido conveniente su profundización y análisis, al tratarse de una cuestión muy ideologizada.

En primer lugar se revisará los cambios en la gobernanza y la manera de afrontar la ejecución de políticas públicas para seguir con la Nueva Gestión Pública (NGP). Seguidamente se expondrá un resumen de las reformas sanitarias en el marco neogerencialista en Nueva Zelanda, Canadá, Suecia y Gran Bretaña, esta última con amplia experiencia en las concesiones por obra o *private finance initiative* (PFI).

Posteriormente se revisará el historial de las alianzas público-privadas en España, y el marco normativo e institucional sobre el que se apoya.

Describiré el modelo Alzira de gestión sanitaria de la Comunidad Valenciana, primero señalando los cambios legales graduales que hicieron posible su aparición, y luego explicando sus pilares básicos y especificidades contractuales entre la Generalitat y la empresa concesionaria.

El siguiente apartado expondrá el debate teórico de la concesión tanto en gestión de obra (PFI) como en gestión sanitaria, a través de unas primeras consideraciones teóricas, revisando los resultados e indicadores económicos, los resultados en salud y las protestas y plataformas ciudadanas y profesionales en contra.

Por último, como defensa de la sanidad enteramente pública, sintetizaré los puntos clave de reforma del Sistema Nacional de Salud así como la necesidad de impulsar un nuevo contrato social en sanidad, con el compromiso de todos los actores.

## SOCIEDAD PLURAL Y CAMBIOS EN LA GOBERNANZA

La gobernanza reflota con fuerza en los 90's de la mano de las grandes instituciones internacionales como el Banco Mundial, a través de los indicadores de la "gobernanza mundial", o de la OCDE rebautizándolo como el "conjunto de interacciones formales e informales que sustentan la acción de decisiones colectivas" (Ruano, 2010:301). Según Hufty, esta apropiación del concepto de gobernanza por las instancias supranacionales lo transformó en una herramienta de cambio de sociedades desdibujando su funcionalidad analítica clásica. Se usa como excusa de lo que debe ser y no de lo que es (2010).

En el ámbito académico la gobernanza se vuelve un término versátil que, como un paraguas, engloba de forma desordenada diversas prácticas de gobierno formal e informal (nueva gobernanza, gobernanza pública, co-gobernanza, e-gobernanza, gobernanza reticular, etc.).

Sin embargo y como señala José María Ruano (2010) esta diversidad conceptual mantiene un punto en común: la referencia al cambio en la manera de hacer políticas, que requiere de una participación activa del gobierno en conjunción con el resto de actores sociales, en una coyuntura histórica caracterizada por la fragmentación y la incertidumbre. Y es que la incertidumbre es uno de los fenómenos más estudiados en las ciencias sociales en la segunda mitad del siglo XX.

En la Sociología, Beck lo inserta en el contexto de la Sociedad del riesgo, como un hijo lógico pues "la reflexividad e incontrolabilidad del desarrollo social invaden las subregiones individuales, rompiendo jurisdicciones y fronteras regionales o nacionales, límites específicos de clase, políticos o científicos" (Beck, 2008:25).

El retorno de la incertidumbre sería que "cada vez más conflictos sociales dejan de ser tratados como problemas de orden y son tratados como problemas de riesgo" (Beck, 2008:23), y el riesgo se caracteriza por no poseer soluciones inequívocas y los expertos se contradicen desde sus parcelas de racionalidad específica. Mientras que los gobiernos, acostumbrados a transformar los problemas en situaciones controlables y medibles por la racionalidad instrumental, ahora se enfrentan, de forma ciega y confusa,

a los cambios sociales que requieren de negociaciones y participación de muchos más actores sociales.

Para Bauman, el control de la incertidumbre requiere “el reconocimiento de la ambivalencia”. Y es que, la ambivalencia es el pan de cada día en las sociedades post-industriales o líquidas y la incertidumbre será el precio a pagar (individualmente) por la instauración del orden globalizador mundial en el que “las pautas y configuraciones ya no están determinadas, y no resultan auto-evidentes, hay demasiadas y chocan entre sí y sus mandatos se contradicen” (Bauman, 2002:13).

Volviendo a la gobernanza, la Ciencia Política converge con la Sociología con el nuevo carácter plural de la sociedad, que conforma una nebulosa de intereses contradictorios se torna cada vez más difícil para los gobiernos afrontar las demandas, siguiendo a Mayntz (Ruano, 2010:302).

Le Galés, que sitúa directamente a la coordinación entre los actores como el proceso clave de la gobernanza, señala los tres problemas que han alterado la formulación de políticas públicas (Ruano, 2010):

- a) Se ha de hacer frente a universos informativos múltiples cada vez más heterogéneos.
- b) La acumulación de diversas actividades en el entorno organizativo, imposibilita la contextualización del entorno en el clásico binomio público-privado, debiéndose hablarse de gobernanza a múltiples niveles.
- c) Cada vez es más difícil articular la “política electoral” con la política de la resolución de “problemas públicos”, relajándose la relación entre las exigencias de la primera y el enfrentamiento real y prometido en la segunda.

La acción no se reduce sólo a una élite política centralizada sino a distintas formas de coordinación multinivel entre una multitud de actores, que dependerá a su vez de la correlación de los actores públicos y privados para su representación y defensa de intereses. Los espacios políticos globales vendrían a representar “la tendencia a la ruptura entre la esfera de las políticas públicas y la esfera de la representación política, lo que implica una mayor opacidad e incertidumbre en los sistemas de representación de intereses”(Ruano, 2010:303), opacidad que, como se verá más adelante, jugará un papel central a la hora de valorar y evaluar las alianzas público-privadas.

Lo importante a señalar es que la teoría de la gobernanza revoca la unidireccionalidad de las políticas públicas entre necesidades de la sociedad y gobierno solventador, remarcándose, por otro lado, las tensiones e intereses y sus mutuas interdependencias.

Rompiendo así el rígido sistema teórico tradicional, deberíamos hablar de redes para ejemplificar el proceso de gestión inter-organizativo que se gesta actualmente, y la dependencia recíproca entre actores.

Si bien la teoría de redes es tratada desde diversos campos y metodologías, el común denominador es la pérdida de importancia práctica de las jerarquías, diluidas o descafeinadas por la imposición de redes horizontales entre Estado y mercado.

### *LAS REFORMAS EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA: EL NUEVO GERENCIALISMO*

La cuestión y necesidad de la reforma administrativa es un tema recurrente en las últimas tres décadas, en parte porque la tan nombrada globalización ha supeditado las acciones estatales a las instancias internacionales o supranacionales, la intrusión de las empresas multinacionales en el quehacer de los gobiernos o por la interdependencia económica entre los países.

El Estado y la Administración han perdido su legitimidad, que sólo se considera ya en función de sus resultados “lo que da lugar a que se planteen frente a ellos las demandas de eficacia y eficiencia cuya mención ya se ha convertido en un auténtico tópico” (Baena, 1995:33).

Nos encontramos ante una nueva dialéctica, olvidando la tradicional oposición entre autoridad y libertad, para configurar el binomio autoridad y prestación de servicios. Consecuentemente el término de ciudadano se asocia al de cliente en una administración que requiere modernizarse ante los nuevos retos de una sociedad en continuo cambio, que situaría nuestra sociedad actual en una fase de desarrollo en la que los riesgos sociales, políticos, económicos e individuales tienden a escapar cada vez más de las instituciones de control y protección de la sociedad industrial (Beck, 2008).

Si como bien explicó Richard Sennet en *La Nueva Cultura del Capitalismo* (2006), la burocracia del siglo XIX y parte del XX tenía como fin el engrose jerárquico de las filas en nombre de una pacificación social, modelo de organización institucional que como advirtió Weber se encontraba basado en una racionalidad militar que se traspasaría luego a la empresa y al resto de la sociedad, ahora nos encontramos en una inversión histórica, donde la liberalización del capital ha fomentado una nueva cultura empresarial que ha ido impregnando, gradualmente, los discursos de autoridades políticas, independientemente del signo político, bajo el nombre, entre otros, de modernización.

El conjunto de críticas, correcciones e impulsos que se le pretenden inculcar a la administración del Estado, pueden cristalizarse en dos corrientes teóricas: la Nueva Gerencia Pública o *New Public Management* y el Neo-weberianismo. Si bien este último, propio de países europeos, se le ha concedido poco eco, la Nueva Gerencia Pública, con gran arraigo en países anglosajones, se ha erigido como una alternativa dominante y cuasi-exclusiva.

Las bases del Nuevo Gerencialismo hemos de situarlas en la Escuela de Chicago, nutrida de académicos afines a la economía política neoclásica, liderados por Milton Friedman, el contrarreformista del Keynesianismo. Una analogía muy aguda y funcional para sintetizar los enfrentamientos teóricos en el campo económico de la época, la proporciona Paul Krugman, quien considera la historia de la economía del siglo XX a lo que era el cristianismo del siglo XVI, dominada por la economía de libre mercado en la que “de vez en cuando surgía alguna herejía, pero siempre era reprimida” (Krugman,2007:10) hasta que apareció Keynes con su *Teoría general del empleo, el interés y el dinero* en 1936, haciendo de Martín Lutero y Friedman surgió en defensa de su ortodoxia de mercado actuando como San Ignacio de Loyola.

Pero sería su acierto en las predicciones de la inflación y el desempleo en 1973 en la economía estadounidense, (la stagflation como más tarde bautizaría Paul Samuelson), lo que lo convertiría en el adalid de la economía de derechas. Friedman y sus compañeros promovieron la reducción de la acción estatal en la ineficiente provisión de servicios públicos, los cuales debían dejarse en manos de iniciativas privadas pues eran los que de verdad hacían crecer la economía, además los ciudadanos-consumidores, como homo Economicus, para racionalizar todas sus preferencias, deben de contar con la máxima libertad de elección y el Estado la limita.

El dilema de la época aparece como Estado de Bienestar con inflación o estabilidad de precios sin Estado benefactor. Friedman resuelve que no hay dilema pues debe implantarse un Estado recortado para disminuir la inflación. En su análisis de los servicios públicos combina la calidad y el coste en cuatro posibilidades: si uno gasta en sí mismo busca alta calidad y bajo precio, si gastas para otro (en un regalo) buscas baja calidad y bajo precio; sin embargo si paga otro (en una cena de empresa, por ejemplo) se usaría un alto presupuesto acompañado de elevada calidad y en el caso del Estado, que pagaría a un tercero para que dé el servicio sería elevado de precio y baja calidad (no importaría ni la calidad ni el precio). Es por ello que los ciudadanos, según Friedman, obtiene servicios del Estado a un alto coste y de ínfima calidad (Marín y de la Rosa, 2007:14).

Otro de los anti-Estado más conocido es Friedrich Hayek, de la Escuela de la Economía Austriaca, detractor de la economía panificada y de la intervención estatal, que no eran otra cosa que emprender un camino hacia el socialismo a base de caos y estancamiento. El Estado podía adoptar la forma de asociación civil o de empresa de gestión, pero no podía darse una combinación legítima de ambas (Anderson, 2008:33).

En los 80's, presidentes de gobiernos anglosajones como Reagan resucitaron al neoliberalismo en la retórica política, pero fue Nueva Zelanda la pionera en aplicar las medidas gerencialistas a su estructura administrativa, pues una de las ideas asociadas con la economía política neoclásica, es que las burocracias públicas tienden a actuar de manera ineficiente, pues su objetivo principal es aumentar su financiamiento por parte del Estado, es decir, que actúan de manera auto-interesada y tienden a crecer en exceso (Ferraro, 2009:124).

El expansivo y universal Estado de Bienestar neozelandés, configurado ya en la década de los treinta del siglo XX, fue incapaz de sostenerse por el estancamiento económico de los ochenta, debido a su reducción de exportaciones con Reino Unido, altas tasas de desempleo e inflación. Roger Douglas, ministro de finanzas en el gobierno laborista y seguidor de la doctrina de la Escuela de Chicago, iniciaría las primeras líneas de actuación de la Nueva Gerencia Pública, bautizada así por Hood, que se resumen en la privatización y comercialización de empresas públicas, la contratación por rendimiento, (ofreciendo flexibilidad de contratación y salario), y los presupuestos por productos

(Ferraro,2009:128), conjunto de medidas bautizadas posteriormente como Rogernomics.

Otros gobiernos que siguieron la estela del New-Management, motivados por el emprendimiento de Nueva Zelanda, fueron el inglés con Margaret Thatcher, Canadá o Australia. Pero ya en los noventa, Nueva Zelanda sufriría las primeras consecuencias adversas de la aplicación del paradigma gerencialista: dificultades de coordinación entre las múltiples agencias independientes, disolución de responsabilidades y conciencia ética del trabajador público y problemas de transparencia y fiscalidad.

Pero más adelante se revisará el debate a favor y en contra de las bondades del nuevo Gerencialismo, a modo general y en su contexto sanitario. Por ahora resumiremos las herramientas propuestas por esta corriente teórica para hacer frente a las necesidades, exigencias y cambios del mercado (López, 2002):

- 1) Técnicas de dirección general de la organización: saber anticiparse y adaptarse a la mutabilidad del entorno desde una perspectiva estratégica, desarrollo de operaciones eficientes y el logro de metas establecidas.
- 2) Técnicas anejas a la función empresarial básica: marketing, y publicidad, diseño organizativo, dirección de recursos humanos, gestión del sistema de información, benchmarking, etc.
- 3) Técnicas de desarrollo de habilidades directivas: liderazgo y negociación, gestión del conflicto, incertidumbre y ambigüedades, trabajo en equipo, etc.

## LAS ALIANZAS PÚBLICO PRIVADAS EN EL SECTOR SANITARIO Y LA EXPERIENCIA EN EUROPA, NUEVA ZELANDA Y CANADÁ

Las reformas neo-gerenciales en la sanidad, se han aplicado en diversos países con distintas tradiciones y estructuras institucionales. El germen de esta incursión generalizada del mercado se sitúa en el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS) en 1994, propuesto por la Organización Mundial del Comercio, con el fin de liberalizar servicios estatales con la justificación de eficiencia y ahorro de costes.

Aunque el párrafo 3 del artículo I del AGCS (OMS 2012) exime a los “servicios suministrados en ejercicio de facultades gubernamentales” que no se presten en condiciones de mercado como la sanidad, la educación o la seguridad social, el auge de mercados mixtos sanitarios en casi todos los países europeos dejará, en la práctica, sin sentido la anterior mención.

Por otra parte, el Banco Mundial en 1987 publicó el informe “Financiación de los servicios sanitarios en los países en desarrollo: un programa de reformas” cuyas principales aportaciones son (Desviat, 1998):

- 1) Hacer cargo a los usuarios del gasto de las prestaciones.
- 2) Diseñar una estructura que actúe de malla para aquellos sectores de mayor riesgo.
- 3) Eficiencia en los recursos privados.
- 4) Descentralización de los servicios públicos de sanidad.

En 1993 con el “Informe sobre el desarrollo mundial”, se plantea una reducción de la morbilidad a través de la mediación de empresas en el mundo sanitario, así como una eficiencia asignativa de recursos públicos a través de intervenciones privadas que fomenten el precio reducido y alta efectividad. “Una lectura cuidadosa del Informe, sugiere que su objetivo principal es el de promover, dentro del sector de salud, su propia ideología del desarrollo” (Ugalde y Jackson, 1998:50).

Las líneas argumentales bajo las que sostienen su razonamiento son la reducción de la acción de los Estados en materia de salud a favor de la responsabilidad y elección individuos, relegando a un segundo plano la influencia del entorno físico y social, cuestión visible en un fragmento del informe, señalado por los investigadores Antonio Ugalde y Jeffrey Jackson: “lo que las personas hacen con su vida y la de sus hijos afecta a su salud mucho más que cualquier cosa que hagan sus gobiernos” (1998:54). Dicha información no se acompaña de evidencia científica o referencias de autores.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud no rechaza estas modalidades de participación, pero muestra cautela con la necesidad de control y seguimiento continuo de estas apuestas como afirma Jean Perrot, del Departamento de Financiación de los Sistemas de Salud (OMS, 2009). Donde se expresan más reticencias es en su aplicación a países en vías de desarrollo, principalmente por la inmadurez de la estructura administrativa, sin experiencia suficiente para controlar un proyecto tan complejo.

### *Suecia*

En el caso de Suecia, en el que el 84% del gasto sanitario procede de fondos públicos, se encuentra muy marcado por la descentralización territorial establecida en torno a 21 regiones o landsting, con competencias semejantes a las de nuestras Comunidades Autónomas (CCAA) (Lister et al. 2010:50). En los 90's ya se aplicaron dos líneas de reforma: el modelo de Estocolmo gestado en torno a la competencia pública y el modelo Dalarna, más cercano al británico que funciona con mercados mixtos (Cabiedes, 2003).

En 1992, los servicios de Estocolmo de atención primaria, comienzan a ser ofertados por cooperativas de personal que se desplaza del sector público privado, atraídos por salarios superiores, incentivado por el gobierno conservador.

De esta forma el modelo de Estocolmo acabó convergiendo con el de Dalarna empleando mercados mixtos como forma predominante. La herramienta básica es emplear presupuestos prospectivos, cuestión que aumentó la productividad pero los costes sanitarios totales comenzaron a crecer a la misma velocidad que los condados basados en un sistema más conservador, según el analista sueco Hjertquist (Cabiedes, 2003:22).

Las protestas ciudadanas y la negativa en las urnas consiguieron revocar la privatización debido a los altos niveles de deterioro, aprobándose en 2006 una norma que impide la privatización de centros públicos así como una amplia regulación de la provisión de servicios por parte de empresas privadas.

### *Nueva Zelanda*

La temprana experiencia neozelandesa en reformas administrativas, ha desembocado en un abandono de prácticas gerencialistas en ámbitos como la sanidad o la educación por sus altos costes de transacción y porque el sistema se centró más hacia la obtención de outputs que en obtener una eficiencia asignativa.

El primer intento de privatización se inició en 1984 iniciando la competencia entre agencias públicas y privadas para controlar el gasto. Los resultados no fueron los esperados: los problemas de salud pasaron a un segundo plano y las encuestas realizadas indicaban que el 90 % de la población estaba en contra de la privatización (Lister et al. 2010:52).

En los noventa, se comenzó a preferir la cooperación antes que la competencia, enfocándose más en la provisión pública de servicios que en la contratación privada.

La atención hospitalaria es financiada con fondos públicos, mientras que la atención primaria y el gasto farmacéutico se costean a través copagos ciudadanos. Al igual que el caso español, el sector privado complementa al público y descarga las listas de espera.

En 1999, el gobierno laborista en coalición, anula la separación de producción y compra de servicios hospitalarios a través de la creación de 21 *District Health Boards*, que reciben los fondos mediante pago capitolativo, mientras que la atención primaria, permanece prestada por organizaciones de atención primaria (PHOs), con incentivos a obtener superávit implícitos en el pago capitolativo (Cabiedes, 2003:25). Algunos problemas observados en ofrecer incentivos a los profesionales fueron mayor actividad con menor calidad o problemas de colaboración ante la amenaza de perder cuotas de mercado, con la consiguiente falta de transparencia informativa.

El Hospital Macquaire en Nueva Gales del Sur, construido y gestionado por concesión, obtendría tres años después pérdidas que obligaron a reducir personal y salario siendo rescatado en 2005 por presiones ciudadanas.

## *Canadá*

Canadá posee un sistema universal sanitario al 100%, descentralizado en manos de las provincias y referente que contrasta con la arquitectura sanitaria estadounidense. También se gestaron planes de alianza público-privada desde los 90's, y cabe destacar la fuerte organización de los sectores anti-privatización, que a través de numerosos estudios académicos, demostraron con cifras el coste superior de la operación, como en el Hospital de Brampton que costaría 175 millones más que de forma tradicional. En Calgary la FPI se interrumpió por la alarma social y fue constituido de forma enteramente pública.

Es frecuente la subestimación de presupuestos para competir en los concursos de concesión y vender las promesas de eficacia: el proyecto British Columbia terminó duplicando los gastos iniciales.

Se encargaron sondeos de opinión por parte de los grupos de presión en contra de la privatización demostrando un apoyo mayoritario a una sanidad sin presencia de empresas con ánimo de lucro. Movilizaciones, campañas informativas y coaliciones locales surgieron en todas aquellas localidades desembocando en un referéndum público que nunca descendió de niveles del 95% a favor de una sanidad pública (Líster, 2010).

## *Reino Unido*

El sistema de salud universal británico (NHS) se creó en 1948, uno de los pioneros en el ámbito. Las primeras reformas de privatización se iniciaron con Margaret Thatcher en la externalización de servicios de apoyo y con la división del sistema público hospitalario en 300 consorcios o trusts semi-independientes, con capacidad de vender sus servicios a las autoridades locales del distrito (DHAs), configurando un mercado interno.

Pero será el Nuevo Laborismo de Blair, plasmado en la Ley de Sanidad de 1999, quien más abriría las puertas al mercado a través de las concesiones por obra en hospitales o Private Finance Initiative (PFI) (Lister, et al. 2010).

En 2003, los trusts se independizan del gobierno, no deben rendir cuentas al parlamento sino a un auditor externo, pero siguen siendo costeados a través de impuestos generales. Respecto a la forma de financiar los servicios, el pago capitativo (precio estipulado según por población y características) se sustituye por el pago por resultados (según el número de tratamientos completos concedidos).

Se fomenta así un mercado mixto entre servicios públicos y privados, pues el precio se fija de forma centralizada pero “el problema es que, por el mismo precio, los hospitales privados no pueden competir con los públicos, que proporcionan asistencia integral y muy especializada; en consecuencia, para no perder dinero, sólo pueden asumir determinados servicios” (Lister, et al. 2010:49).

Debe mencionarse que Gran Bretaña no ha concedido gestión sanitaria total, solamente en construcción y mantenimiento, y ciertos servicios especializados que requieren tecnología puntera.

A pesar de la fuerte reglamentación y a la larga experiencia, son los sistemas PFI aplicados al sistema sanitario y educativo, los que siguen despertando las mayores dudas en círculos académicos, profesionales y sindicales. (Prieto y coord. 2006).

En 2006, una investigación de una comisión gubernamental detectó una correlación significativa entre el déficit económico de los hospitales y su pertenencia al modelo PFI, mientras que el 30% de hospitales británicos sufrían pérdidas, esta cifra ascendía al 50% si eran gestionados por el sector privado (Lister et al. 2010:49).

A pesar de estas evidencias, se sigue avanzando en la misma dirección. Situación distinta se vive en Escocia y Gales que frenaron este modelo de separación entre financiación y provisión gracias a las protestas ciudadanas.

## EL PARTENARIADO PÚBLICO-PRIVADO EN ESPAÑA

España ha experimentado un cambio vertiginoso en el aumento de los proyectos de participación público-privada en el que más del 60% tienen fecha de terminación entre 2000 y 2005, siendo el segundo país de la UE con mayor número de proyectos adjudicados entre 2003 y 2005 con el gobierno socialista (Allard y Trabant, 2006).

Las PPP españolas, al contrario que las británicas, han sido de proyectos grandes. Reino Unido considera la dimensión de estos proyectos problemáticos porque los costes de transacción y desarrollo suelen ser demasiado altos en comparación con el valor del proyecto.

Históricamente lideraban los transportes y carreteras: de 1989 a 2003 el 98% de los proyectos que se realizaron en España fueron en este sector. De hecho, el primer proyecto ajeno a esta modalidad fue Alzira. La lógica sectorial se invierte con una tendencia en la presencia del sector sanitario que en el 2005 aumentó un 36%, mientras que en transportes descendió a un 54%. (Allard y Trabant, 2006). Llama la atención la elevada descentralización de la financiación de los proyectos PPP, siendo el 60% de ellos firmados por CCAA.

Respecto al marco institucional, destaca la ausencia de seguimiento y coordinación política, siendo de los pocos países de la UE que no tienen un organismo oficial, así como un registro de los proyectos. Tampoco se cuenta con herramientas de evaluación ni seguimiento para comprobar el supuesto *“value for money”*.

El marco normativo se aprobó en 2003 con La Nueva Ley Reguladora del Contrato de Concesiones de Obras Públicas 13/2003. No obstante, no se establecen pautas para la adjudicación ni se especifican dimensiones contractuales que podrían ser importantes en proyectos de gran tamaño como los hospitales. Entre algunos de los riesgos en los que se puede incurrir por esta falta de normativa son las bajas temerarias (Allard y Trabant, 2006) en la que la oferta presenta un precio muy reducido para ganar un proyecto con la consiguiente renegociación con la Administración para aumentar el precio tras el concurso.

## *EL MODELO ALZIRA*

Ya en el Informe de la Comisión de Abril (1991), con propósitos de evaluar el sistema sanitario español, se habla de la necesidad de la eficiencia y responsabilidad en la gestión, de estructuras más flexibles a los cambios presupuestarios, la conciencia de los costes sanitarios, la búsqueda de una mayor satisfacción ciudadana acompañada de la libertad de elección, así como una mayor participación y motivación del personal sanitario.

La Ley 30/1994 va abriendo camino a la posibilidad de que las Administraciones Públicas configuren fundaciones de carácter jurídico privado para prestar servicios públicos.

Será la Ley 15/1997 de Nuevas Formas de Gestión en el Sistema Nacional de Salud (SNS), la que permita a personas jurídicas privadas la prestación de servicios sanitarios, aunque con dos limitaciones: mantener la asistencia universal y la titularidad última pertenece al Estado. Se abre así la puerta a nuevos modelos de gestión, tanto directa como indirecta, situándose entre esta última la concesión administrativa.

Para muchos analistas, estas modificaciones legales incentivaron la futura tendencia de huída de la administración pública hacia el derecho privado (Marín y de la Rosa, 2007:16), que permite hacer uso de la normativa privada en presupuestos, contratación de personal y patrimonio, de forma más laxa (Repullo, 2005).

Asimismo, la Ley 21/2001 de financiación de las CCAA de Régimen Común, establece el complejo método de financiación sanitaria mediante reparto capitativo por región establecidos en los artículos 3 y 4 de dicha Ley (Calero y Gallarza, 2010).

Tras situarnos en este contexto, el 1 de enero de 1999 la Comunidad Valenciana emprendió la concesión administrativa en la gestión sanitaria más la concesión de obra en la Comarca de la Ribera. La justificación se enmarca en el discurso de la NGP, como por ejemplo, que la Generalitat destina el 40% de su presupuesto total a sanidad, que los costes de personal sanitario superan en más de la mitad del presupuesto en dicho sector, que se carece de flexibilidad para incorporar nuevas tecnologías, elevadas listas de espera y el tan nombrado envejecimiento poblacional acompañado de un descenso de la población activa, desembocando en una potencial insostenibilidad del sistema.

La justificación más concreta es la necesidad de la Comarca (formada por 235.000 habitantes repartidos en 29 municipios) de infraestructura hospitalaria, teniendo los ciudadanos que desplazarse a Valencia para obtener atención especializada, además esta construcción había sido promesa de varias legislaturas anteriores.

La concesión de obra y gestión (PFI/PPP) se concedió por concurso, con un canon de acceso de 70 millones de euros, a una Unión Temporal de Empresas (UTE) constituida por Adeslas como socio mayoritario (51%), Bancaja y Caja de Ahorros Mediterránea (CAM) (45%) y dos constructoras, Dragados y Lubasa, con el 2% cada una.

Las bases conceptuales del Modelo Alzira se repiten como un mantra para defenderse de las acusaciones de privatización:

Financiación Pública: se introduce el concepto de pago capitativo por el que el gobierno paga a la empresa concesionaria una cantidad al año por habitante de la comarca sobre la que opera. El canon por habitante fue inicialmente de 204 euros/persona, pero con la ampliación de la concesión a la prestación de atención primaria, aumentó en 2013 a 639 euros. El gasto no incluye los fármacos, oxigenoterapia, prótesis y transporte, que es aportado por la administración. Dicha cantidad asignada depende del presupuesto de sanidad de la Generalitat y nunca puede superar el IPC. Mientras que el canon de cesión de inmuebles es de un 2% sobre el valor del coste.

Control público: la empresa concesionaria debe acatar las condiciones prefijadas en las cláusulas del contrato que dota a la Administración de poder normativo, y sancionador a través del Comisionado de la Consellería de Sanidad. Es conveniente mencionar que el Comisionado era presidido por la autoridad política Manuel Marín, quien ahora ocupa un cargo de gerente en el Hospital de la Ribera.

Propiedad pública: las instalaciones se construyen sobre suelo público, aunque la financiación es privada (tanto de infraestructura como recursos técnicos y humanitarios) pero revertirá todo ello en la Administración al finalizar la concesión. Asimismo, el hospital forma parte de la red pública de hospitales.

Prestación privada: la prestación del servicio es gestionada por la empresa privada. El plazo de concesión es de 15 años extensible a cinco más y la tasa de rentabilidad no puede superar el 7,5%.

Los pacientes que pertenecen al área pero son atendidos en otros hospitales se facturan al 100%, mientras que los que no proceden del área de la Ribera pero son atendidos en Alzira se facturan al 80%, cuestión señalada como fortaleza bajo el nombre de “el dinero sigue al paciente” (Tarazona et al. 2005).

En teoría, el ahorro de la gestión privada es de un 25% respecto a la gestión pública pero esto no ha sido contrastado por fuentes externas a la concesión. Se resalta por numerosos analistas la ausencia de información independiente y estudios que avalen resultados económicos o de salud. Los datos pertenecen a las empresas implicadas en la gestión, documentos auto-producidos, junto con una opacidad intencionada por parte de las Administraciones que no ofrecen los datos desglosados.

## EL DEBATE

A pesar de que el modelo Alzira se aplicó hace más de una década, el debate social ha resurgido de forma más mediática que nunca pues nuevas CCAA se han sumado a la gestión privada, como Castilla La Mancha, Burgos, Madrid, Mallorca, en un contexto de aguda crisis en la que los gobiernos regionales buscan formas de reducir sus presupuestos con el fin de ajustar su déficit.

Las protestas no se han hecho esperar ante la amenaza de la privatización. Destacable es la marea blanca, que da nombre a las movilizaciones de personal sanitario iniciadas en Madrid y extendidas al resto de España que agrupa a numerosas organizaciones como la Coordinadora Anti-privatización de la Salud Pública (CAS), LA Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FASP), la Asociación de Facultativos y Especialistas de Madrid (Afem), la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) o la Coalición Sindical Independiente de Trabajadores de Unión Profesional (CSIT-UP) . Estas organizaciones en coalición, llevaron a cabo un referéndum sanitario en Madrid a través de quinientas mesas y 2500 urnas en las que se preguntó: *¿Está usted a favor de una sanidad pública y en contra de su privatización?* La respuesta afirmativa alcanzó 923.733 votos presenciales más 157.467 votos on-line (El País, 14 de mayo de 2013).

Es reseñable que el gremio sanitario se hizo oír sólo cuando la gestión privada amplió su acción sobre los propios profesionales, antes limitados servicios de apoyo como transporte, catering o limpieza.

Comisiones Obreras presentó un recurso contra la convocatoria de concurso del Hospital Alzira, desestimada por el Tribunal Superior de Justicia, pues la concesión administrativa, como se reflejó antes, se trata una forma legalizada ya desde 1997. Comisiones Obreras presentó otro recurso de casación, revocado nuevamente, esta vez por el Tribunal Supremo en 2005.

El punto clave que debe revisarse para evaluar la idoneidad de este modelo de gestión, es si la interferencia de intereses privados entra en conflicto con la generación de un servicio público tan característico como lo es la sanidad.

En primer lugar, las bondades presentadas para esta modalidad de gestión, siguiendo la guía del *Grupo Ribera Salud* (2012), resumidas y agrupadas en tres categorías son:

Los pacientes: obtienen una mayor accesibilidad, las citas pueden fijarse on-line y cuentan con horarios ampliados tanto en atención primaria como en quirófano; mayor privacidad y confort gracias a la disponibilidad de habitaciones individuales; tecnología más avanzada y menores listas de espera.

Para los profesionales: estabilidad laboral, retribución por incentivos, oportunidad de promoción en su carrera profesional así como aplicación de la docencia e investigación.

Para la Administración: Ahorro del 25% respecto a la gestión pública, ausencia de cómputo en el déficit público de la inversión pues quedan a cargo del concesionario y control de la planificación de la propia gestión (*know-how*).

Asimismo, se destaca la implantación de una red digital que enlaza los datos del complejo Ribera Salud con el historial de los pacientes de la Generalitat Valenciana, mediante una centralita o call-center, que permite gestionar los desplazamientos y ocupaciones de los ciudadanos en la red de Hospitales de Valencia.

Se resalta un índice de satisfacción de los usuarios de un 91% así como un porcentaje del 80% que desconoce el modelo de gestión aplicado en el Hospital (Tarazona et al. 2005).

El Modelo Alzira cuenta además con una serie de reconocimientos como el Premio Nacional a la Innovación en la Gestión y Administración Sanitaria de la Escuela Nacional de Salud (1999-2000), el TOP 20 de Hospitales en 2000,2001, 2002 y 2003 como mejor hospital de España en la categoría de Hospitales Generales y el Premio Nova 2003 a la calidad empresarial.

Puede resultar extraño que, ante la lista de premios que acumula este grupo empresarial, se haya generado tanto revuelo y desconfianza ante la gestión privada, pero ha de tenerse en cuenta el carácter voluntario de la participación en los concursos, como el TOP 20, la posibilidad de manipulación estratégica de la información, así como la implementación de indicadores productivistas en su mayoría (Repullo et al. 2005).

## *CONSIDERACIONES TEÓRICAS*

La concesión privada de servicios públicos implica la sanidad como un valor de cambio, en lugar de un valor de uso, esto es, pasa de satisfacer una necesidad para añadirle además un valor de intercambio, hecho distintivo del capitalismo a través de su manifestación neogerencialista. Resulta idóneo e imprescindible rescatar en este contexto el concepto de “acumulación por desposesión” de Harvey, que trataría de dar acceso al mercado de los campos que le estaban vetados para su mercantilización, resguardados bajo la figura del Estado (Padilla 2012).

Según Hayek, la eficiencia está reñida con la equidad pues la libertad individual es contraria a la satisfacción de la justicia distributiva.

¿Es esta aparente oposición extensible a la sanidad? Si la eficiencia se define como la relación entre las entradas a un sistema y sus resultados, y suponemos una oposición entre equidad y eficiencia, damos por hecho que una reducción de la eficiencia aumentaría la equidad o viceversa; pero en sanidad la equidad puede constituirse como output, un factor más para fomentar la eficiencia en la sanidad. Reidpath y sus compañeros (2012) ponen fin así al dilema de la eficiencia y la equidad y proponen para los sistemas sanitarios, un balance entre las máximas ganancias en salud en base a un nivel determinado de inputs pero de forma distributiva entre los grupos sociales.

La principal justificación de estas modalidades de NGP es que, un mayor gasto no supone una menor calidad, lógica también empleada sobre la educación, visible en las recomendaciones de corte gerencialista propuestas por el Fondo Monetario Internacional (Verger 2012).

Efectivamente la curva de Fuchs (2004) revela que a partir de cierto nivel de inversión, los resultados de mejora o son mínimos o nulos. No obstante este modelo usa como indicador de mejora la esperanza de vida, algo que puede llevar a equívoco pues superado un cierto nivel de esperanza (y en los países occidentales se encuentra bastante cubierto, de hecho la población envejecida se perfila como uno de los potenciales problemas), más importante sería la calidad de vida en sí, a través de otras variables como años libres de enfermedad o discapacidad, asignatura pendiente en España.

## *INDICADORES ECONÓMICOS*

En algo en lo que parece que existe consenso, con independencia de la ideología, es en la deficiente gestión de recursos y en la ausencia de planificación de las infraestructuras necesarias en el SNS.

A este respecto, las colaboraciones público-privadas no tienen por qué erigirse como solución, la concesión de obra resulta atractiva porque ofrece rapidez para poner en funcionamiento nuevas infraestructuras. Pero la valoración de necesidades puede quedar en un segundo plano de importancia, ante la aparente falta de costes iniciales para el sector público, produciéndose “un incentivo perverso para la inversión” (Prieto y coord. 2006:4).

Esperanza Aguirre, como presidenta de la Comunidad de Madrid, planificó la construcción de diez hospitales (9 por PFI y dos por gestión sanitaria) así como 74 centros de salud, todo ello sin justificación, en una población de seis millones y medio de habitantes (Sevillano 2012).

Según Marciano Sánchez Boyle, presidente de Federación de Asociaciones por la Defensa de una Sanidad Pública, a largo plazo el sobrecoste de la celeridad que concede el sector privado alcanzará los 4000 millones de euros.

“Las nuevas formas de gestión pública de servicios sanitarios ofrecen en principio más posibilidades para la endogamia, en la medida en que la utilización del Derecho Privado aumenta las posibilidades de realizar actividades de interferencia e influencia política” (Martín 2003:46).

Otra bondad ya señalada es que se favorece la creación de nuevas infraestructuras sin que la inversión compute como déficit, siguiendo los acuerdos de Maastricht. Revisando el Modelo Alzira, en fuentes alternativas, descubrimos que la Generalitat no pudo efectuar este cómputo fuera del déficit ya que Eurostat consideraba que la empresa no corría con riesgos reales y existía poca información detallada respecto a los acuerdos alcanzados.

Los sistemas PFI de Reino Unido generan un coste mayor que el endeudamiento público directo para la puesta en marcha de una nueva infraestructura (Pollock y Hellowell, 2009). Este sobrecoste se mantiene incluso tras aplicar la tasa de descuento

del 6%<sup>1</sup>. Esto es importante pues aunque el gasto inicial sea de la empresa, se desplazará a la Administración en el canon anual.

¿Qué causas generan este sobrecoste si supuestamente la fortaleza del sistema es la eficiencia? En primer lugar, el Estado no sólo financia la obra, sino el margen de beneficios de la concesionaria (sumados los intereses cobrados por la banca, más elevados, pues la solvencia del sector privado es inferior a la estatal).

En segundo lugar, se incurren en altos gastos de administración al crear la oferta de licitadores (con un precio del 3% respecto al presupuesto total), junto con la planificación y gestión de los contratos.

Otros de los puntos dudosos señalados, es la transferencia de riesgo en la empresa gestora. Suele señalarse la fase de construcción hospitalaria como la de mayor riesgo, “precisamente la gestión financiera de la brusca disminución de riesgo que se produce al iniciar el funcionamiento es uno de los puntos de mayor obtención de beneficio”. (Prieto y coord.2006:15).

Pero el punto más evidente de la ausencia de riesgos es en el supuesto de quiebra, que deja a la Administración, como garante de la prestación del servicio, en una complicada situación. Con Alzira, la UTE tuvo pérdidas consecutivas los tres primeros años, siendo rescatada por la Generalitat con 44 millones de euros (la cantidad que faltaba para amortizar la inversión en construcción) así como 25 millones adicionales en concepto de lucro cesante (cuestión no estipulada en el contrato).

Esto desemboca o en una renegociación más laxa de los términos contractuales con la concesionaria, o con la concertación de un nuevo concurso. La UTE se volvió a presentar como única licitadora ampliando la prestación de servicios a la atención primaria y con el consecuente reajuste del canon por habitante.

La experiencia de la administración suele estar menos desarrollada que las empresas concesionarias, acostumbradas a asumir proyectos de elevado capital. Esta situación de infradesarrollo de habilidades y desequilibrio de poder y conocimiento, supone una asimetría (McKee et al. 2006) denominada “hold up”, en la que el sector privado, en la fase posterior al concurso, presionaría al sector público para aumentar costes y reducir

---

<sup>1</sup> Se trata de una tasa fijada por las autoridades políticas que contabilizaría la supuesta rapidez y ejecución del proyecto por parte de la empresa privada.

riesgos: A presionaría a B para aceptar desventajas debido a la falta de alternativas disponibles para B mientras A, amenaza con retirarse (Pollock y Hellowell, 2009).

La revisión de otro pilar neogerencialista es el *value for money* o más valor por menos precio. En Reino Unido este punto fue analizado por el Comité del Tesoro, comparando los proyectos PFI en funcionamiento frente a los proyectos públicos, a través de seis indicadores agrupados en el *Public Sector Comparator* (PSC). Si bien en un principio se dio una respuesta favorable hacia el partenariado público-privado, aunque con toques de atención en cuanto a la subestimación de riesgos transferidos, no se dieron comprobaciones empíricas por la manifiesta imposibilidad de obtenerlos en la mitad de la muestra estudiada, y en aquellas que sí fueron comprobadas, se debía a un sobrecoste en la construcción. Un ejemplo es el Hospital de Middlesex que infravaloró su presupuesto en un 47%.

Y es que “el capital privado requiere un retorno sobre la inversión. Sólo en casos donde las mejoras de eficiencia superan al retorno de capital, la introducción de la propiedad privada y lucrativa podrá mejorar los resultados” (Repullo et al. 2005:344).

El PSC ha sido desacreditado por numerosos académicos y auditorías, destacándose la tendencia de las autoridades a atribuir riesgos a la concesionaria que nunca serán pedidos para asumirlos.

Pricewaterhouse & Coopers, analizó 64 proyectos de partenariado público-privado entre 1995 y 2001, comparando la tasa interna de retorno con un benchmark que mide los costes medios del capital. Esto reflejaría el retorno esperado del proyecto dados los riesgos. La diferencia entre ambos indicadores fue de un 2,4%, reflejando exceso de costes por tres razones principales: elevados intereses de los bancos, elevados precios de los licitadores para cubrir los costes de la pérdida de la licitación (los costes son entre un 2-3% del valor capital del proyecto global, un valor mucho más alto que la financiación pública) y la limitada competición en el mercado, “sólo el 67% de los PFI recibieron tres o más licitantes” (Pollock y Hellowell, 2009:18). Es necesario comentar que, en los planes de privatización de la gestión sanitaria madrileña, sólo se aplicará sobre 4 de los 27 centros previstos, debido a la falta de licitadores (Sevillano 2013).

Así, el *value for money* existiría sólo si el sector privado fuera mucho más eficiente que el público, y esa excesiva rentabilidad no ha sido demostrada.

De nuevo la opacidad y falta de transparencia impiden una comprobación empírica veraz, problema magnificado por los mercados secundarios que permiten eludir responsabilidad financiera, pudiendo incumplir contratos no beneficiosos al revender las acciones a fondos de inversión y garantizar ingresos durante el periodo de concesión. Esta transacción se realiza a través de las *Special Purpose Vehicle*, (SPV), compañías formadas por la unión de empresas dispares como constructoras, gestoras o inversoras, que suelen carecer de bienes, y que ejecutan una maniobra financiera que les exime de responsabilidad al contar cada una de ellas con menos del 50% del accionariado (en el caso Alzira sí existe un socio mayoritario, Adeslas).

El papel de las cajas de ahorro se torna muy relevante en estas asociaciones empresariales, resaltándose la estrecha relación entre los políticos locales y regionales con estas instituciones. La politización de las Cajas de Ahorros en España daría para otro trabajo, decir únicamente la gran influencia política al dominar la estrategia de financiación de proyectos de dudoso valor (Acerete et al. 2011). De hecho, la CAM es conocida por su intervención estatal y su posterior absorción por Banco Sabadell y Caixa Carlet quebró en 2001 (se consideró que participaba en un proyecto desmesurado para su tamaño) siendo absorbida por Bancaja (Olivares 2006).

El informe de *Associations of the Chartered Certified Accountants* (2004), muestra la dificultad para que el sistema PFI inglés sea sostenible (Prieto y coord.2006) y la *British Medical Journal* afirma que los costes de construcción han aumentado entre un 18-60% frente a la vía tradicional según Pollock y Hellowell (2009).

Tradicionalmente, en los contratos iniciales se da prioridad en el tiempo y el presupuesto, cuestión en el que la gestión privada ganaría a la pública: en Reino Unido, en 2001 el 76% de los PFI fueron entregados a tiempo, mientras que el 79% dentro de presupuesto (téngase en cuenta la subestimación citada), frente al 30 y 47% respectivamente para tiempo y presupuesto por métodos convencionales (Mckee et al. 2006).

El tiempo y el presupuesto pueden aceptarse cautelarmente como compensaciones pero ¿qué hay de la calidad? incorporar características que beneficien al usuario como crear un ambiente terapéutico y cómodo, buena luz natural o buenas ofertas para la plantilla, son menos probable de ser incorporados por la presión de reducir costes (Mckee et al. 2006).

La decisión para proceder con estos proyectos, debiera basarse en una investigación que compare costes entre la gestión pública y la privada, pero esto no siempre es así, el subdirector de la Auditoría Nacional de Gran Bretaña califica este proceso de pseudocientífico basado en “*mumbo jumbo*”, pura jerga y precisiones espurias pues existe un incentivo perverso en las autoridades para manipular las estimaciones, en un contexto en el que la financiación privada se presenta como la única fuente de financiación disponible (Mckee et al. 2006), “un hospital por el precio de dos políticas”, así se bautizaron las conclusiones del trabajo citado por Pollock de Cuthbert y Cuthbert en el análisis de dos hospitales PFI de Escocia (Pollock y Hellowell 2009).

### *RESULTADOS EN SALUD Y RECURSOS HUMANOS*

Aunque los estudios para evaluar la eficiencia de los hospitales y centros de atención primaria han crecido progresivamente en cantidad y sofisticación metodológica en el Estado español, son muy pocos los que han estudiado la propiedad pública o privada como causa de una mayor o menor eficiencia (Repullo et al. 2005:340).

Y menos aun aquellos que hayan estudiado las consecuencias del tipo de gestión sobre la salud. No obstante, Javier Padilla (2012) rescata una novedosa investigación italiana que demuestra que el aumento en la financiación sanitaria reduce la mortalidad evitable, no así en la privada, la cual si bien no la aumenta, tampoco la reduce. Se trata de “*The effect of healthcare delivery privatization on avoidable mortality*” en la que Quercioli y el resto de autores pondrían en duda la teórica mayor eficiencia de la gestión privada si se considera el dinero destinado a las concesionarias como un coste de oportunidad.

Otra investigación relevante reseñada por Padilla (2012), sería el estudio comparativo de la diálisis en hospitales con ánimo y sin ánimo de lucro en Estados Unidos, publicado por la Journal of American Medical Association. Los datos son claros, los hospitales con ánimo de lucro aumentan el riesgo de mortalidad, por dos razones: el menor tiempo de diálisis y la plantilla más reducida.

La cuestión del capital humano en el modelo Alzira, a pesar de proclamar la estabilidad laboral, no debe olvidarse de que, el personal estatutario convive con personal laboral. De hecho, la política laboral se reformó por la menor seguridad laboral, más horas de trabajo y menor salario (tanto salario base como las primas laborales) respecto al sector público, (Acerete et al. 2011), cuestión que desembocó en huelgas apoyadas totalitariamente por médicos y sindicatos: CCOO, UGT, CSI-CSIF y el Sindicato de Médicos de la Asistencia Pública (SIMAP) (Prats 2007).

En cuanto a otras críticas señaladas del modelo Alzira, destaca que el lema de “el dinero sigue al paciente” (Marín y De la Rosa 2007:25), beneficiaría a la empresa que obtendría un incentivo para el trasvase de pacientes de fuera del área, generándose una admisión selectiva en función de la rentabilidad que ofrezcan.

Se genera así una competencia entre médicos para captar a los pacientes más rentables (que sería un joven con una patología) todo ello gestionado por los call-center ya mencionados, derivando los pacientes no rentables a la red de hospitales enteramente públicos.

La guerra de las cifras es habitual en un tema tan ideologizado: mientras las Administraciones insisten en la provisión de servicios más baratos, el CSIT-UP afirma que “la cama en un hospital de gestión privada cuesta 1660 euros por día frente a los 955 euros por la gestión tradicional” y la vinculación de varias empresas con la trama de corrupción Gürtel (Díaz 2013).

“El principal problema de las empresas privadas con fuerte ánimo de lucro es que tienden a la selección de riesgos: es decir, buscan descremar la demanda y quedarse con los casos menos graves y que se puedan resolver de forma más sencilla y con menor riesgo de efectos adversos y complicaciones” afirma Repullo para el diario Público.

Juan Oliva, presidente de la Asociación Economía de Salud, desconoce de dónde salen las cifras de gasto señaladas y la existencia de informes técnicos que lo avalen, lo que está claro es que “el gasto siempre está por encima del presupuesto, los centros están siempre infrapresupuestados” [independientemente del tipo de gestión] y “así no hay forma de saber quién es el culpable, porque no se dispone de información suficiente”, así como la ausencia de una cultura de rendición de cuentas (Díaz 2013).

Otras cuestiones a las que debieran eludirse es sustraer la capacidad de gestión de los médicos que lidian con la realidad y poseen la memoria institucional hospitalaria a favor

de “gerentes de corbata”. Repullo asevera que de recortar, deben ser los profesionales quienes lo gestionen “hay grasa, y usarla para extraer energía en estos tiempos de graves recortes para a ser una obligación ética de los que defendemos el sistema público de salud. Y mejor hacerlo nosotros, para que el recorte no se lleve ni músculo ni hueso” (Díaz 2013). Pero la gestión por parte de los médicos también requiere cambios debido a la alta politización de los altos cargos, variando según el partido político, dificultando el establecimiento de políticas gestoras estables y fomentando el efecto amnesia del conocimiento institucional.

## UN NUEVO CONTRATO SOCIAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Se trata de una propuesta alternativa de los agentes sanitarios y académicos sobre el papel del SNS y la salud pública, para lidiar los problemas estructurales que deterioran el SNS y revitalizar el compromiso ciudadano renovando el contrato social a través de una ciudadanía sanitaria.

Los ataques al sistema sanitario público se justifican por el alto gasto y la baja racionalidad. Los propios actores vinculados a esta parcela profesional reconocen que si bien el SNS no está en crisis “tampoco goza de buena salud” y se requiere de un “debate necesario, urgente e inaplazable” (Repullo et al. 2005:14).

Las soluciones han de ser largoplacistas, difíciles de conciliar con los intereses políticos cortoplacistas. Más recursos no es la solución si no se cambian la forma de digerirlos por el sistema. Por ello, se describen los cinco pilares básicos y esenciales del sistema sanitario público que deben revisarse para su preservación y mejora:

1.Eje de suficiencia: Se alude a una mayor corresponsabilidad ante el gasto entre las CCAA que no demuestran ni equilibrio ni suficiencia financiera, no existe control pero sí incentivos para aumentar el gasto en busca de créditos políticos.

En la actual coyuntura de crisis se han fijado techos de gasto y el déficit excedente se contrarresta con la actual oleada de recortes. No se trata tanto del gasto absoluto como del gasto específico en proyectos justificados y necesarios. La realidad es que se necesitan más fondos, “un aumento del 0’8% PIB para cubrir el déficit autonómico corriente, amortizar la deuda generada y para aumentar los Fondos de Cohesión Nacional” (Repullo et al 2005: 234).

Una revisión de los datos para el periodo 1997-2002 revela que España se encontraba por debajo de la media en gasto sanitario en los países de la OCDE, cuyo aumento fue del 4,3% y de un 4% en la UE, mientras que el de España crecía a un 2,6%. Debe tenerse en cuenta que “el PIB español ha crecido más rápidamente que el del promedio de la UE y que, por lo tanto, aun cuando el gasto público social en España ha crecido durante los años noventa en términos porcentuales, el porcentaje de tal gasto público social sobre el PIB ha ido descendiendo” (Navarro, 2004:4)

Ante esta necesidad de financiación, ¿qué vías podrían explorarse? Las soluciones han de ser equitativas, eficientes y sostenibles.

Sea cual sea la solución específica, la solución genérica se liga a la necesidad de revisión de los presupuestos autonómicos y una pequeña presión fiscal para responsabilizar a cada Comunidad y a su vez financiar las reformas que racionalicen la gestión y prestaciones sanitarias.

2. Eje de solidaridad: la ciudadanía sanitaria como concepto sobre el que erigir una nueva legitimación social del SNS, haciéndolo efectivo y no retórico, a través de un marco regulatorio. Y es que en realidad, se trata de un derecho fundamental de los ciudadanos con amparo y tutela constitucional (art.43).

Se requiere “mejorar la equidad horizontal y vertical en el uso y aseguramiento de los servicios sanitarios” (Repullo, 2005:15) a través de la configuración de un corpus valorativo que institucionalice y guíe el gobierno del SNS.

Eje de sostenibilidad: Se resalta “la escasa capacidad de reacción de las autoridades sanitarias que acaban siendo rehenes de un gasto sanitario creciente (...) así como fortalecer la base científica de las decisiones de crecimiento de la oferta sanitaria (Repullo y Segura, 2006).

Articular incentivos y motivaciones coherentemente con la misión institucional para el desarrollo de un nuevo profesionalismo basado en el liderazgo y la auto-motivación, y fomentar el uso eficiente de las tecnologías de la información y de las comunicaciones para organizar la estructura y evaluar los resultados.

4. Eje de gobernabilidad: el SNS requiere de una organización propia, e independiente del Ministerio de Sanidad para dotarla de una existencia más allá de las reuniones del Consejo Interterritorial, en crisis política desde 2004 en las que los consejeros de sanidad de comunidades del PP se niegan a aparecer. (Repullo et al. 2005).

La desvirtualización del SNS requiere de un órgano que no cuente con representación política aunque mantenga una relación cooperativa con ella. Puede servir de ejemplo el desarrollo institucional sueco el Socialstyrelsen (SOS), una agencia independiente creada en 1968 que recopila toda la información sanitaria configurando bases de datos e investigaciones, evaluando y presentado propuestas al Parlamento o al Gobierno.

5. Eje de racionalidad: se busca la efectividad y eficiencia a través de una mejora del conocimiento organizativo, social y científico que pone en entredicho “la imagen autocomplaciente que suele extenderse sobre la calidad de la atención sanitaria en los servicios de salud” (Repullo et al. 2005:19).

#### *Retos para medir la calidad sanitaria*

Es difícil por su carácter multidimensional y por la ausencia de una metodología común entre las CCAA, cada uno de ellas bajo una modalidad administrativa distinta, la opacidad de información o “el maquillaje de cuentas autonómico”. Se trata del “dilema del prisionero cuya solución requiere confianza en los otros jugadores, o reglas del juego formales, que alteren los incentivos de los jugadores y permitan soluciones más eficientes a largo plazo” (Repullo et al. 2005:345)

También en su evaluación entran en juego los choques de intereses, influencias, tensiones y sesgos que dificultan una evaluación objetiva.

Más allá de la Estrategia Salud 21 de la OMS, que sintetiza una serie de directrices genéricas, acerca de la calidad de la asistencia sanitaria, el marco legislativo sanitario en España es la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad, podría haber poseído algún potencial cohesionador si no fuera por su escaso desarrollo normativo (Repullo et al. 2005). No obstante, existe un consenso general hacia el uso del modelo de excelencia de la *European Foundation for Quality Management* (EFQM). Se trata de una guía de autoevaluación para la gestión tanto de ámbitos empresariales públicos como privados.

Pero se necesitan más indicadores cualitativos de salud y satisfacción, pues los informes se centran más en dimensiones cuantitativas de infraestructura. Es una tarea difícil, pero no imposible como demuestran los sistemas de información, evaluación y monitorización de Canadá (Health Services Utilization and Research Commission), Australia (Wide Clinical Indicators Project y el Acute Health Clinic Indicator Project), o Escocia (Clinical Outcome Indicators).

## CONCLUSIONES

El domingo 16 de junio el periódico el País, en el suplemento de economía, publicó un extra sobre las alianzas público-privadas en cuya portada aparecían dos caballos de ajedrez, el blanco y el negro encarnando al Estado y al Mercado, enfrentados cara a cara con el título “En la misma jugada” (2013). Completaría la metáfora con la figura del peón entre ambos, representando a la ciudadanía como guardián de lo que se pone en juego: la sanidad, la educación y cualquier otro pilar básico del Estado del Bienestar, pues la figura del Estado parece seguir una estrategia más afín al “equipo contrario”.

Los vecinos europeos han logrado revocar concesiones sanitarias a base de movilizaciones y protestas. El peón avanza sólo una casilla en cada movimiento, pero su acción es clave.

Las concesiones por obra y de gestión han funcionado históricamente en sectores de infraestructura viaria o en gestión de residuos, pero su extrapolación hacia la gestión de un servicio público básico y esencial, inscrito en uno de los mejores sistemas sanitarios mundiales, resulta cuanto menos, precipitado ante la ausencia de control efectivo y una justificación de su necesidad, basada más en retóricas de ajuste en manos de autoridades políticas sin asesoramiento de conocimiento experto independiente. Las alianzas público-privadas se manifiestan como una solución mágica, pero los análisis detallados demuestran la falta de control y los numerosos riesgos.

En términos económicos, la Administración parece no haber obtenido el beneficio buscado, no así la empresa concesionaria. Un debate más conceptual es en qué grado es contablemente aceptable que no aparezca en los balances un bien sujeto a control del Gobierno y que puede revertir a propiedad pública.

España parece adoptar prácticas que vecinos europeos han abandonado por los peligros que entraña, porque no funcionan o están siendo modificadas continuamente por ser objeto de críticas y suspicacias académicas. Cuando estos sistemas entran en decadencia, parecen iniciar su auge en nuestro país.

Me parece idóneo terminar el trabajo parafraseando a Repullo “el tabaco es malo para la salud y la privatización es mala para la sanidad” Pero aun así, seguimos fumando.

## REFERENCIAS

- Acerete, Basilio, et al.2011. “*Spanish healthcare public private partnerships: The Alzira model*”. *Journal of Critical Perspectives on Accounting* 22:533-549.
- Allard, Gayle y Trabant, Amanda .2006. “La tercera vía: en la frontera entre lo público y lo privado, public-private partenrships”. *Centro PwC & ie del Sector Público*. Obtenido el 2 de junio de 2013.
- (<http://www.pwc.es/en/crecimiento-inteligente/assets/tercera-via.pdf>)
- Anderson, Perry .2008. *Spectrum, de la derecha a la izquierda en el mundo de las ideas*. Madrid: Akal.
- Baena del Alcázar, Mariano (1995): “Reformando a Leviathán: la Administración Pública”, *Política y Sociedad* 20: 53-61. Obtenido el 6 de junio de 2013.
- (<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=909483>)
- Bauman, Zygmunt .2002. *Modernidad Líquida*. Fondo de cultura económica de Argentina, S.A.
- Beck, Ulrich.2008. “La reinención de la política: hacia una teoría de la modernización reflexiva” en U. Beck, A. Giddens y S. Lash (eds.), *Modernización reflexiva: Política, Tradición y Estética en el orden social moderno*, Madrid, Alianza Editorial.
- Cabiedes, Laura.2003. “Aplicación de la Nueva Gestión Pública a las reformas sanitarias del Reino Unido, Suecia, Nueva Zelanda y España. Working paper nº68 Facultad de Económicas, Universidad de Oviedo. Obtenido el 29 de junio de 2013.
- (<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1252343>)
- Calero, Remedios y Gallarza, Martina.2010. “La concesión administrativa como modelo de gestión sanitaria en la Comunidad Valenciana” *Cuadernos de Ciencias Económicas y Empresariales*, 59: 37-63. Obtenido el 25 de junio de 2013.
- (<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3827375>)

Desviat, Manuel.1998. “Salud y Mercado. Reseña de *Neoliberalismo y políticas de salud* de Rafael Huertas”. Obtenido 25 de junio de 2013.

(<http://www.dinarte.es/salud-mental/pdf1156/1156crit.pdf>)

Díaz, Paula.2013. “Privatizar hospitales sale caro (I)”. Público.es 17 de febrero. Obtenido el 12 de junio de 2013.

([http://elpais.com/diario/2007/02/20/cvalenciana/1172002695\\_850215.html](http://elpais.com/diario/2007/02/20/cvalenciana/1172002695_850215.html))

-----2013. “Privatizar perjudica la salud”. Público.es 18 de febrero. Obtenido el 12 de junio de 2013.

(<http://www.publico.es/450696/privatizar-perjudica-la-salud-y-ii>)

El País.es: “La sanidad pública recibe 924.733 votos de apoyo en Madrid” 4 de mayo de 2013. Obtenido el 28 de junio de 2013.

([http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/05/11/actualidad/1368273902\\_371287.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/05/11/actualidad/1368273902_371287.html))

El País. “En la misma jugada: la colaboración entre sector privado y administraciones públicas crece y huye del derroche de años anteriores”. 6 de junio de 2013. Obtenido el 6 de junio de 2013.

Ferraro, Agustín .2009. *Reinventando el Estado, por una Administración Pública democrática y profesional en Iberoamérica*. Instituto Nacional de Administración Pública

Fuchs, Victor.2004. “More variation in use of care, more flat-of-the-curve medicine”, *US National Library of Medicine, National Institute of Health*.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15471787>)

Grupo Ribera Salud.2012. “Guía del modelo concesional sanitario: Modelo Alzira”. Obtenido el 12 de junio de 2013.

(<http://riberasalud.com/ftp/Dossiers/24112012102338Guia%20del%20Modelo%20Alzira.pdf>)

Hufty, Marc.2010. “Gobernanza en salud pública: hacia un marco analítico”. *Revista de Salud Pública* 12:39-61. Obtenido el 26 de junio de 2013.

([http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642010000700004](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000700004))

Jönsson B.2009. “Ten arguments for a societal perspective in the economic evaluation of medical innovations”. *European Journal Health Economics*, 10:357-9. Obtenido el 12 de junio de 2013

(<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10198-009-0173-2/fulltext.html>)

Krugman, Paul.2007. “¿Quién era Milton Friedman?”, *Claves de la razón práctica*, 171:10-16. Obtenido el 24 de mayo de 2013.

(<http://www.alcoberro.info/pdf/milton.pdf>)

Lister, John et al.2010. *¿Por nuestra salud? La privatización de los servicios sanitarios*. Madrid: Traficantes de sueños. Obtenido el 21 de Junio de 2013

(<http://traficantes.net/index.php/editorial/catalogo/utiles/Por-nuestra-salud-La-privatizacion-de-los-servicios-sanitarios>)

López, Andrea.2002. “La Nueva Gestión Pública, algunas precisiones para su abordaje conceptual”. Working paper nº68 en Serie I: Desarrollo Institucional y Reformas del Estado, Instituto Nacional de Administración Pública, Madrid. Obtenido el 15 de junio de 2013.

([http://www.scielo.cl/pdf/universum/v26n2/art\\_12.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/universum/v26n2/art_12.pdf))

Marín, Manuel y De la Rosa, Alberto.2007. Las nuevas formas de gestión sanitaria, el modelo Alzira. *Instituto de Estudios Económicos*. Obtenido el 29 de junio de 2013.

(<http://www.modeloalzira.es/bibliografia.php>)

Martín, José Jesús.2003. “Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias”. Working paper: Fundación Alternativas. *Obtenido el 23 de junio de 2013*

([www.falternativas.org/content/download/.../c3c3\\_14-11-06\\_doc14.pdf](http://www.falternativas.org/content/download/.../c3c3_14-11-06_doc14.pdf))

McKee et al.2006. “Public-private partnership for hospitals”. *Bulletin of World Health Organization*, 84:890-896. Obtenido el 12 de junio de 2013.

(<http://www.who.int/bulletin/volumes/84/11/06-030015.pdf>)

- Navarro, Vicenç .2004. *El Estado de Bienestar en España*. Tecnos: Madrid.
- Olivares, Miguel.2006. “Bancaja y la CAM equiparan su presencia en el Ribera Salud”. El País.es 30 de noviembre. Obtenido el 15 de junio de 2013.  
([http://ccaa.elpais.com/ccaa/2013/03/19/madrid/1363729310\\_969904.html](http://ccaa.elpais.com/ccaa/2013/03/19/madrid/1363729310_969904.html))
- Organización Mundial de la Salud (2009): Spanish health district tests a new public-private mix”. Bull World Health Organ 87:892-893. Obtenido el 26 de junio de 2013  
(<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/12/09-031209.pdf>)
- Organización mundial del Comercio. 2013. “El Acuerdo General sobre el comercio de Servicios: objetivos, alcances y disciplinas”. Obtenido el 10 de junio de 2013.  
([http://www.wto.org/spanish/tratop\\_s/serv\\_s/gatsqa\\_s.htm](http://www.wto.org/spanish/tratop_s/serv_s/gatsqa_s.htm))
- Padilla, Javier.2012. ¿Qué nos dice la evidencia científica sobre los diferentes modelos de gestión? Working paper: Scribd. Obtenido el 22 de junio de 2013.  
(<http://medicocritico.blogspot.com.es/2012/11/que-nos-dice-la-evidencia-sobre-los.html>)
- Pollock, Alyson y Hellowell, Mark.2009. “The private financing of NHS Hospitals: politics, policy and practice” *Institute of Economic Affairs*, 32:13-19, Oxford. Obtenido el 3 de junio de 2013.  
([http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1375944](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1375944))
- Prats, Jaime.2007. “La huelga de médicos en Alzira acaba en acuerdo tras la subida de las guardias”. El País.es 20 de febrero. Obtenido el 12 de junio de 2013.  
([http://elpais.com/diario/2007/02/20/cvalenciana/1172002695\\_850215.html](http://elpais.com/diario/2007/02/20/cvalenciana/1172002695_850215.html))
- Prieto, Asunción; Arbelo, Antonio y Mengual, Enrique.2006. “El papel de la financiación público-privada de los servicios sanitarios”. Working paper nº89, Fundación Alternativas, Madrid. Obtenido el 2 de junio de 2013.  
(<http://www.falternativas.org/laboratory/documentos/seminarios-y-jornadas/el-papel-de-la-financiacion-publico-privada-de-los-servicios-sanitarios-modelos-de-gestion>)

Reidpath, Daniel et al.2012. “The fallacy of the equity-efficiency trade off: rethinking the efficient health system” *Biomedical Centre Public Health*, 12 (supl 1):S3. Obtenido el 10 de junio de 2013

(<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/S1/S3>)

Repullo, José Ramón et al.2005. *Un nuevo contrato social para un sistema de salud sostenible*. Madrid: Ariel.

Repullo, José Ramón y Segura, Andreu .2006. “Salud pública y sostenibilidad de los sistemas públicos de salud”. *Revista Española de Salud Pública*, 80: 475-482.

(<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2108830>)

Ruano, José María.2010. “Acción pública y gobernanza: desafíos gerenciales y consecuencias políticas de la coproducción de servicios públicos” en Moreno, Ángel Manuel (et al.), *La Administración pública entre dos siglos, Homenaje a Mariano Baena de Alcázar*. Instituto Nacional de Administraciones Públicas, Madrid.

([http://www.cortesaragon.es/fileadmin/\\_DMZMedia/biblioteca/boletinNovedades/201305/12.pdf](http://www.cortesaragon.es/fileadmin/_DMZMedia/biblioteca/boletinNovedades/201305/12.pdf))

Sennett, Richard .2006. *La nueva cultura del capitalismo*. Barcelona: Editorial Anagrama.

Sevillano, Elena.2012. “¿De quién son los hospitales de la presidenta?” *El País*.es 17 de marzo. Obtenido el 12 de junio de 2013.

([http://ccaa.elpais.com/ccaa/2012/03/17/madrid/1331987916\\_974650.html](http://ccaa.elpais.com/ccaa/2012/03/17/madrid/1331987916_974650.html))

-----2013.”Sanidad privatizará sólo 4 de los 27 centros de salud por falta de ofertas” *El País*.es 20 de marzo. Obtenido el 12 de junio de 2013.

([http://ccaa.elpais.com/ccaa/2013/03/19/madrid/1363729310\\_969904.html](http://ccaa.elpais.com/ccaa/2013/03/19/madrid/1363729310_969904.html))

Tarazona, Ginés et al. .2005. “La experiencia del Modelo Alzira del Hospital de la Ribera a la Ribera-área 10 de salud” *Revista de Administración sanitaria*, 3:83-98. Obtenido el 14 de mayo de 2013.

(<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1138752>)

Ugalde, Antonio y Jackson, Jeffrey .1998. “Las políticas de salud del Banco Mundial, una revisión crítica”. *Cuadernos médicos-sociales* 73:45-60. Centro de Estudios Médicos y Sociales (CEES), España. Obtenido el 2 de junio de 2013.

(<http://www.ilazarte.com.ar/cuadernos/pdf/n73a335.pdf>)

Verger, Antoni .2012. “Globalización, reformas educativas y la Nueva gestión del personal docente”. *Revista Docencia*, 46:4-13. Obtenido el 24 de marzo de 2013.

(<http://www.revistadocencia.cl/pdf/20120617191850.pdf>)