

Area de Políticas Públicas, Sociales y Estado del Bienestar

# OBSERVATORIO

## POLÍTICAS DE SALUD

2010  
FEBRERO  
02

## Gestión Sanitaria

FRANCISCO REYES

JAVIER GONZÁLEZ MEDEL

SANTIAGO PORRAS CARRASCO

MARÍA LUISA LORES

MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE



**Fundación 1º de Mayo** | Centro Sindical de Estudios  
C/ Arenal, 11. 28013 Madrid. Tel.: 913640601. Fax: 913640838  
[www.1mayo.ccoo.es](http://www.1mayo.ccoo.es) | [1mayo@1mayo.ccoo.es](mailto:1mayo@1mayo.ccoo.es)

Observatorio Medios de Comunicación y Sociedad. ISSN: 1989-6050

## Gestión Sanitaria

02

---

LA CRISIS DEL ESTADO DEL BIENESTAR: PRIVATIZACIÓN Y REFORMAS

**Francisco Reyes**

Economista e investigador del HCUS

20

---

UNA NUEVA VISITA A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ESPAÑA:  
NUEVO MODELOS Y FORMAS DE GESTIÓN.

**Javier González Medel**

Médico del SERMAS

28

---

LA GESTIÓN PRIVADA DE SERVICIOS PÚBLICOS ES UNA ESTAFA

**Santiago Porras Carrasco**

Médico Inspector de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

**Javier González Medel**

Médico del SERMAS

37

---

LA GESTIÓN CLÍNICA DE NUESTROS HOSPITALES. LA REFORMA PENDIENTE

**María Luisa Lores**

Radióloga Hospital Montecelo (Pontevedra)

41

---

¿ES POSIBLE OTRA GESTIÓN DE LA SANIDAD PÚBLICA?

**Marciano Sánchez Bayle**

Pediatra del Hospital Niño Jesús

Director del Observatorio de Políticas de Salud de la Fundación 1º de Mayo y

Portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad

Pública

# La crisis del Estado de Bienestar: privatización y reformas

**Francisco Reyes**

Economista e investigador del HCUS

La definición del Estado de Bienestar en un sentido amplio recoge toda la intervención del Estado dirigida a mejorar el bienestar de la población. En este sentido, es importante destacar que aparte de las transferencias sociales (como las pensiones), y los servicios públicos (como la sanidad o la educación), también forma parte de la configuración de un Estado de Bienestar las intervenciones normativas, en las que el Estado no financia ni provee servicios o bienes, sino que establece un marco regulatorio bajo el cual se rige toda la actividad económica, así como la estructura impositiva. En este sentido, la regulación del mercado de trabajo así como la regulación del mercado de productos (bienes y servicios) tienen repercusión directa sobre el bienestar de los ciudadanos. Es importante señalar también que tanto la regulación del mercado de trabajo como la regulación del mercado de bienes y servicios también tienen efectos distributivos como cualquier otra política de redistribución (Gómez de Pedro, 2001).

El modelo keynesiano sobre el que se fundamenta el Estado de bienestar, y que se desarrolla a partir de la II Guerra Mundial, otorga al Estado una función interventora, que se podría concretar en dos ámbitos:

1º) la política económica, por medio de la cual el Estado se convierte en un elemento dinamizador del sistema económico, cuyo objetivo prioritario es el mantenimiento de la actividad, impulsando la producción, orientando la política de gasto y de inversión, y corrigiendo los desajustes que se van produciendo. El Estado adquiere la función de reactivar la economía, especialmente en los momentos en los que el crecimiento constante no está garantizado, debido a las fluctuaciones a las que se encuentra sometido el mercado.

2º) la política social, a fin de conseguir: a) una distribución de la renta, mediante la financiación de un amplio sistema de servicios sociales de carácter asistencial, y de un sistema de seguridad social, articulado en torno a un principio de reparto, que ha ido sustituyendo al de los seguros privados; b) promover el pleno empleo, estableciendo una política de concertación social que garantice elevados salarios y otras ventajas laborales; y, c) posibilitar los recursos suficientes para fomentar el consumo interno y contribuir al mantenimiento de la productividad.

Siguiendo a Gómez de Pedro (2001), ambas políticas, la económica y la social, requieren una política fiscal, basada en un sistema progresivo y personalizado, que permita generar recursos suficientes para financiar la política económica y social. Los Estados de las sociedades occidentales avanzadas han tenido que desarrollar, durante los últimos años, una política económica basada en inversiones públicas y bonificaciones fiscales, con el fin de garantizar, en primer lugar, los beneficios empresariales y posibilitar los procesos de acumulación de capital, y contribuir de esta manera a reactivar la economía; en segundo lugar, fomentar el empleo, por medio de exenciones fiscales o de subvenciones, y evitar la destrucción masiva de puestos de trabajo, derivada de los ajustes y reconversiones industriales; y, por último, posibilitar unos niveles de ingresos, que permitan el mantenimiento del consumo interior, contribuyendo a dinamizar el mercado y a reactivar la economía, especialmente en los momentos recesivos del ciclo. Pero, a su vez, han tenido que desarrollar, una política social

y asistencial, cada vez más amplia, para hacer frente a la desigualdad y marginalidad que el mismo mercado ha ido creando. Una política social, por medio de la cual se desarrollan los derechos ciudadanos reconocidos en las Constituciones de los distintos Estados democráticos, y que afectan a áreas sociales, generadoras de bienestar y seguridad, como son la educación, la sanidad, las pensiones o la vivienda. Y también una política asistencial dirigida hacia aquellos grupos que se ven más afectados en sus niveles de bienestar por las fluctuaciones del mercado, y por la falta de recursos materiales y personales.

El ritmo ascendente en la producción y en la economía, requisito básico para el mantenimiento del Estado del Bienestar y de sus servicios, sufrió una conmoción que se dejó sentir a escala internacional. A principios de los años 70 algunos países sufrieron ciertos ajustes económicos que trataron de solventar mediante medidas fiscales expansivas y un crecimiento controlado del déficit público. Las propuestas keynesianas de la demanda agregada empezaban, a su vez, a fallar en su promesa de eficacia y mayor enriquecimiento. Puede señalarse un origen en la crisis del sistema de Brettonwoods, debida a las sucesivas devaluaciones y a la pérdida de convertibilidad automática del dólar de principios de la década de los setenta, derivada del exceso de circulación monetaria causado por la sobreabundancia de petrodólares.

Así la subida de los precios del petróleo, provocada por la Guerra del Yomz Kippur, así como los primeros acuerdos de la OPEP de 1973, y los que les sucederían, dieron un vuelco al sistema económico bursátil provocando una crisis del sistema monetario internacional y una elevadísima inflación que desbordaba los límites keynesianos.

Esta situación de estancamiento económico y fuerte inflación dio lugar a un nuevo fenómeno económico al que se denominó “estanflación”. Si concretamos en los Estados del Bienestar, los países hubieron de enfrentarse a una brecha creciente entre los recursos necesarios para financiar el gasto público y los ingresos que de hecho recaudaban, considerada como una auténtica crisis fiscal del Estado.

Puede decirse, por lo tanto, que en la historia reciente de los Estados del Bienestar hay un antes y un después de la crisis económica del 73. Esta observación lleva a Mishra (1992) a considerar en ella tres períodos. El primer período, el de precrisis, que duró aproximadamente hasta 1973, se sustentó en el paradigma relativamente estable y consolidado de Keynes- Beveridge. En la década de los 80 se inició la última fase, la de postcrisis, en la que muchos países dieron un giro hacia políticas más conservadoras de corte económicamente más liberal, mientras que, frente a estas, se reafirmaba la opción socialdemócrata manteniendo las líneas maestras del Estado del Bienestar. Las crisis económicas no afectaron tan fuertemente a estos últimos Estados y supieron hacerles frente, conservando muchas políticas del bienestar; a pesar de lo cual, en estos últimos años están comenzando a dar marcha atrás en algunos aspectos.

La etapa de crisis obligó a los Estados a tomar medidas para controlar los desequilibrios existentes. Se hizo especial hincapié en el aspecto a primera vista más problemático: el económico, lo que originó reajustes posteriores del elemento social. El fin que se pretendía con ello era descargar un tanto al sistema estatal para frenar la inflación y, si era posible, continuar potenciando la productividad.

En economía puede hablarse del inicio de reformas fiscales anti-inflacionistas y de una inclinación hacia políticas más monetaristas y descentralizadas. Algunas medidas de ajuste fueron: contención del gasto y del déficit público, control de los aumentos salariales (que a veces se traducía en una reducción de los ingresos), reubicación de las políticas distributivas y de las decisiones financieras y contractuales de estímulo de la oferta, la profunda reestructuración de sectores productivos ineficaces en el intento de incrementar la rentabilidad. Respecto a la gestión del bienestar se potenció una descentralización en su producción, un pluralismo en la gestión, innovación en la definición y en la satisfacción de necesidades y nuevas fórmulas de participación y autoorganización colectiva.

Encontramos el inicio de estas transformaciones en la política de los gobiernos Thatcher

en Gran Bretaña desde 1979 y Reagan en los Estados Unidos desde 1980, de corte fuertemente neoliberal. Su ascenso al poder pone fin a la fase de crisis del Estado del Bienestar, según apunta Mishra (1992), e inicia una nueva etapa de ‘intento’ de desmantelamiento.

Clifon, Comín y Díaz Fuentes (2006) nos ofrecen una síntesis de la bibliografía principal, sobre la privatización, organizándola en torno a tres modelos de privatización principales: el “paradigma británico”, el enfoque de la “lógica múltiple” y el “modelo europeo”; de la que exponemos un resumen.

Para estos autores, el paradigma británico hace hincapié en la experiencia privatizadora británica, al enfatizar ciertas características de la misma, como la preferencia ideológica por las “soluciones de mercado”, la propiedad individual y el rechazo a la intervención estatal. Esto se asocia con frecuencia a la posición política de derechas de Margaret Thatcher. Muchos de los autores que adoptan el paradigma británico asumen, además, una clara posición a favor de la privatización, y mantienen que, tarde o temprano, todos los países habrán de acogerse a la lógica de la privatización, si desean incluirse en la economía de mercado global.

Los grandes interpretes de las privatizaciones, como Kay y Thompson (1986) y Vickers y Yarrow (1988), ya criticaron el enfoque pro-privatización en sus primeras obras, señalando que contenían una excesiva confianza inherente en la superioridad de la propiedad privada; es decir, en que la maximización del beneficio por los nuevos propietarios aseguraría, por sí misma, la eficacia económica y una provisión adecuada de los servicios sociales. Las primeras obras sobre las privatizaciones, por el contrario, negaban otras cuestiones importantes como eran las intervenciones públicas para incentivar la competencia y la regulación del servicio público (en especial de las industrias de red).

Parker (1998) enriqueció el debate teórico y retó a la linealidad del “paradigma británico” al subrayar las diferentes prácticas implementadas en la Europa Occidental. Se tomó conciencia de que el Reino Unido no sirve como modelo para explicar las privatizaciones en Europa Occidental; sólo es un caso singular y su importancia deriva, precisamente, de ser el primero. El Reino Unido tuvo una privatización singular porque no había ningún modelo que imitar. Por el contrario, los demás países pudieron aprender de la experiencia británica, imitando algunas prácticas y corrigiendo o evitando otras. A ello se añadieron las propias peculiaridades históricas, políticas y sociales de los demás países.

Por ello, debido a la enorme diversidad de las diferentes experiencias privatizadoras, algunos autores llegaron a la conclusión de que no existía ninguna base lógica ni ningún objetivo común para las privatizaciones de Europa Occidental (Parker 1998). Por otro lado, la ideología neoliberal que asociaba la propiedad privada con un funcionamiento óptimo de la economía, defendida por los partidarios del “paradigma británico”, quedó puesta en cuestión por la propia forma de medir los resultados de las privatizaciones: si la eficacia se define en términos estrictamente financieros, el punto de partida está ya predispuesto hacia la lógica del mercado privado. Stiglitz (2002) avanzó un paso más y calificó la creencia incondicional en la propiedad privada como “fundamentalismo del mercado”. Cuando se seleccionan otros indicadores del rendimiento de la actividad empresarial, como la seguridad, fiabilidad o facilidad en el acceso a los servicios, la evidencia a favor de las privatizaciones, según los rendimientos conseguidos antes y después de la venta de las empresas públicas, queda más difuminada, como señaló Héritier (2002) en el caso del transporte ferroviario.

El tercer paradigma para explicar la privatización lo denominan Clifon, Comín y Díaz Fuentes (2006) el “paradigma europeo”. Parece que existe consenso a la hora de afirmar que la construcción de la Europa comunitaria, ubicada en un contexto global de cambio desde la década de 1970, supuso una fuerza destacada que afectó fuertemente a las reformas políticas, incluidas la desregularización y la privatización de las empresas públicas. Este paradigma añade una gran diversidad de enfoques, entre los que figuran las propuestas “neofuncionalistas” e “intergubernamentales” para la integración, así como una nueva área de estudio sobre la europeización.

Entre las contribuciones al “paradigma europeo” se encuentran las de aquellos que anteponen el papel de la Comisión Europea, que lleva a cabo reformas de mercado dentro de un contexto de cambio económico, político y tecnológico (Sandholtz y Zysman 1989, Sandholtz 1993). Por su parte, Majone (1994, 1997) argumentó que, en Europa, un “Estado regulador” estaba sustituyendo la intervención tradicional del Estado. Pues bien, la privatización desempeñaba un papel clave dentro de este nuevo estado regulador, junto con la creación de agencias reguladoras independientes y la promulgación de nuevas normas legales que terminen con los monopolios públicos. Esto conllevaba cambios en la función del Estado, centrados en la corrección de los fallos de mercado y el fomento de la competencia a través de la creación de normas legales, en vez de asignaciones presupuestarias. Surgió así en Europa una tendencia general hacia las privatizaciones y la regulación con variaciones transnacionales.

Detrás del programa de privatización, parece existir una mezcla de objetivos económicos pragmáticos y políticos, incluidos los deseos de reducir la presión fiscal, de socavar el Estado del Bienestar, de crear un “capitalismo popular” y de reducir el poder de los sindicatos y de la oposición política. No sólo el británico, sino que la mayoría de los gobiernos europeos se embarcaron en programas de privatización antes de la década de 1990. Pero éstos no tuvieron grandes resultados, con la excepción del Reino Unido. Entre otros, destaca el caso de privatización francés entre 1986 y 1988 y las ‘*privatizations silencieuses*’ llevadas a cabo posteriormente por François Mitterand. Además, el IRI y el ENI privatizaron algunas compañías italianas (Segnana 1993), el gobierno socialista en España vendió algunas empresas industriales del INI a partir de 1985 (Comín y Martín Aceña 1993, Comín y Díaz 2005), y el partido laborista había vendido una participación en British Petroleum en 1977 (Vickers y Yarrow 1988, Wright y Thompson 1994). Sin embargo, estas ventas de empresas públicas no eran fruto de un programa político de privatizaciones continuo y significativo. De hecho, hasta finales de los años 1980, el único ejemplo considerable de privatización en la UE fue Gran Bretaña.

Aunque se mencione con frecuencia, el programa francés de “re-privatización”, llevado a cabo entre 1986 y 1988, no supuso más que una reacción contra el programa de nacionalizaciones rendido por el anterior gobierno socialista. La política de privatización en Francia sólo fue realmente significativa durante la década de 1990, en línea con el resto de Europa. Durante la segunda mitad de los años 1980, muchos países como Austria, Dinamarca, los Países Bajos, España o Suecia, comenzaron a definir sus programas y estrategias de privatización a través de la reestructuración de las entidades públicas como sociedades anónimas de propiedad pública mayoritaria.

No fue en realidad, hasta 1993 cuando la mayor parte de los países de la UE emprendieron programas ambiciosos, principalmente a través de ofertas públicas de ventas de acciones de las empresas públicas. De hecho, el año de 1993 marca un hito inconfundible en el lanzamiento de la privatización en la UE. El inicio de los programas de privatización coincidió con la consolidación del Mercado Único y el Tratado de Maastricht -con su propuesta para la Unión Económica y Monetaria (UEM)(1992)-, dos acontecimientos claves en la construcción europea.

Sin embargo, queda por contestar la pregunta de si existió una lógica común al diferente comportamiento de los diferentes gobiernos de la UE con respecto a la venta de sus empresas públicas. Y, en caso de respuesta afirmativa, también habría que plantearse si aquella lógica común podría atribuirse a la política económica de la UE. Para responder a estas preguntas los diferentes autores han encontrado útil analizar el ritmo temporal de los distintos procesos de privatización, ya que podrá revelar si la actividad privatizadora fue gradual, continua y a largo plazo. Además, esto les permitiría observar si la privatización formaba parte de un objetivo político a largo plazo y de largo alcance (como resultó ser en el Reino Unido durante la administración conservadora) o, si por el contrario, la privatización estaba unida a la venta de ciertas empresas públicas y era realizada como respuesta a ciertas oportunidades políticas o circunstancias de los mercados financieros.

Clifton, Comín y Díaz Fuentes (2006) proponen que en la UE existieron varios escenarios nacionales en términos del ritmo de privatización, desde 1993. En Italia, Francia, Austria y Portugal el ritmo privatizador era constante y los ingresos anuales por ventas de empresas públicas no sobrepasaban el 23% de los ingresos públicos totales nacionales acumulados durante el periodo comprendido entre 1990 y 2002.

En estos países, los sectores públicos empresariales se encontraban entre los mayores de la UE, a comienzos de la década de 1990. En países más pequeños, pero con sectores públicos relativamente grandes, como Finlandia, Grecia e Irlanda, los programas de privatización de largo alcance se retrasaron hasta finales de los años 1990: en Finlandia el 75% de los ingresos por privatizaciones fue acumulado entre 1997 y 2000; en Grecia el 92% se generó a partir de 1997, y en Irlanda el 85% se ingresó después de 1999.

En un tercer grupo, que incluiría a Bélgica, Países Bajos y España, y en el que, el sector público era relativamente pequeño a comienzos de los años 1990, la privatización fue rápida y concentrada en una primera fase. En Italia, Francia, Portugal y Austria se emprendieron importantes y continuos programas de privatización desde 1993. Los países pequeños, como Finlandia, Grecia e Irlanda hicieron esfuerzos relativamente grandes para privatizar, aunque no a largo plazo ni con gran alcance. En Grecia e Irlanda, los retrasos y las restricciones a la privatización estaban fuertemente unidos a la prórroga de la apertura de ciertas actividades el mercado europeo, en particular, las telecomunicaciones y la energía.

Respecto de la importancia que ha tenido la retórica a favor del mercado a la hora de justificar la privatización en la UE, se pueden encontrar algunos antecedentes de esta ideología neoliberal durante los años 1970 en instituciones como el Banco Mundial y el FMI, que, posteriormente, se consolidaron en torno al denominado “Consenso de Washington”. Esta retórica abogaba por el establecimiento de un “orden espontáneo de mercado”, libre de intervenciones públicas, y apoyaba la puesta en práctica de una política económica en términos aparentemente objetivos (Sutton 1999). Se enfatizaba la racionalidad en la toma de decisiones públicas, de la que derivaba la inevitabilidad de aquella política liberalizadora.

Por su parte, y desde la caída de los beneficios en la industria, a comienzos de los 70, el sector servicios ha cobrado una importancia creciente en la economía mundial. En 2004, representaba el 71% del valor añadido bruto y el 70% del empleo de la UE, y superaba el 25% de la totalidad de sus exportaciones y la mitad de todas sus inversiones en otras partes del mundo, siendo la UE el principal exportador e importador de servicios del mundo. Sin embargo, un importante volumen de esa masa de capital escapa al control del sector privado y a la posibilidad de hacer negocio. Se trata de los servicios públicos representados por los gastos sociales (pensiones, sanidad, educación, medio ambiente o vivienda protegida). En la UE, en 2003, los gastos en protección social representaban una media del 28% del PIB.

La finalidad de las reformas del sector público, encabezadas por los propios Estados, persigue generar el marco más adecuado que permita transferir al sector privado los fondos públicos destinados a protección social, para lo cual necesitan adecuar la organización y funcionamiento de esos servicios públicos de manera que se facilite la obtención de beneficios privados en su explotación.

El papel de los gobiernos ha consistido, hasta la fecha, en alcanzar acuerdos políticos internacionales que, desarrollados en los diferentes Estados, permitiesen debilitar los servicios públicos de protección social, eliminar las leyes que al preservar el bien común dificultan la extensión del mercado y desarrollar las oportunas campañas de desinformación, a fin de moldear la opinión pública. De este modo, los gobiernos respondían a las exigencias de las multinacionales del sector servicios, del capital financiero y de las grandes constructoras. La Coalición de Industrias de Servicios en EEUU ya dejó claras estas exigencias en 1999, al quejarse, por ejemplo, de los escasos avances en los cambios de la propiedad pública de la sanidad en otros Estados, lo que dificultaba que los proveedores privados estadounidenses vendiesen en esos países.

Como resultado de las negociaciones de la Ronda Uruguay (1986-1994), en 1995 entró en vigor la Organización Mundial del Comercio (OMC) y con ella en 1999 el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS) y el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), entre otros. El Acuerdo General de Comercio y Servicios de la OMC, marcó que sus objetivos debían cumplirse plenamente en la 1ª década del nuevo siglo, obligando a los Estados firmantes a la reducción drástica de las regulaciones internas que supongan un impedimento para el comercio, y a la derogación de todos los procedimientos o normas técnicas que impidan o limiten la concesión de licencias de apertura de hospitales o servicios sanitarios privados. A su vez, la OMC cuenta con poder -otorgado por los países miembros-, para anular unilateralmente dichas normativas o expulsar de la Organización al Estado que no se someta a sus dictados, lo que supondría su aislamiento económico.

A diferencia del ADPIC, cuyas repercusiones en el acceso a los medicamentos han sido objeto de amplio debate, el AGCS y sus posibles efectos en servicios fundamentales, como la asistencia sanitaria, la educación, el transporte, el suministro de agua o la energía, continúan siendo un tema menos conocido para la opinión pública española.

En esencia, el acuerdo AGCS pretende romper los aranceles internos que suponen la existencia de servicios públicos, como los sanitarios en muchos países del mundo, para así incrementar el desarrollo económico. Sin embargo, estas políticas no tienen en cuenta los beneficios para la salud de los pueblos que suponen tanto la redistribución de la riqueza como la existencia de una red pública de servicios sanitarios. Ambas cuestiones tienen un efecto positivo ya evidenciado sobre la salud de la población.

En el marco europeo, la Directiva “Bolkestein” recientemente aprobada por el Parlamento de la UE ahonda precisamente en esas medidas que se aplicarán a todos los servicios, aunque por ahora se hayan excluido los servicios de salud. Nada nos hace ser optimistas acerca del objetivo que perseguirá la nueva directiva que tratará sobre los sistemas sanitarios de los países miembros de la UE.

El FMI ha dedicado varios estudios a estas cuestiones. En marzo de 2004, publicó “Public Investment and Fiscal Policy” (Inversión pública y política fiscal) y “Public-Private Partnerships” (Asociaciones públicoprivadas). Para poner a prueba los marcos analíticos desarrollados en esos dos documentos generales, el FMI llevó a cabo otros ocho estudios en un variado grupo de países en desarrollo y de mercados emergentes de África, América Latina, Asia y Oriente Medio. Los resultados de esos estudios se resumieron en dos documentos publicados en abril de 2005, “Public Investment and Fiscal Policy—Lessons from the Pilot Country Studies” (Política fiscal e inversión pública: Resultados de los estudios de países analizados como casos piloto) y “Public Investment and Fiscal Policy—Summaries of the Pilot Country Studies” (Política fiscal e inversión pública: Resultados de los estudios de países analizados como casos piloto). En otro estudio se analizaron los riesgos fiscales emergentes de las garantías estatales.

Este cambio ideológico trajo consigo serias consecuencias para el sector público; no sólo se puso en cuestión el Estado del Bienestar, si no también la empresa pública. Los economistas de esta tendencia definían a las empresas públicas como un conjunto de monopolios privilegiados, protegidas de la competencia, dirigidas por unas enormes y monolíticas burocracias, ineficientes y derrochadoras de recursos públicos; y, encima de todo ello, eran incapaces de satisfacer las necesidades de los clientes y de los ciudadanos, que estaban a merced de aquellos monopolios. Además, se aducía contra la empresa pública la existencia de una conspiración entre los dirigentes y los trabajadores de las empresas públicas para proteger su existencia y conservar sus prebendas. Esta visión estereotipada de la empresa pública conservó fuerza entre algunos analistas del Banco Mundial, especialmente Shirley (1999).

De hecho, la sostenibilidad del Estado del Bienestar, es cuestionada desde dos perspectivas. La primera, afirma que el Estado de Bienestar no es compatible con el crecimiento económico en el nuevo modelo económico de la globalización, competencia internacional



y cambios apoyados por las nuevas tecnologías. La segunda, más técnica y actuarial, analiza las dificultades que esperan a los sistemas públicos de pensiones en sociedades que envejecen progresivamente.

Nada hay que permita sentenciar la incompatibilidad entre los mercados globalizados y el dinamismo económico de los países con un modelo de economía social de mercado. Ciertamente, los mayores costes salariales directos e indirectos afectan al precio final de productos y servicios, y por tanto a la competitividad. Pero esta, que es la variable estratégica, precisamente en la economía de la información y del conocimiento, no es seguro, sino todo lo contrario, que resulte impulsada a fuerza de recortes sociales o condiciones de trabajo más precarios. Por otra parte, la globalización no cambia la naturaleza de las transacciones domésticas que siguen siendo cuantitativamente los más importantes, y es un hecho que las transacciones internacionales de los países europeos se realizan en el propio ámbito europeo o entre los países desarrollados.

Las alarmas de los demógrafos han pasado a formar parte de la agenda política, entre otras razones, porque el sistema protector del Estado de bienestar está directamente afectado: cuando en Europa, a partir de la próxima década, empiecen a acceder a la pensión de jubilación la generación del “baby boom” de la postguerra, el coste de las pensiones crecerá abruptamente. En 2010 el número de personas mayores (69 millones) será el doble del que existía en 1960. En los cuarenta años siguientes volverá a duplicarse el número de europeos mayores y se habrá triplicado el número de los que superan los 80 años. Según esta tendencia Europa tendrá que dedicar 3 puntos adicionales del PIB a pagar las pensiones públicas. España tendría que dedicar 7 puntos más. Esto equivale a casi duplicar, en términos equivalentes, el coste que actualmente supone nuestro programa de pensiones públicas. A efectos del equilibrio de las finanzas públicas habrá de adicionarse la no menos pesada factura de los gastos sanitarios y de cuidados que precisará esta población envejecida.

Sin embargo, y frente a esta posición actual, debemos recordar que entidades tales como el Banco Mundial, el Rockefeller Center o el Club de Roma promovieron en la década de los setenta la llamada “Teoría del crecimiento Cero” (tanto de la producción como de la población mundial). Su objetivo era poner todos los medios posibles para mantener el nivel económico de los países desarrollados; la forma de realizarlo era controlando el crecimiento de la población hasta alcanzar un crecimiento cero. Aparecieron muchos estudios y previsiones de futuro, entre los cuales destaca, por su gran impacto ideológico mundial, uno de los primeros Informes del Club de Roma publicados a principios de los 70. Estos Informes habían sido precedidos por algunos estudios realizados por la FAO sobre población y desarrollo, como el titulado *Seis mil millones de bocas* de 1963, que habían abonado el panorama ideológico con temores de sobrecarga mundial de población y de las consiguientes pobreza y miseria.

El Estado del Bienestar entró, de este modo, en un nuevo período de reforma. Inicialmente y probablemente por la influencia de las políticas de recorte impulsadas por los gobiernos conservadores, ya referidos, de R. Reagan en Estados Unidos y de M. Thatcher en el Reino Unido en los años ochenta, esta etapa de reforma fue bautizada con el nombre de *retrenchment*, queriendo poner de manifiesto que después de la fase de crisis —nunca demostrada empíricamente (Green-Pedersen y Haverland, 2002)—, la reforma tomaba un sentido concreto, el de la retirada o recorte progresivo del Estado de Bienestar o, para los más alarmistas, incluso el del desmantelamiento de las estructuras públicas del bienestar.

Desde entonces algunos análisis empíricos sobre el desarrollo del Estado de Bienestar empezaron a cuestionar, al menos hasta la década de los noventa, que esta reforma, incluso en países como el Reino Unido o Estados Unidos, supusiera una retirada o un recorte, sino que detectaron más bien una continuidad o ajuste de las estructuras y los programas fundamentales de los Estados de Bienestar, debido a la influencia de variados factores como el peso de las clientelas alrededor de las políticas en marcha, la obstinada resistencia de la opinión pública contraria a los recortes o la inercia de las instituciones (Pierson, 1996a).

De este modo, a pesar del ambiente neoliberal favorable a la reducción de los gastos del sector público y de la percepción bastante generalizada de que en estos años ocurrió una disminución en los niveles de dichos gastos, los indicadores de gasto (público y social) en los países de la OCDE muestran, no obstante, una tendencia positiva a lo largo del periodo 1975-1995 (Muñoz de Bustillo, 2000), registrando un aumento nada despreciable de casi el 50% en promedio en términos de su peso relativo en el PIB.

Este elevado nivel de gasto ha sido posible en la medida en que, a pesar de la premisa neoliberal de reducir los impuestos, durante este periodo se mantuvo elevada la base fiscal de los Estados del Bienestar, lo que permitió mantener la financiación del Estado del Bienestar sin incurrir significativamente en déficits. Esto explica por qué la expansión del gasto durante el periodo ha sido compatible con el manejo restrictivo de la base monetaria. Al no haber una disminución real en la magnitud del gasto social, tampoco hubo mermas significativas de las redes de protección fundamentales, como la educación, la salud y las pensiones de vejez y enfermedad, por mencionar las principales, por lo que no es sorprendente que a lo largo de las tres últimas décadas los indicadores generales de bienestar social y calidad de vida de los Estados del Bienestar hayan consolidado su liderazgo al frente de los indicadores de Desarrollo Humano.

Fruto de diversos estudios, durante algunos años, se extendió, en parte por la influencia de algunos autores como Pierson, la idea de la inmunidad del Estado de Bienestar contra cualquier tipo de ataque, cuestionándose, por tanto, la eficacia de la reforma en términos de cambio, y considerándose por parte de los investigadores que una gran transformación del *status quo* era improbable (van Kersbergen, 2000).

Sin embargo, si bien durante el decenio de los ochenta, el Estado de Bienestar se caracterizó bien por la continuidad o bien por el cambio limitado por la pertenencia a un régimen del bienestar, algunos autores han mostrado su desacuerdo con que este diagnóstico pueda extenderse a la década de los noventa (van Kersbergen, 2000).

En conjunto, se puede decir que, si bien es cierto que el promedio del gasto social en estos países se encuentra estancado a partir de 1995, también lo es que no muestra retrocesos significativos desde ese entonces. Por tanto, los diferentes autores coinciden en que las tres décadas posteriores a 1975 son, desde el punto de vista del gasto social y el bienestar social, en lo general, de una mejora real y no de retrocesos.

Las posibles causas de la limitada eficacia de las reformas que han podido abordar los diferentes gobiernos, se centran fundamentalmente en la resistencia de la opinión pública, la fortaleza de los intereses creados alrededor de los programas de bienestar, la inercia y la firmeza de las instituciones políticas y de las propias políticas de bienestar que actuarían como obstáculos o amortiguadores para que se produzca un cambio en los niveles de cobertura del estado del Bienestar o para que este cambio sea radical (Pierson, 1994).

La tendencia de los gobiernos a la evitación de la culpa (Weaver, 1986, Pierson, 1996) es una razón de suficiente entidad para explicar por qué los gobernantes se abstienen de iniciar reformas que sean impopulares. La expansión de los programas públicos y su amplia cobertura en términos de ciudadanos beneficiarios hace que los políticos asuman que los costes electorales de su retirada o reducción pueden resultar prohibitivos.

La similitud de las actitudes ciudadanas independientemente del régimen de bienestar analizado y el parecido entre los tipos de reforma finalmente emprendidos ha hecho poner en duda a algunos investigadores la importancia de este factor para explicar el cambio (Sainsbury, 2001). No puede decirse que la opinión pública sea el único factor del que depende la adopción de medidas relativas a la reforma del Estado de Bienestar. Se ha sugerido que, en todo caso, es tanto o más útil el estudio de la opinión de las elites por su capacidad de decidir y por su capacidad de convencer o hacer cambiar de opinión a los ciudadanos (Hecló, 1974, Forma, 1999, Edelman, 1977; Ross, 2000). Desde este punto de vista la opinión de algunos colectivos, por ejemplo, el de los burócratas, podrían analizarse como un obstáculo para la reforma del Estado de Bienestar (Marier, 2002) o lo contrario.

En contra de este argumento, distintos estudios han demostrado que la opinión pública importa y que es especialmente trascendente, aunque no sea determinante, por su capacidad de influir en la dirección de las políticas más relevantes en un país, y entre ellas de las políticas sociales (Burstein, 1998:41; Page y Shapiro, 1983, Whiteley, 1981; Monroe, 1998). En lo que se refiere al Estado de Bienestar debe seguirse un razonamiento similar. A pesar de ello, la diferencia en el tipo de reforma elegido por un gobierno y el resultado final de la misma no debe ser atribuible sólo a las actitudes ciudadanas predominantes, sino a la conjunción de éste y otros factores como la intensidad y la naturaleza de las presiones reformadoras.

El Estado de Bienestar es uno de los procesos de nuestro tiempo sobre el cual ha existido un consenso entre los ciudadanos más extendido en occidente, derivado del convincente discurso gubernamental que en sus orígenes reclamaba el apoyo ciudadano destacando la necesidad de los programas públicos de bienestar como mecanismo para garantizar la cohesión social, la modernización económica y la democracia. Los años sesenta y setenta fueron prolíficos en la producción de teorías que auguraban la crisis del Estado del Bienestar y de la misma democracia, derivadas ambas del lado de la demanda ciudadana. La creciente intervención pública generaría más expectativas sobre lo público, lo que exigiría, de nuevo, más esfuerzo de las instituciones públicas. La complejidad de las demandas y los actores sociales y económicos reducirían la capacidad del gobierno y del sistema para salir airoso de esas demandas crecientes. Como consecuencia de ello, los ciudadanos se sentirían cada vez más insatisfechos con las instituciones públicas lo que, además, redundaría en la disminución del apoyo al sistema político (Crozier, Huntington y Watanuki, 1975) y, para los más pesimistas, en la crisis de la democracia.

Los augurios sobre la crisis democrática no parecen haberse cumplido tal y como demuestra la investigación empírica, de modo que al menos en Europa, los ciudadanos siguen prefiriendo la forma democrática de gobierno de forma mayoritaria y, con excepción de los partidos políticos, el resto de las instituciones mantienen niveles estables de confianza ciudadana (Kaase y Newton, 1995). La tesis de la incontinencia de las peticiones ciudadanas se vio matizada posteriormente por aquellos que han sostenido que las demandas de los ciudadanos tendrían un límite, el derivado de la “contraofensiva del contribuyente” (Peters, 1999a).

Algunos grupos concretos, por ejemplo las clases medias, sintiendo que aportan a las arcas públicas más que lo que reciben, dejarían de respaldar el crecimiento del Estado (Wilensky, 1975). En nuestros días el argumento del supuesto avance en la sociedad y entre las elites de valores contrarios a la procura del bienestar por parte del Estado, se utiliza para justificar el mantenimiento, cuando no el recorte, del tamaño de lo público. Sin embargo, a pesar de las teorías presagiando una crisis del Estado del Bienestar por el lado de la demanda, los estudios coinciden en la evidencia de que las actitudes favorables al Estado de Bienestar no han cambiado, o no lo han hecho de forma tan significativa como para permitir a los gobiernos asumir riesgos de nuevas reformas (Taylor-Gooby, 2001b).

Las razones de este apoyo son claras en Occidente (Pierson, 1996 [1994], 2001c). Las clientelas en torno al Estado de Bienestar —empleados públicos del bienestar, pensionistas, minusválidos, desempleados y beneficiarios de la asistencia social— han crecido, hasta representar casi el 60% del electorado en Suecia, el 51% en Alemania y el 33% en USA. Porcentajes estos a los que habría que añadir los que incluirían a los ciudadanos que serán receptores en un futuro, y perciben sus derechos como adquiridos e inexpropiables, y los que se benefician de lo que otros miembros del hogar reciben, y todo ello sin tener en cuenta que en algunos países hay programas universales que cubren a toda la población, como es el caso de la sanidad española con una cobertura que alcanza el 99 por ciento de la población (Carrillo y Tamayo, 2000).

En el mismo sentido, en España, atendiendo al estudio de Calzada Gutierrez, basado en una encuesta realizada en España, en 2005, gracias a la colaboración entre la Unidad de Políticas Comparadas del Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y el Cen-

tro de Investigaciones Sociológicas (CIS), podemos observar que una amplia mayoría de los ciudadanos (68%) prefiere un Estado dotado de grandes responsabilidades y que intervenga activamente en temas de bienestar, siguiendo un modelo más cercano al tipo socialdemócrata de los países nórdicos que al que se propone desde posturas liberales o neo-liberales. Además, en torno al 60% de los ciudadanos valora los programas públicos de sanidad, educación, pensiones y desempleo como muy o bastante eficaces, un porcentaje que si bien no se acerca al 80% de satisfacción que logra Correos, el ferrocarril o la policía, parece descartar la idea de que nuestro sistema de bienestar sufra de “crisis de legitimidad”. La forma de organización que tienen hoy día los principales programas de bienestar, con gestión y financiación pública, también logra un enorme respaldo, aunque en pensiones encontramos un colectivo, minoritario pero relevante (21%), que desearía mantener el sistema como está, pero permitiendo a los trabajadores que lo deseen derivar parte de sus contribuciones sociales a planes de pensiones privados.

Entre un 55% y un 62% cree que el Estado está destinando demasiado pocos recursos a los servicios de bienestar. Gracias a nuestros análisis hemos podido comprobar que ambas opiniones están relacionadas, y que quienes más insatisfechos están con el funcionamiento de un programa de bienestar concreto son también quienes en mayor medida consideran que los recursos de los que el programa dispone son demasiado pocos.

En cuanto a los fondos para financiar estas mejoras, un 69% afirma preferir pagar más impuestos por más o mejores servicios y prestaciones sociales que lo contrario (menos impuestos por menos prestaciones), con lo que estas deseadas mejoras en nuestro Estado del Bienestar podrían salir, como ha sido habitual, del bolsillo de los asalariados.

En su excelente y profusamente documentado trabajo sobre la reforma del bienestar en Europa, del Pino (2004) expone que el apoyo al Estado de Bienestar está condicionado por dos factores: a) los costes están concentrados, pero los beneficios son difusos; b) Los que apoyan están en una posición de fuerza para mantener los beneficios existentes. Es el “sesgo negativo” de los votantes que reaccionan más intensamente a una potencial pérdida que a las ganancias (Pierson, 2001c).

Junto a la resistencia de la opinión ciudadana, la firmeza de los grupos de interés es un importante obstáculo para la retirada del Estado de Bienestar. En la etapa de expansión del Estado de Bienestar, la teoría de los recursos de poder (Korpi, 1978) demostró su capacidad para explicar fenómenos de refuerzo del mismo allí donde existía una presencia significativa de los partidarios tradicionales del Estado de Bienestar como los partidos de izquierda y los sindicatos de clase. Sin embargo, la pérdida de poder de estos actores tradicionales no puede explicar para Pierson (1996a) la continuidad de los programas públicos del bienestar que parecen seguir persistiendo incluso aunque la capacidad de presión de estos actores se haya visto muy disminuida.

Según Pierson, el análisis debe cambiar el énfasis en los sindicatos por ejemplo, y presta una atención mayor a las más variadas clientelas —receptores de pensiones de tercera edad o de minusvalías, empleados del bienestar, por ejemplo— que producen los programas del bienestar y que pueden convertirse en importantes actores políticos, incluso pueden reforzar el problema de “la evitación de la culpa” si son capaces de movilizar a los votantes, haciendo más visibles las potenciales reformas que propone el gobierno y, por tanto, más difíciles.

A pesar de estos obstáculos, a lo largo de los años noventa los gobiernos han acabado por adoptar medidas que van más allá de un simple ajuste. ¿Por qué algunos gobiernos han iniciado reformas, en principio, contrarias a las prioridades ciudadanas aún suponiendo que esta actitud podía depararles un posible fiasco electoral? ¿Cómo consiguen los gobiernos neutralizar los obstáculos, aprovechar las oportunidades que el contexto les ofrece utilizando estrategias para crear condiciones para poner en marcha políticas de reforma? Las actuales teorías sobre la reforma del bienestar y las diversas aportaciones empíricas de los últimos años especifican algunas condiciones que pueden ser utilizadas estratégicamente para contribuir al éxito de las reformas superando la resistencia de los

grupos de interés y los votantes y los legados de política. Se trata, entre otras, de estrategias de traspaso de la culpa (*blame shifting*), de búsqueda de objetos de intercambio o compensaciones (*trade-off*), de utilización de un discurso legitimador de las reformas, y del establecimiento de sendas paralelas/ alternativas de política. Sin embargo, para entender estas estrategias es necesario cuestionar algunos supuestos usuales sobre los obstáculos reconocidos en las teorías anteriormente revisadas (Hering, 2003; van Kersbergen, 2000).

La teoría de la evitación de la culpa asume que los recortes planteados por los gobiernos en las políticas del bienestar son siempre impopulares, al contrario de lo que ocurría con las políticas de expansión que eran respaldadas por una mayoría de ciudadanos. Es posible, sin embargo, que no todas las reformas propuestas por los gobernantes sean siempre desaprobadas por los ciudadanos. A veces se producen fisuras en la opinión pública y los gobiernos pueden utilizar estratégicamente estas brechas. En este sentido, la política de los gobiernos no tiene porque reducirse a evitar la culpa y puede reclamar del apoyo ciudadano iniciando reformas (Ross, 2000).

Existe evidencia de que las actitudes de los ciudadanos hacia los distintos programas públicos no son homogéneas. Distintos tipos de programas públicos pueden tener diferentes grados de apoyo. Por regla general los programas con una larga tradición y que han generado amplias clientelas beneficiarias, son más difíciles de modificar. Además, está comprobado que las políticas de equidad tienen un respaldo más reducido que las políticas de seguridad socioeconómica (Roller, 1995; Pettersen, 1995; Taylor Gooby, 2001b). Un ejemplo en el caso español para evidenciar la dimensión de seguridad serían la política de sanidad y la política de pensiones que tratan de proteger a las personas contra las contingencias de la enfermedad y vejez así como la prestación de desempleo que tiene como objetivo proteger a aquellos individuos que se hallan en situación de paro (del Pino, 2003).

Sin embargo, las actitudes de los ciudadanos hacia el Estado de Bienestar pueden cambiar. Algunos estudios han detectado variaciones en el respaldo de los ciudadanos hacia las reformas cuando existen dudas sobre la viabilidad futura del mismo (Goul Andersen, 1999).

La percepción de una situación de crisis o riesgo futuro que se entiende como una amenaza para uno mismo o para la familia puede provocar que los intereses predominen sobre los valores y que aquellos aconsejen apoyar una reforma (Blomberg y Kroll, 1999). El riesgo en la viabilidad del sistema de pensiones es frecuentemente utilizado por los gobiernos para convencer de la necesidad de introducir reformas en el sistema de pensiones.

Algunas experiencias han demostrado que la apertura de un debate nacional, o el impacto de presiones diversas sobre el Estado de Bienestar han conseguido modificar en un espacio corto de tiempo las actitudes ciudadanas hacia el Estado de Bienestar. Ejemplos de este caso son los de Dinamarca y Holanda donde un debate sobre los efectos perversos del Estado de bienestar logró modificar en dos años las actitudes ciudadanas de apoyo a los programas públicos (Cox, 2001). Algunas investigaciones han encontrado cómo el impacto de la reunificación ha debilitado el apoyo a los programas públicos en la Alemania occidental (Fuchs 2002 y Hering 2003) y casos en los que el consenso partidista ha hecho virar las actitudes ciudadanas al hacer menos sospechosas las ansias de reforma.

La confianza en las instituciones públicas y la preferencia ciudadana por los servicios públicos puede variar, como ya planteó Hirschman (1977), con el mal funcionamiento reiterado de los servicios. De modo que los ciudadanos acaben prefiriendo fórmulas alternativas para la provisión o la producción de los servicios públicos. Cuando los ciudadanos más afortunados económicamente, huyen del servicio público debido a su mal funcionamiento para consumir servicios privados, lo público se deteriora aún más. Quedan en el servicio público sólo los consumidores con menos capacidad de influir ya que no se sienten competentes para ejercer presión en las decisiones de las instituciones públicas.

El abandono del servicio público conduce a su deterioro, justificando así la salida del sistema público de todo el que pueda permitírsele generando de este modo un círculo vicioso de abandono y deterioro que puede acabar minando el apoyo a Estado. Esta situación puede agravarse, como han sugerido algunos autores, debido al deterioro de los servicios producido por el recorte presupuestario que en los últimos años se ha producido en algunos programas públicos.

Se ha sugerido que las nuevas fracturas originadas por el cambio del entorno puede ahondar en las divisiones sociales existentes e incluso generar otras nuevas —por ejemplo, desempleo de larga duración frente al empleo, ciudadanos nacionales *versus* ciudadanos inmigrantes, jóvenes *vs.* mayores; capital *vs.* trabajo; izquierda *vs.* derecha— que modifiquen el consenso ciudadano básico del bienestar. Esta situación y los recortes y cambios en los programas públicos como la introducción o endurecimiento de criterios de acceso a los mismos pueden alterar los pareceres ciudadanos sobre quién merece ser receptor del bienestar público, por qué razones y de qué tipo de prestaciones (van Oorschot, 2000).

La teoría del *blame avoidance* y de los intereses creados asume el castigo automático por los votantes si las acciones del gobierno violan sus intereses. Sin embargo, la capacidad de castigar y la intensidad de la penalización dependen de varios factores. Uno de ellos es la visibilidad de las reformas. Los gobiernos pueden utilizar diversas estrategias para difuminar la culpa. La poca visibilidad de los pequeños cambios, el número mínimo de perjudicados que pueden estar además poco organizados, el retraso en la implantación de la decisión o el retardo en el efecto de la misma, por ejemplo en el caso de la reforma de las pensiones de 1995 en Italia, son una forma de evitar o reducir la culpa (Hering, 2003).

Asimismo, los gobiernos pueden buscar chivos expiatorios a quién atribuir la culpa. Es el caso, por ejemplo, de los sistemas federales y los gobiernos multinivel, en que es posible achacar algunas responsabilidades a los niveles supranacionales. Siguiendo este planteamiento, el gobierno francés culpó a las presiones europeas derivadas del pacto de estabilidad y la Unión Económica y Monetaria de la necesidad de introducir recortes en el sistema de pensiones y el gobierno italiano apeló al orgullo nacional para no quedarse atrás en Europa en la aplicación de medidas reduccionistas del Estado de Bienestar.

La generación de la culpa depende también de la voluntad que tengan otros actores sociales para trasladar la culpa al gobierno. El caso alemán en el que un partido de izquierda —el SPD— promovió la reforma del sistema de pensiones refleja esta situación, en que la oposición conservadora no se ha opuesto radicalmente. El gobierno puede desear la participación de otros en la reforma para evitar aparecer como culpables únicos, para además reforzar la legitimidad de la misma y garantizar su duración y sostenibilidad (Myles y Pierson, 2001).

Le Grand y Winter (1987), entre otros, han explicado la evolución del Estado de Bienestar en función de los intereses de la clase media —como pagadora de impuestos, receptora de servicios y también como proveedora de los mismos— y sus recursos de poder —capacidad de movilizarse, su poder en las instituciones y su potencial electoral—. Algunos autores han mantenido que la clase media, en sus diversos papeles mencionados como proveedora (asistentes sociales, maestros, médicos), receptora y como contribuyente, puede aprovechar su potencial electoral y preferir, en determinados momentos e incluso sobre programas concretos, formar una coalición con las clases más desfavorecidas (bajas o determinadas minorías étnicas) y con el gobierno a favor del mantenimiento del Estado de Bienestar. Pero también puede optar por lo contrario, puede aliarse con las clases altas a favor de un recorte del Estado de Bienestar y en contra de un Estado excesivamente intervencionista que trata de extraer demasiados impuestos (Edsall y Edsall, 1992).

Para Schmidt (2001) el discurso está constituido por un conjunto de ideas de política pública y valores normativos y un proceso interactivo entre política y comunicación. La dimensión ideológica del discurso cumple dos funciones: 1) convencer de la necesidad del cambio, para lo cual es necesario intentar demostrar la conexión entre los hechos y la

actuación pública (Seeleib-Kaiser, 2002) y 2) convencer apelando a valores nacionales, los propios de cada régimen de bienestar, de que su reforma y adecuación, es conveniente y oportuna. De este modo, se logrará legitimar más sólidamente la propuesta de cambio que apelando a otras razones como la competitividad. Por ejemplo, la propuesta de cambio basada en la necesidad de la reforma debido al mal estado de la economía no puede atentar contra los valores de solidaridad nacional que pueden estar en las raíces de un Estado de Bienestar determinado (Cox, 2001).

El discurso británico de Thatcher logró su cometido no sólo argumentando la necesidad de cambio debido al fracaso de las políticas anteriores sino también apelando a los valores centrales de la tradición británica, como la responsabilidad individual (Schmidt, 2002). En el caso de Dinamarca, el cambio de los valores tradicionales que habían sustentado el Estado de Bienestar desde los primeros años de la década de los sesenta se cimentó en dos artículos de la constitución danesa. Basándose en el supuesto abuso por parte de ciertos colectivos de los programas públicos del bienestar, el gobierno quiso trasladar a los ciudadanos un sentimiento de corresponsabilidad, resaltando que junto al derecho a trabajar y al derecho a un subsidio público hay que situar la contrapartida de asumir los deberes correspondientes (Cox, 2001).

En particular, y haciendo referencia específica a la privatización de los sistemas sanitarios podría afirmarse que ha pasado por dos etapas, la primera basada en políticas restrictivas del gasto sanitario público, provocadas por los ajustes económicos dirigidos a disminuir el déficit público de las administraciones y una segunda etapa caracterizada por un cierto crecimiento de los presupuestos destinados a sanidad, justo cuando a través de diferentes fórmulas -que analizaremos a continuación- se comenzaban a transferir cantidades importantes de fondos públicos a empresas privadas.

El problema de la privatización de los servicios públicos de salud entrañaba algunos problemas sobre todo en los países occidentales de nuestro entorno, donde la ciudadanía estaba acostumbrada a una asistencia sanitaria gratuita, o *cuasi* gratuita dado que el gasto inicial podía ser reembolsado en buena parte por diferentes mecanismos. Por esto, tanto desde los gobiernos como desde las instituciones económicas internacionales -FMI, BM, OMC y OCDE-, se recomendaban diferentes estrategias para conseguir la situación más idónea -en términos de rentabilidad económica- en los centros sanitarios para una posterior privatización. En este sentido, es paradigmático el Informe del Banco Mundial publicado en 1987 sobre “Financiación de los Servicios Sanitarios en los países en desarrollo: un programa de reformas”, en el que se recomiendan una serie de medidas, aplicables a la gran mayoría de los países y que pueden resumirse en los siguientes puntos:

- Trasladar a los usuarios los gastos en el uso de las prestaciones.
- Ofertar aseguramiento privado a la mayoría de los casos de riesgo.
- Utilizar de forma eficaz los recursos asistenciales privados.
- Descentralizar los servicios sanitarios públicos.

Se trataba de justificar la necesidad del cambio de los servicios públicos sanitarios, que no serían “sostenibles” si no se acometían las reformas que se proponían, sin que la opinión pública percibiera ninguna privatización, al no realizarse, entre otras cosas, ningún desembolso nuevo por la asistencia sanitaria recibida. Luego se podía afirmar que no se estaban “vendiendo” los centros sanitarios, de hecho no sucedía lo mismo que cuando se privatizaban y vendían otras empresas. Todo esto desembocó en una débil resistencia de la ciudadanía a los cambios que se iban introduciendo (Huertas, 1998).

No podemos infravalorar el trabajo “explicativo” que justificaba los mecanismos que se implementaron en la administración de los servicios de salud. La cobertura ideológica desde prestigiosas escuelas de economía fue decisiva para que amplios sectores profesio-

nales, las fuerzas de la izquierda, -incluyendo los sindicatos de clase-, y, por supuesto, toda la clase dirigente, consideraran los primeros cambios como las reformas necesarias para la mejora y modernización de los dispositivos públicos sanitarios.

Los mecanismos que han seguido las privatizaciones de los sistemas sanitarios se pueden agrupar según los objetivos que perseguían. En un primer momento estuvieron enfocados a debilitar y fragmentar al sector público y a introducir una cierta competencia entre proveedores para reducir costes. Otros mecanismos se centraron en la gestión, conformando organismos autónomos como fundaciones, entes públicos, consorcios, etc., para poder eludir tanto los controles que debe cumplir la administración pública, como la participación social; ambas cuestiones necesarias en un servicio público democrático. Y, por último, se está actuando directamente sobre la provisión de los servicios sanitarios, transfiriendo esta responsabilidad a empresas privadas.

La justificación esgrimida por los gobiernos de la UE para esa transferencia de responsabilidad, se basaba en los acuerdos que ellos mismos habían impulsado a través del Tratado de Maastricht y más tarde del Plan de Estabilidad y Crecimiento, que obligaba a las administraciones públicas a cumplir con el déficit cero, lo que afectó sobre todo a los gastos sociales. Las restricciones del gasto junto al uso dado a los fondos públicos, han impedido las inversiones en nuevas infraestructuras sanitarias en los últimos 10 a 20 años, según los Estados. Esta política conscientemente planificada ha hecho crecer las necesidades de dotaciones, alimentando paralelamente la justificación de recurrir a los conciertos con el sector privado o a las iniciativas de financiación privada (PFI en sus siglas en inglés).

El objetivo principal es, por tanto, garantizar la disciplina presupuestaria de los Estados miembros que accedan a la Tercera Fase de la Unión Europea Monetaria, aceptando el compromiso de reducir el déficit público por debajo del 3% del PIB. Sin embargo, la vinculación de los países es doble; a corto plazo deben mantener el déficit por debajo del límite del 3% del PIB, mientras que a medio y largo deben perseguir el equilibrio o el superávit presupuestario. Todo lo cual ha supuesto la extensión de la figura de la PPP en los países de la zona Euro.

La colaboración público-privada (PPP en sus siglas inglesas) para la construcción y explotación de infraestructuras sanitarias públicas, nació en el Reino Unido a comienzos de los años 90. De hecho, el marco de regulación para la participación privada en infraestructuras públicas fue aprobado en el Reino Unido en 1991, estableciendo como normas básicas *“la competencia justa por la provisión del financiamiento, la recompensa para el sector privado de acuerdo al riesgo que toma y el requerimiento de que los beneficios obtenidos por la gestión privada deben ser mayores que los costes”*.

Como la propiedad económica del activo (infraestructura) es del socio privado, los pagos anuales que realizan los gobiernos durante el periodo que dura la explotación se consideran gastos derivados de los servicios recibidos, y se registran en el presupuesto como gasto en consumo final de la administración. Tal juego contable permite a los gobiernos construir infraestructuras mediante PFI, cumplir la ley de estabilidad presupuestaria y cumplir ante el electorado. En estos tres hechos radica el atractivo del contrato de todas las variantes de PFI para los gobiernos. Reduce el gasto de capital corriente, proyectándolo hacia el futuro mediante convenios de arrendamiento aplazados, no contabiliza como capital gastado según los criterios de Maastricht y avala una buena tarjeta electoral.

Repartir en pagos anuales los elevados costes que entrañan las PFI, suponen una vía de escape, en el corto plazo, a las restricciones y controles presupuestarios, pero no afectan al monto del pago final. Y en este sentido son un engaño a la opinión pública, porque permite a los gobiernos dejar los costes de nuevas infraestructuras fuera del balance público a efectos de deuda y déficit, y decir que el presupuesto está equilibrado.

Lo cierto es que a medida que avancen los procesos privatizadores, cada país ajustará su aportación en los gastos sanitarios totales en relación con la desestructuración que logre



del sistema sanitario público, con la capacidad de sus clases medias para contratar privadamente servicios sanitarios y con el porcentaje de población excluido de esa contratación y con la capacidad de cada Estado para absorber las correspondientes tensiones sociales. El derecho a la salud -que como derecho humano inalienable exige una financiación, gestión y provisión directamente públicas-, pasará a constituir un bien de consumo y a depender de los niveles de renta individuales.

Hasta ahora el Estado del Bienestar ha discurrido por caminos no muy alejados de las opiniones ciudadanas: ha salido casi indemne de los duros años 90 en que la totalidad del discurso económico apostaba por su desmantelamiento, se ha mantenido más o menos estable independientemente de que la ideología del Gobierno no le fuese especialmente favorable e incluso, en España, pudiera pensarse que estaría en expansión gracias a la nueva Ley de Dependencia.

El Estado de Bienestar tiene sin duda problemas y retos de adaptación y modernización, pero son abordables bajo la sola condición de que no prenda en el corazón de la gente el virus de la insolidaridad.

Solo de nosotros, los ciudadanos, los profesionales del sistema público, los sindicalistas y los políticos, depende que la nueva ofensiva privatizadora sobre el Estado del Bienestar se salde con una nueva victoria de la resistencia del mismo o con su definitiva derrota. ♦

#### BIBLIOGRAFÍA

- Blomberg, H. y Ch. Kroll. 1999. "Who Wants to Preserve the "Scandinavian Service State"? Attitudes to Welfare Services among Citizens and Local Government Elites in Finland, 1992-1996" en S. Svallfors y P. Taylor-Gooby (eds.). *The end of the Welfare State? Responses State Retrenchment*. Londres: Routledge, 52-86.
- Burstein, P. 1998 "Bringing the Public Back in: Should Sociologists Consider the Impact of Public Opinion on Public Policy?", *Social Forces*, 77, 1, 27-62.,
- Calzada Gutiérrez, I. 2007. ¿Qué Estado del Bienestar queremos? Las opiniones de la ciudadanía sobre cómo son y cómo deberían ser nuestras políticas sociales. *Zerbitzuan* 42. Diciembre.
- Carrillo, E. y M. Tamayo. 2000. "Estudio del consumo familiar de bienes y servicios públicos a partir de la encuesta de presupuestos familiares", *Papeles de Trabajo*, 2, Madrid: Instituto de Estudios Fiscales.
- Clifton, J., Comín, F., Díaz Fuentes, D. 2006. La privatización de empresas públicas en la UE: ¿la vía británica o la senda europea? *Explaining Public Enterprise Privatisation in the EU: A European or British Policy?* ISBN: 1576-0162
- Comín, F. y Díaz Fuentes, D. 2004. *La Empresa Pública en Europa*, Síntesis, Madrid.,
- Comín, F. y Martín Aceña P., 1993. "Las privatizaciones de las empresas públicas en España", *Harvard Deusto Business Review*, 53.,
- Cox, R. H. 2001. "The Social Construction of An Imperative. Why Welfare Reform Happened in Denmark and the Netherlands but Not in Germany", *World Politics*, 53, 463-498.,
- Crozier, M., S. P. Huntington y J. Watuki. 1975. *The Crisis of Democracy: Report on the Governability of Democracies to the Trilateral Commission*, Nueva York: University Press.,
- Del Pino, E. 2004. Debates sobre la reforma del bienestar en Europa: conceptos, alcance y condiciones.
- Del Pino, E. 2003. "¿Qué esperan los ciudadanos del gobierno? Las expectativas sobre las políticas de bienestar en España", en *Sistema*, 172, enero, 55-84.,
- Diego Bautista, O. Ideología neoliberal y política de globalización. Medidas implementadas por los países globalizadores y cambios generados en los países globalizados. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Documento de Trabajo
- Edelman, M. 1977. *Political Language: Words that Succeed and Politics that Fail*, Nueva York: Academic Press.,
- Forma, P. 1999. "Welfare State Opinions among Citizens, MP-candidates and elites", en S. Svallfors y P. Taylor-Gooby (eds.). *The end of the Welfare State? Responses State Retrenchment*. Londres: Routledge, 87-105.,
- Fuchs, D. y H-D. Klingemann. 1995. "Citizens and the State: a Relationship Transformed?", en H-D.

- Klingemann y D. Fuchs (ed.), *Beliefs in Government Volume One: Citizens and The State*. Nueva York: Oxford University Press, 419-443.,
- Gómez de Pedro, M.J. 2001. *El Estado del Bienestar. Presupuestos éticos y políticos*. Tesis Doctoral. Barcelona.
- Goul Andersen, J. 1999. "Changing Labour Markets, New Social Divisions and Welfare States Support" en S. Svallfors y P. Taylor- Gooby (eds.). *The end of the Welfare State? Responses State Retrenchment*. Londres: Routledge, 12-33,
- Green-Pedersen, Ch. y M. Haverland. 2002. "The New Politics and Scholarship of the Welfare State", *Review Essay, Journal of European Social Policy*, 12,1, 43-51.
- Heelo, H. 1974. *Modern Social Politics in Britain and Sweden*. New Haven: Yale University Press.,
- Hering, M. 2003. "The Politics of Institutional Path-Departure: A Revised Analytical Framework for the Reform of Welfare State", *Arbeitspapiere, Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung*, 65, Mannheim.,
- Héritier, A. 2002: "Public-interest Services Revisited". *Journal of European Public Policy*, 9, 6, 995-1019
- Hirschman, A. O. 1977. *Salida, Voz y Lealtad*, Fondo de Cultura Económica, México, D. F.
- Huertas, R. 1998. *Neoliberalismo y Políticas de Salud*. El Viejo Topo. España.
- Kaase, M. y K. Newton (ed.). 1995. *Beliefs in Government Volume Five: Beliefs in Government*. Nueva York: Oxford University Press.,
- Kay, J., y Thompson, D. 1986: "Privatization: a Policy in Search of a Rationale", *Economic Journal*, 96,1, 18-32., Vickers, J. y Yarrow, G. (1988): *Privatization: an Economic Analysis*, MIT Press, Cambridge MA.
- Korpi, W. 1978 *The Working Class in Welfare Capitalism*, Routledge and Kegan Paul, London.,
- Le Grand, J. y D. Winter 1987. "The Middle Classes and the Welfare State", *Journal of Public Policy*, 6:4, 399-430., Edsall, T. B. y M. D. Edsall. 1992. *Chain Reaction: The Impact of Race, Rights and Taxes on American Politics*. Nueva York: Norton.
- Majone, G. 1997: "From the Positive to the Regulatory State: Causes and Consequences of Changes in the Mode of Governance", *Journal of Public Policy*, 17, 2, 139-67.
- Marier, P. 2002. "Where did the Bureaucrats go? Role and Influence of the Public Bureaucracy in the Swedish and French pension reform debate", *Paper preparado para el seminario "Politics of Ageing" en ECPR Joint Sessions*, Turín.
- Mishra, R, *El Estado de Bienestar en crisis (Pensamiento y cambio social)*; Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1992.
- Monroe, A. D. 1998. "Public Opinion and Public Policy, 1980-1993". *Public Opinion Quaterly*, 62, 1, 6-28.,
- Muñoz de Bustillo, R. (editor) 2000, *El Estado de Bienestar en el Cambio de Siglo*. Madrid: Alianza Ensayo.
- Myles, J. y Pierson, P. 2001. "The Comparative Political Economy of Pension Reform", en P. Pierson, *The New Politics of the Welfare State*, Oxford, Oxford University Press, 305-333.
- Page, B. y R. Shapiro. 1983. "Effects of Public Opinion on Policies". *American Political Science Review*, 77, 1, 175-190., Whiteley, P. 1981. "Public Opinion and the Demand for Social Welfare in Britain", *Journal of Social Policy*, 10, 4, 453-470.,
- Parker, D. (ed.) 1998: *Privatization in the EU: Theory and Policy Perspectives*. Routledge, Londres y Nueva York.
- Stiglitz, J. 2002: *Globalization and its Discontents*, Allen Lane, Londres.,
- Parker, D. y Saal, D. (eds.) 2003: *International Handbook on Privatization*, Edward Elgar, Cheltenham.
- Peters, G. B. 1999a. *La política de la burocracia*, Fondo de Cultura Económica, México D. F
- Pettersen, P. A. 1995. "The Welfare State: The Security Dimension" en O. Borre y E. Scarbrough. (ed.), *Beliefs in Government Volume Three: The Scope of Government*. Nueva York, Oxford University Press, 189-233.,
- Pierson, P. 1994. *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher, and the Politics of Retrenchment*. Cambridge: Cambridge University Press. ,
- Pierson, P. 1996. "The New Politics of the Welfare State", *World Politics*, 48, 143-179.
- Pierson, P. 2001a. "Introduction. Investigating the Welfare State at Century's End", en
- Pierson, P. 2001c. "Coping with Permanent Austerity. Welfare State Restructuring in Affluent Democracies", en P. Pierson, *The New Politics of the Welfare State*, Oxford, Oxford University Press, 410-456.
- Pierson, P. 2001c. "Coping with Permanent Austerity. Welfare State Restructuring in Affluent Democracies", en P. Pierson, *The New Politics of the Welfare State*, Oxford, Oxford University Press, 410-456.
- Roller, E. 1995. "The Welfare State: The Equality Dimension" en O. Borre y E. Scarbrough (ed.) *Beliefs*



- in Government Volume Three: The Scope of Government, Oxford University Press, Nueva York, 163-197.,
- Ross, F. 2000. "Interests and Choice in the "Not Quite so New" Politics of Welfare" en M. Ferrera y M. Rhodes (eds.). 2000. *Recasting European Welfare States*. Londres: Frank Cass, 11-34.,
- Sainsbury, D. 2001. "Welfare State Challenges and Responses: Institutional and Ideological Resilience or Restructuring?", *Acta Sociologica*, 44,257-265.,
- Sandholtz, W. 1993: "Institutions and Collective Action. The New Telecommunications in Western Europe", *World politics*, 45, 242-70.,
- Sandholtz, W. y Zysman, J. (1989): "1992: Recasting the European Bargain". *World Politics*, 42, 1, 95-128.,
- Schmidt, V. A. 2001. "The Politics of Economic Adjustment in France and Britain: When does Discourse Matter?", *Journal of European Public Policy*, 8, 2, 247-264.,
- Schmidt, V. A. 2002. "Does Discourse Matter in Politics of Welfare State Adjustment?", *Comparative Political Studies*, 35, 2, 168-193.
- Seeleib-Kaiser, M. 2002. "A Dual Transformation of the German Welfare State", *West European Politics*, 25, 4, 25-48., Cox, R. H. 2001. "The Social Construction of An Imperative. Why Welfare Reform Happened in Denmark and the Netherlands but Not in Germany", *World Politics*, 53, 463-498.
- Segnana, L. 1993: "Public-Private Relations in Italy. The Experience of the 1980s" en T. Clarke y C. Pitelis (eds) *The Political Economy of Privatization*, Routledge, Londres y Nueva York.,
- Shirley, M. 1999: "Bureaucrats in Business: The Roles of Privatization versus Corporatization in State-Owned Enterprise Reform", *World Development*, 27, 1, 115-36.,
- Taylor-Gooby, P. 2001b. "Sustaining State Welfare in Hard Times: Who Will Foot the Bill?", *Journal of European Social Policy*, 11,2, 133-147.,
- Van Kersbergen, K.. 2000. "The Declining Resistance of Welfare States to Change?" en S. Kuhnle (ed.). *Survival of the European Welfare State*. Londres: Routledge, 19-36.,
- van Oorschat, W. 2000. "Who Should Get What, and Why? On Deservingness Criteria and the Conditionality of Solidarity among the Public?", *Policy and Politics*, 28,1, 33-48.
- Vickers, J. y Yarrow, G. 1988: *Privatization: an Economic Analysis*, MIT Press, Cambridge MA.,
- Weaver, R. K. 1986. "The Politics of Blame Avoidance", *Journal of Public Policy*, 6(4): 371-398, Pierson, P. 1996. "The New Politics of the Welfare State", *World Politics*, 48, 143-179.
- Wilensky, H. L. 1975. *The Welfare State and Inequality: Structural and Ideological Roots of Public Expenditures*, University of California Press, Berkeley, Wright, M. y Thompson, S. 1994: "Divestiture of Public Assets", en P. Jackson y C. Price, *Privatization and Regulation: A review of the issues*, Longman.



# Una nueva visita a la Atención Primaria de salud en España: nuevos modelos y formas de gestión

**Javier González Medel**

Médico del SERMAS

## Introducción

Antes de iniciar el tema, hay que advertir que en los tiempos que corren, con las doctrinas económicas y el domino ideológico del neoliberalismo en vigor, casi sin excepción cualquier planteamiento que aborde el tema de introducción de cambios organizativos o de gestión en los servicios públicos suele venir con la intencionalidad evidente o implícita de introducir alguna forma de privatización

El caso de la Atención Primaria de Salud (APS) en España no es distinto y ya desde hace años, y cada vez con mas insistencia, se viene asistiendo a distintos experimentos propios e intentos de adaptaciones de fórmulas foráneas, mas o menos mercantilizadas, al ámbito público de este nivel asistencial.

## El cambio de modelo y de gestión en Atención Primaria

Cuando se habla de cambiar o mejorar la gestión en AP en nuestro país, especialmente cuando la idea es invocada por gestores o políticos, se suele partir de la idea de modificar, y eventualmente abandonar por completo, el modelo reformado de Atención Primara vigente desde hace 25 años.

Éste, desde su inicio ha conseguido indudables éxitos en la mejora de la atención sanitaria al conjunto de la población española<sup>1</sup> y exhibe unas características envidiables para otros sistemas sanitarios del mundo<sup>2</sup> como son su carácter público, el alto nivel de prestaciones y de calidad científico-técnica, la vocación preventiva, la equidad, la accesibilidad, la universalidad y la gratuidad en el momento de uso. Se basa en la cooperación y el trabajo en equipo y está vinculado a la comunidad en un territorio circunscrito e integrado con el resto de dispositivos públicos.

Por otra parte, hay que tener en cuenta en todos estos planteamientos que el consumo de recursos y financiación de la AP, es de manera tradicional muy bajo, situándose a la cola de los países de la OCDE<sup>3</sup>, representa alrededor del 14-15%<sup>4</sup> del gasto sanitario total y se ha mantenido estable o incluso ha disminuido en los últimos años. Por el contrario la resolución de demandas en este nivel esta próximo al 90% del total<sup>5</sup> que son atendidos por lo que la tasa de eficiencia general de la AP es muy alta: resuelve mucho con poco dinero.

Sin embargo, este modelo adolece de falta de desarrollo casi desde el inicio debido a que ha carecido de falta de apuesta política decidida por el mismo, insuficiencia presupuestaria crónica y poca capacidad de liderazgo social.

Como consecuencia han aparecido desde hace años criticas que giran en torno falta de eficiencia y poca capacidad de filtro hacia otros niveles asistenciales, burocratización excesiva

y rigidez organizativa, falta de definición y organización adecuada de tareas y roles y despilfarro de recursos (farmacia) y personal (enfermería y pediatría).

Las nuevas formas de gestión se justifican en estos planteamientos y en general se caracterizan por intentar imponer un esquema economicista y de mercado, antes que social o asistencial a la actividad de AP, donde abundan las medidas de calidad percibida por parte de los usuarios y en objetivos centrados en la contención de costes y optimización de cuenta de resultados. En muchas de las ocasiones, son intentos de aplicación de esquemas de funcionamiento directamente importados de la industria y la fabricación de manufacturas (modelos EFQM, *benchmarking* y *managed care*). En general, todas se centran en la externalización y contención de gastos y obvian la necesidad de conocer con certeza las necesidades sociosanitarias y de salud de la población de referencia y carecen de un plan de salud integrado para abordarlas. Su propio esquema de funcionamiento implica opacidad, escaso control público y ausencia de participación comunitaria.

### Las distintas fórmulas de nueva gestión

Como primera consideración, hay que plantear si estas fórmulas son realmente nuevas o es una reedición de las políticas sanitarias de corte liberal y cuyo resultado es una vuelta a fórmulas que aumentan la desprotección social ante la enfermedad y la desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios.

Pero, ¿qué se entiende por **nueva gestión** en nuestro entorno?

Al menos hay dos maneras de entenderla, que en ocasiones se combinan.

- Una sería la que se aplica sobre la **organización y el funcionamiento interno** de los dispositivos de AP con el teórico objetivo de mejorar la calidad y la eficiencia que presta el equipo. Sin embargo, ¿qué es lo que se entiende por calidad en AP y como se mide esta? La respuesta depende indudablemente de la ideología del que responde y en los últimos años estas se han escorado claramente hacia los valores que promueve el mercado.

Esta línea normalmente implica facturaciones y compras de servicios y en nuestro país, se han desarrollado y aplicado algunos instrumentos de *gestión clínica interna*, como las denominadas unidades clínicas<sup>6</sup> implantadas en algunos lugares de Andalucía, de gestión por procesos<sup>7</sup> o bien herramientas de gestión tipo EFQM (European Foundation for Quality Management) e incluso acreditaciones tipo ISO 2000<sup>8</sup> como las que han desarrollado las gerencias de Atención Primaria del País Vasco.

- La otra aborda preferentemente el aspecto **estructural** y las bases jurídicas y patrimoniales de los servicios de AP y por tanto cuestiona más intensamente el carácter público del servicio sanitario, admite la presencia de ánimo de lucro por la prestación de algunos servicios y se centra fundamentalmente en la gestión y provisión de los servicios y

A manera de resumen se pueden distinguir fundamentalmente dos tendencias:

- Las denominada de **autogestión** o descentralización, en las que se mantiene en principio el principio de gratuidad a los ciudadanos en el momento del uso:
  - > Aplicación de la llamada **gestión clínica total** en los centros tradicionales (que implica incentivos económicos por objetivos cumplidos y contratos de gestión individualizados) y puede incluir externalización de prestaciones, personal y servicios: (ecografías, urgencias, atención domiciliaria, equipos de apoyo tipo ESAD, limpieza, seguridad...) manteniendo el modelo público tradicional de EAP (funcionarial) para los estamentos sanitarios (médicos y enfermeras) y administrativos de mayor nivel (jefe de grupo, directores y servicio de gestión...).

- > Un paso delante de esta fórmula sería la transformación de los servicios públicos tradicionales en *empresas públicas*, al estilo de las constituidas por el Institut Català de la Salut (ICS) en el año 2008, y la ya existente en el País Vasco, donde Osakidetza se define como ente público de derecho privado desde el año 1994. Como resultado se han cambiado las bases jurídicas iniciales de derecho y norma públicas por el que hasta entonces se regían estas organizaciones, incluida la propia Atención Primaria, por las del derecho privado; esto permite la existencia de un consejo de administración en el que están incluidos desde la propia administración hasta sindicatos y organizaciones empresariales, con un amplio margen de maniobra en la contratación, en la creación y modificación de normas reglamentos y en disposiciones económicas y manejo de fondos y patrimonio.
- > Equipos de base asociativa (EBAs): Es una forma de empresarización del equipo de Atención Primaria, de manera que este se transforma en una sociedad limitada y parte del grupo de médicos y enfermeras que trabajan en un centro de salud se convierten además en accionistas de ésta con el objetivo, además de los asistenciales, de autogestionar tuteladamente el presupuesto asignado por el Departament de Sanitat de Catalunya, maximalizar los beneficios económicos y flexibilizar la gestión. Tienen capacidad para la contratación de personal y la prestación de servicios sanitarios a la zona básica de salud asignada por el Instituto Catalán de Salud.
- > Una tercera vía que ha cobrado especial relevancia en los últimos años es la denominada **gerencia única**. Esta fórmula, bajo distintos formatos, intenta la integración de la gestión de todos los dispositivos asistenciales dentro del servicio público o privado y en realidad es una vuelta a la medicalización y el hospitalocentrismo<sup>9</sup>. La variante pública de la gerencia única, es decir sin privatización explícita, se está aplicando con mayor o menor intensidad en la mayoría de las CC.AA, en algunas desde hace más de una década. En su versión totalmente privatizada es el denominado modelo Alzira, que supone la concesión a una empresa privada por parte de la administración regional, valenciana en este caso, de la explotación completa de una comarca sanitaria determinada.

En cualquier caso, su aplicación ha supuesto casi invariablemente la absorción organizativa y la pérdida de autonomía de la Atención Primaria, con supeditación de sus presupuestos y actividades a los intereses del más grande: el hospital, sea este público, privado o mixto (consorcios hospitalarios, PFI...). En la práctica se está convirtiendo en una herramienta y una coartada para las distintas administraciones que la están utilizando para el regreso a una organización funcional ya superada y, en los casos de los gobiernos regionales con política sanitaria más empresarizada, una vía para la privatización. Existe una fuerte tendencia por parte de los gerentes "únicos" de utilizar a la Primaria como un recurso más que actúe como filtro y muro de contención del hospital, abandonando por completo las tareas de prevención o específicamente dirigidas a la comunidad.

- Otras fórmulas más privatizadoras: en las que, además, caben con más facilidad copagos y tasas aportadas directamente por el usuario de los servicios según la utilización de los mismos serían:
  - > La denominada concesión de obra pública o modelo PFI (del inglés Private Finance Initiative): Se trata de aplicar a los centros de Salud la misma fórmula que se ha aplicado a los nuevos hospitales de gestión público-privada en la Comunidad de Madrid y otros lugares en España (Baleares, Castilla y León...) y en otros países como Inglaterra. En síntesis consiste en que una empresa privada construye el centro sanitario en terreno cedido por el ayuntamiento correspondiente y la misma empresa gestiona y explota la parte de servicios no sanitarios de ese centro (aparcamiento, seguridad, archivo, administración, telecomunicaciones...), mientras que el personal sanitario depende del Servicio Público, bien directamente

o a través de una fórmula mixta: empresa pública, fundación pública...En el momento actual no hay ningún centro de AP funcionado con este modelo, pero recientemente se ha barajado su introducción en Galicia<sup>10</sup>

> Concesión administrativa (modelo Alzira): Una parte del territorio con la población correspondiente es cedida en régimen de monopolio a una empresa privada que aporta la construcción y la totalidad de los servicios y personal, sanitario y no sanitario, del centro asignado. Implica que tanto los servicios hospitalarios como de AP, y en algunos casos los socio-sanitarios (Denia) de la zona también los proporciona la empresa adjudicataria, a la que pasan a depender los centros de salud de la zona.

Tanto en este caso como en el anterior, la administración paga un canon anual a la empresa adjudicataria y además permite la obtención de otros beneficios económicos por la explotación de estos servicios y su apertura a terceros.

> Los Consorcios hospitalarios son una modalidad catalana muy cercana al modelo Alzira arriba descrito pero que suele agrupar a un grupo más amplio de hospitales, en general privados, e implicar a los ayuntamientos y otras entidades tanto públicas como privadas en sus consejos de administración. Funcionan desde hace más de 20 años en Catalunya y en los últimos años han ido agregando a su corporación progresivamente los centros de salud del ICS radicados en su comarca de influencia y siempre en condiciones de subsidiariedad.

> La Libre elección y el Área única de la Comunidad de Madrid<sup>11</sup>: En Noviembre de 2009 el Gobierno del PP de la Comunidad de Madrid aprobó en solitario la transformación de la estructura sanitaria regional compuesta hasta ese momento por 11 áreas sanitarias con gerencias hospitalarias y de AP independientes y transformar toda la región en una sola Área sanitaria con casi 7 millones de habitantes y la desaparición de las diferentes gerencias de área de AP y su adscripción a una sola gerencia unificada. En el momento actual se está en la fase de desarrollo del reglamento, pero a decir de los responsables de la Consejería de Sanidad de la CM, firmes partidarios de la introducción de las oportunidades de negocio y del mercado sanitario en los servicios públicos<sup>12</sup>, el objetivo es que en este nuevo espacio puedan convivir sin interferencias los dispositivos públicos y privados y se asume que los nuevos centros que se construyan, incluida la AP, puedan ser de titularidad mixta público-privada o sean completamente privados, aunque siempre financiados públicamente (aunque no se descartan tasas y/o copagos por la utilización de sus servicios), y los ciudadanos puedan elegir “libremente” entre cualquiera de ellos.

> Privatización completa: bien con pago con cheque público de cuantía limitada y aseguramiento privado como en el modelo francés o belga, o bien con privatización total como sucede con las compañías de seguros sanitarios privados de USA, con algunas ayudas estatales a la población más pobre. Hasta hoy día ningún partido o gobierno estatal o regional se ha atrevido a proponerlo abiertamente en nuestro país. Sin embargo la asistencia mutualista tipo MUFACE, las desgravaciones fiscales actuales a las empresas privadas por contratar seguros sanitarios privados y la propia actividad asistencial de las Mutuas de Accidentes de trabajo (Mateps), prestada por la sanidad privada, son elementos en esta línea y no se puede descartar que se puedan ampliar y generalizar, especialmente si la privatización avanza y la crisis económica acorta los presupuestos sanitarios públicos de las CC.AA<sup>13</sup>.

### Los resultados de la nueva gestión

La mayoría de estos modelos se han aplicado casi sin excepción sin pilotar previamente, sin objetivos asistenciales bien definidos y sin herramientas de estimación, por lo que en ge-

neral existe un gran déficit de evaluación de los resultados de la mayoría de ellos, aunque parece que en ningún caso han mejorado los resultados en salud y rentabilidad social del modelo reformado de Atención Primaria surgido con la Ley General de Sanidad de 1986 y todavía predominante en nuestro país.

Los argumentos del antagonismo salud/mercado han vuelto a ser puestos encima de la mesa y desde el punto de vista del interés público los modelos de mercado han fracasado<sup>14</sup>.

- Algunos de ellos, algo más evaluados, aunque en cualquier caso de manera insuficiente desde el punto de vista de la eficiencia que debería tener un servicio público, como el modelo EBA han puesto de manifiesto, en cuanto a eficiencia presupuestaria, calidad y efectos sobre la salud de la población, resultados similares a los de los del centro de salud del ICS habitual (CAP). Los datos publicados solo apuntan a una mayor satisfacción entre los profesionales con respecto al sueldo, pero no con las condiciones laborales; de manera que la carga de trabajo entre el personal no facultativo es mayor que en los CAPs, posiblemente debido a la menor dotación de personal en estas categorías con respecto a aquellos y a la derivación de parte de la actividad asistencial que en los centros del ICS realizan los propios médicos hacia los otros estamentos que trabajan en el EBA. Por otra parte, en general la población no parece haber detectado la diferencia de esta nueva organización con la recibida antes y en ningún caso se han efectuado un análisis riguroso sobre la calidad de la asistencia y los resultados en salud y los defensores de este modelo parecen solo atender al interés en los efectos económicos y en la **cuenta de resultados** que revierte entre los accionistas. Es de señalar que con este modelo es posible cobrar gastos “adicionales” y **copagos** a los pacientes por atención y prestaciones facilitadas dentro del propio centro: estomatología, podología, etc., que no se contemplan en la cartera de servicios que habitualmente ofrece el ICS.
- Por otra parte, cuando han sido evaluados los modelos que sitúan a los centros de salud dependiendo directamente del hospital (gerencia única, modelo Alzira y consorcios catalanes) la conclusión es que la gestión asociada a los hospitales parece no tener ninguna ventaja para Atención Primaria pues, según estos estudios, los consorcios no mejoran la coordinación APS-Hospital, trasladan más vicios del hospital a APS que cualidades de ésta al hospital, ponen en riesgo a la APS como gestora de la atención sanitaria y tampoco mejoran la satisfacción profesional<sup>16,17</sup>
- Con respecto a los modelos más centrados en la línea de la autogestión desde dentro del sistema puede decirse que los cambios no se han consolidado<sup>18,19</sup>, en general por falta de apoyo político de los respectivas consejerías y departamentos de salud de las diferentes CC.AA en donde se han intentado, pues éstas finalmente terminan por no ver con buenos ojos el aumento real de capacidad y autonomía de los equipos de Primaria. La falta de liderazgo e inhibición en este aspecto desde la finalización de las transferencias por parte del Ministerio de Sanidad y la ausencia de participación ciudadano han contribuido a esta situación<sup>20</sup>.
- La evaluación de los resultados en salud de la introducción de los modelos más privatizados arriba descritos, es inexistente debido a la opacidad de su gestión y a su orientación a la obtención de resultados económicos y, por tanto, no existe en España ninguna evidencia consistente en Atención Primaria que avale estas fórmulas desde el punto de vista de la rentabilidad social y asistencia. Igualmente, cuando en Reino Unido han sido evaluados modelos de gestión de “primary care” (found holders, trust, pago por objetivos...) relacionados con los españoles más privatizados, no parece que hayan mejorado los resultados en salud, han demostrado ser más caros<sup>20,21</sup> y la propia OMS les ha calificado como ineficientes<sup>23</sup>.

Por último hay que decir que, a pesar de las declaraciones interesadas en sentido contrario, en casi ningún caso se ha pulsado la opinión de los ciudadanos sobre estos movimientos y en ninguno se ha permitido su participación a ningún nivel, por lo que, como es tradicional, la ciudadanía sigue ausente en cuanto a la definición del carácter,



la organización y el contenido de unos servicios que son esenciales para el bienestar de la población general y que, además, le pertenecen.

### **La alternativa íntegramente pública a la “nueva gestión”.**

Un gran número de expertos y organizaciones de interesados en la Atención Primaria de Salud de nuestro país siguen estimando que existe un margen de mejora en su funcionamiento y en sus resultados sin cambiar las bases estructurales y jurídicas del modelo de AP público reformado de 1984.

En apoyo de esto existen algunas evidencias bien evaluadas como las procedentes de la Comunidad de Navarra donde tras la experiencia en 2009 de 11 centros de salud en un plan piloto que buscaba la excelencia y la optimización de funciones y recursos del equipo tradicional de AP sin perder la orientación pública y comunitaria, los resultados han mejorado significativamente tanto para los profesionales como para los ciudadanos.<sup>24</sup>

Por otra parte, hay que señalar que desde el año 2007 y tras las demandas de múltiples sociedades y organizaciones ciudadanas y de profesionales de AP integrados en el colectivo Plataforma 10 Minutos<sup>25</sup>, se está impulsando y coordinando desde el Ministerio de Sanidad y Política Social el denominado “Marco Estratégico para la mejora de la atención primaria en el siglo XXI (Proyecto AP-21)”<sup>26</sup>, en el que colaboran Comunidades Autónomas (CCAA), Organizaciones profesionales y Asociaciones de Pacientes, cuyo objetivo declarado “es alcanzar una atención primaria de calidad, accesible a todos de manera equitativa, orientada al ciudadano, con una alta capacidad de resolución, que potencie la continuidad asistencial, con organización y gestión eficientes y que garantice la participación y el desarrollo de sus profesionales.” Y todo ello asumiendo implícitamente dentro del ámbito público. En el momento actual el grupo de trabajo ha elaborado un informe de evaluación de la situación de la APS en el estado y en sus CC.AA que se ha presentado al Consejo Interterritorial de Salud y existe el compromiso de hacer recomendaciones vinculantes a estas por parte de este en la línea del fortalecimiento de una APS pública equitativa y de calidad.

Los ciudadanos, año tras año a través de las encuestas institucionales<sup>28</sup> siguen mostrando en general un alto grado de satisfacción con la mayoría de los dispositivos que les ofrece la Atención Primaria Pública en nuestro país, si bien en algunos casos (Madrid, Valencia, Baleares...) expresan descontento por la masificación y el deterioro asistencial sufrido en los últimos años<sup>27</sup>.

### **Conclusiones**

La ausencia de una transición ordenada y consensuada en puntos fundamentales de las competencias y objetivos en salud a las CC.AA, junto a la presión privatizadora en nuestra sociedad y la ausencia de una decidida política de apoyo a los servicios públicos han facilitado la aparición de múltiples modelos y formas de gestión en la AP de nuestro país.

Los nuevos modelos y formas de gestión en Atención Primaria se han implantado en general sin evaluación previa, son opacos, están más desregulados, y tienden a la mercantilización y a la privatización de los recursos públicos.

En ningún caso han demostrado mas eficiencia, calidad, equidad o mayor rentabilidad social o en satisfacción ciudadana y profesional.

Su proliferación descontrolada esta suponiendo el deterioro y la fragmentación del sistema público de salud y el abandono de políticas sanitarias que den servicios equitativos y comunes para todos los ciudadanos independientemente de la región en que vivan.

El modelo reformado de centro de salud y equipo de atención primaria no esta agotado, sigue teniendo un alto nivel de resolutivez y prestaciones y aporta resultados en salud efi-

cientes y equitativos. Continúa siendo apreciado por profesionales y ciudadanos, y menos por una parte de gestores y políticos.

Su deterioro y falta de progreso es debido fundamentalmente a falta de apuesta política, insuficiencia de recursos y la consecuente mengua de prestigio y liderazgo social

Es posible la introducción de mejoras en el modelo reformado de AP que, conservando sus valores como modelo público, impulsen su desarrollo, aumenten la calidad y la equidad, busquen la excelencia en su organización y funcionamiento y soslayan las áreas de ineficiencia y rigidez que ahora presenta.

La apuesta política por la orientación pública, la suficiencia presupuestaria y la participación ciudadana y profesional parecen imprescindibles en este proceso. ♦

#### BIBLIOGRAFIA

1. G Tispart R, Tome MM, Bares MA. La efectividad del sistema sanitario en España. *Gac Sanit.* 2006; 20(sup.1): 117-26.
2. Prada G, et al. Challenging Health Care System Sustainability - Understanding Health System Performance of Leading Countries. The Conference Board of Canada, 2004.
3. Juan Simó Miñana El gasto sanitario en España, 1995-2002: La atención primaria, Cenicienta del Sistema Nacional de Salud. Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria, ISSN 0212-6567, Vol. 39, Nº. 3, 2007, pags. 127-132.
4. Ministerio Sanidad y Política Social - Estadísticas Sanitarias - SIAP - Información estadística anual. En: <http://www.msc.es/ConsultaSIAP/inicio.do?metodo=cargarPaginaInicio> (consultado en Enero 2010).
5. La Atención Primaria del futuro. Federación de Asociaciones para la Defensa de la sanidad Pública. En: [www.fadsp.org/pdf/AP\\_FADSP.pdf](http://www.fadsp.org/pdf/AP_FADSP.pdf) (consultada en Enero 2010).
6. Gálvez M. Las unidades clínicas en los equipos de Atención Primaria de Andalucía. *Aten. Primaria.* 2001;27:378-9.
7. Torres A. La gestión por procesos asistenciales integrales: una estrategia necesaria. *Aten Primaria.* 2003;31(9):561-3.
8. Berraondo Zabalegui I. La acreditación de centros de Atención Primaria. Una nueva necesidad. *Aten Primaria.* 1997;20:278-9.
9. Pou-Bordoy J, Gené Badia J, de la Cámara González C, Berraondo Zabalegui I, Puig Barbera J. Gerencia única: una ilusión sin evidencia. *Aten Primaria.* 2006;37(4):231.
10. El Sergas hará el año próximo en Vigo 5 centros de salud con fondos privados. [http://www.lavozdegalicia.es/vigo/2009/10/21/0003\\_8051171.htm](http://www.lavozdegalicia.es/vigo/2009/10/21/0003_8051171.htm) (consultado enero 2010)
11. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid -Núm 274. LEY 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid. [http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\\_Orden\\_BOCM&cid=1142571862731&idBoletin=1142571762516&idSeccion=1142571862429&language=es&pagename=Boletin%2FComunes%2FPresentacion%2FBOCM\\_popUpOrden](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Orden_BOCM&cid=1142571862731&idBoletin=1142571762516&idSeccion=1142571862429&language=es&pagename=Boletin%2FComunes%2FPresentacion%2FBOCM_popUpOrden). (Consultado enero 2010)
12. Güemes ofrece "oportunidades de negocio" en la sanidad pública. [http://www.elpais.com/articulo/madrid/Guemes/ofrece/oportunidades/negocio/sanidad/publica/elpepuespmad/20080923elpmad\\_8/Tes](http://www.elpais.com/articulo/madrid/Guemes/ofrece/oportunidades/negocio/sanidad/publica/elpepuespmad/20080923elpmad_8/Tes).
13. Los presupuestos sanitarios de las CC.AA para 2010. <http://fadsp.es/obsmadrid/index.php/informes/1236-los-presupuestos-sanitario-de-las-ccaa-para-2010>. (Consultado en enero 2010).
14. Reverte, D. Comentarios bibliográficos: el mercado ha fracasado. <http://www.privatisationhealthobservatory.eu/archivos/6.3.09/S2000115-2829.pdf>
15. El gasto sanitario de las CC.AA. disminuirá 15 euros por persona en 2010, según FADSP. <http://economico.economista.es/sociedad/noticias/1806916/01/10/El-gasto-sanitario-de-las-CCAA-disminuira-15-euros-por-persona-en-2010-segun-FADSP.html>. (Consultado en Enero de 2010)
16. Planes, A. Gestión APS en Catalunya. Presentación 25 Aniversario SOMAMFYC, diciembre 2008.
17. Corbella A, Jiménez J, Martín Zurro A, Plaza A; Ponsà A, Roma J, Segura A, Zara C. Avaluació dels models de provisió de serveis d'atenció primària. Institut 'Estudis de la Salut 2007.

18. Álvarez Girón M, García Gil C, Solano Parés A. Las unidades clínicas de gestión en la atención primaria. Un tema en debate. *Aten Primaria*. 2003;31(8):514-8. Plaza-Tesías A,
19. Zara-Yahni C, Guarga-Rojas A, Farrés-Quesada J. Resultado de la aplicación del benchmarking en los equipos de Atención Primaria de Barcelona. *Aten Primaria*. 2005;35(3):122-9.
20. Tres décadas de evolución de la Atención Primaria en España (1976-2006). Fundación de Ciencias de la Salud. ISBN 84-96277-07-0. [http://www.fcs.es/publicaciones/tres\\_decadas\\_evolucion\\_atencion\\_primaria\\_espana\\_1976\\_2006.html](http://www.fcs.es/publicaciones/tres_decadas_evolucion_atencion_primaria_espana_1976_2006.html). (Consultado en enero 2010).
21. J. Tudor Hart. La economía política de la salud. Una perspectiva clínica. 2008. Ediciones GPS. Madrid
- 22 Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England. *N Engl J Med* 2009; 361:368-78.
23. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca.- Nuevo informe de la OMS. [http://www.who.int/whr/2008/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/summary_es.pdf). (Consultado en Enero 2010).
24. Proyecto de mejora de la organización del proceso asistencial en atención primaria.. [http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/E61878B5-515E-4D65-9B30-291CE3F6FEF6/143394/Reorganizacion\\_sistencial\\_premioscalidad\\_GobiernodeN.doc](http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/E61878B5-515E-4D65-9B30-291CE3F6FEF6/143394/Reorganizacion_sistencial_premioscalidad_GobiernodeN.doc) (Consultado en Enero 2010).
25. Plataforma diez minutos. Documento de presentación <http://www.pediatrasandalucia.org/plataforma/presentacion.pdf> (Consultado en enero de 2010)
26. Estrategias de mejora en la atención primaria del siglo XXI. Octubre 2006. [http://www.osalde.org/drupal-5.1/files/Documentos/AP/Estrategias\\_ap\\_21\\_resumen.pdf](http://www.osalde.org/drupal-5.1/files/Documentos/AP/Estrategias_ap_21_resumen.pdf). (Consultado en Enero 2010)
27. Barómetro Sanitario. Información anual. Año 2008 (publicado el 7 de Abril de 2009). <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>

# La gestión privada de servicios públicos es una estafa

**Santiago Porras Carrasco**

Médico Inspector de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

**Javier González Medel**

Médico del SERMAS

A finales de agosto el BOE (1) publicó las conclusiones sobre la fiscalización realizada por el Tribunal de Cuentas (TCs) sobre las mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPs). El TCs ha encontrado irregularidades graves en todas las mutuas fiscalizadas, lo que dió lugar a que en su debate en la Comisión Mixta del Congreso de los Diputados para las relaciones con el Tribunal de Cuentas, el parlamentario del Partido Popular resumiera brevemente este informe: "El contenido de este informe es el relato de una estafa".

A raíz de este trabajo la fiscalía anticorrupción ha abierto diligencias por un posible fraude a la Seguridad Social de 14,9 millones de euros. Sin embargo esto no es la primera vez que se denuncia, y en realidad sucede que desde hace años cada vez que hay una fiscalización sobre las mutuas, con gobiernos de uno y otro color, el Tribunal de Cuentas viene detectando e informando de similares irregularidades, fraudes y despilfarros.

Por otra parte, sorprende enormemente el poco eco mediático y profesional que este informe ha tenido porque ha sido realizado por el Tribunal de Cuentas (<http://www.tcu.es/>), definido en la Carta Magna española y las Leyes Orgánica y de Funcionamiento como el supremo órgano fiscalizador de las cuentas y de la gestión económica del Estado, así como del Sector Público, que reúne, por tanto, las condiciones de independencia, experiencia y prestigio, que tanta empresa privada de consultoría se arroga con la mayor desvergüenza para aparentar la autoridad que no tienen ni ellos ni sus propuestas. Esto le da un especial valor cualitativo sobre otros informes por su fiabilidad. Y todo ello a pesar de que ya el día 17 de abril, previo a su debate en la Comisión Mixta de las Cortes Generales, se había difundido el informe del TCs (2), y posteriormente la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) emitió un amplio informe (3).

## Algunas reflexiones sobre el funcionamiento de las Mateps

1. El informe del TCs describe la deficiente gestión de las mutuas: "Las mutuas no ajustaron su gestión contractual a los principios de objetividad y transparencia, en especial no promovieron concurrencia ni publicidad en su contratación prevaleciendo los contratos surtidos con empresas asociadas. Se elude así los principios de eficacia y economía. Carecen de procedimientos reglados para tramitar los contratos. Carecen de registros de los contratos. Prácticas de competencia desleal". Otro informe más para añadir a los muchos ya existentes que refutan el mito de la mayor eficiencia de la empresa privada, que hoy día, y a pesar de la crisis mundial, todavía se sigue defendiendo; que demuestran los efectos de la mezcla público-privado; que explican los objetivos finales de ese extraño ente llamado "empresa sin ánimo de lucro", paradigma de contradicción en los términos; el TCs de-

muestra el reparto de beneficios entre empresarios asociados: “El análisis de las ofertas realizadas por las distintas Mutuas a las empresas o trabajadores susceptibles de ser asociadas o adheridos,.... , pone de manifiesto la existencia de una serie de prácticas no ajustadas a la normativa en vigor. Prácticas que, originando un gasto para el patrimonio de la Seguridad Social y dando lugar a la concesión de beneficios económicos a favor de los empresarios asociados o trabajadores adheridos, (1 pág. 72522-72525)”.

2.- Un apartado especialmente interesante y relacionado con el debate actual sobre las retribuciones de los funcionarios es el generoso sistema retributivo de las mutuas. No estamos hablando de los bonos de los bucaneros de Wall Street (12, 13), sino de sueldos pagados con fondos públicos, de la Seguridad Social; aunque los otros acabaremos pagándolos entre todos también. Un punto común tienen ambos: a peor gestión mejor retribución. Y estas excelentes retribuciones de los directivos de las mutuas no parece que vayan acompañadas de una gestión eficiente, a la vista de las debilidades e irregularidades detectadas en la gestión de conciertos y sistemas de control de facturación o de servicios prestados.

Estas retribuciones, en las mutuas, contrastan con las de los funcionarios y con ciertas declaraciones como la de la propia presidenta de la Comunidad de Madrid: “Es una vergüenza subir el sueldo a los funcionarios” (14 y 15), o las del presidente de la CEOE pidiendo no contratar más funcionarios y reducir el sueldo a los que ya hay (16,17,18). Declaraciones muy coherentes con la lógica del mercado y la “oportunidad de negocio”. Más funcionarios suponen más policías, más jueces o más inspectores de trabajo que representan una restricción importante para las “oportunidades de negocio”; igual que mejorar los salarios de personal docente y sanitario. Sin embargo, no se prodigan tanto comentando sobre la mayor bolsa de fraude a la Seguridad Social, que tradicionalmente se concentra en las cotizaciones empresariales. O el porque España posee el escandaloso honor de tener la incidencia de mayor mortalidad por accidentes de trabajo de toda la UE, a la par que la increíble cuasi ausencia de enfermedades profesionales.

Dado el carácter de fondos públicos de la totalidad de los ingresos que perciben las Mutuas y la naturaleza, asimismo pública, de las prestaciones que tienen encomendadas, el régimen retributivo general del personal a su servicio debería encontrarse sujeto a los principios generales que inspiran las retribuciones de los empleados públicos.

El Tribunal de Cuentas ha realizado una comparación entre el régimen retributivo del personal sujeto a contratos de alta dirección en el sector de MATEPSS y el fijado por la Ley para altos cargos del Gobierno y de la Administración General del Estado. Las retribuciones medias del personal directivo de las MATEPs se sitúan en 108.000 euros en el año 2005 y en 111.000 euros en el año 2006. Son un 30% superiores a las correspondientes a los altos cargos del Gobierno y de la Administración General del Estado (la cuantía más baja de las que se fijan para los altos cargos del Gobierno y de la Administración General del Estado en ambas Leyes de Presupuestos - 74.960 euros, para el ejercicio 2005 (apartado Uno, artículo 23 de la Ley 2/2004) y 77.246 euros, para el 2006 (apartado Uno, artículo 23 de la Ley 30/2005).

Destacando el informe la existencia de tres Directores Gerentes que, en el año 2006, han percibido retribuciones por encima de los 290.000 euros; un 300% superiores a las que percibieron altos cargos en la Administración Pública. En tan sólo las ocho Mutuas analizadas se encuentran 237 perceptores (directivos). Las cuantías medias y absolutas a las que se elevan estas retribuciones – 111.000 euros para el conjunto de los 237 perceptores y 225.000 euros para la media de las retribuciones máximas de cada Mutua (1, pág. 364 a 373).

Además, el informe describe los generosos seguros individuales de vida e incapacidad permanente; «bonus» de gestión y por objetivos; planes de pensiones con la existencia de aportaciones abusivas (pagados con fondos públicos) que suponen auténticas retribuciones diferidas encubiertas dirigidas a parte del personal directivo de algunas Mutuas. O cláusulas contractuales contrarias al Ordenamiento Jurídico con importantes indemnizaciones por extinción de contrato que hay que añadir a la ya elevada retribución del mismo.

Este generoso tratamiento del personal directivo se complementa con costosos cursos

particulares de formación, sin relación o utilidad para la mutua. Cursos financiados incluso a personas ajenas a la mutua. E indemnizaciones por razón de servicio con dietas sin justificar de las que se benefician incluso personas ajenas a la mutua.

3. En la asistencia sanitaria las MATEPs invirtieron solo un 14% de su presupuesto (2006), que bajó al 11% en 2007.

### ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TRABAJADORES PROTEGIDOS

	ENTIDADES GESTORAS (INSS.INGESA.ISM.MATEPS)	MATEPs
Ingresos 2007 (millones €)	117.956	11.721
Gasto en asistencia sanitaria 2007 (millones €)	1.986	1.669 (11% del total)
Trabajadores protegidos en 2006	3.718.471 (20,13% del total)	14.751.654 (79,87% del total)

*Anuario Económico y de Gestión 2006 (21), Intervención General de la Seguridad Social Ejercicio 2007 (26).*

En un marco de irregularidades diversas en sus contrataciones, las MATEPs presentan una baja ocupación de centros sanitarios junto a la elevada contratación con centros ajenos para prestaciones sanitarias.

La fiscalización del TCs encuentra que la asistencia sanitaria gestionada por las Mutuas, derivada de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, prestada con medios ajenos, se ejecuta, fundamentalmente, con entidades privadas ajenas. Así, en atención primaria, la concertación con entidades privadas supone el 85% del total del gasto realizado por las Mutuas con medios ajenos, y en el supuesto de la atención especializada este índice representa el 57%. (1, pag. 72461 y 2).

Este hecho es llamativo porque, según todos los informes, tanto la fiscalización actual del TCs, como otros previos del mismo TCs y los anuarios de la Seguridad Social (S.S.), la ocupación de los centros sanitarios de las MATEPs es baja. El porcentaje de ocupación hospitalario propio fue solo del 53,4% sobre el posible, en el año 2006. A pesar de ello, las MATEPs tienen un sorprendentemente elevado gasto en concertación con centros ajenos para asistencia sanitaria. Además se concierta más con centros privados para asistencia ambulatoria, donde los costes medios son menores en los centros propios, por el contrario la asistencia hospitalaria, con unos costes medios superiores en los centros propios, se concierta menos.

### ASISTENCIA SANITARIA POR MUTUAS.

**EJERCICIO 2006. TOTAL: 1.508.179.286**

	ASISTENCIA AMBULATORIA (MILES DE €)	ASISTENCIA AMBULATORIA (COSTE MEDIO POR PACIENTE)	ASISTENCIA HOSPITALARIA (MILES DE €)	COSTE MEDIO ESTANCIA HOSPITALARIA
Asistencia con medios propios	577.084,40 (51,82 %)	274,66 €	212.516,40 (54,15 %)	770,38 €
Asistencia con medios ajenos	331.397,39 (29,76 %)	323,64 €	146.880,33 (20,84 %)	617,04 €
Total (miles de €)	908481,79		392.474,51	

*Fuente Anuario económico y de gestión 2006 (27).*

Asimismo, el informe del TCs detecta también múltiples irregularidades como asistencia a personas sin derecho o servicios no incluidos en las prestaciones contratadas con la SS, como estética o reconocimientos médicos a trabajadores de las empresas asociadas.

5. A pesar de todo lo que aflora en la fiscalización del TCs, con las limitaciones que se reconocen en el propio informe debido a su falta de competencias legales para investigar empresas privadas, hay que señalar que tanto el TCs como los controles de la Intervención General de la S.S. o la Inspección de Trabajo se limitan a la gestión administrativa y económica y por tanto no evalúan la calidad de la asistencia sanitaria que prestan las mutuas patronales. Ni su habitual práctica de denegar la asistencia a los trabajadores accidentados camuflándolos en el Servicio Público de Salud por todos los mecanismos posibles. De este modo se ahorran la asistencia sanitaria y cargan al INSS las prestaciones económicas que les correspondan, lo que podría estar generando un perjuicio a la S.S de hasta 8.200 millones de euros anuales (28).

### **Sobre la colaboración público-privada en sanidad.**

Llama la atención la escasa, o nula repercusión informativa y de debate que este informe ha tenido, considerando la larga y actual (4,8,19) polémica existente sobre la gestión pública o privada de los servicios públicos y, especialmente, sobre la gestión de la sanidad pública. Las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales representan la primera forma de colaboración público-privado en la gestión de prestaciones sanitarias públicas (11), la más antigua y, sin ninguna duda, las más estudiada y evaluada (2). Es extraordinario que casi todos los estudiosos de este tema olviden sistemáticamente el modelo más antiguo de gestión privada de servicio público, más analizado y, por tanto, más objetivamente conocido.

El informe del TCs puede engrosar la larga lista de los que existen sobre los efectos negativos de la gestión privada de servicios públicos. Por ejemplo, publicados por la OMS (<http://www.who.int/es/>): “La colaboración público-privada no es eficiente” (9); entre los modelos analizados en este estudio el más extendido y el que peores resultados ha obtenido es el de iniciativa privada de financiación (PFI en sus siglas en inglés) en sus diversas variantes. O tras la experiencia de la reforma sanitaria en Inglaterra (24, 25).

Igual de claro, desde la más remota antigüedad, es el conocimiento de los efectos que el incentivo económico provoca en algunos servicios. Se atribuye a Sócrates la frase: “el interés privado cede siempre ante el público”. Y los auténticos liberales, los de antes del XIX, no los de ahora, reconocían que algunos servicios, como los sanitarios, debían ser regulados, porque si a un cirujano se le paga por pierna cortada en dos generaciones los niños empezarían a nacer cojos (algo que se ha comprobado en multitud de estudios que han investigado el porqué de la gran variabilidad en el tratamiento de patologías y aplicación de técnicas médicas a pesar de la evidencia científica y de existir un amplio consenso sobre las mismas, por ej.: tto amigdalectomía o cesáreas, uso o mal uso de fármacos, etc). Es por eso que otros, ante la disyuntiva entre “salud o mercado”(8), defendemos la sanidad pública y gestionada por la Administración Pública.

### **La antipedagogía de la Comunidad de Madrid.**

A título de ejemplo, es de señalar que en las fechas en que se publicó este informe, en la Asamblea de la Comunidad de Madrid, el 21 de mayo, se presentaba el Dictamen (4) emitido por una Comisión para el Estudio de los diferentes sistemas de gestión de servicios sanitarios públicos. En él se hace una revisión histórica, (4, pág. 14) desde el inicio de la SS, de las distintas formas de colaboración privada en la gestión sanitaria pública. Colaboración que siempre ha existido (mutualismo y empresas colaboradoras) pero sorprendentemente no hacen un análisis de las enseñanzas que da la larga historia de las mutuas.

A pesar de la amplia participación en esa Comisión, de gestores, políticos y profesionales (59 invitados y 14 altos cargos) representando y defendiendo todo tipo de fórmulas, poco se ha aclarado, como era de esperar. En definitiva la decisión es política y la actual legislación: Ley General de Sanidad y la ley 15/1997 permiten cualquier fórmula. Incluso en Madrid, la Ley 12, 2001 de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM), no sólo permite sino que “obliga” a la Administración Pública a integrar la sanidad privada dentro de la pública. Y así, se establece en el Título III, “De la iniciativa privada sanitaria”, que “La administración sanitaria promoverá, con el objeto de ordenar la colaboración de todos en la protección de la salud de los ciudadanos, el desenvolvimiento coordinado y armónico de las organizaciones sanitarias privadas” (artículo 22) y que “La administración sanitaria velará por que las organizaciones sanitarias privadas se vertebren en el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid” (artículo 25).

Y prueba de lo poco que ha aclarado, o convencido, la citada comisión de estudio es que la Secretaría General Técnica de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, sólo dos meses después (5), publicaba un concurso para realizar un análisis de los modelos de colaboración público-privada en materia sanitaria, con un enfoque multidisciplinar: organizativo, jurídico y económico existentes en todas las CCAA.

Otra medida que costará dinero público y probablemente condenada al fracaso en cuanto al rigor y objetividad de sus conclusiones, salvo el lucro producido para la empresa adjudicataria del estudio. Parece poco razonable esperar que una empresa privada vaya a obtener la información necesaria de todas la CCAA para elaborar su estudio; al menos un estudio fiable y de alguna utilidad. ¿Con qué autoridad piensa dotar el consejero Güemes o la presidenta Aguirre a esa empresa privada para conseguir una información que reiteradamente se le deniega al propio Ministerio de Sanidad? Precisamente la CM ha sido la más criticada por esa falta de colaboración y recientemente el economista José Martín, profesor del Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Granada (8) lamentó la falta de indicadores homogéneos y de la carencia de competencias del Ministerio de Sanidad para obligar a las Comunidades Autónomas a facilitarlos, lo que hace difícil poder comparar algunos aspectos claves de lo que realmente está sucediendo en la sanidad pública española.

Contrastan notablemente los resultados, de 20 de mayo de 2009, de esa Comisión de la Asamblea de Madrid, gobernada por el PP, defendiendo las bondades de la gestión privada, con el resumen que hacía el parlamentario estatal, también del P.P., en el debate de 29-04-2009, en la comisión mixta del Congreso de los Diputados para las relaciones con el TCs, sobre la gestión de las mutuas en las que calificaba a este informe como el “relato de una estafa” (7). A pesar de esas incoherencias es conocida y pública la clara defensa del consejero Güemes y del gobierno de la Comunidad de Madrid de la gestión privada de la sanidad (6).

Con respecto a esto, se podría recordar la advertencia de A. Smith (economista muy reconocido entre los liberales, que no es lo mismo que conocido o leído) a los gobiernos en contra de las sugerencias de políticas económicas provenientes de la clase capitalista: “toda proposición de una nueva ley o de un reglamento de comercio, que proceda de esta clase de personas (clase capitalista), deberá analizarse siempre con la mayor desconfianza, y nunca deberá adoptarse como no sea después de un largo y minucioso examen, llevado a cabo con la atención más escrupulosa a la par que desconfiada. Ese orden de proposiciones proviene de una clase de gentes, cuyos intereses no suelen coincidir exactamente con los de la comunidad, y más bien tienden a deslumbrarla y a oprimirla como la experiencia ha demostrado en muchas ocasiones” (22).

### Conclusiones

Ante todo es necesario que las irregularidades detectadas en el funcionamiento de las mutuas y las medidas que se acuerden para resolverlas deben ser entendidas con la perspec-



tiva del conjunto del Sistema de Seguridad Social y previo acuerdo de las distintas Administraciones implicadas y que las anomalías en las prestaciones sanitarias de las Maeps tienen una repercusión importante en los fondos de la S.S. y en el Sistema Sanitario Público.

1ª.- Hay suficientes evidencias que demuestran que la gestión privada o pública de la sanidad no es neutral, ni es un debate puramente técnico. Hay suficientes evidencias de que la elección de un sistema u otro está condicionada básicamente por las “oportunidades de negocio” o por el interés de servicio a la sociedad. Este debate, que sin duda es interesante para todos, debería plantearse en el Consejo Interterritorial bajo la supervisión del Ministerio de Sanidad. Está en juego un servicio público tan esencial como la Sanidad y con él la posibilidad real de todo ciudadano de acceder al derecho a la salud. No se debe seguir ignorando hechos tan evidentes como los resultados que arroja esta nueva fiscalización del Tribunal de Cuentas sobre la gestión de las mutuas y el gran despilfarro y fraude que se está cometiendo y las incoherencias en su manejo por parte de la S.S. que se están produciendo

2º.- Es poco lógico, ante los resultados de la fiscalización el Tribunal de Cuentas, que encuentra irregularidades graves en todas las mutuas fiscalizadas (8 mutuas, que corresponden al 53% de las cuotas y el 51% de trabajadores protegidos), que el Ministerio de Trabajo no decida una revisión inmediata y a fondo de todas las restantes.

3º.- Es menos lógico, ante los hallazgos del Tribunal de Cuentas y las escandalosas estadísticas de siniestralidad laboral seguir presentando a las mutuas patronales de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales como modelo de gestión.

España tiene la mayor incidencia de la UE\_15 de accidentes de trabajo y mortalidad. En 2006, el índice de accidentes mortales era el doble de la media en la UE, con 1255 accidentes mortales registrados. Y aunque esta firmemente demostrado que la mortalidad por enfermedades profesionales es 10 veces superior a la de los accidentes laborales, en España, según las Mateps, los casos de enfermedades profesionales son casi anecdóticos., al punto que en 2006 ino se notificó por su parte ningún fallecimiento por enfermedad profesional!

4º.- Es incoherente la actuación del Ministerios de Trabajo ante los datos existentes que llevan a estimar que las mutuas podrían estar despilfarrando más del 50% de su presupuesto y ocasionando un perjuicio de 8.200 millones de euros a la Seguridad Social.

Ha aprobado reformas legales importantes para mejorar el control de las mutuas pero, al mismo tiempo, va cediéndoles más competencias y más fondos públicos.

En tanto no se demuestre una gestión eficaz la forma más sencilla de reducir la existencia de más perjuicios y fraudes sería reducir los fondos públicos que gestionan, no aumentarlos.

5º.- Es también incoherente que el Ministerio de Trabajo en los últimos años vaya realizando un ajuste a la baja de las cotizaciones empresariales a las mutuas. Al margen de las irregularidades detectadas en su gestión, respecto a la asistencia sanitaria por contingencias profesionales podría estar produciéndose una infrafinanciación de esta prestación.

Previamente a estas rebajas de cuotas debería hacerse un estudio del coste real de la asistencia sanitaria que prestan las mutuas y de la práctica de derivar a los trabajadores accidentados al Servicio Sanitario Público.

Podría ser más eficiente para el Sistema de Seguridad Social que el Servicio Sanitario Público asumiese la asistencia sanitaria de las contingencias profesionales, que en un porcentaje importante ya presta y muchas veces sin cobrar. Prestando las mutuas la asistencia, previo concierto con la Administración, a aquellos trabajadores que sean calificados de laboral. Así se evitaría el fraude de las mutuas de camuflar accidentes y enfermedades profesionales abusando del Servicio Sanitario Público, se ahorraría considerablemente en costes de control y tramitación y en litigios, y algo se frenaría la fragmentación que se está produciendo en el Servicio Público de Salud.

6º.- Es incoherente la actual estrategia de lucha contra el fraude.

Existe una lógica preocupación, a todos los niveles (Pacto de Toledo, INSS; Inspección Sanitaria), por la posible existencia de fraude en las bajas médicas (por contingencias comunes, que en el peor de los casos no sería superior a los 1.400 millones de € y que, además, está por demostrar); y que ha dado lugar a reformas legales importantes cuyo efecto ha sido reducir el coste de la prestación pero que son de dudosa eficacia contra el propio fraude (29).

Mientras tanto, la posible estafa en las mutuas patronales no genera la misma preocupación ni se le asignan los recursos proporcionales para su corrección, a pesar de que la estimación económica de ésta (28), basado en datos más objetivos y fiables supera al presupuesto para toda la Incapacidad Temporal (IT) por contingencias comunes.

7º.- Es incoherente toda esa teórica preocupación por el fraude con la tolerancia y permisividad ante las muy elevadas estadísticas de accidentes laborales y enfermedades profesionales que se ocultan (30, 31).

8º.- Es incoherente, igualmente, los objetivos y planes de inspección (23), asignados al control de IT por contingencias comunes y el olvido del control sobre las mutuas (hasta un 16 % de las bajas por contingencias comunes podrían ser de origen laboral).

Es incoherente que la Inspección Sanitaria, al menos en la CAM, dedique más del 50% de sus recursos al control de la IT común y prácticamente nada a Mutuas. Las reclamaciones de los trabajadores accidentados que precisan IT y son rechazados por la mutua ni siquiera se atienden en algunas Inspecciones Médicas.

9º.- La política de fusiones de mutuas que se está haciendo desde hace años, al parecer estimulada por el propio Ministerio de Trabajo, debería revisarse puesto que no parece estar dando los resultados deseados. Por ejemplo, en 2006 había 24 mutuas tras las fusiones autorizadas y curiosamente la plantilla del grupo de "Dirección y Servicios Generales", que representa el 28% del total, se incrementa en 184 personas, a pesar de que desaparecen cuatro mutuas.

Esta política podría ser una estrategia suicida que lleve a la creación de organismos con más poder que el propio Ministerio.

10º.- Por último, en ningún caso se deben potenciar por parte de la Administración pública políticas y actuaciones tendentes a que las Mateps aumenten sus competencias y sustituyan al servicio público en la atención directa a la enfermedad común, ni siquiera, en situaciones sanitarias como las que se han anunciado para la gripe (32).

En momentos de crisis sanitaria o económica es más necesario que nunca dedicar los recursos necesarios al fortalecimiento y mejora de los servicios sanitarios públicos y no al pago a la empresa privada, sean estas mutuas u otras, de prestaciones por asistencia sanitaria cubiertas plenamente y con total garantía por los servicios públicos de salud. ♦

#### BIBLIOGRAFÍA:

1. BOE nº 204, de 24-08-2009, pág 72256. Resolución de 26 de mayo de 2009, aprobada por la Comisión Mixta para las relaciones con el Tribunal de Cuentas, en relación con el Informe de fiscalización sobre los procedimientos de contratación de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

<http://www.boe.es/boe/dias/2009/08/24/pdfs/BOE-A-2009-13766.pdf>

2. Informe nº 829 del Tribunal de Cuentas. Informe de fiscalización sobre los procedimientos de contratación de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social.

<http://www.tcu.es/>

3. ¿Dónde está el fraude a la Seguridad Social?. 17 de junio de 2009.

<http://fadsp.es/obsmadrid/index.php/sanidad-estatal/salud-laboral>. Salud Laboral,

<http://www.observatoriosanitariomadrid.org/>

- 4.- Dictamen de la Comisión de Estudio del funcionamiento de los diferentes sistemas de gestión de Servicios Sanitarios Públicos previstos en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y en la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. 20 de mayo de 2009
- 5.- B.O.C.M. Núm. 162, de 10 de julio de 2009, pág 168. Resolución de 29 de junio de 2009, por la que se hace pública convocatoria del procedimiento negociado para la adjudicación del contrato de servicios denominado "Servicio para el estudio de investigación sobre la colaboración público-privada en materia sanitaria".
- 6.- Güemes defiende la gestión privada como método para alcanzar la máxima expansión de la sanidad pública. 24/09/2008  
[http://www.diariomedico.com/edicion/diario\\_medico/politica\\_sanitaria/es/desarrollo/1168060.html](http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/politica_sanitaria/es/desarrollo/1168060.html)
- 7.- Debate, celebrado el 29-04-2009, en la comisión mixta del Congreso de los Diputados para las relaciones con el Tribunal de Cuentas en el que se abordó el informe del Tribunal sobre los procedimientos de contratación de las mutuas, presentado por el Presidente del Tribunal de Cuentas don Manuel Núñez.
- 8.- Salud o mercado. Antonio Mora Plaza. 04/08/2009.  
<http://www.nuevatribuna.es/noticia/12591/OPINIÓN/salud-o-mercado.html>  
Y en Revista de Administración Sanitaria" (n. 1, vol. 5) 2007
- 9.- "La colaboración público-privada no es eficiente", en DiarioMédico, de 29-11-2006.
- 10.- El modelo privado de gestión asistencial no ha demostrado mejores resultados que el público. Seminario organizado por la Fundación Alternativas, en marzo 2007 en la sede del SESCAM, en Toledo.
- 11.- Dos Apuntes sobre las Mutuas Patronales y su Gestión de la IT. Antonio Sempere Navarro, José Luis Tortuero Plaza. Revista 12-13 Julio 2005.  
<http://www.foross.org/>
- 12.- Lo que ganan los directivos de las entidades en quiebra.  
<http://www.rebellion.org/mostrar.php?tipo=5&id=Pablo%20Ramos&inicio=0>  
Pablo Ramos APM. <http://www.rebellion.org/>
- 14.10.2008
- 13.- Culpables, millonarios e impunes. Ramón Muñoz. 12/10/2008.  
[http://www.elpais.com/articulo/semana/Culpables/millonarios/impunes/elpepueco/20081012elp-neglse\\_5/Tes](http://www.elpais.com/articulo/semana/Culpables/millonarios/impunes/elpepueco/20081012elp-neglse_5/Tes)
- 14.- "Es una vergüenza subir el sueldo a los funcionarios" E. Aguirre, 21/04/2009.  
[http://www.elpais.com/articulo/madrid/Aguirre/verguenza/subir/sueldo/funcionarios/elpepiesp-mad/20090421elpmad\\_7/Tes](http://www.elpais.com/articulo/madrid/Aguirre/verguenza/subir/sueldo/funcionarios/elpepiesp-mad/20090421elpmad_7/Tes)
- 15.- "Si todos fueran funcionarios, habría hambre, miseria y corrupción". E. Aguirre, 06/03/2009 .  
[http://www.elpais.com/articulo/madrid/Aguirre/todos/fueran/funcionarios/habria/hambre/miseria/corrupcion/elpepuespmad/20090306elpmad\\_7/Tes](http://www.elpais.com/articulo/madrid/Aguirre/todos/fueran/funcionarios/habria/hambre/miseria/corrupcion/elpepuespmad/20090306elpmad_7/Tes)
- 16.- Díaz Ferrán cree que los salarios deberían bajarse "como mínimo" el 1%. EFE. 10/08/2009
- 17.- Ferrán apuesta por la moderación salarial para salir de la crisis. El presidente de la CEOE cree que sobran funcionarios.  
<http://www.público.es> 28/08/2009
- 18.- Los empresarios piden que la financiación no se dilapide en funcionarios. albert martin Vidal. Barcelona. Público.31 julio 2009.
- 19.- Sanidad pública o privada? Vicenç Navarro. 27 de agosto de 2009.  
<http://blogs.publico.es/dominiopublico/1504/%c2%bfsanidad-publica-o-privada/>
- 20.- Datos-estadísticas Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales en  
<http://www.mtin.es/estadisticas/anuario2006/ATE/index.htm>
- 21.- Memorias Economico Financieras y de Gestión de las Mutuas de AT y EP en  
[http://www.seg-social.es/Internet\\_1/Lanzadera/index.htm?URL=82](http://www.seg-social.es/Internet_1/Lanzadera/index.htm?URL=82)
- 22.- Smith, Adam; La Riqueza de las Naciones. FCE, México, página 241.
- 23.- Orden 192/2009, de 25 de marzo, por la que se establecen los criterios y prioridades de actuación en materia de inspección sanitaria para 2009. B.O.C.M. núm 92, de 20 de abril de 2009 Pág. 79
- 24.-Godlee F. The markt has failed. Brit Med J 2007; 335: 1116 – 7.
- 25.- Woolhandler S, Himmelstein D. Competition in a publicly funded healthcare system. Brit Med J 2007; 335: 1126-9
- 26.- Cuenta General de la Seguridad Social, correspondiente al Ejercicio 2007, presentadas por la Intervención General de la Seguridad Social.(Resolución de 21 de noviembre de 2008, de IGSS).



- 27.- Anuario económico y de gestión. 2006 (pág 25-27).  
[http://www.seg-social.es/Internet\\_1/Estadistica/PresupuestosyEstudi47977/InformesEconomicos/MemoriasEconomicoFi43212/MemoriaEFG2006/index.htm](http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/PresupuestosyEstudi47977/InformesEconomicos/MemoriasEconomicoFi43212/MemoriaEFG2006/index.htm)
- 28.- Un estudio acusa a las mutuas de dañar la sanidad pública.  
<http://www.publico.es/espana/221333/estudio/acusa/mutuas/danarla/sanidad/publica>
- 29.- -La prestación por IT. Equilibrio entre protección y control del fraude. Bartolomé Ríos Salmerón, Magistrado del Tribunal Supremo y Francisca Ferrando García, Profesora Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Murcia.  
<http://www.foross.org/>
- 30.- Dos trabajadores mueren a diario a causa de accidentes laborales. NUEVATRIBUNA.ES - 16.09.2009.
- 31.- Muertos de segunda. Alberto Montero Soler.  
<http://www.rebelion.org/noticia.php?id=66353> 22.4.2008
- 32.- El secretario de Estado de Seguridad Social, Octavio Granado, ha puesto a disposición del Ministerio de Sanidad y Política Social las instalaciones sanitarias de las mutuas en caso de que la evolución de la Gripe A lo hiciera necesario  
[http://www.elmedicointeractivo.com/noticias\\_ext.php?idreg=21813](http://www.elmedicointeractivo.com/noticias_ext.php?idreg=21813)

# La gestión clínica de nuestros hospitales. La reforma pendiente

**María Luisa Lores**

Radióloga Hospital Montecelo (Pontevedra)

**E**n los últimos años han ocurrido cambios importantes que inciden en la atención sanitaria: el gran desarrollo tecnológico, la inmensa cantidad de información destinada a los profesionales, el incremento de enfermedades debido a la mayor esperanza de vida y a las condiciones ambientales (contaminación, cambio climático, alimentación...) y a su vez la posibilidad de tratamiento de procesos más graves a pacientes mayores.

Por otra parte, la información sanitaria disponible es limitada y dificulta el conocimiento de la realidad hospitalaria, los indicadores que se manejan apenas han sufrido modificaciones en muchos años, e indicadores esenciales para medir la calidad de un proceso asistencial, no se registran y por lo tanto no se conocen.

Las listas de espera generan más insatisfacción ciudadana y preocupan a la administración sanitaria, y los equipos directivos de los hospitales están más informados y conocen mejor la gestión de la cantidad que de la calidad de las actuaciones de los profesionales.

En la última década surge con más fuerza la preocupación por la calidad de la asistencia, que permita mejorar la eficiencia y disminuir la variabilidad evitable y los efectos adversos de las actuaciones sanitarias.

Parece necesario un cambio en la gestión hospitalaria, que al menos debe pasar por:

**A. Profundizar en la utilización de las tecnologías de la información** y de la HC electrónica, con registro y explotación de indicadores de calidad, los mismos en todo el SNS, que permita la comparación entre los distintos centros y la identificación de áreas de mejora.

Los sistemas de codificación de los años 80 (GRDs) no han sido pensados para evaluar la calidad de las actuaciones sino para calcular el coste de los procesos a efectos de facturación y deben actualizarse y adaptarse a la gestión de la calidad. Por otro lado el Conjunto mínimo básico de datos (CMBD) se obtiene del informe de alta, muchas veces incompleto y este documento se entrega al paciente, lo que en parte puede explicar el déficit en el registro de algunos datos, sobre todo de efectos adversos, información esencial a la hora de evaluar la calidad de la atención hospitalaria (se estima que aproximadamente el 95% de todos los eventos adversos no se documentan, es decir quedan ocultos)<sup>1</sup>.

Los Servicios de Codificación y Documentación clínica deben estar sometidos a una auditoría permanente e incrementar su relación y coordinación con los servicios clínicos de los hospitales.

**B. Superar la división del hospital en servicios cerrados, para realizar una gestión multidisciplinar**, en base a comités de profesionales de distintas especialidades que toman decisiones sobre pacientes concretos de un determinado proceso asistencial.



Es el paciente con su enfermedad el eje de la asistencia y son los profesionales los que deben acordar el mejor tratamiento disponible y prestar la atención en el menor número de visitas posibles, evitando la emigración de los pacientes de una consulta a otra, escuchando versiones muchas veces distintas de su enfermedad.

Esta forma de gestión está suficientemente apoyada en la literatura científica y en la lógica, ya que la complejidad creciente de la atención no permite dominar con profundidad todos los procesos de una determinada especialidad.

Los componentes del comité multidisciplinar deben tener una formación actualizada del proceso y entre todos consensuar el mejor tratamiento disponible en base a protocolos con evidencia científica demostrada. Esta forma de trabajo en equipo supone un cambio de cultura, necesaria pero difícil de conseguir, ya que:

- Requiere una implicación directa de los equipos directivos, muchas veces inexistente por su falta de profesionalización.
- Pasa por limitar la autonomía de la que han gozado desde siempre los especialistas de los hospitales del SNS con respecto a las decisiones que afectan a sus pacientes.
- Porque choca con “el pertinaz frenesí privatizador”<sup>2</sup> que provoca una desintegración funcional, justo lo contrario de lo que se pretende con la gestión clínica multidisciplinar, como ocurre, por ejemplo, con la externalización de la alta tecnología (más de la mitad de los aparatos de RM de España se encuentran en manos privadas) (4) o de toda la radiología, como en hospitales en Madrid o La Rioja, teniendo en cuenta que no han conseguido, sino todo lo contrario, los resultados que pretendían justificar tales decisiones, ni tan siquiera avaladas por el modelo sanitario de Estados Unidos, donde ningún hospital del TOP-50 ni del Best Hospitals han externalizado tecnologías innovadoras de diagnóstico por imagen (2).
- Por otra parte, la administración Sanitaria no ha desarrollado un plan especial dirigido a los profesionales y estos no disponen de la formación suficiente, del tiempo necesario ni se ha aplicado una política de incentivos que promueva el cambio hacia la gestión de la calidad en los hospitales.

**C. Superar la fuerte jerarquización hospitalaria existente**, con una centralización excesiva de la información y de la toma de decisiones.

Los jefes de servicio detentan un gran poder y es fácil que no deseen compartirlo con los líderes que surgirán en la organización, como coordinadores de procesos o responsables de vías clínicas.

La gestión de la calidad supone evaluación continuada, un cambio radical frente al escaso control de la calidad en la gestión de los servicios que existe actualmente en muchos centros hospitalarios.

Muchos jefes tienen cargos vitalicios y se les permite compatibilizar su puesto con la atención privada, incluso en la misma Área sanitaria, lo que supone un serio contratiempo para un cambio participado y transparente.

Por otra parte, si los jefes no apoyan la gestión clínica, probablemente esta estará muy dificultada o simplemente no se realizará, por lo que parece imprescindible una política dirigida a la formación y motivación de los responsables sanitarios.

**D. Mejorar la gestión de las camas hospitalarias:**

Estudios al respecto en EEUU, Europa y España, señalan que 1 de cada 3 o 4 estancias hospitalarias es inadecuada lo que supone más de 10 millones de estancias inadecuadas al año en el SNS español<sup>3</sup> (sobre un total de 31 millones de estancias en el año 2007 en hospita-

les públicos), que con un coste de 941 euros/estancia, supondría un ahorro de 10.000 millones de euros, que permitirían la financiación del cambio hacia la eficiencia y la calidad en el SNS.

La mejora en la gestión de las camas pasa por reducir las estancias innecesarias y realizar procesos diagnósticos y terapéuticos sin ingreso.

Los exponentes fundamentales son:

1) **La “ambulatorización de los procesos” quirúrgicos.** La CMA es una forma de atención avalada científicamente y de posible aplicación en una proporción importante de patologías quirúrgicas, pero su desarrollo es lento y desigual (la tasa de ambulatorización está entre un 15% de la cirugía en Aragón y un 51% de la cirugía en La Rioja, en los hospitales del SNS y entre un 16% en Galicia y un 54% en Asturias, en los centros privados)<sup>4</sup>, en parte por las peculiaridades propias de los distintos hospitales y de los responsables de las áreas quirúrgicas y probablemente en parte porque los profesionales temen una disminución de las camas y como consecuencia de los recursos, humanos y de infraestructuras, es decir de su influencia, tradicionalmente relacionada con el número de camas.

El envejecimiento de la población y la escasez de camas de media y larga estancia que alivian a los hospitales de agudos de ingresos inadecuados, tienden a reconvertir las camas quirúrgicas en camas médicas, lo que puede incrementar el rechazo de los servicios quirúrgicos.

2) **Las alternativas a la hospitalización convencional de los procesos médicos,** como las unidades de corta estancia médica, la hospitalización a domicilio, la telemedicina, el control a distancia de pacientes crónicos... Su implantación es heterogénea y existe gran variabilidad entre las distintas Áreas Sanitarias (desde 255000 actuaciones de la hospitalización a domicilio en la Comunidad valenciana a las poco más de 1000 en Extremadura, en el año 2007). Su desarrollo es a veces circunstancial o debido al voluntarismo de determinados profesionales.

El incremento de procesos crónicos y de pacientes con pluripatologías y polimedificados requiere de un abordaje multidisciplinar y de una atención preferente. Las agudizaciones de estos pacientes tienen en ocasiones una causa evitable. Son pacientes “frágiles”, con pérdidas sensoriales, que muchas veces viven solos y que presentan un alto riesgo de efectos adversos (el 60% de los ancianos desconoce o no entiende la medicación prescrita cuando se les da el alta hospitalaria)<sup>5</sup> por lo que requieren de una atención multidisciplinar coordinada con AP.

3) **Reforzar la Atención Primaria,** Los médicos de familia son los agentes principales de salud de la población y todos los planes e innovaciones para la mejora de la gestión de los hospitales los tiene, o los debería de tener, muy en cuenta. Es necesario incrementar su capacidad resolutoria y potenciar y facilitar la relación de la AP con la AE.

Los pacientes deben acudir al hospital por problemas agudos o procesos concretos y permanecer en los centros el menor tiempo posible. Las consultas sucesivas de muchas patologías, los controles de salud, ginecológicos, del embarazo normal..., deben realizarse en AP, con la colaboración estrecha de la AE, y así disminuir las estancias innecesarias y las derivaciones inadecuadas a la AE y a los Servicios de Urgencias Hospitalarios, pero la tendencia parece contraria, ya que la frecuentación a consultas hospitalarias es de 1718 por mil habitantes, el doble que la frecuentación al médico de familia, de 870/1000 en el año 2006<sup>6</sup> y en el año 2007 se han atendido 77 millones de consultas totales en los hospitales de España, con un incremento de un 19% con respecto a 2001 y se han producido 6 millones más de urgencias, con un incremento de un 20% en el SNS y de un 35% en los centros privados con respecto al año 2000 y una alta proporción de urgencias banales(4).

Existen algunas dificultades que se originan en los hospitales y que posiblemente contribuyen al retraso en la implantación de experiencias que refuercen la atención primaria. En primer lugar el seguimiento de pacientes menos complejos o las consultas de salud supo-

nen un “esfuerzo menor” a los profesionales de los hospitales e incrementan de forma significativa la actividad de los servicios y como consecuencia de su influencia; los profesionales de especializada se resisten por tanto a esta cesión de pacientes.

Por otra parte, el incremento de la capacidad resolutive de la AP requiere de la solicitud directa de pruebas y exploraciones, incluyendo a la alta tecnología, en base a protocolos de consenso y guías clínicas, pero los servicios centrales temen que se dispare la solicitud de pruebas inadecuadas, empeorando su actual situación, ya en muchos hospitales exista actualmente libertad absoluta en la solicitud de pruebas radiológicas por parte de los especialistas, sin protocolos establecidos y con una alta variabilidad.

Existe, además, una desconfianza profunda entre ambos niveles. Según una encuesta realizada por el Hospital de La Coruña en 2003 a los médicos de AP de su Área Sanitaria, solo el 4% consideraban que existía una buena relación entre AP/hospital (33% regular y 63% mala)<sup>7</sup>.

### E. La importancia de la docencia e investigación

Ya que por un lado existe escasa formación en gestión entre los profesionales de los hospitales y por otro no se contempla en los programas académicos en las facultades de medicina de las universidades, así que la situación corre el riesgo de cronificarse.

Por otra parte, los organismos de evaluación de tecnologías sanitarias no deben centrarse en evaluar innovaciones propuestas por la industria farmacéutica, con la intermediación de los profesionales, sino que el SNS debe marcar su propia agenda, con una línea prioritaria de investigación dirigida a contrastar el valor de las estrategias de calidad en el SNS<sup>8</sup>.

La implantación de modelos de gestión innovadores que mejoren la eficiencia, la seguridad y la calidad de nuestros hospitales no admite más demoras y la administración sanitaria debe incentivar y formar a sus directivos y a sus profesionales, promoviendo el cambio de cultura necesario y utilizando para ello la formación, y la motivación a través de herramientas ya existentes pero escasamente desarrolladas, especialmente la carrera profesional. ◆

### NOTAS

<sup>1</sup> Sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Agencia de calidad del SNS. MSC

<sup>2</sup>Otero-Ochoa LA, Repullo-Labrador JR. Reflexiones a propósito de la externalización de la Resonancia Magnética y el caso de la Comunidad Valenciana. Cartas al Director. Rev Calidad Asistencial. 2009;24(6):289-90

<sup>3</sup> Antón P, Peiró S, Martínez Pillado M, Aranaz Andrés JM. Efectividad de las intervenciones de revisión de la utilización inadecuada de la hospitalización. Una revisión sistemática. Rev Calidad Asistencial. 2008;23(5):236-44

<sup>4</sup> Estadísticas de establecimientos sanitarios en régimen de internado (indicadores hospitalarios). 2007. Agencia de calidad del SNS.

<sup>5</sup> Congreso de la Sociedad Española de medicina Familiar y comunitaria. 2009

<sup>6</sup> Comunidades autónomas ¿solución o problema?

<sup>7</sup> Diz-Lois F. Atención primaria y hospital. Medicina Interna de Galicia. 2009

<sup>8</sup> Martín-Moreno JM. La importancia de generar evidencia invirtiendo en investigación sobre calidad asistencial- Rev calidad asistencial. 2008;23(4):148-9.



# ¿Es posible otra gestión de la sanidad pública?

**Marciano Sánchez Bayle**

Pediatra del Hospital Niño Jesús

Director del Observatorio de Políticas de Salud de la Fundación 1º de Mayo y

Portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

Con frecuencia se achaca al sistema sanitario público de múltiples problemas relacionados con la gestión, que se tacha de ineficiente y burocrática, y que se suele señalar como un obstáculo para la sostenibilidad de la propia Sanidad Pública. Este tipo de planteamientos parten generalmente de organismos y entidades con intereses en el sector sanitario privado (consultoras, empresas de negocios, aseguradoras, etc) y parecen desconocer que en España el Sistema Nacional de Salud consigue excelentes resultados en salud con un bajo gasto y en general con una satisfacción razonablemente alta de los usuarios (que no de la población general donde influye mucho el “ruido mediático”). Por otro lado, la experiencia internacional y en nuestro país, demuestra que las supuestas alternativas, fundamentalmente la introducción de incentivos de mercado y el aumento de la provisión privada, no solo no mejoran la situación general, sino que generan importantes problemas tanto en la eficiencia como en la calidad y en la equidad de los sistemas sanitarios.

No obstante lo anterior, y aunque los datos macro son mas que buenos, no debe obviarse que existen muchos aspectos mejorables en la gestión de la Sanidad Pública y que profundizar en ellos es una obligación de quienes defendemos consecuentemente el sistema sanitario público como la mejor alternativa para atender la demanda sanitaria y mejorar la salud de la población.

Para avanzar en este sentido de mejora de la gestión de la Sanidad Pública sin que esta pierda sus características fundamentales habría que profundizar en 7 aspectos:

## 1. Profesionalizar la gestión

Parece mentira que cuando se precisa de una especialización de 4 o mas años para ejercer cualquier puesto de médico, sea suficiente la amistad o la adscripción política para poder ocupar un cargo de gerente o una dirección de un centro sanitario. Esta situación, que se extiende por todas las CCAA, propicia la incompetencia y la falta de interés y compromiso con el funcionamiento del sistema sanitario, porque lo importante no es hacer bien las cosas, sino a gusto de los que los nombraron, de esta manera se impone una selección adversa que solo favorece a los peores. Además impide cualquier capacidad de negociación/ discrepancia con los servicios de salud, convirtiendo a los directivos en una parte mas de la cadena de mando. Los resultados han sido de un estrepitoso fracaso en todos los frentes: incompetencia generalizada, ausencia de interés en los objetivos generales del sistema sanitario y enfrentamientos irracionales con los profesionales que, en la mayoría de los casos legítimamente, desconfían de las gerencias y solo esperan de ellos interferencias y problemas. Para paliar esta situación hay 2 medidas fundamentales:

- Profesionalizar la gestión, es decir crear un cuerpo de profesionales (no necesariamente médicos) especializados en gestión y administración sanitaria, que bien podría hacerse por la vía MIR, de manera que a medio plazo se pudiera garantizar un colectivo suficientemente numeroso de profesionales cualificados.
- Control democrático, que trataremos en el punto siguiente

## **2. Control democrático y autonomía**

Los centros sanitarios, de acuerdo con la ideología gerencialista funcionan sin ningún tipo de control democrático estando solo sujetos a la de la línea política. La existencia de órganos de participación es meramente virtual y aun así con escasas competencias que se quedan en la línea de escuchar y hacer sugerencias. Esta situación debe de cambiar totalmente: se precisa un sistema de control real de las actuaciones gerenciales estableciendo organismos de control donde estén presentes las administraciones sanitarias, los profesionales y los ciudadanos, con capacidad para aprobar los objetivos de los centros (dentro de los objetivos generales de los servicios de salud), controlar las decisiones del equipo directivo y revocar a sus miembros mediante mayorías cualificadas. Habría que debatir si su ámbito debe ser a nivel de cada centro sanitario y/o de área de salud, aunque es probable que fuera deseable flexibilizar el ámbito de estos organismos según el tamaño de los centros y las áreas de salud.

## **3. Profesionalización e independencia de los cargos intermedios.**

En este mismo sentido hay que finalizar la corriente que intenta reproducir el esquema jerárquico/piramidal dentro de los cargos intermedios profesionales, mediante su aplicación a los nombramientos de jefes de servicio, sección, coordinadores de EAP, etc. Es un esquema que esta generalizado en las supervisiones de enfermería, pero que se ha ido progresivamente ampliando en el resto de los profesionales. La jefaturas, médicas y de enfermería, deben de asignarse mediante convocatorias públicas, resueltas por tribunales previamente establecidos, a las que puedan presentarse todos los profesionales que reúnan unas condiciones específicas (no estaría de mas establecer un sistema de acreditación al efecto, pero también podrían considerarse los niveles de carrera profesional mas una formación especial en gestión clínica). Unos cargos intermedios desempeñados por profesionales cualificados especialmente y designados con criterios claros mejoraría mucho la situación. Naturalmente ello no obsta para que existieran mecanismos de control periódico de su desempeño en orden a evitar los problemas de los nombramientos vitalicios.

## **4. Integración de niveles**

Un problema muy importante de la situación actual, que se ha agravado con la presencia creciente de incentivos de mercado en el sector sanitario, es la falta de integración de los recursos, que es muy evidente entre Atención primaria y Especializada, pero que se produce también con la sociosanitaria y dentro de los propios recursos del mismo nivel (sobre todo entre especialidades). Avanzar en la integración de recursos supone asegurar que cada enfermo va a ser tratado por el sistema en aquel lugar donde se consigue una buena calidad de la atención con mas eficiencia y eficacia y tiene que ir unido a sistemas muy fáciles de coordinación y de transmisión de la información clínica.

## **5. Identificación de los profesionales con el sistema sanitario público**

Una última cuestión es la relativa a la necesidad de conseguir la identificación de los profesionales con el Sistema Nacional de Salud. De una manera general hay que decir que los continuos vaivenes de las administraciones sanitarias en nada lo favorecen, porque es ob-

vio que se precisa de unas actuaciones claras, con objetivos transparentes y a medio plazo, que es la única manera coherente de intervenir en un sector tan complejo como el sanitario, donde la improvisación continuada es casi la norma. Por otro lado hay 2 aspectos claves, el primero y fundamental es la dedicación exclusiva, no es posible el buen funcionamiento del sistema sanitario si hay una continuada colusión de intereses entre el sector público y el privado, que la experiencia señala que siempre acaba favoreciendo la parasitación de lo público, a más de que las profesiones sanitarias, por sus especiales características precisan de una continua actualización que es incompatible con horarios duplicados; el segundo es un modelo de incentivación basado en la calidad de la actividad desarrollada, lo que es por supuesto bastante complejo, pero no irrealizable. Sin ambos aspectos es muy difícil conseguir unos profesionales implicados en la mejora del sistema sanitario público.

## **6. Utilizar las ventajas de la economía de escala**

El sistema sanitario público maneja un volumen ingente de recursos y es el principal consumidor de las empresas de electromedicina, laboratorios farmacéuticos y otros productos sanitarios, por lo tanto parece irrazonable que no utilice esta ventaja para conseguir precios preferentes, sin embargo la fragmentación empresarial o pseudoempresarial (fundaciones, empresas públicas, etc) le hace perder esta ventaja haciéndole más ineficiente. La creación de un central de compras para el SNS sería un avance fundamental para hacer más eficiente las compras y también permitiría una evaluación coste/beneficio de las inversiones tecnológicas.

## **7. Asegurar una formación continuada independiente de los intereses comerciales.**

Ya se ha dicho que la formación continuada de los profesionales es una de las necesidades del sistema para asegurar una atención de calidad. Sin embargo en España y en la mayoría de los países, esta formación está “esponsorizada” por la industria (sobre todo la farmacéutica), de manera que sus contenidos e informaciones están claramente sesgados. Establecer sistemas de formación de calidad e independientes es muy importante para permitir, no solo el que se evite un hiperconsumo innecesario, sino y sobre todo para asegurar la calidad de las prestaciones asistenciales.

Todos ellos son aspectos complementarios que deben de abordarse simultáneamente si queremos conseguir resultados, que en todo caso, serán solo a medio y largo plazo. Lo que es insostenible es la situación actual de continua indefinición e iniciativas contradictorias de los responsables de la Administración sanitaria, que tal parece están sobre todo empeñados en demostrar que la Sanidad Pública ni funciona ni puede hacerlo.

Sin embargo esto no es cierto, la experiencia en España y en el resto del mundo demuestran la incapacidad de los incentivos mercantiles para resolver los problemas de salud de la población, por eso hay que, manteniendo la equidad, la calidad, la accesibilidad y la eficacia como valores clave del SNS, introducir mejoras en la gestión desde la óptica de lo público reforzando su carácter de servicio público que es la única garantía de un derecho fundamental, el de la salud. ♦