



Colaboración público-privada en las concesiones administrativas de hospitales. El minino de Cheshire y la importancia del ecosistema

J. Elola Somoza⁽¹⁾

J.L. Bernal Sobrino⁽²⁾

⁽¹⁾Director de Elola Consultores S.L.

⁽²⁾Director de Concesiones de EC Consultoría y Gestión Sanidad S.L.

La experiencia de colaboración público-privada dentro del sector sanitario en España es relativamente reciente. La fórmula más frecuentemente utilizada ha sido la de las concesiones hospitalarias, que adoptan dos modalidades básicas: 1. concesiones hospitalarias basadas en la fórmula de *Private Finance Initiative* (PFI) –varios hospitales en la Comunidad de Madrid; nuevo hospital de Burgos; hospitales Son Dureta y Can Misses, en la Comunidad de las Islas Baleares–; y 2. concesiones de gestión sanitaria, hospitalaria o de área, “integral”, con fórmulas de pago capítativo –“modelo Alzira”, utilizado en otros hospitales de la Comunidad Valenciana y en los hospitales de Valdemoro, Torrejón y Móstoles, de la Comunidad de Madrid–. Los dos modelos tienen notables rasgos diferenciales, que condicionan su análisis, por lo que nos referiremos exclusivamente al modelo PFI para tratar de dar respuesta al cuestionario de la Fundación SIGNO⁽¹⁾.

La respuesta más honesta a las siete preguntas que la Fundación SIGNO propone es, para todas y cada una

de ellas, que no se puede contestar de forma rigurosa a ninguna de ellas. Como se supone que tan escueta respuesta no está en el ánimo del número monográfico, queda el recurso de tratar específicamente para cada pregunta los datos disponibles que pueden orientar –si posible– las respuestas, siempre basándose en “juicios prudenciales”. Sin embargo, para abordar esta tarea puede ser conveniente hacer dos consideraciones referidas al entorno, que condicionan la evaluación de la colaboración público-privada en las fórmulas de concesiones administrativas en hospitales públicos: 1. la dificultad de evaluar resultados en ausencia de objetivos explícitos; y 2. la incidencia de la “gobernanza” del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el caso par-

⁽¹⁾ El modelo PFI encaja en los supuestos a y b de la Ley 30/2007, de contratos del sector público, para la colaboración público-privada (artículo 11.1.): a) La construcción, instalación o transformación de obras, equipos, sistemas, y productos o bienes complejos, así como su mantenimiento, actualización o renovación, su explotación o su gestión, y b) La gestión integral del mantenimiento de instalaciones complejas.

ticular de la colaboración público-privada.

La dificultad de evaluar en ausencia de objetivos explícitos

El gato de Cheshire preguntaba a Alicia a qué sitio quería llegar, para poderle indicar el camino a seguir. ¿Qué objetivos se quieren alcanzar con los modelos de colaboración público-privada en la concesión de hospitales?. No es sencillo contestar a esta pregunta, pues estos objetivos son raramente explícitos y aún en menor medida se establecen en relación con la situación de partida. Este déficit, embebido en la escasa transparencia del sistema de gobierno del SNS, dificulta cualquier análisis que se quiera realizar en base a la efectividad del modelo concesional en el logro de determinados objetivos. Un breve listado de los objetivos que parecen animar a las iniciativas de colaboración público-privada en concesiones de hospitales podría ser:

- Desarrollar infraestructura hospitalaria pública sin que consolide como deuda pública.
- Acelerar el tiempo de realización de las infraestructuras respecto del método tradicional (vía presupuestaria).
- Mejorar la eficiencia y sostenibilidad de las instalaciones.
- Aumentar la eficiencia y calidad en la prestación de servicios de soporte no clínico.

El entorno de gestión del Sistema Nacional de Salud

J. Colomer, nos recuerda el escaso interés que la administración pública

(incluyendo la sanitaria) en España ha prestado a las reformas administrativas que mejoren la eficiencia, productividad y (se podría añadir) calidad de los servicios públicos¹. Citando a Balmaseda y Melguizo², Colomer señala que el nivel de productividad del sector privado desde 1980 hasta el 2003 aumentó, en España, 35 puntos porcentuales más que el del sector público. Según los citados autores si la productividad del sector público español en 2003 hubiera sido igual a la media de los sectores públicos de la Unión Europea de los 15, el producto interior bruto de España en ese año hubiese sido un 5,7% superior al que se alcanzó, por lo que la baja productividad del sector público tiene un efecto negativo en la competitividad del conjunto del país⁽²⁾.

La influencia del regulador es determinante para el comportamiento del regulado, por lo que los objetivos (o ausencia de ellos) de la administración pública en relación con la transparencia, comparabilidad⁽³⁾, respuesta a las necesidades de los ciudadanos / usuarios, libertad de elección del usuario, mejora de la eficiencia, innovación u otros, se transmiten a las distintas formas de gestión (incluyendo las concesiones).

⁽²⁾ La baja productividad de España respecto otros países occidentales desarrollados afecta tanto al sector público como al privado. El crecimiento de la productividad multifactorial (trabajo, capital, inputs intermedios y tecnología) disminuyó en España un 0,1% en el período 1995-2006, mientras que creció un 1% en Alemania, un 1,4% en Estados Unidos, un 0,7% en Francia, un 1,2% en el Reino Unido o un 1,8% en Suecia. Fuente: OECD Stat Extracts (<http://stats.oecd.org>). Consultado el 02.02.10. La productividad laboral creció en España 7 puntos porcentuales en el período 2000-2008, frente a 10 puntos en la UE15, durante ese período la productividad laboral de los Estados Unidos creció 17 puntos (misma fuente).

⁽³⁾ El anglosajón término de "accountability" captura los conceptos de transparencia y comparabilidad.

En un entorno escasamente dotado de transparencia⁽⁴⁾,³ y no claramente vinculado a mejoras de la eficiencia es muy complicado realizar una evaluación rigurosa de las experiencias (por otro lado muy próximas en el tiempo) de las concesiones hospitalarias vía PFI, por lo que en excesivas ocasiones el debate se torna en más ideológico que técnico, y esto es una lástima pues, con seguridad, un análisis riguroso de las ventajas de las iniciativas PFI podría contribuir indudablemente a deducir elementos que mejoran su eficacia⁽⁵⁾. Con los elementos de información disponibles es tan difícil compartir las críticas al sistema^{4,5} como el entusiasmo por sus ventajas⁶, por lo que las respuestas que siguen a continuación se deben tomar con la cautela de una experiencia limitada y una notable ausencia de datos contrastables.

⁽⁴⁾ Un ejemplo de escasa transparencia es el limitado acceso que los ciudadanos españoles tienen a indicadores relevantes (tiempos de demora; estancia media; tasas de mortalidad estandarizadas para determinados procedimientos) del funcionamiento de los servicios que, por otra parte, están siendo puestos a su disposición en otros países de la Unión Europea (Francia, Reino Unido, Suecia). El EuroHealth Consumer Index realiza una aproximación sistemática a la medición de indicadores de desempeño de los sistemas sanitarios de la Unión Europea desde la perspectiva del paciente; en el ranking elaborado mediante este índice, España figura en el puesto 21 de 33 países, compartiendo con Bulgaria, República Checa y Grecia el puesto más bajo en la disciplina de derechos e información al paciente.

⁽⁵⁾ Tudor-Hart reprocha a Richard Smith (En: Tudor Hart J. La economía política de la sanidad. Una perspectiva clínica. Ediciones GPS:Madrid. 2009), el que fuera durante muchos años editor de la prestigiosa revista British Medical Journal, desde donde editorializó contra las PFI5, que se haya pasado a la iniciativa privada, como director ejecutivo para Europa de una empresa de prestación de servicios sanitarios. Aparte de otras posibles incentivos, es posible que, también en España, muchos defensores de la sanidad pública vean en la colaboración público-privada una vía para impulsar los cambios necesarios en un SNS hasta ahora muy reticente a los mismos.

¿El Sector Público y el Sector Privado han estado a la altura para desarrollar y gestionar las concesiones administrativas de hospitales?

Existen dos restricciones mayores que impiden contestar a esta pregunta: 1. la inexistencia de objetivos explícitos para las PFI y menos aún en relación con la situación de partida impiden elaborar indicadores de efectividad; y 2. el escaso período de tiempo que las iniciativas PFI tienen para su evaluación (el nuevo hospital Puerta de Hierro de Majadahonda entró en funcionamiento en septiembre de 2008). No obstante se pueden hacer intuitivamente consideraciones sobre algunas vías para explorar mejoras en la colaboración público-privada en este tipo de iniciativas:

- Sería deseable que las iniciativas PFI se insertaran en un proceso global de mejora de la calidad y eficiencia de los hospitales del SNS, en el que realmente se dotara de “nuevos hospitales” en lugar de únicamente nuevos “edificios”. En este marco, las iniciativas PFI se insertarían como un componente más de la mejora de la eficiencia y calidad del servicio sanitario público, junto con otros componentes de colaboración público-privada (por ejemplo, desarrollo de sistemas de información; innovación tecnológica) o de mejora de la gestión pública (desarrollo de unidades de gestión clínica, rediseño de procesos, etc).
- En el marco descrito, el “diálogo competitivo” (Sección 5ª de la Ley 30/2007, de contratos del sector público), puede ser un instrumento adecuado para establecer sinergias en la colaboración público-privada, construyéndolas a partir de unos objetivos de mejora de la calidad y eficiencia del hospital, que deberían

ser explícitos en el “programa funcional” que la Ley contempla.

- El marco y el instrumento de licitación precisan sustentarse en una cooperación necesaria, basada en una relación entre socios desde el inicio del proceso, condiciones (cooperación, relación “inter pares” y trabajo continuado en busca de objetivos comunes) que se consideran precisas para mejorar la efectividad de las PFI y que no siempre se han dado.
- Cooperación, relación “societaria” y sistemática en el trabajo conjunto son aún más esenciales en aquellos procesos que involucran incorporación de personal procedente o que sigue teniendo la vinculación (estatutarios) con la administración pública. Se debe recordar que, a diferencia de la experiencia británica, en donde el personal de servicios no clínicos vinculado al National Health Service tiene mayor estabilidad laboral pero menores retribuciones que en el sector privado, en España la diferencia en ambos aspectos es notable (más estabilidad, mejores retribuciones, menor jornada laboral anual) a favor del personal “estatutario”. Por otra parte, para que la iniciativa privada aporte mayor eficiencia es deseable que antes de la puesta en funcionamiento del hospital vía PFI se realice la “gestión del cambio” en la gestión de los servicios no clínicos.

¿Las concesiones administrativas de hospitales están resultando una forma encubierta de privatizar el Sistema Nacional de Salud?

Privatizar se utiliza como instrumento para descalificar sin mayor profundi-

zación sobre el tema que se trate. Sin embargo, privatizar tiene una definición precisa en el diccionario de la Real Academia de la Lengua: “transferir una empresa o actividad pública al sector privado”. En este sentido, las concesiones tipo PFI no encajan en la definición de “privatizar”. La pregunta, sin embargo, es si la iniciativa privada tiene un papel que jugar en el SNS. Desde la perspectiva constitucional, así como desde la experiencia de gestión privada en servicios sanitarios y en servicios de soporte no clínicos, la iniciativa privada está contemplada tanto en el ordenamiento constitucional, como en la Ley de Contratos del Sector Público y en la propia Ley General de Sanidad (por ejemplo los artículos 66 y 67). El tema no es, por tanto, si cabe la iniciativa privada en el Sistema Nacional de Salud, sino cuando y en qué circunstancias ésta añade valor (calidad, eficiencia) a los objetivos del sistema sanitario público.

¿Están vulnerando los principios de organización y funcionamiento del sistema sanitario público?

La respuesta, para el tipo de colaboración que se analiza, es categóricamente NO, si por principios de organización y funcionamiento del sistema sanitario público se consideran aquellos que la Ley General de Sanidad establece para el SNS⁽⁶⁾:

“Los servicios sanitarios, así como los administrativos, económicos y cualesquiera otros que sean precisos para el funcionamiento del Sistema de Salud, adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de *eficacia, celeridad, economía y flexibilidad*”.

⁽⁶⁾ Artículo 7 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Del Sistema de Salud. Principios Generales.

¿Cómo, cuando y por quién se evalúan los resultados?

Es conocido que las concesiones tipo PFI cuentan con un amplio abanico de indicadores de calidad y disponibilidad de los servicios de explotación de obra, que permiten una evaluación de los mismos, así como establecer el sistema de penalizaciones. Disponer de esta batería de indicadores es, sin duda, un gran avance, y lo sería aún más si se pudiera comparar tanto entre experiencias PFI como entre éstas y otras formas de gestión de este tipo de servicios (directa, contratación de servicios específicos por los hospitales al sector privado). Si por resultados se entienden el logro de los objetivos intuidos en el primer apartado de esta breve nota, se puede aventurar que:

1. La concesión vía PFI permite desarrollar infraestructura hospitalaria pública sin que consolide como deuda pública.
2. Manifiestamente acorta el tiempo de realización de las infraestructuras respecto del método tradicional.
3. No se dispone de datos contrastables para afirmar que las concesiones vía PFI mejoren la eficiencia y sostenibilidad de las instalaciones, pero probablemente podrían mejorar más si en la fase de diseño de los proyectos (vía diálogo competitivo) se pudiera abordar de una forma rigurosa aspectos vinculados al "ciclo de vida" y sostenibilidad / huella ecológica / consumos energéticos de las instalaciones.
4. No se dispone de datos contrastables para afirmar que las concesiones vía PFI mejoren la eficiencia y calidad en la prestación de servicios de soporte no clínico, pero sí

se puede afirmar que existen notables diferencias de productividad entre el personal de los servicios no clínicos del sector público y privado, a favor de este último.

¿Qué balance se hace de la colaboración público-privada? ¿Se está aumentando la eficacia social del sistema sanitario?

Sería temerario, por las razones ya expuestas, dar respuesta sobre si las concesiones vía PFI están aumentando la eficiencia social del sistema sanitario. Más que el momento de hacer balances puede ser el de, en base a la todavía corta experiencia de este modelo, introducir algunos abordajes –ya mencionados– que podrían contribuir notablemente a mejorar su efectividad.

¿Cuál es el futuro de la colaboración público-privada?

El futuro de la colaboración público-privada está vinculado a los objetivos de los servicios públicos de salud y a la gestión que la administración pública realice de este instrumento. En otras palabras, depende del "ecosistema" que la administración pública desarrolle. La voluntad (o su ausencia) de la administración pública en el logro de objetivos de transparencia, comparabilidad, respuesta a las necesidades de los ciudadanos, libertad de elección del usuario, mejora de la eficiencia, innovación u otros, determinará la tipología y comportamiento del proveedor privado de servicios. Asimismo, su actitud, basada o no en la cooperación, relación "inter pares" y trabajo continuado / sistemático en busca de objetivos comunes, dibujará una relación entre socios que aportan lo mejor de cada uno para mejorar los resultados de cada parte u otra, de contratista, basada en el incierto supuesto de comprar un ser-