

# POSIBILIDADES DE PARTICIPACIÓN DE LAS CORPORACIONES LOCALES EN LA GESTIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

Salvador Peiró Moreno<sup>1</sup> / Vicente Tarrazona Hervás<sup>2</sup> /

<sup>1</sup>Unidad de Actuación Asistencial. Consejería de Sanidad y Consumo. Generalitat Valenciana

<sup>2</sup>Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

## Resumen

Una estrategia de participación ciudadana en el Sistema Nacional de Salud debe otorgar un mayor protagonismo a los ayuntamientos en la gestión y control de la asistencia sanitaria pública. Este aspecto está dificultado por el neocentralismo de las Comunidades Autónomas.

En nuestro trabajo revisamos las experiencias recientes de colaboración Municipios-Servicios de Salud. También se sugieren fórmulas de fomento de la participación real de los ayuntamientos en estos servicios; tanto en la gestión de nuevas infraestructuras y mantenimiento de centros de atención primaria, como mediante la inclusión no administrativa de sus servicios sanitarios en los Servicios de Salud.

**Palabras clave:** Participación. Descentralización. Ayuntamientos.

## CHANGES FOR THE LOCAL INSTITUTIONS TO PARTICIPATE IN THE MANAGEMENT OF HEALTH SERVICES

### Summary

Strategies that stimulate the involvement of the community in the National Health System would provide a more important role for the city councils in the management and control of public health care. This has currently proven to be difficult due to a new centralism at the Autonomous Community level.

In this paper, recent collaborative experiences between municipalities and the National Health System are reviewed. Also, different ways for stimulating a real involvement of city councils in the health care are suggested: from managing new facilities and controlling existing facilities at the primary health care level, to a deep, not merely administrative, inclusion of the local health services into the National Health System.

**Key words:** Participation. Decentralization. City councils.

## Introducción

Aunque existe un alto grado de consenso formal sobre la bondad de la descentralización y de la participación ciudadana en la gestión de los servicios sanitarios<sup>1-5</sup>, la reforma sanitaria española contiene dos líneas que dificultan la trasferencia de poder efectivo a la población<sup>6</sup>: la consideración meramente formal y con características asesoras de la participación ciudadana y la centralización de competencias sanitarias en las Comunidades Autónomas (CCAA) no sólo mediante la transferencia de las del Estado central sino también absorbiendo las de las Corporaciones Locales (CCLL).

Al establecer la Ley General de Sanidad (LGS) y la de Régimen Local la competencia de las CCAA sobre la asistencia sanitaria, las CCLL, aun manteniendo responsabilidades de salud pública, quedaron liberadas de las prestaciones sanitarias que tradicionalmente venían realizando. A cambio, se incorporaron de un modo formal y minoritario a los órganos de participación y dirección de los Servicios de Salud (SSA) de las CCAA.

Pese a lo que suponía de ruptura con la tradición estatal de servicios sanitarios públicos basados en el municipio y la provincia (Ley del Servicio General de Sanidad de 1855, Reglamentos de Sanidad Municipal y Provincial de 1925, Ley de Coordinación

Sanitaria de 1934, Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944), la disminución del papel de las CCLL no fue objeto de debate durante la elaboración de la LGS, ni en relación con las propuestas de reforma defendidas por los partidos políticos<sup>6</sup> y el reparto competencial citado fue recogido automáticamente por las leyes de creación de servicios de salud aprobadas por las diferentes CCAA.

Este reparto competencial ha aportado sólidas ventajas respecto a la integración de las redes asistenciales públicas y permitió un respiro financiero a las delicadas haciendas locales. Sin embargo, ha alejado el compromiso de los municipios sobre la prestación de servicios sanitarios, ha añadido rigidez al sistema a través del neocentralismo de las CCAA y se ha mostrado relevante en el proceso de minoración del gasto sanitario de las CCLL que pasó del 12,3% en 1984 al 4,1% en 1988<sup>7,8</sup>, en la marginación de los aspectos de participación comunitaria en el sistema sanitario público<sup>9,10</sup> y en la presencia de disfunciones respecto a los servicios sociales<sup>11</sup>.

En relación con esta situación pueden ser interpretados hechos como: la reducción o cierre de buena parte de los servicios sanitarios de las CCLL que, aun enmarcados en una dinámica general de cierre de las instalaciones menos competitivas<sup>12,13</sup>, también se originan en el interés de las CCLL en no quedar atrapadas financieramente al transferir tales servicios a las CCAA;

Correspondencia: Vicente Tarrazona Hervás. Ayuntamiento de L'Eliana. 46182 L'Eliana (Valencia). Este artículo fue recibido el 13 de enero de 1992 y fue aceptado tras revisión el 29 de junio de 1992.

los conflictos políticos derivados de demandas municipales de nuevos servicios hospitalarios se asientan más en la falta de responsabilidad política y financiera de los municipios que en razones de eficiencia y equidad; los frecuentes roces entre municipios y SSA alrededor de la prestación de servicios sanitarios (horarios, atención continuada, guardias de fin de semana, renovación de contratos de médicos, planes de nuevas construcciones,...) son vividos por las estructuras directivas de los SSA como injerencias municipales -políticas- en su funcionamiento y por las CCLL como alejamiento de los servicios sanitarios de las necesidades e inquietudes de los/sus ciudadanos.

Estos hechos tienen su origen, al menos en parte, en los estilos de funcionamiento tradicionales de la Seguridad Social, más pendiente de su propia dinámica interna y de sus condicionantes organizativos y reglamentarios, que de las necesidades de los ciudadanos y, previsiblemente, aumentarán si no se hallan puntos de convergencia entre los municipios y los servicios de salud. Por ello, conviene la exploración de fórmulas que, manteniéndose en el marco diseñado por la LGS y evitando aumentar la presión financiera sobre municipios y otras CCLL, permitan un mayor compromiso y responsabilidad de éstos sobre los servicios sanitarios y aporten flexibilidad organizativa y autonomía de gestión a los SSA.

### **Experiencias recientes de colaboración municipios-Servicios de Salud**

A pesar de la taxativa distribución competencial de la LGS y de la dinámica de absorción de redes por los SSA, cabe señalar la presencia de numerosas experiencias de colaboración entre CCLL y CCAA en los últimos años. Entre ellas, y refiriéndonos fundamentalmente al País Valenciano, cabe considerar:

1. El desarrollo durante los 80 de una extensa red de Centros de Orientación Familiar por Ayuntamientos y Diputaciones. Estos centros están subvencionados, al menos en parte, por las CCAA y atienden varios municipios, a veces según criterios de planificación territorial de la CCAA. Tienen una clara dependencia municipal, formas organizativas muy variadas (atención a tiempo parcial en áreas de pequeña cobertura, plantillas que trabajan en varios locales, etc.) y se apoyan para pruebas diagnósticas en laboratorios de hospitales de las Diputaciones o en acuerdos, más o menos informales, con los centros de los SSA.

Esta fórmula ofrece ventajas de gestión municipal (selección de personal eludiendo los Estatutos de la Seguridad Social, adaptación de la prestación de servicios a las necesidades de la población a cubrir, flexibilidad,...) y desventajas por desvinculación de los SSA, alta rotación de su personal y el no alcanzar, en algún caso, mínimos de acreditación.

2. Las fórmulas de gestión compartidas basadas en la constitución de entidades públicas con personalidad jurídica propia (consorcio, fundación, empresa pública) por parte de varias administraciones (frecuentemente CCLL y CCAA, pero es posible la presencia de entidades no lucrativas) para prestar servicios sanitarios. Estos entes pueden, a su vez, ser integrados en los SSA.

En el País Valenciano no hay experiencias de gestión compartida en sanidad, pero la fórmula del Consorcio se usa ampliamente para la prestación de servicios (bomberos, tratamiento de aguas residuales, etc.) y, sobre todo, para la prestación de servicios sociales (Consorcio Valenciano de Servicios Sociales). Catalunya presenta el mayor desarrollo y diversidad en gestión sanitaria compartida y se han señalado componentes de sistema multihospital<sup>14</sup> en estas fórmulas. También deben considerarse aquí algunos convenios a través de los cuales el INSALUD gestiona hospitales de las CCLL.

3. El acercamiento de los servicios comunitarios de salud mental, básicamente dependientes de las Diputaciones Provinciales y aun manteniendo esta dependencia, a los SSA a través de convenios y canales informales. Ello ha permitido en algunos casos el funcionamiento integral con Equipos de Atención Primaria y, en menor medida, con los servicios «de agudos» de los hospitales generales.

4. La utilización de los hospitales generales de agudos de las CCLL como hospitales sectorizados de los SSA o del INSALUD sin necesidad de absorción administrativa. Aquí debe señalarse la presencia de disfunciones basadas en el sistema de pago de los conciertos, origen de insuficiencias financieras y de incentivos a la ineficiencia que no satisfacen a las CCLL ni a las CCAA.

5. La larga tradición de colaboración municipal en la solución de problemas de abastecimiento de material sanitario u otros materiales en atención primaria, en el transporte de muestras para análisis, mantenimiento de consultorios locales, apoyo de personal no sanitario, etc., tanto de modo espontáneo como mediante conciertos simbólicos que no cubrían porcentajes apreciables del gasto incurrido.

### **Fórmulas posibles de aumento de la participación de las corporaciones locales en la gestión sanitaria**

Pese a la señalada competencia de las CCAA sobre los servicios sanitarios, nada impide el establecimiento de acuerdos entre éstas y las CCLL que permitan (a través de delegaciones formales de competencias y al igual que otros servicios competencia de las CCAA que son asumidos delegadamente por las CCLL) a estas últimas prestar servicios sanitarios competencia de las primeras. Existen diversas fórmulas que podrían resultar viables en la actualidad.

En primer lugar, cabría potenciar la participación de los Municipios en la gestión de las nuevas infraestructuras. La construcción de Centros de Salud podría ser realizada por las CCLL subvencionadas por la CCAA. Para acceder a estas subvenciones las infraestructuras deberían ajustarse a criterios de planificación, prioridad y acreditación de las CCAA. Las subvenciones, obviamente finalistas, podrían tener un límite sobre el total del proyecto, corriendo el resto a cargo del Municipio o de vías de financiación alternativas a obtener por el mismo. Las ventajas de esta fórmula para los Municipios vendrían de la introducción en los proyectos de la óptica y prioridades locales y de capitalizar las ventajas

políticas de los nuevos equipamientos ante sus ciudadanos. Para la CCAA las ventajas vendrían de un freno en la demanda de nuevas construcciones y la colaboración financiera y gestora de los mismos. Como desventajas posibles cabría citar la posible utilización partidista de las subvenciones y un mayor grado de politización en el papel del SSA.

Otra posible fórmula reside en la participación de los municipios en el mantenimiento básico de los Centros de Salud. La idea es similar a la anterior y consistiría en trasladar a los municipios la responsabilidad sobre limpieza, lavandería y mantenimiento de los centros de salud, transfiriéndoles dotaciones económicas para ello. En este terreno, los municipios mejoran su posición política mediante la capacidad de mejorar la oferta de empleo a la población local (frente a los sistemas de provisión de puestos estatutarios) y los SSA se desprenden de materias incómodas de gestionar por su amplia distribución territorial. Dado que los municipios ya suelen contratar estos servicios para sus propios edificios y otros edificios públicos, es posible que pudiera obtenerse algunas economías de escala, muy difícilmente realizables por los SSA, en pequeñas localidades.

Este tipo de gestión compartida favorecería las relaciones entre el personal sanitario y el municipio, resultando de interés desde algunas perspectivas tales como la estrategia de ciudades sanas, siendo tal vez los Municipios más sensibles que los SSA al mantenimiento y limpieza de los centros sanitarios.

Una tercera posibilidad sería la inclusión de Centros Sanitarios Municipales no hospitalarios en los Servicios de Salud de las CCAA vía concierto, convenio singular o similar. Se trataría de incorporar los centros sanitarios municipales a los SSA no por la vía de la absorción administrativa sino por la vía (financiación) de la concertación o del convenio singular que sujeta los centros a un papel concreto en la red de utilización pública. Estos centros dispondrían de recetas, pruebas diagnósticas, derivaciones a la atención especializada-hospitalaria, etc., en iguales condiciones que los centros «propios» del SSA y los usuarios que acudieran a ellos no encontrarían diferencias con el resto de servicios. Aunque su dirección funcional fuera asumida por la SSA el régimen administrativo de su personal sería el correspondiente municipal, prácticamente laboral.

Creemos conveniente evitar la tentación de mantener políticas de contratación laboral en precario, vía muy utilizada por los Ayuntamientos (en parte como ardid para evitar el atrapamiento por las CCAA) en los servicios sanitarios y sociales. La contratación en precario no resistirá la competencia de los propios SSA y los puestos no integrados en la red administrativa (funcionarios y estatutarios) se asociarían a subempleo, haciendo fracasar las políticas de flexibilización de la gestión de personal.

Esta opción, al margen de mejorar la posición política de los municipios frente a los ciudadanos, el compromiso de los Ayuntamientos con los servicios y de una cierta descarga de aspectos rutinarios de gestión, aporta flexibilidad organizativa a los SSA y permitiría a las áreas y zonas de salud alcanzar una considerable autonomía de gestión, eludiendo parte de los problemas vinculados al carácter funcional de los SSA. Es sugerente pensar en constituir algunos Equipos de Atención Primaria municipales

incorporados a los SSA y evaluar la hipótesis de si ello es relevante en la mejora del trato a los usuarios y en la contención de determinados costes.

Finalmente, cabría la posibilidad de integrar los grandes hospitales municipales o provinciales en Consorcios o Fundaciones de gestión compartida. Se trataría de no incorporar administrativamente los hospitales provinciales o municipales a los SSA, sino de ampararlos bajo una entidad con personalidad jurídica propia, en cuyo Consejo de Administración estaría tanto las CCLL de origen como la CCAA, de modo que se produzca la integración de estos hospitales en la SSA, pero no varíen las condiciones del personal, no se eliminen las responsabilidades de las CCLL respecto de los mismos y se aporte flexibilidad a la organización del SSA.

La fórmula del Consorcio posee algunas características (carácter claramente público, tradición en el ámbito municipal, experiencias previas, voluntariedad,...) que la hacen a nuestro criterio, preferible a otras fórmulas de gestión. Hay que resaltar que la gestión compartida no impide a la CCAA garantizar el cumplimiento de sus objetivos de política sanitaria ya que puede fijar tales objetivos a través de la financiación de los mismos y a través de mayorías en los Consejos de Administración de los Consorcios.

En el caso concreto de los grandes hospitales provinciales la creación de consorcios puede permitir: 1) mantener el régimen laboral que ampara actualmente a la mayor parte de sus plantillas, evitando la funcionarización de las mismas, así como los costes derivados exclusivamente de la homologación del personal, 2) obviar los reglamentos de procedimiento administrativo, la normativa de personal estatutaria y de la función pública, la intervención «ex ante» y, parcialmente, la normativa de contratos del Estado, ya que los Consorcios pueden constituirse como entidades de derecho mercantil, y 3) conservar la cultura organizativa y las herramientas de gestión (contabilidad de costes, facturación individual,...) de algunos de estos centros cuando sea de interés (incluso podrían ser un lugar ideal para experimentar políticas de incentivos y otras, poco realizables en el marco estatutario).

---

## Consideraciones finales

La LGS permite establecer SSA de CCAA integrados por diversos organismos o instituciones con personalidad jurídica propia, sometidos a planificación y normas comunes, pero con autonomía de gestión.

El problema real estriba en hallar un punto de encuentro entre la participación de las CCLL y la responsabilidad financiera de las mismas, de modo que participen en el gasto sanitario en un porcentaje suficiente para evitar que encabecen demandas innecesarias simplemente porque el precio para ellas sea nulo, pero no tal que las estimule a deshacerse de los servicios sanitarios y dedicar sus esfuerzos de gestión a otras materias.

La importancia de frenar la desaparición de servicios sanitarios de bajo nivel tecnológico como los municipales es mayor si se tiene en cuenta las perspectivas de envejecimiento poblacional y la posibilidad de orientar la reconversión de estos servicios hacia los

cuidados crónicos y de larga estancia, cuidados en los que la confluencia con los servicios sociales, bajo gestión municipal en buena medida, podría ser importante.

Cabe señalar, finalmente, que en las propuestas anteriores, y en línea con algunas propuestas organizativas actuales<sup>6,15,16</sup>, el SSA pasa de proveedor directo de servicios sanitarios (o de mantenimiento general de los servicios sanitarios), a comprador de servicios sani-

tarios a las CCLL y Consorcios para la población, favoreciéndose un cierto grado de competitividad entre servicios públicos y ello requeriría mayor información y capacidad de elección para los ciudadanos y una cierta desregulación de los flujos de pacientes. Dado que el SSA debería pasar parte de su capítulo de inversiones al capítulo de transferencias corrientes, debería mantenerse un sistema de contabilidad que permitiera seguir la tendencia temporal de la inversión.

## Bibliografía

1. Mansilla PP. Ley General de Sanidad. Conceptos básicos y principios generales. En: *La Reforma Sanitaria en España a debate desde una perspectiva nacional e internacional*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1984.
2. Mansilla PP. Principios que inspiran la Reforma. En: *Reforma Sanitaria*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1986.
3. De Miguel JM. Participación de la población. En: *La salud pública del futuro*. Ariel Barcelona 1985.
4. Builrigo Ramírez F, Marroyo Salgado J, Botejara Sanz A. Participación de la comunidad. En: *Organización del Equipo de Atención Primaria*. INSALUD. Madrid, 1990.
5. Botejara A, Cordero R. Participación Comunitaria. En: *La Sanidad Española a debate*. FADSP. Madrid, 1990.
6. Elola Somoza J. *Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España*. FISS. Madrid, 1991.
7. Aguiar I, López F. El papel de las Corporaciones Locales en la financiación/provisión de servicios sanitarios. En: *Salud y Equidad*. VIII Jornadas de Economía de la Salud. Las Palmas de Gran Canaria, 1988.
8. Girón Sierra B, Dilmé Obiols M, Velayos Florido J, Elola Somoza J. Niveles de salud

y gasto sanitario en España 1988. *Papeles de Gestión Sanitaria* 1989; 18-70-96.

9. Rodríguez Bolaños T. Las competencias sanitarias de las Corporaciones Locales y su articulación con las demás Administraciones Públicas. En: *Jornadas sobre Coordinación General Sanitaria*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1989.
10. Barrio J. El papel de las administraciones municipales en la coordinación de las intervenciones sobre la salud. En: *El sistema de Salud. La Salud del Sistema*. 3 Congreso Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Bilbao, 1989.
11. Ferran Hernández P. Integración de los servicios sanitarios y sociales. En: *La Reforma Sanitaria y el Sistema Nacional de Salud*. 2 Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Madrid, 1987.
12. Artells Herrero JJ. Complementariedad y congruencia. *Pap Gest Sanit* 1988; 17: 36-69.
13. Peiró Moreno S, Tobed Ferreiro M. Evolución de la oferta hospitalaria en la Comunidad Valenciana. *Todo Hospital* 1991; 73: 9-18.
14. López Casanovas G, Santifa Vila M. Els sistemes multihospitalaris i la seva realitat a Catalunya. *Gac Sanit* 1989; 3: 514-26.
15. Costas Terrones JC, López Casanovas G. Aspiraciones colectivas y eficiencia en el sistema sanitario. *Papeles de Economía Española* 1988; 37: 225-41.
16. López Casanovas G. La reforma de los sistemas nacionales de salud. En: *Reforma sanitaria e incentivos*. Asociación de Economía de la Salud. Barcelona, 1990.

