

Informe SESPAS

# La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno. Informe SESPAS 2014



Fernando I. Sánchez-Martínez<sup>a</sup>, José María Abellán-Perpiñán<sup>a</sup> y Juan Oliva-Moreno<sup>b,c,\*</sup>

<sup>a</sup> Grupo de Trabajo en Economía de la Salud (GTES), Departamento de Economía Aplicada, Universidad de Murcia, Murcia, España

<sup>b</sup> Departamento de Análisis Económico y Seminario de Investigación en Economía y Salud, Universidad de Castilla-La Mancha, Toledo, España

<sup>c</sup> Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC), España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 5 de septiembre de 2013

Aceptado el 18 de febrero de 2014

### Palabras clave:

Privatización  
Gestión sanitaria  
Gestión pública  
Gestión privada  
Buen gobierno

### Keywords:

Privatization  
Health care management  
Public management  
Private management  
Good governance

## R E S U M E N

Con frecuencia se asegura que la gestión pública de los centros sanitarios es ineficiente. A partir de esta premisa, no contrastada, se argumenta la necesidad de introducir elementos privatizadores en la gestión. En este artículo se revisa la evidencia disponible, a escala nacional e internacional, acerca de la aplicación de mecanismos de gestión privada en sistemas predominantemente públicos similares al Sistema Nacional de Salud español. Dicha evidencia sugiere que la gestión privada de los servicios sanitarios no es necesariamente mejor que la gestión pública, ni tampoco lo contrario. La titularidad, pública o privada, de los centros sanitarios no determina sus resultados. Éstos, por el contrario, están mediatizados por otros elementos, tales como la cultura de los centros o el ejercicio de una adecuada supervisión por parte del financiador. El fomento de la competencia entre centros (con independencia de la forma jurídica de gestión) sí podría, sin embargo, ofrecer mejoras bajo determinadas circunstancias. Conviene, por tanto, abandonar cuanto antes el debate, estrecho de miras, en torno a qué modelo de gestión es superior, para concentrar los esfuerzos en mejorar la gestión misma de los servicios sanitarios. Entender que la calidad del gobierno afecta a las políticas de salud, a la gestión de las organizaciones sanitarias y a la propia práctica clínica es el requisito, quizás no suficiente, pero sin duda imprescindible, para avanzar en políticas que favorezcan la solvencia del sistema

© 2013 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

## Privatization in healthcare management: an adverse effect of the economic crisis and a symptom of bad governance. SESPAS report 2014

### A B S T R A C T

It is often asserted that public management of healthcare facilities is inefficient. On the basis of that unproven claim, it is argued that privatization schemes are needed. In this article we review the available evidence, in Spain and other countries, on the application of private management mechanisms to publicly funded systems similar to the Spanish national health system. The evidence suggests that private management of healthcare services is not necessarily better than public management, nor vice versa. Ownership—whether public or private—of health care centers does not determine their performance which, on the contrary, depends on other factors, such as the workplace culture or the practice of suitable monitoring by the public payer. Promoting competition among centers (irrespective of the specific legal form of the management arrangements), however, could indeed lead to improvements under some circumstances. Therefore, it is advisable to cease the narrow-minded debate on the superiority of one or other model in order to focus on improving healthcare services management per se. Understanding that good governance affects health policies, the management of health care organizations, and clinical practice is, undoubtedly, an essential requirement but may not necessarily lead to policies that stimulate the solvency of the system.

© 2013 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

Desde el último trimestre de 2008, la caída en la actividad económica, y especialmente en la ocupación, han sumido

a nuestro país en la más larga fase de recesión económica de su historia reciente. Los intentos iniciales de combatir la crisis mediante incrementos del gasto público, unidos al desplome en la recaudación fiscal, desembocaron en un abrupto deterioro de las finanzas públicas.

La situación descrita es el trasfondo de las medidas de consolidación presupuestaria adoptadas en los últimos tiempos por los gobiernos nacionales y autonómicos, actuando sobre la doble vía de

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [juan.olivamoreno@uclm.es](mailto:juan.olivamoreno@uclm.es) (J. Oliva-Moreno).

### Ideas clave

- Bajo el término «privatización» se encuentran fórmulas de gestión muy diferentes. Conviene ser preciso y distinguir entre privatización formal, funcional y material.
- En España apenas existen evaluaciones sobre las distintas fórmulas de gestión privada de centros sanitarios públicos.
- De la experiencia internacional no se deriva que la gestión privada de centros sanitarios sea más eficiente que la gestión pública.
- El Sistema Nacional de Salud debe dotarse de herramientas de buen gobierno que permitan la evaluación habitual de los resultados de los centros sanitarios, con independencia de la naturaleza de su gestión.

incrementos en la presión tributaria y recortes en el gasto público. El sector sanitario, siendo uno de los principales destinos del gasto (un 14% del total en 2011; un 22% si se excluyen las pensiones y el desempleo), no podía ser ajeno a estos recortes<sup>1</sup>. No obstante, aunque muchas de las recientes medidas adoptadas en el ámbito del Sistema Nacional de Salud (SNS) se han justificado con argumentos de eficiencia, existen motivos para dudar de que detrás exista un proceso meditado de evaluación.

Es sencillo constatar cómo, en escaso lapso de tiempo, una parte de los mensajes políticos han pasado de un discurso acrítico hacia el SNS, glosando únicamente sus bondades, a una sucesión de mensajes catastrofistas que dibujan un escenario de despilfarro generalizado, profesionales desmotivados que persiguen su propio interés, ciudadanos que utilizan inadecuadamente los servicios sanitarios y, en consecuencia, un sistema sanitario público financieramente insostenible. Sin embargo, tan ilusorio era el primer discurso como este segundo que oculta deliberadamente las fortalezas del SNS. Conviene recordar que la necesidad de abordar reformas ya existía antes de la crisis<sup>2</sup> y que, de no haberse retrasado tanto, podrían haberse emprendido con el necesario sosiego y no con la urgencia impuesta por una coyuntura económica desfavorable<sup>3</sup>.

Uno de los ámbitos en que recurrentemente se invoca el objetivo de mejorar la eficiencia es el de la gestión de los centros sanitarios públicos. Con frecuencia se argumenta que la gestión pública es poco flexible y que ello redundaría en un gasto superfluo. A partir de estas premisas se aboga por la necesidad de introducir elementos privatizadores en la gestión de los servicios sanitarios. Así, quienes defienden esta vía encuentran en la difícil situación presupuestaria de las administraciones públicas el perfecto caldo de cultivo para elevar sus argumentos a la categoría de verdad científica. Al tiempo, los responsables políticos, presionados por la necesidad de cumplir con los objetivos de déficit acordados en el marco del proceso de consolidación fiscal, creen ver en la privatización una válvula de escape con la cual aliviar unos maltrechos presupuestos públicos.

El objetivo de este artículo es revisar los conceptos esenciales relacionados con las diferentes modalidades de privatización de la gestión de los servicios sanitarios públicos, así como la experiencia nacional e internacional de aplicación de mecanismos de gestión privada en sistemas predominantemente públicos similares al español.

### La privatización en sanidad: concepto y alcance

Bajo el término «privatización», *lato sensu*, se engloban distintas fórmulas de titularidad y gestión de los servicios sanitarios. Así, atendiendo a una taxonomía clásica de índole jurídica<sup>4</sup>, cabe

distinguir entre privatización formal, funcional y material. La primera de estas modalidades consiste en la gestión de los servicios de salud por parte de las administraciones públicas (gestión directa) a través de entidades de titularidad pública sometidas al derecho privado. La privatización funcional implica, por el contrario, la gestión indirecta de los servicios públicos mediante la contratación de su provisión con entidades privadas, con o sin ánimo de lucro. Finalmente, la privatización material supone la transferencia plena al sector privado de la competencia en la prestación de los servicios, de suerte que el aseguramiento y la provisión de la asistencia sanitaria pasan a manos de compañías privadas. No teniendo cabida en el marco constitucional español esta tercera forma de privatización, el debate actual se centra en las otras dos modalidades.

El presupuesto que subyace a las estrategias de privatización es que resulta posible mejorar la gestión de los servicios sanitarios, y con ello su nivel de eficiencia asignativa, introduciendo en el sistema público elementos propios del mercado. De un lado, la gestión empresarial orientada hacia la medición y la evaluación de objetivos y resultados, la atribución de responsabilidades y la gestión profesional: los denominados modelos «gerencialistas». De otra parte, la competencia entre proveedores y la transferencia de riesgos en la gestión, lo que exige la separación efectiva de las funciones de compra y prestación de los servicios. Finalmente, la sujeción de la actividad de las entidades encargadas de la prestación de los servicios al derecho privado, tanto en lo que atañe a su régimen de compra de bienes y contratación de servicios como por lo que respecta al régimen laboral de su personal.

Son múltiples las experiencias habidas en España en el último cuarto de siglo en el ámbito de las formas organizativas y de gestión de los servicios de salud. En el marco de la gestión directa, junto a la incorporación de innovaciones de corte gerencialista (unidades de gestión clínica e institutos clínicos), se ha ensayado la vía de privatización formal mediante el recurso a todo tipo de entidades públicas con personalidad jurídica diferenciada, al amparo de la Ley 15/1997, de 25 de abril, de Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud: organismos autónomos, entes públicos, entidades públicas empresariales, fundaciones y sociedades mercantiles.

En la esfera de la privatización funcional (gestión indirecta), a los tradicionales conciertos y convenios para la prestación de servicios sanitarios se unen experiencias singulares, particularmente en Cataluña, como las entidades de base asociativa participadas mayoritariamente por profesionales sanitarios encargados de prestar servicios de atención primaria con o sin ánimo de lucro, y los consorcios sanitarios, entidades sin ánimo de lucro sometidas al derecho privado.

No obstante, el principal objeto del debate actual se centra en un conjunto de modalidades de gestión indirecta de los servicios sanitarios que tienen en común estar basadas en un acuerdo contractual entre el financiador público y un proveedor privado con ánimo de lucro, en virtud del cual tiene lugar una gestión común de los recursos y un cierto grado de reparto de los riesgos vinculados a la actividad, y que se engloban bajo la denominación genérica de «colaboraciones público-privadas» (CPP). Dentro de esta categoría pueden distinguirse, a su vez, dos modelos: el de concesión de obra pública, conocido por sus siglas en inglés PFI (*Private Finance Initiatives*), y el de concesión administrativa para la gestión integral del servicio público, que en nuestro país se conoce por el nombre de la comarca valenciana donde se implantó por primera vez: «modelo Alzira». La diferencia entre ambas modalidades de CPP radica en que la primera se limita a la construcción de una infraestructura sanitaria por parte de la entidad concesionaria a cambio de la gestión de los servicios no asistenciales (limpieza, lavandería, etc.), mientras que en la segunda la concesión alcanza también la prestación de los servicios de asistencia sanitaria a la población adscrita al área correspondiente.

## Experiencias privatizadoras y evidencia sobre sus resultados

Los intentos de mejorar la eficiencia de los servicios sanitarios a través de innovaciones en la gestión arrancan en el SNS a inicios de la década de 1990 con los llamados contratos-programa, que nacieron con la finalidad de separar las funciones de financiación, compra y provisión. Estos primeros intentos fracasaron en términos generales, debido entre otras causas a la ausencia real de la transferencia de riesgos y la competencia entre proveedores<sup>5</sup>.

A finales de la misma década comienzan a surgir experiencias en el ámbito de la gestión clínica, a lo largo del territorio nacional, en forma de institutos clínicos (tabla 1). En la actualidad, algunos servicios regionales de salud, como los de Andalucía y el Principado de Asturias, han dado un impulso a la configuración de su estructura asistencial sobre la base de unidades de gestión clínica; experiencias que las opiniones de usuarios y profesionales parecen avalar<sup>6-8</sup>.

En el ámbito de lo que hemos denominado privatización formal (gestión directa a través de entidades con personalidad jurídica diferenciada), los servicios regionales de salud han puesto en práctica, desde la aprobación de la Ley 15/1997 y del Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, que la desarrolla, casi todas las fórmulas jurídicas que, sin ánimo de exhaustividad, enumera el citado Real Decreto: entes de derecho público, consorcios sanitarios (principalmente localizados en Cataluña), fundaciones sanitarias, sin ánimo de lucro y de naturaleza pública o privada, así como sociedades mercantiles públicas, para la gestión de infraestructuras sanitarias (tabla 1).

Aunque no es mucho lo que cabe decir en cuanto al desempeño diferencial de estas modalidades de gestión, algunas evaluaciones<sup>9</sup> señalan que la calidad asistencial no difiere apreciablemente en función de la forma jurídica, si bien se ponen de manifiesto ciertas ventajas de los centros con personalidad jurídica propia en la gestión de las listas de espera quirúrgicas (tal vez debido a un mayor recurso a la cirugía mayor ambulatoria) y en la mayor eficiencia derivada de la superior dotación tecnológica y disponibilidad horaria, lo que se asocia a una cartera de servicios más amplia y recursos más ajustados a las guías de práctica clínica<sup>10</sup>.

En el ámbito de la gestión indirecta es norma general en España la ausencia de evaluaciones independientes que contrasten el desempeño de estas formas de gestión. Fuera del ámbito hospitalario, una excepción a esta regla la constituyen las entidades de base asociativa, gracias en parte a su dilatada trayectoria dentro del sistema de salud público catalán. Los estudios disponibles muestran resultados favorables, con matices, a esta modalidad de gestión<sup>11-13</sup>.

En relación a las fórmulas CPP, el modelo PFI se ha aplicado en siete hospitales de la Comunidad de Madrid y en algunos de otras comunidades (tabla 1). El más reciente, el de Valdecilla en Cantabria, se ha adjudicado provisionalmente tras un proceso de diálogo competitivo, inédito hasta la fecha en el ámbito de la provisión de infraestructuras hospitalarias.

Por lo que atañe a las concesiones administrativas, desde la iniciativa pionera que supuso la adjudicación de la asistencia sanitaria especializada para la comarca de La Ribera al hospital de Alzira, se ha extendido a otros cuatro departamentos de salud de la Comunidad Valenciana (Torrevieja, Denia, Manises y Vinalopó), abarcando la gestión integral de la asistencia primaria y especializada. En la Comunidad de Madrid, el modelo de concesión se ha limitado hasta la fecha a la asistencia hospitalaria, y se han adscrito a esta modalidad de gestión indirecta los hospitales de Valdemoro, Torrejón y Móstoles. Recientemente, el gobierno regional madrileño renunció al proyecto de externalización de la gestión sanitaria de seis de los hospitales PFI consignados en la tabla 1, una vez celebrado el concurso de adjudicación y después de que el Tribunal Superior de Justicia de Madrid suspendiese cautelarmente,

en dos ocasiones, el proceso; todo ello en un contexto de fuerte contestación por parte de los profesionales sanitarios y la opinión pública.

Lamentablemente, los estudios realizados en España para evaluar el funcionamiento de las iniciativas CPP son prácticamente inexistentes. No obstante, debemos mencionar el informe de Iasist<sup>14</sup>, que desde el ámbito de la consultoría privada comparó, con datos de 2010, la estructura, la actividad y los resultados de un grupo de 41 hospitales del SNS de gestión directa y personal estatutario («hospitales de gestión directa administrativa» [GDA]) con los de un segundo grupo de 37 hospitales con distintas fórmulas organizativas y personal laboral, que el informe denomina genéricamente «hospitales con otras formas de gestión» (OFG). El estudio concluye que los hospitales tipo OFG son más eficientes, desde un punto de vista funcional y económico, que los de la categoría GDA, con una mayor diferencia entre ambos grupos en el ámbito de la productividad de los recursos humanos. Aunque se han querido interpretar los resultados de este informe como un respaldo a la mayor eficiencia de los centros gestionados privadamente, esta conclusión es cuando menos sesgada, por varias razones. Señalaremos aquí únicamente que dentro del grupo de OFG se incluyen fundaciones, empresas públicas y hospitales en régimen de concesión, por lo que no resulta posible distinguir en qué grado las diferencias observadas pueden deberse a la titularidad de los centros hospitalarios. Asimismo, algunos de los hospitales de gestión directa se sitúan entre los más eficientes de los analizados.

En uno de los escasos estudios empíricos realizados en España<sup>15,16</sup> se muestra que los menores costes por ingreso de varios de los hospitales en régimen de concesión de la Comunidad Valenciana se corresponden con una mayor tasa de ingresos (que permite dividir los costes fijos entre un número mayor de unidades), sin diferencias estadísticamente significativas en el gasto hospitalario por habitante de estos centros frente a los de gestión directa. Ello, unido a la comparación de los indicadores de calidad asistencial (insuficiencia cardíaca crónica, cesáreas, etc.), lleva a los autores a concluir que la gestión privada de los hospitales públicos no garantiza una mayor eficiencia, pero tampoco una peor calidad asistencial, y a la inversa, que la gestión pública no garantiza una mayor calidad, pero tampoco una peor eficiencia. En cambio, sí se subrayan las enormes variaciones en términos de eficiencia y calidad que se dan dentro de cada tipo de modelo. Otro estudio empírico reciente<sup>17</sup>, con una fuente de datos distinta, concluye que, una vez excluidos del análisis algunos departamentos de salud *outliers*, el gasto sanitario per cápita es algo inferior (un 9%) en los departamentos gestionados en régimen de concesión que en los de gestión directa, si bien más de la cuarta parte de los incluidos en este último grupo tienen un volumen de gasto por habitante inferior a la media de los departamentos con gestión privada.

Dada la escasez de estudios realizados en nuestro país, resulta obligado revisar la experiencia acumulada en otras latitudes, en particular en Reino Unido, donde las CPP (y en particular el modelo PFI) gozan de una cierta tradición<sup>18</sup>. Una primera conclusión de la experiencia británica es que estas formas de CPP pueden entrañar un coste global superior al que resultaría de recurrir al endeudamiento público, debido a los mayores costes financieros a los que se enfrentan los concesionarios privados y al margen de beneficio de éstos<sup>19,20</sup>. Los mayores costes se asocian, en ocasiones, a una menor calidad y flexibilidad<sup>21</sup>. Otro problema relevante identificado en la literatura es la ausencia real de transferencia de riesgos al sector privado<sup>22,23</sup>. Esta ausencia ha desembocado en no pocas operaciones de «rescate» financiero de las concesiones británicas; prácticas que también han tenido lugar en España, no sólo en hospitales modelo PFI (en 2010 en la Comunidad de Madrid), sino también en el primer experimento de gestión integral mediante concesión realizado en Alzira<sup>24</sup>.

**Tabla 1**  
Innovaciones recientes en las formas organizativas y de gestión de los servicios sanitarios en España

Modalidad de gestión	Formas organizativas	Descripción	Ejemplos en el SNS	Evidencia sobre resultados
Gestión directa	<i>Modelos gerencialistas Institutos clínicos</i>	Modelos organizativos sin atribución de personalidad jurídica diferenciada, consistentes en el agrupamiento de diferentes especialidades regidas según los principios de autonomía de los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos y de atención integral focalizada en el paciente	Patología digestiva del Hospital Marqués de Valdecilla (Cantabria), Cardiovascular del Hospital Clínico de Valladolid, Cardiología del Hospital Ramón y Cajal (Madrid), Hospital Clínic de Barcelona, etc.	Gestores y personal sanitario consideran que los institutos clínicos ofrecen ventajas en términos de incentivar, continuidad asistencial y orientación al cliente. Se señala como una limitación, no obstante, la ausencia de un modelo único de instituto <sup>6</sup>
	<i>Unidades de gestión clínica</i>		Andalucía, Principado de Asturias	Ciudadanos y profesionales opinan que el modelo de unidades de gestión clínica es eficaz y eficiente <sup>7,8</sup>
	<i>Privatización formal (con personalidad jurídica propia) Entes de derecho público</i>	Sólo vigentes en el ámbito autonómico. Contratación según derecho público; personal laboral (estatutario/funcionario si lo prevé su ley de creación)	Servei Català de la Salut, Hospitales de Poniente y Costa del Sol (Andalucía)	Los resultados apuntan una mayor eficacia de los hospitales con personalidad jurídica propia en la gestión de las listas de espera, y una mayor eficiencia asociada a la superior dotación tecnológica y disponibilidad horaria <sup>10</sup> , así como una mayor productividad de los recursos humanos <sup>14</sup> . La calidad asistencial parece ser independiente de la forma jurídica <sup>9</sup>
	<i>Sociedades mercantiles públicas</i>	Contratación según derecho privado; personal laboral	Gispasa (Asturias), Gicaman (Castilla-La Mancha), Giscarmsa (R. de Murcia).	
	<i>Fundaciones sanitarias</i>	Contratación según derecho privado (contratos de gran cuantía han de someterse al derecho público); personal laboral	Hospitales de Verín, Barbanza, Cee, Villagarcía de Arosa (Galicia), Manacor Baleares), Calahorra (La Rioja), etc.	
	<i>Consortios</i>	Contratación según derecho privado (han de respetarse los principios de publicidad y libre concurrencia); personal laboral y estatutario/funcionario	Cataluña (Barcelona, Vic, Maresme, etc.), Aragonés de Alta Resolución, Aljarafe (Andalucía), etc.	
Gestión indirecta (privatización funcional)	<i>Conciertos sanitarios</i>	Conciertos regulados para la prestación de servicios sanitarios o complementarios por parte de proveedores privados	Todos los servicios regionales de salud	No hay evidencia concluyente en España sobre sus resultados <sup>5</sup> , aunque la contratación externa en el ámbito de la atención primaria no parece mejorar la eficiencia en costes <sup>36</sup>
	<i>Contratos con sociedades de profesionales Entidades de base asociativa</i>	Sociedades constituidas por profesionales-gestores, propietarios de al menos un 51% del capital social	Cataluña	Evidencia de mayor eficiencia en costes, buenos resultados clínicos y mayor satisfacción de los profesionales <sup>12,13</sup>
	<i>Colaboraciones público-privadas Concesiones de obra pública (Private Finance Initiative)</i>	Concesiones de obra pública para la construcción y gestión del edificio sanitario y la provisión de servicios no sanitarios	Hospitales de Majadahonda, Vallecas, San Sebastián de los Reyes, Parla, Coslada, Arganda y Aranjuez (C. de Madrid). Hospitales de Burgos (Castilla y León), Son Espasses y Can Mises (Baleares), Vigo (Galicia) y Valdecilla (Cantabria)	No hay evaluaciones para España. La evidencia internacional sugiere que los costes de capital son superiores a los del sector público, los costes de transacción elevados, la transferencia de riesgos no siempre se produce y hay un potencial problema de apropiación de rentas por la elite financiera <sup>20,23,30</sup>
	<i>Concesiones administrativas (modelo Alzira)</i>	Concesiones administrativas para la construcción y gestión del edificio y la provisión de servicios sanitarios y no sanitarios para una población definida	Departamentos de salud de La Ribera, Torreveja, Denia, Manises y Vinalopó (C. Valenciana). Hospitales de Valdemoro, Torrejón y Móstoles (C. de Madrid).	Ausencia de transferencia de riesgos a la UTE del hospital de Alzira <sup>24</sup> y similar gasto por habitante y calidad asistencial entre concesiones hospitalarias y centros públicos de la Comunitat Valenciana <sup>15,16,17</sup>

Fuente: Minué y Martín<sup>37</sup> y elaboración propia.

Una cuestión que no conviene olvidar es que el financiador debe evitar la selección de riesgos por parte de los centros. Es decir, hay que impedir que un hospital derive los casos más complejos a otros centros si no existen razones asistenciales, e incluso en este segundo caso debe quedar claro cómo afecta ello a la financiación de los hospitales y a las posibles compensaciones intercentros. Uno de los elementos detectados en Reino Unido es que los hospitales de gestión pública atienden un perfil de paciente más complejo que los hospitales de gestión privada<sup>25</sup>. Por otra parte, también se constata que introducir fórmulas de competencia entre centros estimula su productividad y mejora su calidad asistencial<sup>26</sup>, siendo este fenómeno especialmente intenso en los centros de gestión pública<sup>27</sup>.

En otros países europeos tampoco se encuentran resultados que respalden las supuestas bondades de la estrategia PFI. Por ejemplo, en Italia se han documentado rendimientos privados vinculados a estas fórmulas muy superiores a los esperables en un entorno competitivo<sup>28</sup>, lo cual sugiere que el sector privado se está apropiando de rentas potencialmente «socializables»<sup>29</sup>. En Portugal, donde ha tenido lugar el programa de privatización sanitaria de mayor alcance relativo de Europa, tras el desarrollado en Reino Unido, el modelo seguido en la primera oleada de privatizaciones, que incluía la externalización de la gestión de los servicios sanitarios, fue abandonado a partir de 2008, mutando a un esquema PFI a partir de esa fecha, debido a la complejidad de los contratos y a la ausencia de interés por parte de los bancos en asumir los riesgos asociados a la gestión clínica<sup>30,31</sup>. Por lo demás, y trascendiendo el ámbito específico de las fórmulas PFI, los hospitales de titularidad privada no acreditan mejores desempeños que los de titularidad pública. Así se constata en Alemania<sup>32-34</sup> y Francia<sup>35</sup>, donde se manifiesta que, una vez consideradas las dispares características de los pacientes y de la actividad de los hospitales, los privados no son más eficientes que los públicos sino, en todo caso, al contrario.

## Conclusiones y recomendaciones

Resulta desalentador constatar que en España aún no se dispone de evaluaciones sistemáticas e independientes de las formas de gestión mencionadas, que permitan orientar las estrategias de organización y gestión futuras. Un botón de muestra elocuente es la comparación de la bibliografía recabada sobre las experiencias españolas (en su mayor parte citas de artículos de opinión e informes) con las referencias empleadas para comentar los casos de otros países. La escasa información disponible en nuestro país y las experiencias internacionales observadas no hacen sino poner de relieve que existen reformas de mucho mayor calado que podrían abordarse para garantizar la solvencia de nuestro SNS<sup>1,3,38,39</sup>. El excesivo empeño en apuntar a la privatización de la gestión como la piedra angular para la mejora de la eficiencia del sistema sanitario no sólo no está avalado por datos nacionales ni internacionales, sino que desvía la atención de otras reformas necesarias recurrentemente postergadas.

El corolario del repaso realizado en este artículo a las pruebas existentes es que la gestión privada de los servicios sanitarios no es necesariamente mejor que la gestión pública, ni tampoco al contrario. La titularidad, pública o privada, de los centros sanitarios no determina sus resultados, que por el contrario están mediatizados por otros elementos, tales como la calidad institucional, la cultura de los centros o el ejercicio de una adecuada supervisión por parte del financiador. El fomento de la competencia entre centros (con independencia de la forma jurídica de gestión) sí podría, sin embargo, ofrecer mejoras bajo determinadas circunstancias. De ahí que tenga interés preguntarse por qué el afán de los decisores en experimentar con distintas fórmulas de gestión no se ha visto acompañado de una preocupación similar por evaluar la idoneidad de las propuestas adoptadas<sup>40</sup>.

Conviene aclarar que la competencia no puede surgir de manera espontánea, dadas las características de cuasimonopolio espacial que poseen los centros sanitarios en sus zonas de influencia. Dicha competencia debe ser generada en el mismo momento de la licitación de los servicios (en el caso de la gestión privada) y por la comparación de resultados de eficiencia y calidad asistencial en el funcionamiento de los centros (incluyendo tanto los de gestión privada como los de gestión pública). Por lo que respecta al proceso de licitación y al contenido de los contratos, si bien la visión de los expertos de otros países ya nos alertaba sobre la estrecha proximidad entre los agentes públicos y las empresas concesionarias en España, y de la excesiva flexibilidad de la relación contractual<sup>41</sup>, en un reciente informe la Comisión Nacional de la Competencia<sup>42</sup> apuntaba a la «alarmantemente reducida» participación en los procesos de externalización habidos hasta la fecha (en particular en el caso de las concesiones de gestión de la asistencia sanitaria), así como de «situaciones potencialmente dañinas para la existencia de una competencia efectiva suficiente en los mercados» y que afectan también a los procesos de licitación de fórmulas PFI (construcción y gestión de servicios no sanitarios en bloque).

Si bien en este trabajo hemos centrado el análisis en elementos contrastables, otros problemas latentes o identificados (entrada de empresas de capital riesgo en las concesionarias de la gestión, captura del regulador) añaden más incertidumbre a la cuestión tratada, dada la escasa diligencia demostrada por parte de los responsables públicos en materia de licitación y evaluación de las experiencias de gestión sanitaria.

En consecuencia, conviene abandonar cuanto antes el debate, estrecho de miras, en torno a qué modelo de gestión es superior, para concentrar los esfuerzos en mejorar el buen gobierno y la gestión misma de los servicios sanitarios. La gestión debe ser integradora, abarcando áreas y no meramente centada. La financiación debe responder a una base capitativa, ajustada por el riesgo de la población cubierta inicialmente, controlando las derivaciones de pacientes a centros de otras áreas y las compensaciones presupuestarias correspondientes, y orientarse a la resolución de los problemas de salud, y no sostener mecánicamente la actividad desempeñada. Pero esto no podrá lograrse sin disponer de los pertinentes indicadores de salud poblacional y de calidad asistencial que posibiliten identificar aquellas organizaciones que mejores resultados obtengan, para intentar replicar sus experiencias. En cuanto a la cuestión del buen gobierno, si de algo está sirviendo la polémica desatada sobre la conveniencia o no de ampliar la externalización de la gestión de los centros sanitarios es para revelar algunos de los peores rasgos de nuestro sistema y la absoluta necesidad de introducir y afianzar normas como son la justificación de las decisiones adoptadas, la transparencia y la rendición de cuentas a la ciudadanía, la evaluación de las políticas, y la promoción y la defensa de una cultura de integridad, buenas prácticas y ética profesional a todos los niveles de decisión<sup>39</sup>. Si esta parte estuviera asegurada, posiblemente el debate sobre la naturaleza pública o privada de la gestión perdería gran parte de su relevancia.

Predicar (y actuar) como si la privatización de la gestión sanitaria fuese la clave de bóveda que apuntalará la estabilidad del edificio del SNS es un ejercicio, como mínimo, poco sensato. Impulsar medidas carentes del oportuno respaldo científico no es ya una frivolidad sino, empleando el símil médico, un claro ejemplo de mala praxis. Entender que la calidad del gobierno afecta a las políticas de salud, a la gestión de las organizaciones sanitarias y a la propia práctica clínica<sup>43</sup> es el requisito, quizás no suficiente, pero sin duda imprescindible, para avanzar en políticas que favorezcan la solvencia del sistema. Sin cambiar sus normas de gobierno, tal vez los agoreros tengan razón y el SNS no sea sostenible. Pero no nos engañemos: esta afirmación no es una verdad inmutable, sino antes bien el deseo de ver una profecía autocumplida.

## Contribuciones de autoría

Los tres autores han colaborado en paridad en el diseño, la búsqueda de información y la escritura del manuscrito inicial. Todos los autores han participado en la revisión y han aprobado el manuscrito final.

## Financiación

Ninguna.

## Conflicto de intereses

Los autores trabajan en centros de educación superior de titularidad pública. Los autores no consideran que ello condicione sus opiniones sobre el tema tratado.

## Agradecimientos

Los autores agradecen el apoyo del Real Instituto Elcano, en cuya serie de documentos de trabajo se publicó una versión preliminar de este artículo, así como los comentarios y sugerencias de Carlos Campillo Artero a una versión previa de este trabajo, y los comentarios de tres revisores de GACETA SANITARIA.

## Bibliografía

- Abellán JM, Sánchez FI, Méndez I, et al. El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas. Sostenibilidad y reformas Bilbao: Fundación BBVA. 2013.
- Asociación de Economía de la Salud (AES). Aportaciones al diagnóstico sobre el SNS español para un pacto por la sanidad. Asociación de Economía de la Salud. Barcelona, 2008. (Consultado el 18/08/2013.) Disponible en: <http://www.aes.es/Publicaciones/sintesispactoMSC.pdf>
- Bernal E, Campillo C, González B, et al. La sanidad pública ante la crisis: recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable. Documento de debate de la Asociación de Economía de la Salud. Barcelona, 2011. (Consultado el 18/08/2013.) Disponible en: [http://www.aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO\\_DEBATE\\_SNS\\_AES.pdf](http://www.aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO_DEBATE_SNS_AES.pdf)
- Menéndez A. La gestión indirecta de la asistencia sanitaria pública. Reflexiones en torno al debate sobre la privatización de la sanidad. *Revista de Administración Sanitaria*. 2008;6:269-96.
- López-Casasnovas G, Puig-Junoy J, Ganuza JJ, et al. Los nuevos instrumentos de la gestión pública. Servicio de Estudios de La Caixa. Colección Estudios Económicos, nº 31 Barcelona; 2003.
- Del Llano J, Martínez-Cantarero JF, Gol J, et al. Análisis cualitativo de las innovaciones organizativas en hospitales públicos españoles. *Gac Sanit*. 2001;16:408-16.
- Servicio de Salud del Principado de Asturias. Satisfacción de usuarios en la gestión clínica 2011. Informe de evaluación del Servicio de Gestión Clínica. Oviedo, 2012. (Consultado el 18/08/2013.) Disponible en: [http://www.gestionclinica.info/pdf/Informe\\_satisfaccion2011\\_%20GC.pdf](http://www.gestionclinica.info/pdf/Informe_satisfaccion2011_%20GC.pdf)
- Servicio de Salud del Principado de Asturias. Evaluación del impacto de la gestión clínica en la calidad de vida profesional. Servicio de Gestión Clínica. Oviedo, 2012. (Consultado el 18/08/2013.) Disponible en: [http://www.gestionclinica.info/pdf/Informe\\_cvp2011\\_breve.pdf](http://www.gestionclinica.info/pdf/Informe_cvp2011_breve.pdf)
- Coduras A, Del Llano J, Raigada F, et al. Gestión de tres procesos asistenciales según persona jurídica hospitalaria. *Sedisa Siglo XXI*. 2008;8:44-55.
- Del Llano J. Sanidades autonómicas, ¿solución o problema? Madrid: Círculo de la Sanidad. 2009.
- Institut d'Estudis de la Salut. Avaluació dels models de provisió de serveis d'atenció primària a Catalunya. Resum executiu, Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Barcelona, 2006. (Consultado el 18/08/2013.) Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/ies/html/ca/dir2629/resumexecutiu.pdf>
- SEDAP. Integración asistencial: ¿cuestión de modelos? Claves para un debate. Informe de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria, Grupo Saned. Madrid, 2010. (Consultado el 18/08/2013.) Disponible en: [http://www.sedap.es/documentos/Informe\\_SEDAP\\_2010.pdf](http://www.sedap.es/documentos/Informe_SEDAP_2010.pdf)
- Ledesma A. ¿Autogestión o autonomía de gestión? Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*. 2012;26 Supl:57-62.
- Iasist. Evaluación de resultados de los hospitales en España según su modelo de gestión. Barcelona, 2012. (Consultado el 18/08/2013.) Disponible en: [http://www.iasist.com/files/Modelos\\_gestion\\_0.pdf](http://www.iasist.com/files/Modelos_gestion_0.pdf)
- Peiró S, Meneu R. Eficiencia en la gestión hospitalaria pública: directa vs privada por concesión. Blog Nada es Gratis, FEDEA, 27/12/2012. (Consultado el 27/08/2013.) Disponible en <http://www.fedeablogs.net/economia/?p=27263>
- Peiró S. Colaboraciones público-privadas: ¿qué sabemos hasta ahora? XXXIII Jornadas de Economía de la Salud. Crisis y horizontes de reforma de los sistemas de salud. Santander, 18-21 de junio de 2013. (Consultado el 11/10/2013.) Disponible en: <http://www.aes.es/jornadas/pdf/ponenci/M-003-4.pdf>
- Arenas C. Eficiencia de las concesiones administrativas sanitarias de la Comunidad Valenciana. Sedisa s. XXI. Sociedad Española de Directivos de la Salud. 2013. (Consultado el 24/11/2013.) Disponible en: <http://sedisasigloxxi.es/spip.php?article373>
- Barlow J, Roehrich J, Wright S. Europe sees mixed results from public-private partnerships for building and managing health care facilities and services. *Health Affairs*. 2013;32:146-54.
- Hellowell M, Pollock AM. New development: the PFI, Scotland's plan for expansion and its implications. *Public Money & Management*. 2007;27:351-4.
- Hellowell M, Pollock AM. The private financing of NHS hospitals: politics, policy and practice. *Economic Affairs*. 2009;29:13-9.
- McKee M, Edwards N, Atun R. Public-private partnerships for hospitals. *Bulletin of the World Health Organization*. 2006;84:890-6.
- Pollock A, Shaoul J, Vickers N. Private finance and 'value for money' in NHS hospitals: a policy in search of a rationale. *BMJ*. 2002;324:1205-9.
- Broadbent J, Gill J, Laughlin R. Identifying and controlling risk: the problem of uncertainty in the private finance initiative in the UK's National Health Service. *Clinical Perspectives on Accounting*. 2008;19:40-78.
- Acerete B, Stafford A, Stapleton P. Spanish healthcare public private partnerships: the 'Alzira model'. *Critical Perspectives on Accounting*. 2001;22:533-49.
- Mason A, Street A, Verzulli R. Private sector treatment centres are treating less complex patients than the NHS. *J R Soc Med*. 2010;103:322-31.
- Bloom N, Propper C, Seiler S, et al. The impact of competition on management quality: evidence from public hospitals. CEP Discussion Paper No 983. London School of Economics and Political Science. May 2010. (Revised October 2011.) (Consultado el 11/10/2013.) Disponible en: <http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/dp0983.pdf>
- Cooper Z, Gibbons S, Jones S, et al. Does competition improve public hospitals' efficiency? Evidence from a quasi-experiment in the English National Health Service. CEP Discussion Paper No 1125. London School of Economics and Political Science, 2012. (Consultado el 11/10/2013.) Disponible en: <http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/dp1125.pdf>
- Vecchi V, Hellowell M, Longo F. Are Italian healthcare organizations paying too much for their public-private partnerships? *Public Money & Management*. 2010;30:125-32.
- Shaoul J. A critical financial analysis of the private finance initiative: selecting a financing method or allocating economic wealth. *Critical Perspectives on Accounting*. 2005;16:441-71.
- Monteiro R. PPP hospitals and the Portuguese experience. UNECE PPP Newsletter. 2010. (Consultado el 24/11/2013.) Disponible en: <http://www.unece.org/fileadmin/DAM/ceci/documents/2010/ppp/Articles3/monteiro.pdf>
- Costa Pinto B. Health PPPs in Portugal: single and twin SPV PPPs. Lisboa: Banco PPI. 2009. (Consultado el 24/11/2013.) Disponible en: <http://www.bouwcollege.nl/ECHAA/berlinMicrosoft%20PowerPoint%20-%20Barbara%206.11.pdf>
- Herr A. Cost and technical efficiency of German hospitals: does ownership matter. *Health Econ*. 2008;17:1057-71.
- Herr A, Schmitz H, Augurzky B. Profit efficiency and ownership of German hospitals. *Health Econ*. 2011;20:660-74.
- Tiemann O, Schreyögg J, Busse R. Hospital ownership and efficiency: a review of studies with particular focus on Germany. *Health Policy*. 2012;104:163-71.
- Dormont B, Milcent C. Ownership and hospital productivity, CEPREMAP Working Papers (Docweb) 1205, 2012. (Consultado el 11/10/2013.) Disponible en: <http://www.cepremap.fr/depot/docweb/docweb1205.pdf>
- Puig-Junoy J, Ortún V. Cost efficiency in primary care contracting: a stochastic frontier cost function approach. *Health Economics*. 2004;13:1149-65.
- Minué S, Martín JJ. Gestión privada: ¿más eficiente? Actualización en Medicina de Familia. 2013;9:15-23. (Consultado el 18/08/2013.) Disponible en [http://www.amf-semfyc.com/web/downloader\\_articuloPDF.php?idart=1098&id=No\\_todo\\_es\\_clinica\(15\).pdf](http://www.amf-semfyc.com/web/downloader_articuloPDF.php?idart=1098&id=No_todo_es_clinica(15).pdf)
- Cabasés JM, Oliva J. El gobierno de la sanidad frente a la crisis económica. Notas sobre economía de la salud y sostenibilidad del sistema sanitario. *Cuadernos de Información Económica*. 2011;225:57-62.
- Asociación de Economía de la Salud. Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance. Barcelona, 2013. (Consultado el 11/02/2014.) Disponible en: [http://www.aes.es/documentos/aes/propuestas\\_sns](http://www.aes.es/documentos/aes/propuestas_sns)
- Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Posicionamiento de SESPAS sobre las políticas de privatización de los servicios sanitarios. Barcelona: SESPAS; 2012. (Consultado el 11/10/2013.) Disponible en: <http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/Posicion.pdf>
- NHS European Office. The search for low-cost integrated healthcare. The Alzira model—from the region of Valencia. Brussels, 2011. (Consultado el 24/11/2013.) Disponible en: [http://www.nhsconfed.org/Publications/Documents/Integrated\\_healthcare\\_141211.pdf](http://www.nhsconfed.org/Publications/Documents/Integrated_healthcare_141211.pdf)
- Comisión Nacional de la Competencia. Aplicación de la guía de contratación y competencia a los procesos de licitación para la provisión de la sanidad pública en España. 2013. (Consultado el 11/10/2013.) Disponible en: <http://www.cncompetencia.es/Inicio/Informes/InformesyEstudiosSectoriales/tabid/228/Default.aspx>
- Meneu R, Ortún V. Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis. *Gac Sanit*. 2011;25:333-8.