

EL DERECHO A LA SALUD Y LA EFICACIA SOCIAL Y CLÍNICA: LAS NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN SANITARIA

CRISTÓBAL GIL QUIRÓS*

Se nos ha planteado a la Federación de Sanidad de CCOO insertar en un debate sobre las privatizaciones y externalizaciones de servicios públicos en Europa el problema de las «nuevas formas de gestión» de la sanidad pública en el Estado español.

El hecho de que nos situemos en el entorno de mayor cobertura social del mundo, Europa, no nos debe hacer olvidar que es en ese entorno precisamente donde se cuestionan dos cosas respecto a la cobertura sanitaria; la primera es la opinión de que el derecho a la salud no implica el deber de los poderes públicos a garantizar la cobertura de todas las prestaciones sanitarias (debate del Art. II-35 del Tratado de Constitución Europea) y la segunda es la inviabilidad de esa cobertura desde el punto de vista de la financiación pública.

Si miramos a ese entorno podríamos saber que el modelo español de cobertura universal de la población, la equidad en el acceso, y la financiación no contributiva son casi una excepción. Esto hace que el cuestionamiento de viabilidad sea más recurrente desde el punto de vista de la sostenibilidad financiera del Sistema, y por otro que se detecten disfunciones, bolsas de ineficiencia que cuestionan la eficacia social del modelo.

Situados en el entorno de mayor protección pública al derecho a la salud de los ciudadanos y con un modelo de cobertura universal. La constitución ya consagró en el artículo 43 este derecho y la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública. La ley General de Sanidad marcó las líneas instrumentales generales para que se garantizara esa cobertura, todo desde un modelo no contributivo, de cobertura universal y acceso gratuito. La forma de cobertura era el Sistema Nacional de Salud, organizado de forma integrada en Áreas de Salud dentro de las formas que determinaran los Servicios Regionales de Salud. El Sistema Nacional de Salud integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con lo

* Secretario de Acción Sindical de la Federación Estatal de Sanidad de CCOO.

previsto en la Ley, son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud (art. 45 LGS).

Previamente en 1978 se había creado un ente gestor de la prestación sanitaria de la Seguridad Social el Insalud. Este modelo de ente gestor y el organismo autónomo es el que adoptarán la totalidad de los Servicios Autonómicos de Salud. Junto al Insalud el ICS asume la figura de Ente gestor de la prestación de la seguridad social.

En principio el mandato constitucional no concreta que la responsabilidad de los poderes públicos de tutelar la salud de los ciudadanos la debe hacer efectiva de forma directa o indirecta y mucho menos que el régimen jurídico de las instituciones sanitarias, instrumentos de cumplimiento de ese mandato debe ser de derecho público o de derecho privado.

Desde 1986 hasta nuestros días se han producido grandes transformaciones sobre los modelos con los que abordar desde el sector público la prestación sanitaria.

La pregunta sería otra, si esta forma del instrumento frente a la gestión directa sujeta al derecho administrativo en las relaciones laborales o internas y en las relaciones externas de contratación, induce un plus añadido de descentralización y desconcentración y de eficiencia y eficacia que permite la viabilidad del SNS o por el contrario no implementa nada sobre la gestión directa. Entre 1996 y 1997 se va producir un hecho de indudable trascendencia, a través primero de un Real Decreto y después de una ley de carácter básico para todo el Estado, la Ley 15/97, que habilita el uso de formas jurídicas distintas a los entes gestores y organismos autónomos, las llamadas «nuevas formas de gestión».

Se denominan de esta manera las formas de gestión públicas a través de formas jurídicas e instituciones interpuestas de provisión sanitaria, ente comprador-financiador y los titulares del derecho a la prestación sanitaria, es la llamada tercera ola reformadora del Sistema Sanitario en España. La pregunta que deberíamos responder es si este proceso se posibilita legalmente por la Ley 15/97 que autorizó con carácter básico para todo el Estado la utilización de entidades interpuestas de las admitidas en derecho para la gestión de la sanidad pública.

Ya que la Ley cita expresamente la figura de los consorcios, fundaciones, u otros entes dotados de personalidad jurídica. Además de los convenios con personas o entidades privadas ya contemplada en la Ley General de Sanidad, 14/86.

Dicha ley se justificaba en la necesidad debe constituir un importante instrumento de flexibilización y autonomía en la gestión sanitaria, necesidad ineludible de la actual organización pública, con vistas a mejorar la eficacia del Sistema Nacional de Salud, cuya consolidación y modernización es objetivo prioritario de nuestra sociedad. La autonomía de gestión, la laboralización del personal y el aumento de la autonomía de los profesionales fueron ya en 1991 parte de las conclusiones del «Informe Abril» y se corresponden con las directrices que trataba de superar un modelo de gestión tradicional sobre la base de la separación de las funciones de provisión sanitaria de las de financiación o compra de estos servicios. Hay que resaltar que la Conferencia de Lubliana en 1996 bajo el lema «Salud para todos» estableció para el en-

torno europeo de mejora de la atención a la salud la necesidad de dotar de mayor autonomía a los centros asistenciales e instaurar formas de autonomía en la toma de decisiones para los profesionales de la salud.

Esta ola, la tercera, fue precedida en España por la primera ola de reforma (1984-1987) consistente en aplicar el criterio de integración de dispositivos sanitarios, absorbiendo la atención ambulatoria por parte del hospital (jerarquización), la creación de equipos directivos de corte gerencial en los hospitales, junto con el inicio de la reforma de la atención primaria. En la segunda ola se trató de conceder mayor autonomía a los centros a través de los Contratos programas, instrumento diseñado por el Ministerio de Economía para regular sus relaciones con sociedades estatales u otras que recibían subvenciones del Estado.

Hay que indicar que a partir de 1997 la práctica totalidad de los dispositivos asistenciales creados han buscado fórmulas de gestión sometidas a derecho privado y régimen laboral para los profesionales sanitarios. Así en el País Vasco se opta por la figura del Ente Público Empresarial, en Cataluña se generalizan las fundaciones, los entes públicos empresariales que se suman a la herencia de hospitales gestionados por consorcios públicos; en Andalucía se opta por la figura de empresas públicas sanitarias; en Galicia por Fundaciones y un Ente público empresarial; en las Comunidades del Antiguo Insalud la figura más común es la Fundación Pública y ahora en Madrid se asume la experiencia Andaluza de empresas públicas.

Como se ve el proceso desde el comienzo de la transición democrática trataba de compensar lo que se llama la «dependencia de la senda». El modelo español se caracteriza de forma diferenciada al resto de los modelos europeos en algo que resultó paradójico, la cobertura sanitaria de la seguridad social se hizo efectiva por el INP pero contrariamente a otros países España no contaba con una red asistencial privada o pública y el INP, excepto en el caso catalán, asumió la constitución y gestión directa de la red asistencial. Esta red heredó el modelo no contributivo, de cobertura universal que diseñó la Ley General de Sanidad. Toda la historia del SNS desde ese momento ha sido el intento de compensar el verticalismo administrativo y burocrático del modelo heredado buscando la eficacia social y clínica que exige una atención sanitaria de calidad y eficiente. Y precisamente esa red heredada hizo de muro de contención desmotivando la inversión privada para una oferta que ya cubría el sector público.

Hay que aclarar que usamos dos términos de forma incorrecta, términos que incluso usa la misma ley habilitadora, ni son formas de gestión indirecta en el sentido jurídico ni son nuevas formas. Existen multitud de precedentes de gestión pública sanitaria en el ámbito de la gestión asistencialista local y en algunos territorios, los consorcios por ejemplo son las formas habituales históricamente en Cataluña. No son formas indirectas como lo sería la concesión administrativa (caso Alcira que es una concesión administrativa o Rioja donde se puede producir la subcontratación con una Empresa Privada de la alta tecnología). En esta ponencia a pesar de esta aclaración usamos esta terminología que siendo equívoca es la de uso común en este momento.

Hasta este momento identificar nuevas fórmulas de gestión con privatización es cuando menos un error. Lo que caracteriza al Sistema Público es que la financiación sea a cargo de los Presupuestos del Estado y las Comunidades Autónomas en el caso español, que la provisión sea también pública, todo esto en un entorno de cuasi-aseguramiento único, hay formas de doble aseguramiento y fenómenos de desvío de fondos públicos como MUFACE o ISFAS. Bien estas características, aseguramiento, acceso universal, financiación pública y titularidad pública de la provisión (con formas jurídicas sujetas al derecho privado) hacen que estas nuevas formas empresariales se sitúen plenamente en la provisión pública.

La pregunta a la que debemos responder es otra, este fenómeno es un paso intermedio que posibilita una más fácil privatización o es precisamente una forma de evitar la privatización de la provisión de las prestaciones sanitarias públicas. Para esto deberemos responder si estas nuevas formas han conseguido el objetivo que provocaba su uso generalizado, que recordemos era mejorar la eficacia social y clínica del Sistema Nacional de Salud, y así legitimar su continuidad.

La gestión pública por un instrumento interpuesto sujeta al derecho privado debería aportar cualidades a la gestión que aumentaran de forma medible la eficacia social y la eficacia clínica, y permitiera por lo tanto la legitimación del Sistema.

Pues bien podemos afirmar hoy que la evaluación de resultados de forma pública y transparente no se ha producido y si bien es verdad que existe la apariencia de que las nuevas formas han producido mejoras en la eficiencia de la gestión, un menor corsé administrativo, también podemos afirmar que la relación contractual laboral basada en un fuerte componente variable en retribuciones ha provocado la deserción de muchos profesionales, que no ha representado una mejora en la rigidez de las relaciones internas entre los «dueños» de la oferta (profesionales sanitarios), y los indicadores sanitarios no son sustancialmente mejores que los de otros centros sometidos a Contratos programados pero de gestión directa y con personal estatutario. De hecho es curioso el movimiento que se está produciendo en las Fundaciones Gallegas y en Baleares de equiparar de forma pactada con los Sindicatos las condiciones de empleo de los profesionales de las Fundaciones al personal Estatutario.

Está claro que la gestión de los centros sanitarios se puede organizar, en principio, por cualquiera de las modalidades, directas o indirectas, admitidas en nuestro ordenamiento jurídico. Algunas de estas opciones organizativas se rigen por el derecho público, mientras que otras se someten al derecho privado. Todas tienen un carácter instrumental al servicio de la protección efectiva de la salud que la Constitución garantiza. Ahora bien, el carácter instrumental de las formas de gestión de las prestaciones sanitarias no significa que todas ellas sean intercambiables ni adecuadas a la finalidad perseguida. Debemos huir de afrontar el problema desde un de un falso maniqueísmo, según el cual las formas jurídico-públicas serían ineficientes, mientras que las jurídico-privadas ofrecerían una mayor garantía de la eficacia. Esa eficacia social (razón entre resultados de salud y recursos asignados) y eficacia clíni-

ca (prácticas protocolizadas de calidad total) hay que demostrarla. No hagamos falsos ídolos de lo que no son más que instrumentos al servicio de la acción pública.

Si no se demuestra una especial eficiencia de estas nuevas fórmulas en el ámbito sanitario, la clave está en la igualdad en el acceso y en las condiciones de prestación, es aconsejable el mantenimiento de un marco organizativo de derecho público, que no impide la utilización de formas jurídico-privadas sobre todo en la contratación y en el régimen patrimonial, como permite ya la legislación vigente. Habría que demostrar (y nadie lo ha hecho todavía) que la aplicación del derecho público conduce inevitablemente al despilfarro y la ineficiencia, mientras que el funcionamiento en régimen de derecho privado es garantía de calidad y excelencia. En cuanto las técnicas jurídicas son instrumentales se deben utilizar unas u otras en función de los fines que se pretendan alcanzar.

No podemos decir que con su implantación se haya provocado mas insatisfacción de los usuarios, sino todo lo contrario, pero no se ha mejorado la eficacia o la eficiencia social y clínica que haga que esta reforma (tercera ola) suponga en sí misma una garantía de legitimación del SNS y por lo tanto desaparezca el fantasma de la privatización o el cuestionamiento de la cobertura universal.

Son muchas las voces que alertan del peligro de selección adversa de riesgos (pasar de la oferta generadora de demanda a la oferta limitadora de demanda), de huidas desde estas nuevas formas a de externalización privada o de concesiones administrativas, se puede producir un traslado de riesgos (déficit) al financiador (Administración) y si bien en las relaciones externas el derecho mercantil se presenta como mas eficaz que la Contratación Administrativa es también cierto que algunos Tribunales de Cuentas han denunciado la falta de transparencia financiera de algunas empresas públicas sanitarias. La desconcentración y descentralización se puede convertir en fragmentación que haga inviable la planificación por parte del organismo regulador y se ponga en peligro el principio de equidad del SNS.

Dicho esto también deberemos ser conscientes que estas nuevas formas de gestión se están generalizando en todos los Servicios de Salud autonómicos, por lo tanto desde esta visión crítica debemos participar desde dos perspectivas, el compromiso de que el SNS es un patrimonio que para defenderlo debe ser legitimado por eficaz y eficiente.

Es evidente que nuestro gasto sanitario es insuficiente. El informe de la OMS «sobre la salud en el mundo 2004» indica que somos uno de los países de la Unión Europea que en el período 1997-2001 mantuvo estable el gasto sanitario respecto al PIB; junto a nosotros Austria, Lituania, Luxemburgo y Polonia. Por el contrario Francia aumento esta participación del 9,4 al 9,6 o Portugal del 7,7 al 8,4%, pero el aumento necesario en nuestro país no hará que los recursos dejen de ser insuficientes, por lo que la necesidad de eficiencia persistirá. Pero las experiencias para alcanzarla deben estar presididas por la prudencia e implementar fórmulas reales de control social y político.

El riesgo que hemos mencionado de fragmentación del SNS, de dispersión y difusión de recursos nos obliga a plantear la articulación de estos recursos a nivel autonómico y su cohesión a nivel Estatal. No se trata de rechazar ninguna experiencia que mejore la gestión, que consiga más autonomía de los centros, que consiga más incentivación de los profesionales, sólo debemos exigir que estas experiencias se evalúen para incorporar las mejoras al Servicio Público y descartar las bolsas de riesgo. Por lo tanto, participando activamente en los cambios, no podemos en estos momentos dejar de decir que desde la gestión directa es posible implementar los cambios imprescindibles con criterios de descentralización de la gestión, y de calidad total mediante la gestión clínica eficiente.