



**Nuevos modelos de gestión:
las fundaciones**



Nuevos modelos de gestión: **Las fundaciones**

Grupo de trabajo SemFYC 2000.

Autores: *Pablo Vaamonde* (Coordinador)
Iñaki Berraondo
Tomás Gómez Gascón
Ana Gorroñoigoitia
Miguel Melguizo
Juan José Palacios
Albert Planes

*Este documento ha sido impreso
gracias a la colaboración de*

PHARMACIA

ÍNDICE

1. Introducción.....	5
2. Deficiencias y propuestas.....	7
3. Nuevas formas de gestión.....	9
4. Las Fundaciones.....	11
5. Efectos secundarios.....	17
6. Conclusiones.....	19

1 INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Salud en España es uno de los más eficientes de los países industrializados: gastamos un 7,6% del PIB en salud (datos de la OCDE de 1996), frente al 9,6% de Francia, al 10,5 de Alemania o al 14,2 de Estados Unidos y tenemos similares (si no mejores) indicadores de salud: esperanza de vida, mortalidad infantil, mortalidad perinatal y mortalidad materna.

En Atención Primaria (AP) se ha producido en las últimas dos décadas un importante salto cualitativo produciendo una profunda transformación de dicho nivel asistencial y de sus estructuras en toda España, aunque con diferente grado de implementación según las comunidades autónomas. La sustitución de los antiguos ambulatorios por Centros de Salud, la incorporación de nuevos profesionales y la ampliación de la cartera de servicios son elementos del cambio percibidos de manera muy positiva por la población que, en diversas encuestas, se declara muy satisfecha con la atención recibida en los centros de salud y con sus médicos de familia.

La ampliación del horario de trabajo, la formación de equipos interdisciplinarios, la atención global al paciente en su entorno, el aumento de la capacidad de resolución de los problemas de salud, la introducción de los primeros modelos de historia clínica y sistemas de registro, la programación y protocolización de la asistencia, la organización de actividades no asistenciales (sesiones, reuniones de equipo, investigación...), la habilitación de espacios físicos para biblioteca, salas de reuniones: estos son algunos elementos de mejora que ha aportado la reforma de la Atención Primaria. En la actualidad se habla ya de "la reforma de la reforma". Diversos autores propugnan cambios en diversos aspectos de la organización del trabajo y de la gestión en AP para conseguir una mayor eficiencia y mayor satisfacción de los ciudadanos.

A pesar de este panorama altamente positivo el progresivo incremento del gasto sanitario y la percepción de deficiencias en el propio sistema hace que las autoridades sanitarias, los gestores y los propios profesionales propugnen la necesidad de introducir cambios y mejoras en la gestión y la prestación de los servicios sanitarios.

- Las autoridades sanitarias se preocupan por el incremento permanente del gasto en sanidad sin percepción equivalente en beneficios sobre la salud de los ciudadanos. El polémico Informe Abril (1991) ya alertaba sobre esta situación y proponía medidas muy controvertidas para modernizar la organización y gestión interna del sistema sanitario: introducir instrumentos y métodos de gestión empresarial en el sistema público, dar mayor autonomía de gestión a los centros públicos y mayor responsabilidad a sus gestores, y agilizar el conjunto del sistema con la separación de las funciones de autoridad sanitaria (financiación), compra de servicios (aseguramiento) y provisión de los mismos (prestación de la atención sanitaria). Planteaba también dicho informe la necesidad de avanzar desde la figura del médico funcionario hacia un nuevo tipo de profesional sanitario más vinculado con el producto de su trabajo y su dedicación real al servicio público.

- Los profesionales sanitarios plantean quejas como la desmotivación profesional, la excesiva burocratización de su trabajo, la sobrecarga laboral, y se pronuncian favorablemente hacia la búsqueda de alternativas de gestión en Atención Primaria que impliquen en mayor medida a los propios profesionales. Las sociedades profesionales de Atención Primaria (semFYC- Semergen) presentaron en su día un documento en el que se planteaba una expectativa positiva ante la aparición de nuevas experiencias de autogestión en el ámbito de la sanidad pública, entendiendo por "autogestión" el modelo organizativo en el que los profesionales asumen la plena capacidad y responsabilidad para gestionar los recursos de que disponen, asumiendo el riesgo derivado de una actuación deficiente. Un

estudio Delphi publicado en 1999 sobre actitudes, valores y expectativas de los profesionales de AP ante el nuevo milenio también reflejaba una posición claramente favorable a la autogestión, a la asunción de riesgos por parte de los profesionales y a la aceptación de incentivos económicos asociados a los resultados. Es posible, de todas formas, que la propia metodología del estudio haya influido en los resultados: la muestra de profesionales consultados ha sido invitada por el grupo asesor del proyecto, conformado en su mayoría por expertos en planificación, dirección y gestión. Es probable, pues, que los seleccionados sean más receptivos a cambios estratégicos orientados a la búsqueda de la eficiencia que los que podrían conseguirse con una muestra aleatoria.

En los últimos años se produce un intenso debate sobre la búsqueda de nuevas formas de gestión en AP. A pesar de ello, y de las declaraciones de políticos y gestores respecto a la elevada prioridad del desarrollo y dotación de la AP, la realidad presupuestaria continúa mostrando la tendencia a un mayor crecimiento de los recursos asignados a los hospitales en relación a la actividad desarrollada tanto desde una perspectiva cuantitativa como cualitativa (cartera de servicios).

El hospital sigue disponiendo de una capacidad ilimitada, sin orden, de crear nuevos servicios, adaptarse a nuevas situaciones, reorganizarse, adoptar nuevas técnicas e incrementar su déficit y sus presupuestos. La AP, pese a asumir mayores responsabilidades y adoptar nuevas técnicas lo hace, aún, con enormes dificultades organizativas y sin recibir ninguna compensación a cambio (no aumenta su dotación presupuestaria ni de profesionales aunque incremente su actividad).

La gestión de la AP se ha colocado en una cierta perspectiva de subsidiariedad respecto a la de la atención especializada. También en los últimos años se están ensayando diferentes fórmulas para la gestión en AP que incentivan la participación de los profesionales en las responsabilidades económicas, que parecen remedar en parte el modelo inglés. Por otra parte conviven otras experiencias en las que la gestión de los EAP pasa a depender de los centros hospitalarios. Se carece todavía de datos para establecer comparaciones. En este marco el Gobierno del Estado opta por introducir una nueva fórmula de gestión, las Fundaciones Sanitarias, que parece más orientada a los centros hospitalarios que a las ZBS.

3 NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN

El ya citado "Informe Abril", realizado en 1991, fue tajante sobre la conveniencia de dotar a los hospitales y centros sanitarios públicos de métodos de gestión empresarial que los hicieran más eficientes; realizó diversas propuestas específicas para APS que ni siquiera fueron recogidas en las conclusiones del Informe (quedaron en las conclusiones de la Subcomisión para APS). El paradigma dominante actualmente es el de impulsar la competencia entre centros y el establecimiento de un mercado interno de proveedores mediante la separación de financiación y provisión. Se asume como un axioma que dicha separación redunde en mejorar la eficiencia del sistema y la satisfacción de los usuarios. Los legisladores creen necesarias nuevas fórmulas de gestión en la sanidad pública y así, el 25 de abril de 1997 se publica la ley 15/1997 que habilita al Gobierno del Estado a crear para la gestión de los centros sanitarios cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho: empresas públicas, consorcios o fundaciones.

Posteriormente, la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos para 1999 incluye la posibilidad de transformación de todos los centros sanitarios del Insalud en "Fundaciones Sanitarias Públicas" (artículo 111, Ley 50/98). Desde el Ministerio se reitera que el objetivo es mejorar la gestión y la eficiencia del sistema, dotando a los centros de titularidad jurídica propia, y así de mayor autonomía y flexibilidad, al permitirles gestionar su propio presupuesto y disponer de tesorería propia. Posteriormente, poco antes de finalizar su mandato el ministro Romay Beccaría, se publica, en medio de una intensa controversia sindical y profesional, el Real Decreto 29/2000, que establece el reglamento de las nuevas formas de gestión.

Queda así dibujado un panorama sobre las distintas formas de gestión que se puede resumir en la siguiente tabla:

1.- Fundaciones ley 30/94

Definición: Organizaciones sanitarias sin ánimo de lucro, constituidas por el Insalud (o equivalente autonómico) que destinen y efecten un patrimonio a la realización de fines sanitarios de interés general.

Régimen contractual: Derecho Civil y Mercantil.

Órganos de gobierno: Patronato.

Régimen del personal: Laboral.

2.- Consorcios

Definición: Organizaciones comunes que se constituyan a consecuencia de los convenios que el Insalud (o equivalente autonómico) suscriba con otras administraciones o instituciones.

Régimen contractual: Derecho Administrativo.

Órganos de gobierno: Consejo de gobierno.

Régimen del personal: Según convenios de constitución (funcionarios, laborales o estatutarios).

3.- Sociedades estatales

Definición: Sociedades cuyo capital sea mayoritaria o única la participación del Insalud (o equivalente autonómico).

Régimen contractual: Derecho Civil, Mercantil y Laboral.

Órganos de gobierno: Consejo de Administración.

Régimen del personal: Laboral.

4.- Fundaciones públicas sanitarias

Definición: Organismos públicos adscritos al Insalud (o equivalente autonómico).

Entidades públicas empresariales adaptadas a las peculiaridades de los centros sanitarios a fin de preservar el régimen estatutario.

Régimen contractual: Derecho Administrativo.

Órganos de gobierno: Consejo de gobierno.

Régimen del personal: Estatutario.

4 LAS FUNDACIONES

El principal impulso para la creación de fundaciones se produjo con la llegada al Ministerio de Sanidad del ministro Romay Beccaría, quien había potenciado la creación de fundaciones en Galicia, al amparo de la Ley 30/94, durante su etapa de *Conselleiro de Sanidade* de dicha autonomía. No se ha creado por el momento ninguna Fundación Pública Sanitaria (FPS) por lo que el análisis de las Fundaciones habrá que hacerlo sobre los datos conocidos de las ya existentes (Ley 30/94) y sobre el articulado del Reglamento de las FPS y su proceso de promulgación.

En Galicia se realizó un rápido y poco meditado proceso de implantación de Fundaciones (Fundación del Hospital de Verín, Fundación del Hospital de Barbanza, Fundación Hospital Virxe da Xunqueira, Fundación Medtec, Fundación 061), que provoca una situación de hechos consumados difícilmente reversible. Un cambio tan radical y profundo en la gestión de la Sanidad Pública no debería efectuarse sin poseer la seguridad de que los beneficios son superiores a los riesgos, sin haber conseguido acuerdos de consenso amplios, y sin haber realizado un pilotaje previo de estas experiencias.

Desde la óptica de la AP este proceso presenta muchos interrogantes: ¿Son necesarias las fundaciones? ¿Se ha hecho pilotaje de las mismas? ¿Por qué se implantan de forma tan rápida y masiva? ¿Cómo se ha efectuado este proceso? ¿Quiénes se benefician? ¿De qué manera repercute este proceso en el desarrollo de la AP?

A) ¿Son necesarias las fundaciones?

Admitiendo que existen áreas de ineficiencia en el sistema sanitario y que la excesiva burocratización y la rigidez de los procedimientos administrativos pueden constituir una limitación para el buen servicio a los ciudadanos. ¿Es imprescindible la creación de las Fundaciones? ¿Su creación es positiva para los usuarios? ¿Los profesionales sanitarios se ven beneficiados?

Si el objetivo principal es la búsqueda de la eficiencia ni las experiencias en España ni a nivel internacional avalan este tipo de propuestas. Veamos:

- En un estudio editado por el Instituto de Estudios Económicos Barrié de la Maza, bajo la dirección del decano de Económicas de A Coruña, se ha comprobado que la eficiencia de los hospitales gallegos, siendo alta en general, no es mayor en los centros privados que en los públicos.
- Las experiencias realizadas en Galicia (MEDTEC, Fundación de Verín, etc.) presentan problemas relevantes: derivaciones excesivas, personal reducido, deterioro de las condiciones de trabajo, aumento de los gastos de gestión y administración... La publicación reciente de un "Informe de Fiscalización del Consello de Contas de Galicia" sobre la fundación de Verín puso de manifiesto serias deficiencias, entre las que merecen ser destacadas las siguientes:
 - Irregularidades laborales (contratación a través de una empresa privada sin respetar los principios de publicidad, mérito y capacidad).
 - Contratos de elevada temporalidad con abuso de la contratación temporal, externalización de determinados servicios (limpieza, lavandería, alimentación) con adjudicación directa a tres empresas en cuyos contratos figura la misma persona.
 - Adjudicación de Servicios de Anatomía Patológica y Citología a un laboratorio de Santiago en unas condiciones desproporcionadamente ventajosas para la empresa privada.
- Las fundaciones de Manacor (Mallorca) y Alorcón (Comunidad de Madrid), gestionadas ambas por el INSALUD, no han presentado públicamente y difundido los resultados de su gestión. Al contrario, ha sido el Tribunal de cuentas el que ha detectado y hecho públicas la existencia de irregularidades contables en dichas fundaciones.
- Catalunya es la Comunidad Autónoma donde existe mayor experiencia en distintas fórmulas de gestión de centros sanitarios. Dispone, desde hace muchos años, de una red de hospitales comarcales gestionados por Consorcios; en los últimos 5 años se han iniciado diversas experiencias de gestión en unos 30 EAP: la mayoría de ellos son gestionados por centros hospitalarios y sólo 2 por Equipos de profesionales de Base Asociativa (EBA). No se han demostrado mejoras significativas en los resultados obtenidos por estos EAP y otros similares gestionados por el ICS (*Institut Català de la Salut*, correspondiente al Insalud). En los EAP gestionados por hospitales ni siquiera ha mejorado la coordinación entre estos y los

profesionales de AP, produciéndose una situación de dependencia y subsidiariedad de los EAP respecto a los hospitales, que es incluso reconocida y manifestada con preocupación por responsables de la Administración Sanitaria. Por otra parte, Catalunya tiene un notable retraso en la Reforma de la Atención Primaria y su gasto sanitario por habitante es el más elevado del Estado español, sin ofrecer resultados (nivel de salud, prestaciones, calidad de los servicios, satisfacción de los usuarios, satisfacción profesional, etc.) distintos a los de las demás autonomías.

- La reforma realizada en Gran Bretaña por Margaret Thatcher -con propuestas similares a las que ahora se proponen aquí: mercado interno, desarrollo de la competencia-, produjo desigualdades en el trato que recibían los enfermos, enfrentamiento entre los médicos, los *general practitioner* entre sí y de éstos con los hospitales, así como una enorme elevación de los costes internos, que se consideraron "insostenibles".
- Resulta, además, chocante que se esté buscando la eficiencia mediante la ruptura de la red sanitaria pública en múltiples microempresas, cuando la tendencia en el sector privado es hacia la concentración empresarial y el reforzamiento de las macroestructuras, no hacia la fragmentación. En ellas, en todo caso, se dota a las distintas unidades o secciones de la suficiente autonomía para que se adapten a su entorno, ofrezcan mejores servicios y resulten más eficientes.

B) ¿Se ha hecho pilotaje?

No se ha realizado ningún proyecto piloto. La búsqueda de mejoras en la gestión es siempre encomiable. Siendo los recursos escasos, insuficientes por naturaleza, el afán por mejorar la eficiencia del SNS constituye un deber moral de los gobernantes. Pero el proceso seguido con la implantación de las Fundaciones es como tirarse a la piscina sin comprobar si hay agua. Se pretende su implantación masiva sin previos ensayos ni siquiera simulaciones y, sobre todo, sin mostrar con claridad diáfana a los ciudadanos los resultados de las fundaciones ya en funcionamiento (las de Galicia, Alorcón, Manacor) comparados con los hospitales que no son fundaciones. Cabe concluir, según el economista Costas Lombardía, (que siempre ha defendido la necesidad de cambiar las fórmulas de gestión de nuestros servicios sanitarios) que "la razón de ser de esta nueva forma de gestión, es decir, el incremento de la eficiencia, sólo puede aceptarse como un acto de fe en el Gobierno".

Afirma dicho autor que "no faltan serios motivos para poner en cuestión, y hasta negar, la capacidad de las fundaciones públicas para añadir eficiencia al sistema: el corto margen de gestión, la ausencia de riesgo, las interferencias políticas, el traslado de competencias sanitarias a las autonomías, el ejemplo británico".

C) ¿Cómo se ha desarrollado este proceso?

La nueva fórmula de gestión supone un cambio radical para nuestro sistema sanitario. Como hemos visto, no es un simple cambio en las maneras de gestionar, representa un cambio en la titularidad de los centros, supone trocear en numerosas microempresas la red sanitaria pública y puede tener efectos secundarios importantes en la forma de atender a los ciudadanos. Una transformación de tal magnitud debería realizarse con enorme transparencia, debate previo y procurando el amplio acuerdo y apoyo de los agentes sociales y profesionales para asegurar su viabilidad y éxito. Sin embargo esto no ha sido así; valgan como muestra los dos hechos siguientes:

- Una medida legislativa de semejante calado, que permite la creación de las Fundaciones Públicas Sanitarias, se ha sustanciado a través de una enmienda a la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos Generales del Estado para 1999, presentada además por sorpresa y en el último día. De esta forma se esquivó cualquier posibilidad de debate parlamentario sobre una modificación tan importante para la Sanidad Pública.
- El Reglamento sobre las nuevas formas de gestión fue publicado en el BOE sin el consenso de los grupos parlamentarios, sin haber conseguido el apoyo mayoritario de las fuerzas sindicales y después de haber mantenido serias controversias con la OMC, que también mostró su rechazo a esta propuesta.

D) ¿Quién se beneficia?

A nuestro entender, la creación de Fundaciones Sanitarias no va a beneficiar a los ciudadanos ni a la mayoría de profesionales del sistema sanitario público español. Probablemente van a ser otros actores quienes van a obtener beneficios de la nueva fórmula de gestión. Veamos algunos:

- Gana el presidente del Insalud (y sus equivalentes en las autonomías) que acumulará sobre su persona, como presidente del Consejo de Gobierno

de las Fundaciones Públicas Sanitarias, la posibilidad de efectuar nombramientos y efectuar contratos con empresas proveedoras. Esto, junto con la ausencia de los controles parlamentarios hoy existentes, permitirá al gobierno central y autonómicos construir una red clientelar con dinero público.

- Ganan los gerentes y demás personal de los servicios de gestión. Verán fortalecida su posición, ya que se posibilita la concentración de funciones en el gerente quien, a su vez, nombra personalmente a los miembros de la comisión directiva y forma parte de todas las comisiones de asesoramiento. Algunos gerentes, directivos y economistas son entusiastas defensores de este modelo, que mejora notablemente su posición laboral y económica.
- Ganan las grandes compañías nacionales e internacionales del sector sanitario, que esperan acceder a una parte de los cuatro billones del gasto sanitario público. La poca experiencia de que disponemos, nos habla de una merma en el control público y una fácil subcontratación de servicios, que puede representar una silenciosa y lenta "privatización", aún cuando formalmente la entidad gestora (la Fundación Sanitaria) no sea estrictamente privada. La "externalización", la subcontratación de servicios con algunas empresas privadas serán algunos de los mecanismos que permitirán crear parcelas de negocio con el dinero destinado a la sanidad en este país.

5 EFECTOS SECUNDARIOS

Desde la óptica de la Atención Primaria el desarrollo y la implantación masiva del modelo de las fundaciones presenta una serie de riesgos para el propio SNS, para los profesionales sanitarios y para los usuarios que nos hace mostrar una especial cautela ante su implementación.

- Se perpetúa el hospitalocentrismo. Las fundaciones están pensadas para el hospital y relegan a la atención primaria a una situación de subsidiariedad ya repetidamente denunciada. La previsión es que las Fundaciones se creen a nivel de Área Sanitaria, contando con crear más de una si existen varios hospitales: esto quiere decir que las ZBS o no participarían de la nueva fórmula de gestión, o quedarían englobadas dentro de la Fundación de un área (donde predominaría el peso del hospital) o dependerían directamente de la Fundación del hospital de referencia. Esta última posibilidad, la peor para el papel de puerta de entrada o agencia sanitaria de la APS ya cuenta con experiencias negativas en Catalunya (EAP gestionados por Consorcios sanitarios hospitalarios).
- La fragmentación del SNS en múltiples microempresas, que además compiten entre ellas por un "mercado sanitario" puede tener efectos perniciosos sobre la equidad en la distribución de los recursos y, sin duda, supondrá un lastre insuperable para la coordinación y planificación global del sistema sanitario público, con la consiguiente repercusión en la calidad global.
- La creación de las Fundaciones supondrá un importante incremento de los costes administrativos. En Gran Bretaña, según el informe del Libro Blanco, la introducción del mercado y la competencia habían disparado los gastos administrativos, que se consideraban insostenibles, desviando recursos desde la asistencia, y habían instaurado una manera de gestión de los centros caracterizada por el secretismo, la búsqueda de beneficios y la ausencia de control de la población sobre las decisiones.

6 CONCLUSIONES

- Como ya hemos comentado, la gestión por parte de múltiples Fundaciones Sanitarias parece incoherente con la eficiencia que se dice perseguir, pues impide las ventajas de la economía de escala: no hay más que ver que las empresas privadas están buscando su eficacia y eficiencia en las fusiones y el tamaño. Además, la fragmentación produciría una hipertrofia de los procesos administrativos que, justamente, deberíamos minimizar.
- Aunque no se puede hablar de un proceso de privatización, sí parece claro que las Fundaciones provocan un incremento notable de las "externalizaciones" en la provisión de diversos servicios mediante la subcontratación con empresas privadas. Podrían convertirse las Fundaciones en Patronatos destinados a concertar servicios con empresas privadas. Además, se permite enajenar su patrimonio, que procede de la Seguridad social y que ha sido sufragado con las cuotas de los trabajadores y los impuestos de todos los españoles.
- La promoción de la competencia entre centros sanitarios puede impulsar mecanismos de selección adversa de pacientes. La búsqueda de buenos resultados de gestión puede provocar que algunos centros sanitarios rechacen aquellos pacientes más enfermos o los que por sus numerosos problemas de salud o características personales puedan generar mayor costo. Esto significa una seria amenaza para la equidad y para la calidad de los servicios sanitarios.
- La situación laboral del personal sanitario no cabe esperar que mejore con la creación de las Fundaciones. En las FPS se mantendrá el régimen estatutario, pero también se podrá incluir personal laboral y funcionarial. En las Fundaciones creadas acogiéndose a la Ley 30/94 (las de Galicia, Alorcón, Manacor) las condiciones laborales del personal sanitario han empeorado de manera notable:
 - Mecanismos de selección del personal que no respetan los principios de igualdad, mérito y capacidad.
 - Contrato laboral, con peores condiciones económicas que los del SNS.
 - Deterioro de las condiciones de trabajo: jornada laboral excesiva, precariedad.

Todas estas reflexiones hacen que exista poco lugar para el entusiasmo. La flexibilidad y agilidad buscadas en la gestión mediante estos mecanismos no compensa ni suprime la gran cantidad de riesgos que se corre con la puesta en marcha de las Fundaciones.

En todo caso un mínimo sentido de la cautela y la prudencia deberían obligar a no hacer experimentos de riesgo con algo tan serio como es la atención sanitaria a todos los ciudadanos. Antes de generalizar un modelo de este tipo habría que obtener una constatación previa, mediante pilotaje, de sus bondades y beneficios.

La AP tiene en estos momentos otros retos que afrontar: promover una atención centrada en el ciudadano, desarrollar y potenciar la gestión clínica, reclamar y conseguir una mejor dotación de recursos materiales y humanos, mejorar la calidad ambiental y la accesibilidad a los servicios de salud, potenciar la cartera de servicios de atención primaria, conseguir una mejora de la dotación tecnológica y agilizar las interconsultas para aumentar nuestra capacidad de resolver problemas, caminar hacia una mayor humanización de la atención a nuestros pacientes, mejorar la coordinación sociosanitaria, etc.

En este camino quedan muchas millas por andar, y para ello no son necesarias las Fundaciones, aunque sí son necesarias medidas urgentes que mejoren la autonomía de decisión de los EAP y promuevan su papel de agencia en el sistema sanitario, sin menoscabar o poner en peligro las cualidades de nuestro actual sistema sanitario público.

En cualquier caso los cambios a efectuar deben contar necesariamente con la participación real de los profesionales sanitarios. Desde esa posición podemos reafirmar la disponibilidad de la semFYC y de los médicos de familia para colaborar en la búsqueda de fórmulas que mejoren la gestión, la satisfacción de los profesionales y la atención a la población.