



# La gestión privada de los servicios sanitarios públicos: los modelos Alzira y Madrid \*

**Autor:** José Manuel López Saludas<sup>1</sup>

Profesor Asociado del Departamento de Economía y Empresa

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales

Universidad Pompeu Fabra

Profesor de Administración de Empresas y Finanzas del Instituto

“Escola de Treball” de Granollers

## Resumen

Hay unanimidad en la comunidad científica respecto a las inevitables reformas que deben emprenderse para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud (S.N.S.), pero, sin embargo, existen notables divergencias en el contenido de dichas reformas como consecuencia de los juicios de valor diferentes de las personas o instituciones que las formulan: ¿qué políticas deberían implementarse para que el S.N.S. funcionara con mayor dosis de eficacia y eficiencia y, por tanto, contribuyera a su sostenibilidad?.

---

\* Este trabajo es un resumen de una parte de la Tesis Doctoral: “Producción pública, gestión privada y eficiencia del Servicio Nacional de Salud”, dirigida por el Dr. Leopoldo Gonzalo González, Catedrático de Hacienda Pública de la UNED.

<sup>1</sup> lopezsaludas@hotmail.com

El objetivo de este trabajo es analizar las reformas innovadoras que se están llevando a cabo en España desde los años 90 y si las mismas son aplicables al conjunto del S.N.S con el propósito de que la provisión pública de los servicios sanitarios públicos sea más eficaz y eficiente.

*Palabras clave:* bienes preferentes, eficacia, eficiencia, ineficiencia, productividad, sanidad

*Private Management of Public Health Services: Alzira and Madrid models*

### **Abstract**

There is unanimity in the scientific community regarding the inevitable reforms to be undertaken in order to sustain the National Health System (NHS), however, there are notable differences in the content of these reforms as consequence of different value judgments from the persons or institutions that formulate them: what politics should be implemented in order that the S.N.S. were working with higher dose of efficiency and efficiency and, therefore, they could contribute to sustainability?

The aim of this work is to analyze the innovative reforms being carried out in Spain from the 90s and if they are applicable to the entire NHS with the intention of make the provision of public health services more effective and efficient.

*Key words:* preferential goods, efficiency, efficiency, inefficiency, productivity, health.

Recibido: 29-01-2013

Aceptado: 29-06-2013

---

## **1. INTRODUCCIÓN**

No todos los bienes y servicios que se deben producir para satisfacer las necesidades humanas son privados o públicos, ya que existen otros tipos de bienes o servicios que satisfacen necesidades preferentes (necesidades individuales y sociales, cuyo consumo genera beneficios individuales y sociales).

Los bienes y servicios que satisfacen las necesidades preferentes o meritorias se denominan bienes y servicios preferentes o de mérito<sup>2</sup> (*merit goods*).

---

<sup>2</sup> En lo sucesivo, se utilizará indistintamente las palabras bienes preferentes, mixtos o de mérito, ya que son sinónimas.

Cuando se dice que los “bienes públicos son *provistos* públicamente”, significa que son puestos a disposición de los ciudadanos y se financian<sup>3</sup> por medio del presupuesto público, siendo irrelevante si son producidos por el sector público o privado (Rosen, 2002: 59).

Toda intervención o decisión política (por ejemplo, proveer los servicios sanitarios gratuitamente a todas las personas) tienen consecuencias económicas porque implica una reasignación de los recursos. La provisión de un bien de esta naturaleza implica el conocer (deducir) cuál será la redistribución resultante y si dicho bien se producirá al menor coste posible (eficiencia).

La sanidad es un bien de mérito porque beneficia de una manera individual y divisible a quien directamente lo consume, pero también al conjunto de la sociedad de forma indivisible. La administración de una vacuna antigripal beneficia de forma directa y divisible a la persona que la recibe, quien queda inmune frente a la enfermedad, y este mismo beneficio personal constituye a su vez un beneficio social o colectivo (indivisible), desde el momento en que la persona vacunada deja de ser potencial transmisora de la epidemia. La naturaleza de la sanidad como un bien de mérito (es un bien público y privado al mismo tiempo) implica importantes consecuencias de carácter económico-financiero. La producción de los servicios sanitarios no tiene por qué ser exclusivamente pública ni privada y, en el primero de ambos supuestos, caben perfectamente fórmulas de cofinanciación (privada y pública) al margen de la oportunidad de las mismas desde el punto de vista político (Gonzalo y González, 2008: 111-113).

En relación con lo anterior, el sistema sanitario español tiene problemas similares al resto de los países de la OCDE, ya que los gastos sanitarios totales han aumentado considerablemente en los últimos años (relación de dichos gastos con respecto al PIB), pero dicha tendencia alcista, si no se abordan reformas profundas, a medio o largo plazo será insostenible.

Las causas de dicho incremento son, principalmente, las siguientes: a) el aumento de la esperanza de vida, b) el coste más elevado de las nuevas tecnologías médicas, c) una mayor demanda de servicios sanitarios como consecuencia de que los ciudadanos exigen más y mejores prestaciones (están mejor informados), d) la cobertura universal y gratuita de dichas prestaciones provoca que se demanden más servicios sanitarios de los que, desde la racionalidad económica, serían deseables, e) la demanda no puede ser atendida por la oferta, lo cual provoca que las listas de espera crezcan paulatinamente, y, por tanto, los usuarios están descontentos, f) a pesar de que el gasto sanitario por capita se haya incrementado cada año, los usuarios están descontentos con los servicios que han recibido (se-

<sup>3</sup> Cuando se dicen frases estereotipadas como “se financiación a través del presupuesto”, ello no implica necesariamente que quien recibe la prestación no pague nada (gratuito), ya que el poder político puede decidir que pague una parte (por ejemplo: las tasas universitarias, los medicamentos, etc.) o la totalidad del coste.

gún acreditan diversos estudios) y g) los servicios sanitarios son producidos mayoritariamente por el sector público (empresas de propiedad y gestión pública) y, lógicamente, la ausencia de competencia real entre dichos productores públicos de los servicios sanitarios, impide que el sistema sea eficiente.

El objetivo de este trabajo es analizar las reformas innovadoras que se están llevando a cabo en España con el propósito de que la provisión pública de los servicios sanitarios públicos sea más eficaz y eficiente. Dichas reformas innovadoras consisten, esencialmente, en que la provisión pública de los servicios sanitarios se realiza a través de concesiones administrativas al sector privado, el cual presta dichos servicios gratuitamente a los usuarios y como contraprestación recibe una prima per cápita (el modelo “Alzira” de la Comunidad Valenciana y el modelo “Madrid” de la Comunidad de Madrid). Asimismo, desde hace muchos años, existe el modelo “MUFACE”, el cual es elegido por el 85% de los funcionarios porque es más eficaz (a juicio de los funcionarios) y más eficiente para la Administración Pública que debe soportar el coste de dicha prestación sanitaria.

¿Estos modelos son más eficientes y, por consiguiente, contribuyen a la sostenibilidad del S.N.S?

## **2. LA PRODUCCIÓN DE LOS BIENES PÚBLICOS Y DE MÉRITO: ¿EMPRESAS PÚBLICAS Y/O PRIVADAS?**

Como decíamos anteriormente, la provisión pública de un bien público o de mérito no implica necesariamente que estos sean producidos por el sector público, ya que determinados servicios públicos pueden ser producidos por empresas privadas a través de diversas modalidades contractuales. Por consiguiente, se elegirá el “productor” que minimice el coste de la producción del bien público o de mérito en cuestión.

La producción pública de los bienes y servicios que satisfacen las necesidades públicas, a juicio de Musgrave (1969: 48), sólo está justificada en aquellas situaciones en las que la eficiencia económica de la empresa pública es superior a la producción privada bajo control público.

Aun cuando pudiera existir acuerdo entre los miembros del poder político respecto a la necesidad de proveer determinados bienes preferentes, no obstante, existen profundas divergencias (de naturaleza ideológica) sobre quién debe producir dichos bienes. Es decir, ¿la producción debe ser a través de empresas públicas o privadas?

Hay una opinión o pensamiento ideológico que hace hincapié en la necesaria intervención del Estado en la economía y, en consecuencia, consideran que los bienes preferentes los deben producir las empresas (públicas) del Estado. Para fundamentar dicha tesis, continuamente apelan, explícita o implícitamente, a

la mayor calidad del servicio que prestan las empresas públicas, entre otras razones, porque no aspiran a conseguir beneficios y sirven con mayor objetividad a la comunidad. Las huelgas y manifestaciones que se han realizado en el mes de noviembre y diciembre del año pasado, apelan a los eslóganes: “defendamos la sanidad pública”, “la sanidad no es un negocio”, etc.

Sin embargo, existe otra opinión o corriente de pensamiento contrario a la anterior, la cual hace hincapié en la minimización de costes como criterio de elección (producirán dichos bienes las empresas más eficientes), sin obviar la calidad mínima exigible en la producción de cualquier bien preferente. La calidad que el Estado exige en la producción de un bien preferente a la empresa productora (pública o privada) se puede regular en un contrato, en el cual se especifiquen los controles o supervisiones que debe realizar el Estado.

Un postulado esencial de la Economía Pública es la aplicación del principio de la racionalidad económica: se debe elegir el método de producción de cualquier bien público o de mérito que minimice el coste (criterio de eficiencia), sin perjuicio de la evaluación de la calidad a la que debe producirse dicho bien o servicio público (criterio de eficacia).

En resumen, la producción de un bien preferente la realizará la empresa que lo haga al menor coste posible, es decir, la empresa que sea más eficiente en la asignación de recursos, ya que “se trata de un proceso técnico y, por tanto, debe producirlos el agente económico, público o privado, que sea más eficiente” (Barea y Gómez, 1999: 78).

En España, en el período 1970-1978, el coste estimado de los servicios públicos fue un 42,6% superior al que se hubiera generado si se hubieran utilizado los mismos recursos que el sector de servicios privado. “Dicho exceso de coste es debido, en el 18,28%, a la retribución del factor trabajo y, en el 24,3%, a la mayor eficiencia en el uso de los recursos” (Valle, 1989). La metodología utilizada se conoce como “costes privados de la producción pública” (es un modelo frontera<sup>4</sup>), la cual consiste en comparar el coste<sup>5</sup> en que ha incurrido las Administraciones Públicas en producir un determinado bien o servicio con el coste de la producción que se obtendría si el bien o servicio lo realizara una empresa privada, utilizando ésta los mismos factores productivos que utilizan aquéllas. Es decir, se trata de conocer el exceso de coste en que incurre el sector público respecto al privado y este exceso se atribuye a la menor eficiencia de las Administraciones Públicas.

Las investigaciones posteriores que se han realizado utilizando la misma metodología corroboran las conclusiones del profesor V. Valle. Así por ejemplo,

<sup>4</sup> La técnica o modelo “frontera” consiste en la estimación del comportamiento óptimo o asignación óptima de los recursos productivos (en este caso, Valle toma como referencia el sector privado de cada país).

<sup>5</sup> El valor de la producción pública es el coste de producción (consumo intermedio + remuneraciones de asalariados + consumo de capital fijo).

N. Rueda estudió<sup>6</sup> el período 1996-1998 y el exceso de coste del conjunto de las Administraciones Públicas (sector público) frente al privado fue del 27,40% aproximadamente. Es decir, “en el sector público es un 27,40% más caro producir los servicios públicos que en el sector privado, bajo la hipótesis de que éste empleara para ello los mismos factores productivos de titularidad pública” (N. Rueda, 2006: 68).

La empresa privada utiliza una metodología semejante: los costes standards. Un coste standard es una estimación de lo que debería ocurrir bajo un conjunto de supuestos, es decir, es el coste medio en el que incurriremos, en condiciones normales, al producir o fabricar una unidad de un producto determinado. Si se fija el “coste standard” como punto de referencia para producir un bien o servicio, luego, a posteriori, se pueden comparar los resultados reales con el standard (“análisis de desviaciones”) y sacar conclusiones en cuanto a si lo que ha ocurrido es “bueno” o “malo” y tratar de averiguar sus causas. Si se ha incurrido en un coste (real) superior al previsto (standard), lógicamente, se ha incurrido en una desviación desfavorable o ineficiencia (Ballarin, E. y otros, 1979: 227-228).

### **3. MODELOS SANITARIOS ALTERNATIVOS A LA GESTIÓN DIRECTA DE LOS SERVICIOS REGIONALES DEL SNS: ALZIRA Y MADRID**

#### **3.1. El “modelo ALZIRA”**

El llamado “modelo ALZIRA” fue impulsado por el Gobierno de la Comunidad Valenciana a mediados de los 90, siendo Presidente de dicha Comunidad Autónoma, D. Eduardo Zaplana, y el Consejero de Sanidad de la misma, D. Rafael Blasco Castany. El “modelo ALZIRA” es un modelo de gestión sanitaria que difiere sustancialmente del modelo de producción y gestión pública.

Este modelo sanitario es un modelo mixto de colaboración público-privada, que, ante todo, garantiza la universalidad de la atención, ya que como establece la Constitución Española, “los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos” (art. 41). Además, el art. 43 otorga a los poderes públicos la competencia para organizar y tutelar la salud.

El “modelo ALZIRA” cuando se diseñó tuvo en consideración las recomendaciones del “Informe de la Comisión Abril”, especialmente en “alcanzar un mayor grado de responsabilidad de los gestores del sistema para lograr una mayor eficien-

---

<sup>6</sup> Para evaluar la eficiencia de las Administraciones Públicas existen dos tipos de estudios. Unos tienen como objetivo el conocer el grado de eficiencia de un determinado servicio público (por ejemplo, educación y sanidad) y otros son para conocer el grado de eficiencia global del conjunto de las Administraciones Públicas.

cia en el uso de los recursos humanos y materiales”, y, asimismo, en que el sistema funcione “con mayor satisfacción subjetiva” y “promover una conciencia de coste de los servicios”. La Ley 15/1997, de 25 de abril, permitió que los servicios sanitarios sean prestados por personas jurídicas privadas, siempre que se mantenga la naturaleza pública en cuanto a la responsabilidad última de la protección del servicio sanitario, es decir, la Administración mantiene la titularidad del servicio. Por tanto, además del modelo tradicional de gestión directa (los servicios sanitarios públicos son gestionados directamente por las Administraciones Públicas bajo distintas formas: Consorcio, Fundación privada, Fundación pública sanitaria, etc.) la Ley 15/1997 permite la gestión indirecta (Cooperativa, Sociedad laboral, Sociedad mercantil de titularidad privada y Fundación privada), la gestión mixta (gestión encomendada a una sociedad mixta) y otras formas de gestión (Convenio, Concierto, Concesión y Arrendamiento).

Las Concesiones<sup>7</sup> han sido un “modelo” muy utilizado en España, por ejemplo, para la construcción y explotación de autopistas (el concesionario cobra un “peaje” por la utilización de un servicio), pero, sin embargo, no se había utilizado en España para gestionar los servicios públicos sanitarios. El “modelo ALZIRA” fue la primera concesión administrativa de servicios sanitarios, la cual consistió en que el concesionario (la empresa adjudicataria) cobra de la Generalidad Valenciana una cantidad fija por cada usuario <sup>8</sup> (prima per cápita). El “modelo ALZIRA”, aunque su filosofía es muy similar al “modelo MUFACE”, según F. Martínez, se inspiró en “las teorías económicas de un profesor de Chicago”<sup>9</sup> (Martínez, F., 2007: 11-19).

La Concesión administrativa se instrumentalizó a través de un “Pliego de cláusulas administrativas particulares para la contratación de la gestión de servicios públicos por concesión mediante concurso por procedimiento abierto relativo a la asistencia sanitaria en el área de Salud de la Comunidad Valenciana”, las cuales regulan: a) elementos del contrato (régimen jurídico, objeto del contrato<sup>10</sup>, presu-

<sup>7</sup> Según el profesor Ramón Parada, “el contrato de gestión de un servicio público es aquél mediante el cual el Estado encomienda a una persona, natural o jurídica, la gestión de un servicio público.....”. Asimismo, “la concesión por la que el empresario gestionará el servicio a su riesgo y ventura, es la modalidad clásica..... El carácter público del servicio obliga, asimismo, a una constante presencia controladora de la Administración, muy superior a la que pueda estar justificada en los contratos de obra o de suministro” (pp. 355-358).

<sup>8</sup> Este tipo de Concesión es muy similar al Concierto entre Muface y las Empresas aseguradoras privadas. Así opina la empresa aseguradora DKV, ya que, a su juicio, “el Modelo Sanitario Valenciano .... básicamente consiste en la cesión temporal, desde la Administración Pública a una empresa sanitaria privada, de la gestión de todos los centros sanitarios públicos de una zona geográfica y del aseguramiento de todas las coberturas sanitarias públicas de la población con derecho a esta zona. Conceptualmente es un modelo similar al de MUFACE...”:

([http://www.dkvseguros.com/newsletterdkv/documentos/revistas/interior311\\_62.htm9](http://www.dkvseguros.com/newsletterdkv/documentos/revistas/interior311_62.htm9)).

<sup>9</sup> Se refiere a Milton Friedman.

<sup>10</sup> Dice que “el presente Pliego tiene por objeto regular la contratación de la Gestión del Servicio Público por concesión de la asistencia sanitaria integral en el Área de Salud 10 ..... El objeto contractual



puesto del contrato y existencia de crédito<sup>11</sup>, condiciones económicas<sup>12</sup>, plazo de la concesión (15 años) y de ejecución de las obras), b) licitación y forma de adjudicación (capacidad para contratar, licitación, mesa de contratación, apertura de proposiciones, propuesta de adjudicación, criterios de adjudicación, devolución de la documentación y garantía provisional), c) formalización del contrato (documento de formalización y plazo, garantía definitiva<sup>13</sup>), d) ejecución del contrato (proyecto técnico y ejecución de las obras, obligaciones del contratista y gastos exigibles respecto del plan de inversiones y de la construcción del nuevo Centro de Salud, obligaciones del contratista y gastos exigibles respecto de la Gestión del Servicio Público, abonos al Contratista, revisión de precios, incumplimiento de los plazos y penalidades, subcontratación y cesión, resolución del contrato, reversión, órganos de control, jurisdicción y recursos).

El Pliego de Condiciones Administrativas del “modelo ALZIRA” (37 páginas), regula exhaustivamente la “licitación” (empresas que pueden realizar “propuestas o proposiciones” y criterios para la adjudicación de la concesión) y los derechos obligaciones de las partes (la Generalidad Valenciana y la empresa concesionaria o adjudicataria) y, es un “modelo” de relación contractual que ha servido de fundamento a todas las demás concesiones administrativas, tanto en la Comunidad Valenciana como la Madrileña. Por tanto, dada la trascendencia que este Pliego ha tenido y, previsiblemente, tendrá en las sucesivas concesiones sanitarias, a nuestro juicio, es conveniente comentar algunas cláusulas de dicho Pliego:

- 1<sup>a</sup>. El precio se establece sobre “bases capitativas”, es decir, se fija una prima por persona y año (379 € para el año 2.003). Dicho precio incluye los costes de prestación de la asistencia sanitaria, así como los costes de la construcción y financiación del nuevo Centro de Salud, así como las inversiones, tanto en asistencia especializada como en atención primaria. Asimismo, la empresa concesionaria se compromete al mantenimiento de dichas inversiones, así como las ya existentes en todos los centros sanita-

---

comprende la prestación de los servicios de Atención Primaria y Asistencia sanitaria Especializada, tanto hospitalaria como ambulatoria, de acuerdo con el catálogo básico de servicios incluido en el anexo I del Real Decreto 63/1995 de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud y demás disposiciones aplicables. El concesionario no asumirá las prestaciones de Farmacia y Oxigenoterapia, ni será de su cuenta el coste de las Prótesis y el Transporte Sanitario. ... El concesionario se obliga a la construcción de un nuevo Centro de Salud en Alzira...

<sup>11</sup> Dice: el importe del presupuesto de licitación formulado por la Administración asciende a 379 euros por persona para el año 2.003.

<sup>12</sup> Se establece un “Incentivo por ahorro en la prestación ambulatoria de farmacia”, el cual consiste en que si el concesionario genera un gasto menor que la media, recibirá un 30% del ahorro generado.

<sup>13</sup> Dice: “El adjudicatario está obligado a construir la garantía definitiva por un importe de 10.000.000 euros”.

rios dependientes de la “concesión” y, por supuesto, la empresa concesionaria sufragará el coste del personal dependiente de la Consejería de salud que presta sus servicios en centros gestionados por la empresa concesionaria. (cláusula 4<sup>a</sup>. 1 y 2).

Los “procesos y actos médicos” realizados por centros dependientes de la Consejería de Sanidad (por ejemplo, una intervención quirúrgica realizada en un Hospital público de Castellón a una persona “protegida” que está adscrita al Área objeto de la concesión), se facturarán al concesionario y, de forma recíproca, el concesionario facturará a la Consejería de Sanidad los servicios sanitarios prestados a los pacientes que no pertenecen a la población “protegida” del Área de la concesión administrativa. En la facturación “intercentros”, el coeficiente de “transferencia de servicios” será para la empresa concesionaria igual o inferior a 0,85, es decir, cuando la Consejería facture a la empresa concesionaria por cada “proceso o acto médico” que ha realizado, lo hará de acuerdo con el precio estipulado<sup>14</sup>, pero, sin embargo, cuando la empresa concesionaria facture a la Consejería, dicho precio será el 85 % o incluso menor (cláusula 4<sup>a</sup>. 6).

2<sup>a</sup>. Se limita la rentabilidad que se pueda obtener por la concesión, es decir, la Tasa Interna de Rentabilidad (T.I.R.) sobre la inversión realizada por la empresa concesionaria no podrá ser superior al 7,5 % anual, teniendo en consideración la duración de la concesión. El cálculo de la T.I.R. la realizará la empresa concesionaria de acuerdo con los cash-flows<sup>15</sup> previstos para cada año de la concesión, pero, dicho cálculo requerirá de la aprobación de la Consejería de Sanidad. Un auditor externo (nombrado por consenso entre la Administración y la empresa concesionaria) revisará cada cinco años la rentabilidad conseguida por el concesionario en ese período, y las variaciones de rentabilidad (T.I.R.) que hubiere se ajustarán mediante la programación de inversiones (cláusula 4<sup>a</sup>. 9).

3<sup>a</sup>. Se establece como fórmula de actualización de la prima per cápita “su referencia con el crecimiento anual del presupuesto sanitario expresado en los Presupuestos de la Generalidad Valenciana”. Por tanto, hay que calcular el “presupuesto capitativo anual”<sup>16</sup>, cuyo dato sirve de índice para el cálculo de la prima. “El resultado de la aplicación de la fórmula de actualización del precio prevista, en ningún caso podrá ser inferior a la actualización en

<sup>14</sup> Regulado por la Ley de Tasas y Precios Públicos de la Comunidad Valenciana.

<sup>15</sup> El cash-flow positivo es el beneficio neto (beneficio bruto menos impuesto de sociedades) más todas las dotaciones (amortizaciones y fondo de reversión). El cash-flow negativo son las inversiones.

<sup>16</sup> Es la cantidad resultante de dividir el “Presupuesto de asistencia sanitaria de la Generalidad Valenciana” entre la “Población de derecho de la Comunidad Valenciana”. El “Presupuesto de asistencia sanitaria” incluye: “Atención Primaria”, “Asistencia Especializada”, “Prestaciones externas, exceptuando Oxigenoterapia y Servicios de Ambulancias” y “Atención Socio-sanitaria y Salud Mental”.

- función del IPC, ni superior al porcentaje de incremento anual del Gasto sanitario público consolidado del Estado para dicho ejercicio (cláusula 19<sup>a</sup>).
- 4<sup>a</sup>. “Finalizado el plazo de la concesión el servicio revertirá a la Administración, así como la propiedad libre de cargas del hospital y todo su equipamiento. El adjudicatario entregará el edificio, instalaciones y equipamiento a que este contrato le obliga, en el estado de conservación y funcionamiento adecuados. Igualmente revertirán en las mismas condiciones el resto de centros y equipamientos gestionados por el concesionario, así como todas las inversiones realizadas por el mismo, de acuerdo con los programas aprobados por la Consejería de Sanidad” (cláusula 23<sup>a</sup>).
- 5<sup>a</sup>. Las cuestiones litigiosas sobre la interpretación, modificación, resolución y efectos administrativos que puedan surgir entre las partes, se dirimirán en la Jurisdicción Contencioso-Administrativa (cláusula 25<sup>a</sup>).

El “modelo ALZIRA” fue la primera experiencia en España que tuvo como objetivo el “desburocratizar” el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos en aras de la eficacia y la eficiencia, es decir, aumentar el grado de satisfacción de los usuarios y, a la vez, hacerlo más económico. Hay una clara separación entre el agente “financiador” (la Generalidad Valenciana) y el agente “productor” (la empresa adjudicataria). Además, las prestaciones sanitarias que realiza la empresa adjudicataria a los ciudadanos son gratuitas. La Administración controla permanente a la empresa concesionaria a través de un funcionario de la Consejería de Sanidad (el Comisionado de la Consejería de Sanidad<sup>17</sup>). Todas las construcciones y reformas que preveía la concesión (por ejemplo, la construcción del Hospital La Ribera) son sufragadas por la empresa adjudicataria, pero, cuando finalice la concesión, aquéllas revertirán íntegramente a la Generalidad Valenciana. Además, la prima capitativa inicial fue sustancialmente inferior al coste medio por cada ciudadano de la Comunidad Valenciana, lo cual obligaba a prestar mejores servicios (aumentar el grado de satisfacción de los usuarios) y ser más eficientes (producir, aproximadamente, a un coste inferior al 30% del coste de la “producción pública directa”). Además, era la primera vez en España que, trabajadores

---

<sup>17</sup> Las funciones del funcionario que ejerce la representación de la Consejería como comisionado en el Hospital de La Ribera y centros dependientes, entre otras, son: a) controlar, aceptar y denegar las propuestas de ingreso programado de los enfermos no pertenecientes a la población de referencia, b) recibir las sugerencias, quejas y reclamaciones de los usuarios del Hospital, informando a éste., c) solicitar y recibir las estadísticas de actividad que considere necesarias, con numeración de los pacientes pendientes de atención de cada una de las especialidades, d) vigilar la conservación de las obras del equipamiento sanitario de cualquier naturaleza, e) ejercer la jefatura orgánica del personal dependiente de la Consejería en los centros gestionados por el concesionario, f) verificar y, en su caso, devolver la facturación del concesionario por los actos médicos realizados a pacientes no correspondientes a la población protegida por el contrato, g) comprobar la veracidad de la facturación de pacientes ajenos a la población protegida por el contrato, dando conformidad a la misma.

estatutarios (funcionarios de la Comunidad Valenciana) y trabajadores laborales (contratados por la empresa adjudicataria) realizaban o prestaban los mismos servicios sanitarios. Las localidades de Alzira y de Sueca contaban con un centro de especialidades que fueron absorbidos por el Hospital de La Ribera, incluido su personal. La mayoría de los facultativos decidieron integrarse en la estructura de la empresa y firmar un contrato laboral. Por el contrario, un elevado porcentaje de los profesionales de enfermería decidieron mantener su condición de estatutarios, aunque incorporados funcionalmente a la plantilla del Hospital de La Ribera. La implantación de un sistema retributivo por objetivos, contribuyó decisivamente a aumentar la productividad con respecto a la “producción pública directa” y, asimismo, a mejorar la calidad. Por tanto, se pudo demostrar, por la vía de los hechos, que las críticas mordaces contra el “modelo ALZIRA” eran infundadas. La estrategia que permitió el éxito del “modelo”, consistió, principalmente en posicionarse<sup>18</sup> en la mente de los ciudadanos como la primera o la mejor alternativa para dar solución a cualquier problema de salud y, para ello, era necesario diferenciarse (positivamente) del modelo de gestión pública (de Rosa, A., 2007: 23-34).

La estrategia competitiva que permitió la diferenciación consistió, principalmente, en:

- a) El Hospital de La Ribera ofreció una amplia cartera de servicios (casi todas las especialidades médicas y quirúrgicas), la cual era superior a la de cualquier hospital público de sus dimensiones. El objetivo era la “fidelización” (evitar la fuga de pacientes).
- b) Un factor esencial de la diferenciación fue que todas las habitaciones del hospital eran individuales, con todo tipo de comodidades para el paciente como para el acompañante (el objetivo era lograr un alto grado de satisfacción del paciente).
- c) Ser innovadores<sup>19</sup> con respecto a la “producción pública directa”, es decir, simplificar los procesos, ampliar los horarios de atención sanitaria (desde las 8 hasta las 22 h), facilidad para conseguir cita, planificar los recursos humanos y materiales para evitar las listas de espera, a través de la reasignación de recursos (se asignan más recursos a quien más lo necesita).

Aplicando esta “filosofía” o estrategia empresarial, el Hospital de La Ribera, desde su creación, ha sido distinguido en varias ocasiones como el mejor Gran Hos-

<sup>18</sup> El posicionamiento es una herramienta del marketing que consiste en conseguir que los usuarios “perciban” los servicios que presta la empresa de una determinada forma, es decir, cada empresa debe preguntarse: ¿cómo queremos ser vistos o percibidos por los usuarios?. Se suele decir en los manuales de Marketing algo parecido a lo siguiente: Si se consigue que los usuarios nos perciban como queremos, podemos decir, que “hemos dado en el clavo”.

<sup>19</sup> La innovación es cambiar la forma de hacer las cosas con el fin de mejorar el resultado final.

pital General de España y, además, ha conseguido que los usuarios “perciban” que el Hospital de La Ribera presta servicios de “calidad”. Cuanto mayor sea la calidad “percibida”, mayor será el grado de satisfacción de los usuarios. Hay que tener en consideración que la producción de un hospital es intrínsecamente difícil de definir, ya que es un servicio menos tangible que cualquier otro bien: únicamente puede ser experimentado u observado en tiempo real. Según diversos estudios realizados por empresas externas, los índices de satisfacción global del “modelo ALZIRA” son elevados, “donde el 91 % de los encuestados se declara satisfecho o muy satisfecho, y un índice global de fidelidad del 92 %” (Quirós, T., 2007: 55-61 y Delgado S., 2007: 63-74). Asimismo, el 94 % desconoce el modelo de gestión del hospital (De Rosa, A)<sup>20</sup>.

Ahora bien, si bien es cierto que el modelo es eficaz y está en constante expansión, sin embargo, ¿es eficiente con respecto a otros modelos de gestión de los servicios sanitarios públicos?

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Prima capitativa global de la Consejería de sanidad (1)	547 €	606 €	660 €	714 €	781 €	812 €	825 €
Prima capitativa del "modelo ALZIRA"	413 €	455 €	495 €	535 €	572 €	598 €	607 €
Proporcionalidad ( prima "modelo ALZIRA / prima Consejería	75,5%	75,1%	75,0%	74,9%	73,2%	73,6%	73,6%
Ineficiencia (exceso coste "Consejería Sanidad" respecto a la concesión "modelo ALZIRA")	32,45%	33,19%	33,33%	33,46%	36,54%	35,79%	35,91%

(1) Sin incluir: farmacia, prótesis, oxigenoterapia, transporte sanitario e inversiones

Fuente: elaboración propia con datos de la Consejería de Sanidad de la Generalidad Valenciana

Aunque no está reflejado el ahorro en medicamentos que le reporta a la Consejería de Salud como consecuencia de los “incentivos” establecidos contractualmente, es evidente que el “modelo ALZIRA” es más eficiente que la “producción pública y gestión directa” del Servicio Regional Valenciano, ya que éste es ineficiente en torno al 35 % con respecto al “modelo ALZIRA”. Lógicamente, este modelo se ha expandido a otras Áreas de la Comunidad Valenciana (Torrevieja, Denia, Manises y Elche) y a otras CC.AA. (principalmente, en la Comunidad de Madrid).

<sup>20</sup> <http://d14aafm5ckv3lj.cloudfront.net/n132/entrevista.pdf>

En todas las concesiones que se han realizado en la Comunidad Valenciana, en el accionariado de la empresa adjudicataria siempre existe una empresa aseguradora privada<sup>21</sup>: Adeslas (Alzira), DKV (Denia), Asisa (Torrevieja y Elche) y Sanitas (Manises). Es necesario resaltar la concesión que se otorgó en Denia<sup>22</sup>, la cual consistió en “la concesión integral de atención sanitaria” (como en Alzira y el resto), pero, sin embargo, se hizo en un Área sanitaria en la que ya existía un Hospital en funcionamiento. Por consiguiente, la novedad en la “concesión de Denia” consistió en la transformación<sup>23</sup> de las organizaciones de los servicios sanitarios públicos (de modelos burocráticos de gestión pública a modelos empresariales). Dicha concesión fue adjudicada a Marina Salud, SA (65% de DKV y 35% Ribera Salud). La gestión consistió en asumir toda la red sanitaria pública<sup>24</sup> (centros de salud, ambulatorio de especialidades, hospital actual, etc.), así como el personal que prestaba los servicios. El personal que tenía la condición de funcionario se adscribió con dependencia funcional al centro en el que prestaba los servicios y el personal contratado laboralmente (o interinos) pasaron a formar parte de la plantilla de la empresa adjudicataria. Al igual que las concesiones de Alzira y Torrevieja, la empresa adjudicataria asumió todos los costes de funcionamiento de la red sanitaria, excepto: prótesis, transporte sanitario, oxigenoterapia domiciliaria y prestación farmacéutica extrahospitalaria (Campoy, L. y Santacreu, J., 2008: 297-321).

### 3.2. El “modelo MADRID”

Aunque es, a nuestro juicio, muy similar al “modelo ALZIRA”, tiene algunas peculiaridades, lo cual permite que se le considere como otra forma de “colaboración público-privada” en el sector sanitario.

El “modelo Madrid” consiste en dos submodelos:

- a) “**Modelo VALDEMORO**”. Es similar al “modelo ALZIRA”, pero la concesión administrativa es sólo para los servicios hospitalarios y especializados

---

<sup>21</sup> Además de una aseguradora, en todas las concesiones participa la empresa Ribera Salud (50% del capital es de la CAM y el otro 50% de Bancaja), la cual es una empresa especializada en la gestión sanitaria. Dicha empresa se creó en 1997 para desarrollar iniciativas sanitarias de colaboración público-privadas.

<sup>22</sup> Fue la tercera concesión que se otorgó en la Comunidad Valenciana por un importe de 570 € (para el año 2008). Las anteriores concesiones fueron Alzira (1997) y Torrevieja (2003).

<sup>23</sup> La empresa adjudicataria se comprometió a: a) adaptar el viejo hospital de Denia como centro de cuidados para la tercera edad, b) construir un nuevo hospital en Denia (280 camas y 42.500 metros cuadrados), c) adaptar el centro ambulatorio de Denia y d) gestionar todos los servicios de la sanidad pública: 12 Centros de salud, 12 Consultorías auxiliares, 3 Centros integrales de salud y 1 Hospital de Denia.

<sup>24</sup> La empresa adjudicataria paga un canon por el uso de la infraestructura sanitaria pública que se cede.

(excluidos los trasplantes, oxigenoterapia y transporte sanitario), es decir, no incluye la asistencia primaria.

Bajo esta modalidad se han otorgado las concesiones administrativas de la Gestión del servicio público “Atención sanitaria especializada” de diversas zonas geográficas y a diversas empresas: “Valdemoro” (Capio), “Torrejón de Ardoz” (Rivera Salud y Asisa), “Móstoles” (Capio) y “Collado Villalba” (Capio). La primera concesión que se otorgó fue la de “Valdemoro” (año 2005) y licitaron por la Gestión del servicio sanitario diversas empresas: Adeslas-Ribera Salud, Sanitas y Capio, las cuales ofrecieron una prima per cápita anual por prestar el servicio sanitario de 397 €, 447 € y 330 €, respectivamente<sup>25</sup>. La concesión, obviamente, fue adjudicada a la empresa Capio y ofreció la posibilidad de que los funcionarios del Servicio Madrileño de Salud pudiesen escoger entre incorporarse a la empresa adjudicataria (recibirían incentivos por productividad) o bien seguir manteniendo la condición de funcionario.

Por ejemplo, en la concesión de “Collado Villalba”<sup>26</sup> licitaron (año 2010) varias empresas (el Grupo Capio y Ribera Salud - Adeslas). Dicha licitación consistió (objeto del contrato) en la “prestación del servicio público de atención sanitaria especializada correspondiente a la población protegida de los municipios de...” y en “la redacción del proyecto de construcción y la ejecución de las obras del Nuevo Hospital de Collado Villalba”. Además, los licitadores debieron acreditar su solvencia para hacer frente a inversiones de más de 100.000.000 euros. Respecto al “Pliego de Cláusulas Administrativas” que regulan la Gestión de la atención sanitaria especializada, dichas cláusulas son muy similares a las del “modelo ALZIRA”, es decir: a) los criterios objetivos de licitación, b) adjudicación y formalización del contrato, c) ejecución del contrato, d) derechos y obligaciones del contrato y e) extinción del contrato. En definitiva, cada licitador debe presentar una “documentación técnica” y una “proposición económica” y, el “órgano de contratación adjudica el contrato al licitador que, en su conjunto, presente la oferta económicamente más ventajosa, mediante la aplicación de los criterios objetivos establecidos...” (cláusula 16).

---

<sup>25</sup> [http://www.cincodias.com/articulo/empresas/sueca-capio-gana-primer-hospital-privado-madrid/20051201cdsdiemp\\_6/](http://www.cincodias.com/articulo/empresas/sueca-capio-gana-primer-hospital-privado-madrid/20051201cdsdiemp_6/)

<sup>26</sup> Aunque dicha concesión se le conoce como “Collado Villalba”, en realidad, la Gestión de los servicios sanitarios son también para los municipios de Alpedrete, Moralarzal, Cercedilla, Navacerrada, Los Molinos, Becerril de la Sierra y Collado-Mediano. La población asignada por la concesión asciende, aproximadamente, a 110.000 personas y la inversión prevista para la construcción del Hospital a 108 millones de euros.



La Gestión del servicio público se adjudicó a la empresa sueca Capiro<sup>27</sup> por una prima per cápita anual de 580 €<sup>28</sup>. (se excluyen los trasplantes, oxigenoterapia y transporte sanitario). El porcentaje medio de los servicios hospitalarios y especialidades del conjunto de las CC.AA. en 2.009, según el Ministerio de Sanidad, fue un 57,08% (817,23 €/persona) del gasto sanitario público total de las CC.AA. (1.431,74 €, año 2.009). Por tanto, el coste de la concesión a Capiro es el 71%<sup>29</sup> del coste de producción pública directa, o dicho en otros términos, el sector público es ineficiente (exceso de coste) con respecto al Grupo Capiro en el 41%<sup>30</sup> (falta “ajustarlo” por el factor de los trasplantes<sup>31</sup>).

Los coeficientes de facturación intercentros son: 0,8 para los desplazados de otras zonas a Valdemoro y 1<sup>32</sup> para los desplazados de Valdemoro a centros sanitarios públicos.

- b) “**Modelo MAJADAHONDA**”. Consiste en un método de financiación de las infraestructuras sanitarias (PFI = Project Financial Initiatives). Es un “Contrato de concesión de obra pública” en virtud del cual la empresa adjudicataria construye y financia una infraestructura (por ejemplo, un hospital) y como contraprestación la Comunidad de Madrid paga un canon por el uso de la misma durante la vigencia de la concesión. Cuando finaliza la concesión (30 años), la obra revierte a la Comunidad sin derecho a contraprestación.

<sup>27</sup> La multinacional sueca también gestiona la Clínica de la Concepción (Fundación Jiménez Díaz). La empresa sueca gestiona centros sanitarios en Reino Unido, Francia, Suecia, Noruega, Dinamarca, Finlandia y Suiza. El Grupo Capiro compró, en el año 2005, la empresa Ibérica de Diagnóstico Cirugía por importe de 330 millones. Asimismo, gestiona la Fundación Jiménez Díaz. Capiro Sanidad son líderes en la prestación de servicios sanitarios, cuya dotación asistencial asciende a 1.451 camas y un equipo humano formado por más de 6.300 profesionales en 25 centros (<http://www.capiosanidad.es/carta-ceo.jsp>).

<sup>28</sup> La otra empresa (Ribera Salud) que compitió por la adjudicación ofreció 640 € por prestar los servicios sanitarios objeto de la concesión.

<sup>29</sup>  $(580/817,23 * 100) = 70,97 \%$

<sup>30</sup>  $((817,23 - 580) / 580) = 40,90 \%$

<sup>31</sup> No disponemos de datos respecto al coste medio de un trasplante, pero, no obstante, se puede realizar una estimación del coste medio per cápita a partir de los datos que proporciona la página web de la Organización Nacional de Trasplantes. El número de trasplantes realizados en el 2.011 fueron: renales (2.230), hepáticos (1.085), cardíacos (260), pulmón (166), páncreas (84), intestino (8). Por tanto, el número total asciende a 3.883, lo cual representa 8,12 personas por cada 100.000 ( $3.883 * 100.000 / 47.150.819$ ). Asimismo, si estimamos un coste medio por trasplante de 1 millón de euros, lo que representa per cápita asciende a 81,29 € ( $3.883 * 1.000.000 / 47.150.819$ ).

<sup>32</sup> En algunos casos y/o concesiones, este coeficiente puede llegar a ser el 1,20, como dijo el ex Consejero D. Juan José Güemes: “En caso contrario –continuó– cualquier paciente que quiera ser atendido en otro hospital puede hacerlo y es la concesionaria la que tiene que retribuir al sistema madrileño de salud con un 120 por ciento del coste del proceso”. [http://terranoticias.terra.es/sociedad/articulo/consejero\\_sanidad\\_madrid\\_2503483.htm](http://terranoticias.terra.es/sociedad/articulo/consejero_sanidad_madrid_2503483.htm).



La empresa adjudicataria también presta los servicios no sanitarios<sup>33</sup> (mantenimiento, gestión de residuos, lavandería, archivo de documentación clínica, esterilización, restauración, etc.) y también como contraprestación recibe un canon.

Por tanto, es un modelo de gestión privada de los servicios no sanitarios y de gestión pública de los servicios sanitarios<sup>34</sup>. A juicio de C. Navarro<sup>35</sup>, “la Comunidad de Madrid está implantando nuevas formas de gestión de sus servicios (no sanitarios) para mejorar su calidad y su eficiencia. Y así, hemos construido ocho hospitales mediante el modelo de colaboración público-privada PFI, que permiten aplicar criterios de gestión privada a servicios públicos financiados con recursos públicos. Las ventajas de este modelo, a nuestro juicio, son evidentes. Por un lado, la disponibilidad inmediata que tienen las inversiones. Otra de las ventajas es la eficiencia económica, ya que se aprovecha la experiencia que tiene el sector privado en la prestación de servicios como lavandería, restauración o limpieza. Y así se produce una transferencia de riesgos al concesionario... y la obra pública debe revertir al término de la concesión, en nuestro caso 30 años, en condiciones óptimas de utilización...”.

Los hospitales que se han construido bajo esta modalidad son: Infanta Sofía/San Sebastian de los Reyes, Henares/Colsada, Infanta Leonor/Vallecas, Sureste/Arganda del Rey, Tajo/Aranjuez, Infanta Cristina/Parla, Puerta del Hierro/Majadahonda (así como el de Majadahonda).

La construcción y apertura de estos hospitales ha descongestionado los Grandes Hospitales (Gregorio Marañón, 12 de Octubre, La Princesa, Getafe y La Paz). El resto de los Hospitales de Madrid son de gestión directa. Dicha gestión directa se ha transformado, ya que muchos servicios se han externalizado (limpieza, jardinería, repografía, servicio alimentación pacientes, archivo historias clínicas, mantenimiento instalaciones, electromedicina, ...). En definitiva: la financiación, la prestación y la gestión de los servicios sanitarios es pública, pero la gestión de los servicios no sanitarios es privada. Un ejemplo de este proceso de evolución del modelo de gestión directa es el Hospital Doce de Octubre.

A pesar de que, según la Comunidad de Madrid, el grado de satisfacción global de los usuarios de los hospitales del modelo Valdemoro y Majadahonda es similar al de los usuarios de los hospitales de gestión directa, no obstante, como hemos podido constatar en los últimos meses, existe una fuerte oposición de los profesionales sanitarios respecto a la privatización de la gestión del resto de los hospitales

<sup>33</sup> Unas concesiones similares se han adjudicado en Palma de Mallorca, Burgos, Vigo y Pontevedra.

<sup>34</sup> Infraestructuras Sanitarias Comunidad de Madrid 2004-2011: [www.cerclinefraestructuras.cat/files/juan.guemes.ppt](http://www.cerclinefraestructuras.cat/files/juan.guemes.ppt)

<sup>35</sup> Directora General de Gestión Económica y Compras de Productos Farmacéuticos y Sanitarios de la Comunidad de Madrid: [www.riberasalud.com/Noticia\\_Ampliada.asp?pid=5&id=24&notid=904](http://www.riberasalud.com/Noticia_Ampliada.asp?pid=5&id=24&notid=904) (23-10-2009)

públicos, ya que, a juicio de éstos, “la privatización de la sanidad” disminuye la calidad de los servicios sanitarios que se presta (prestará) a los ciudadanos.

Según la Federación de Asociaciones de Defensa de la Sanidad Pública, los modelos de colaboración público-privada y la gestión de la sanidad por empresas privadas “implican una merma en la calidad asistencial que reciben los ciudadanos y conlleva necesariamente la pérdida de miles de puestos de trabajo y como consecuencia mayor precariedad y menor calidad asistencial”<sup>36</sup>. En parecidos términos se expresan los profesionales sanitarios que se oponen a la gestión privada de los hospitales públicos, ya que, la gestión privada (modelo Alzira), “lejos de abaratar los costes, los encarece” y “puede acarrear un deterioro de calidad asistencial con una reducción de plantillas y una reordenación que conlleva un despido encubierto de interinos y eventuales”<sup>37</sup>. Según los sindicatos, “tomando como base el decremento del presupuesto destinado a salarios en 2013, se perderán unos 8.000 puestos de trabajo”<sup>38</sup>.

Según el IDIS<sup>39</sup>, la gestión privada de los hospitales públicos ahorra un 27% al erario público porque la productividad es un 37% superior a la gestión directa y, además, todos los indicadores de calidad asistencial (índice de mortalidad, complicaciones y readmisiones) son mejores en la primera. Es decir, como dice el consejero Lasquetty, “los centros de gestión privada ofrecen mejores resultados y a menor coste para el contribuyente”<sup>40</sup>.

Ahora bien, ¿son más eficientes los “modelos Madrileño y Valenciano” que otros modelos implantados otras Comunidades Autónomas, como por ejemplo, el “modelo Catalán”?

#### 4. ANÁLISIS COMPARATIVO DEL COSTE SANITARIO PÚBLICO DE DIVERSAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Como se puede constatar, en el año 2.009, el Gasto per cápita menor es la Comunidad de Madrid (1.290 €) y la de Andalucía (1.307, 96 €), a pesar de la gran diferencia en la densidad de habitantes por kilómetro cuadrado. El que la Comunidad de Madrid sea la más eficiente es atribuible, a nuestro juicio<sup>41</sup>, a las economías de escala que genera la mayor densidad de población

<sup>36</sup> *elEconomista*, 2012, n° 10, p. 5.

<sup>37</sup> Publicado el día 19/12/2012 en el periódico Público.es: <http://www.publico.es/447630/seis-razones-para-una-huelga>

<sup>38</sup> Publicado el día 26/11/2012 en *El País*: [http://ccaa.elpais.com/ccaa/2012/11/25/madrid/1353866529\\_045293.html](http://ccaa.elpais.com/ccaa/2012/11/25/madrid/1353866529_045293.html)

<sup>39</sup> Instituto para el Desarrollo y la Integración de la Sanidad

<sup>40</sup> *elEconomista*, 2012, n° 10, pp. 3-4.

<sup>41</sup> Es un análisis realizado, desde la perspectiva lógica, con la información que se dispone.

	Población total	Mutualistas emp. privadas.	Población SNS	Gasto Sanit. CC.AA (1)	Gasto per capita	Personas/Km
Andalucía	8.302.923	436.989	7.865.934	10.288.319	<b>1.307,96 €</b>	96,17
Baleares	1.095.426	33.920	1.061.506	1.379.365	<b>1.299,44 €</b>	222,98
Cataluña	7.475.420	165.213	7.310.207	10.527.040	<b>1.440,05 €</b>	234,83
Comunidad Valenciana	5.094.675	175.366	4.919.309	6.649.981	<b>1.351,81 €</b>	220,05
Comunidad de Madrid	6.386.932	344.558	6.042.374	7.797.323	<b>1.290,44 €</b>	809,00
País Vasco	2.172.175	38.712	2.133.463	3.606.720	<b>1.690,55 €</b>	301,99
Canarias	2.103.992	33.920	2.070.072	2.993.846	<b>1.446,25 €</b>	285,59

(1) en miles de euros

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Ministerio Sanidad, INE y Memoria 2009 Servicio Madrileño de Salud

y, asimismo, a la introducción paulatina, desde el año 2.003, de las diferentes modalidades de colaboración público-privada, las cuales mejoran la eficiencia respecto a la producción y gestión pública. El menor gasto per cápita de Andalucía, a nuestro juicio, puede ser atribuible (en gran parte) a lo siguiente: a) las retribuciones del personal sanitario de dicha Comunidad son inferiores<sup>42</sup> con respecto a la mayoría del resto de CC.AA., b) la ratio<sup>43</sup> de personal sanitario por habitante es inferior a la mayoría de las CC.AA. y c) hay 17 hospitales gestionados privadamente<sup>44</sup>.

Si comparamos las CC.AA. que tienen una densidad similar (200-300 habitantes/km. cuadrado), se observa que existe una gran diferencia del gasto sanitario público per capita, siendo las más eficientes la Comunidad de las Islas Baleares<sup>45</sup> (1.299,44 €) y la Comunidad Valenciana (1.351,81 €) y la menos eficiente es el País Vasco (1.690,55 €), incurriendo éste en un exceso de coste con respecto a la

<sup>42</sup> <http://d14aafm5ckv3lj.cloudfront.net/n60/analisis.pdf>

<sup>43</sup> <http://www.libertaddigital.com/sociedad/andalucia-esta-peor-que-la-media-espanola-en-37-de-las-43-especialidades-medicas-1276352589/>

<sup>44</sup> El Presidente de la Comunidad de Madrid, Ignacio González, declaró el 29/11/2012, que en Andalucía hay 17 hospitales gestionados con el modelo que se quiere extender en Madrid y “no he oído a nadie del PSOE, ni del PCE, ni a los sindicatos, ni a nadie decir que los andaluces matan en sus hospitales a los andaluces, ni que están cobrando”.

<http://www.libertaddigital.com/espana/2012-11-27/gonzalez-recuerda-que-17-hospitales-andaluces-tienen-gestion-privada-y-nadie-dice-nada-1276475398/>

<sup>45</sup> Existe también gestión privada en diversos hospitales.

Comunidad de Madrid de 400,11 € por persona (31 % de ineficiencia<sup>46</sup> el modelo del País Vasco con respecto al modelo de Madrid).

Asimismo, si la comparación la realizamos entre las CC.AA. de Valencia y Cataluña, las cuales tienen una población y densidad similares, podemos observar que es más eficiente la de Valencia en 88,24 € per cápita (6,53 % de ineficiencia de Cataluña respecto a Valencia). No sabemos las causas de la mayor eficiencia de Valencia, pero no es ningún disparate el manifestar que una parte de la misma es atribuible al “modelo ALZIRA” porque, como hemos visto con anterioridad, dicho modelo de gestión privada es más eficiente que la producción y gestión pública directa. Se estima que las diversas concesiones administrativas que funcionan bajo el “modelo ALZIRA” prestan servicios sanitarios a casi 1.000.000 de valencianos (20,33 %<sup>47</sup> de la población protegida por la Consejería de Salud), por lo que, haciendo una simple extrapolación, si el “modelo ALZIRA” se extendiera a la totalidad de la población, la ineficiencia del modelo Catalán con respecto al Valenciano sería, aproximadamente, del 32,12 %<sup>48</sup> (cifra similar del “modelo ALZIRA” con respecto a la producción y gestión pública de la Consejería de Sanidad de Valencia).

Es un hecho incontrovertible que la experiencia del modelo Alzira ha significado un considerable ahorro para el erario público de la Comunidad Valenciana. Por tanto, si se implantara o extendiera un modelo sanitario de gestión privada en todos los Servicios Regionales de Salud de España similar a Alzira y Madrid, el ahorro anual<sup>49</sup> que supondría para el erario público sería de 9.762,45 millones de €, ya que la producción y gestión directa del Servicio Regional Valenciano es 825 € per cápita (año 2.010), mientras que el coste de producir los mismos servicios sanitarios (ambulatorios y hospitalarios) a través de la gestión privada es 607 € per cápita (año 2.010), lo cual significa que la producción y gestión pública incurre en un exceso de coste de 218 € per cápita, es decir, una ineficiencia del 35,91% respecto a la gestión privada.

## 5. CONCLUSIONES

La mayoría de la comunidad científica considera que, cuando los poderes públicos deciden que la provisión de un determinado bien o servicio debe ser pública, se debe elegir quién lo producirá (empresa pública o privada) y el criterio único o preferente de elección será la eficiencia económica, o sea, el Estado de-

<sup>46</sup>  $((1.690,55 - 1.290,44) / 1.290,44) * 100 = 31 \%$ .

<sup>47</sup>  $(1.000.000 / 4.919.309) * 100 = 20,33 \%$

<sup>48</sup>  $(100/20,33) * 6,53 = 32, 21\%$

<sup>49</sup>  $44.781.878 * 218 = 9.762,45$  millones de euros

berá elegir al productor que le reporte un coste menor por la provisión del bien o servicio, ya que los recursos públicos son escasos y cualquier ahorro implica menores impuestos o menor endeudamiento o, alternativamente, destinar el ahorro a otras necesidades públicas que no se satisfacen o bien de forma insuficiente.

La gestión privada de los servicios sanitarios públicos es más eficiente que la gestión directa. La evidencia empírica acredita que aquellas Comunidades Autónomas que han implantado modelos similares a Alzira y Madrid tienen un coste sanitario público per cápita inferior al resto.

Todas las Comunidades Autónomas han sido obligadas a reducir el déficit público durante los años 2.011 y 2.012, y la reducción deberá ser aún mayor a lo largo de 2.013 y 2.014. Una de las medidas que contribuiría a reducir dicho déficit sería la implantación (en las Comunidades que aún no lo han hecho) y la expansión (en la Comunidad Valenciana y Madrid<sup>50</sup>, principalmente) de dichos modelos o bien otros similares que redujeran el coste sanitario público per cápita.

## BIBLIOGRAFÍA

- BALLARIN, E. y otros (1979), *Contabilidad para Dirección*, Barcelona: Ediciones Orbis.
- BAREA, J. y GÓMEZ, A. (1.999), *El problema de la eficiencia del sector público en España. Especial consideración de la sanidad*, Madrid: Instituto de Estudios Económicos.
- CAMPOY L.F. y SANTACREU J. (2008), “La colaboración público-privada en el marco del Sistema Nacional de Salud. El caso especial del modelo valenciano a propósito de la concesión de Denia”, *Revista Administración Sanitaria*, 6 (2), pp. 297-321.
- CONSELLERIA DE SANITAT (2010), *Actualización de la prima per cápita*, Valencia: Generalitat Valenciana.
- (2010), *Análisis de la cápita anual comparativa Concesión-Conselleria*, Valencia: Generalitat Valenciana.
- DELGADO, S. y BOSCH, M. (2007), “Comunicación y Marketing” en *Las nuevas formas de Gestión sanitaria: “Modelo Alzira”*, Madrid: Instituto de Estudios Económicos, pp. 63-74.

---

<sup>50</sup> La Comunidad de Madrid tiene previsto implantar la gestión privada (modelo Valdemoro) en 6 hospitales y 25 Centros de Salud, ya que, por ejemplo, el nuevo Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles (gestión privada de los servicios hospitalarios) tiene un coste para la Comunidad de Madrid de 594 € per cápita, mientras que el otro Hospital de Móstoles (gestión pública) el coste per cápita es de 917 €, lo cual supone un ahorro para el erario público de 58 millones de euros al año (la población protegida es de 180.000 habitantes).

<http://www.libremercado.com/2012-04-19/cuando-los-hospitales-no-son-gestionados-por-politicos-sino-por-empresarios-1276456227/>

- DE ROSA, A. (2007), “Las nuevas fórmulas de Gestión de la Sanidad Pública: el Modelo Alzira” en *Las nuevas formas de Gestión sanitaria: “Modelo Alzira”*, Madrid: Instituto de Estudios Económicos, pp. 23-34.
- ELECONOMISTA (2012), *Revista quincenal de gestión sanitaria*, nº 10.
- FERNÁNDEZ, J.J. (2010), “Claves de éxito de la colaboración público-privada”, *Jornada Debate sobre los modelos sanitarios de colaboración público-privada en la Unión Europea*, celebrado en Madrid en el Hospital Puerta de Hierro.
- GONZALO y GONZÁLEZ, L. (2008), “La Sanidad como bien de mérito: consecuencias económico-financieras con referencia a España”, Conferencia pronunciada en el verano del 2007 en La Granda. Publicada por Farmaindustria, *Proyección social de la asistencia médica*, pp. 111-125.
- KPMG-Advisory (2009), *Madrid: un modelo sanitario público innovador*.
- MARTÍNEZ, F. (2007), “Los cambios de las formas jurídicas en la Gestión Sanitaria y su significación histórica” en la obra *Las nuevas formas de Gestión Sanitaria: “Modelo ALZIRA”*, Madrid: Instituto de Estudios Económicos.
- MUSGRAVE, R.A. (1969), *Teoría de la Hacienda Pública* 1ª edición, Madrid: Editorial Aguilar.
- PARADA, R. (1991), *Derecho Administrativo* (Parte General), Madrid: Marcial Pons.
- QUIRÓS, T. (2007), “La gestión de la calidad en el Hospital de la Ribera” en la obra *Las nuevas formas de Gestión sanitaria: “Modelo Alzira”*, Madrid: Instituto de Estudios Económicos, pp. 55-61.
- ROSEN, H. S. (2002), *Hacienda Pública* 5ª edición, Madrid: McGraw Hill.
- RIESGO, I. (2010), “Los procesos de colaboración público-privada en sanidad en Europa: ¿una moda o una tendencia?”, *Jornada Debate sobre los modelos sanitarios de colaboración público-privada en la Unión Europea*, celebrada en Madrid en el Hospital Puerta de Hierro.
- SALUD MADRID (2009), *Infraestructuras sanitarias Comunidad de Madrid 2004-2011*, Madrid: Comunidad de Madrid.
- \_ (2010), “Evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios de asistencia sanitaria pública de la Comunidad de Madrid”, Madrid: Comunidad de Madrid.
- RUEDA, N (2006), “El objetivo de la mejora de la eficiencia pública. Reflexiones a partir de la evidencia empírica”, *Auditoría Pública*, núm. 40, pp. 61-74.
- VALLE, V. (1989), “La eficacia del gasto público y las necesidades de la economía española”, *Papeles de Economía Española*, núm. 41, pp. 146-158