
Fundaciones sanitarias públicas, comentario y propuestas alternativas

José Manuel Freire

Médico Neumólogo. Inspector de la Seguridad Social.

Ex-Consejero de Sanidad del País Vasco. Coordinador Federal de Salud del PSOE

1. Introducción

La decisión del Gobierno del PP de crear las FPS supone, de llevarse a la práctica, el cambio más radical que hayan tenido los hospitales públicos españoles a lo largo de su historia. Esta reforma se expresa legalmente en el artículo 111 de la Ley 50/1998 de *Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social*, que a su vez se complementa con el artículo 16 de la Ley 49/1998 de Presupuestos Generales del Estado para 1999, que recoge disposiciones de orden económico que son de aplicación a las FPS. Una medida de tanta importancia para el Sistema Nacional de Salud (SNS), no ha sido discutida y tramitada según los procedimientos ordinarios previstos legalmente, sino que es el resultado de un *golpe de mano legal*: de la presentación sorpresiva e improvisada de una enmienda a la Ley 50/98 en su trámite en el Senado (donde el PP tiene mayoría

absoluta), precisamente en el último día del plazo autorizado para ello.

Lo inadecuado del procedimiento legal utilizado para la creación de las FPS plantea sólidos argumentos de inconstitucionalidad, que han motivado el correspondiente recurso del PSOE. Pero las FPS merecen ser rechazadas no sólo con argumentos de forma (que tan importantes son en democracia), sino especialmente en base a argumentos de fondo, por su impacto negativo en el sistema sanitario público, como trataré de argumentar a lo largo de este comentario.

Un rechazo rotundo de las FPS no significa conformismo alguno con la situación actual de la organización y gestión del SNS, si no el convencimiento, respaldado por argumentos, de que la medida propuesta, lejos de aportar mejora alguna a los problemas de gestión de la sanidad pública, añadirá nuevos problemas que complicarán los ahora existentes. Lamentablemente en *"Memoria sobre la*

necesidad jurídica de la iniciativa⁽¹⁾ que acompaña el texto de la enmienda aclara poco sobre los objetivos de las FPS y las razones que han motivado su puesta en marcha de forma tan urgente e improvisada. Hay que suponer que una medida de este calado, por más que esté poco madurada en sus detalles operativos, obedece a una estrategia de política sanitaria, que a su vez responde a unos determinados objetivos políticos. Desde esta perspectiva, el análisis de las FPS exige situar esta iniciativa en el contexto de la política sanitaria del Gobierno del PP, y comentar brevemente los problemas de gestión del SNS.

En este comentario crítico de las FPS, en primer lugar, se presentan los problemas de gestión del SNS y lo que representa la propuesta del *mercado interno* como panacea universal; en segundo lugar, se analizan los rasgos característicos de la política sanitaria del PP; en tercer lugar, se comenta con cierto detalle la propuesta FPS; en cuarto lugar, se exponen las principales razones para rechazarlas; y en quinto y último lugar se plantean algunas alternativas para mejorar y

renovar la gestión y organización de la sanidad pública española. Una reflexión que subyace a este comentario es que la complejidad de la sanidad en las sociedades desarrolladas, y las múltiples dimensiones de sus problemas son poco compatibles con los análisis someros y con soluciones simples, especialmente aquellas que, sin tener en cuenta su repercusión en el conjunto, modifican un componente aislado de un sistema que debe formar para los pacientes un *continuum de servicios*, organizativamente coordinado para ello.

2. Los problemas de gestión del SNS y el mercado de soluciones políticas.

Mientras otros países europeos han tomado medidas claras de reforma de sus sistemas sanitarios⁽²⁾, en España el debate político sobre la sanidad ha sido más bien escaso, y en cualquier caso, poco enfocado en los problemas realmente existentes, que son sobre todo de organización y gestión⁽³⁾. Tal vez por ello es

⁽¹⁾ Documento presentado en el Senado para la inclusión de las FPS en el Proyecto de Ley de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social para 1999. Ver apartado II: Memoria sobre la necesidad jurídica de la iniciativa.

⁽²⁾ Saltman BR, Figueras J (ed): *European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies*. WHO, Regional office for Europe, Copenhagen 1997. (Existe una excelente traducción y edición española del Ministerio de Sanidad).

⁽³⁾ Freire JM, *Problemas y Reformas en la Sanidad Española*, en A. Castells & N. Bosch (Directores): *El Futuro del Estado del Bienestar*, Ed. Civitas, Madrid, 1997.

poco lo que se ha avanzado en modernizar estos aspectos de la sanidad pública española, adaptándola a las exigencias de un país que ha cambiado mucho y por lo tanto exige más de sus servicios sanitarios.

Los problemas de gestión de la sanidad pública española son tan bien conocidos por quienes los padecen más directamente (gestores, profesionales, y pacientes en última instancia), como escasamente analizados por los que debieran buscarles solución⁽⁴⁾, quienes raramente discuten sus causas y sus posibles remedios. Desgraciadamente, la mayor parte del debate político sanitario español se centra, como ya he señalado en otro lugar⁽⁵⁾, aguas bien arriba de los problemas reales de gestión y organización de la sanidad. Paradójicamente este debate, como ha demostrado el Acuerdo Parlamentario de la Subcomisión de Sanidad del Congreso⁽⁶⁾, tiene como tema central asuntos que más que problemas son pila-

res positivos del Sistema Nacional de Salud (SNS) –aseguramiento, financiación, prestaciones– y además, las recomendaciones sobre organización y gestión se reducen a la receta milagrosa de *separar compra y provisión*, como si todo lo demás hubiera de venir por añadidura, y esto mismo fuera parte de una verdad revelada de la cual no cupiera duda alguna⁽⁷⁾.

Del análisis del Documento de la Subcomisión se desprende claramente que el paradigma del mercado interno introducido por las reformas conservadoras de M. Thatcher en 1991, constituye, en sus aspectos más instrumentales⁽⁸⁾ el referente teórico primordial de la política sanitaria del Gobierno del PP. Los planteamientos del *mercado interno*, convertidos en una suerte de *pensamiento único sanitario* durante los últimos años, tienen ahora con el Gobierno del PP una indis-

⁽⁴⁾ MSC, 1997. "Descripción y Estado del SNS". Documento preparado para la Subcomisión Parlamentaria para la Modernización del SNS.

⁽⁵⁾ Freire JM. *Comentarios a propósito del documento de la Subcomisión parlamentaria para la reforma del SNS español*. Revista de Administración Sanitaria, Vol 11, Número 5; 23-50, Enero/marzo 1998.

⁽⁶⁾ *Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud. Acuerdo Parlamentario de 18 de diciembre de 1997*. Edición del MSC, Subsecretaría, Madrid 1998. (NIPO 351-98-003-7).

⁽⁷⁾ Estos fueron los temas centrales del documento de la Subcomisión de Sanidad, de la que se retiró el PSOE y otros partidos de izquierda, y que finalmente fue aprobado sólo con los votos del PP y los partidos nacionalistas que apoyan a su gobierno.

⁽⁸⁾ Me refiero con ello a la "mecánica" del mercado interno, sus componentes y engranajes. Desgraciadamente los importadores de estas ideas no han incluido ni las formas de gobierno de los centros e instituciones (que incluyen siempre en el RU órganos colegiados), ni una visión comprehensiva de los servicios que requieren los pacientes, en los que la atención domiciliaria (*community services*) es una dimensión esencial, ni tampoco, los aspectos de salud (*health gains*) que contienen documentos como *The Health of the Nation*. Las reformas que introdujo el *mercado interno* estaban contenidas en el libro blanco *Working for Patients*, HMSO, Londres 1989.

cutida posición hegemónica en el mercado de las soluciones políticas para los males de la sanidad española. De este modo, el evangelio reformador de la Sra. Thatcher se ha convertido en el referente, más o menos explícito de la sanidad española gobernada por el PP. Que esto haya ocurrido cuando en el país de origen el *mercado interno* estaba siendo cuestionado y profundamente reformado, puede ser explicable, pero que siga siendo el paradigma de referencia cuando ha sido abolido oficialmente en diciembre de 1997 por el gobierno de Blair, es más sorprendente e injustificable^(9, 10).

De igual modo que el que sólo tiene un martillo por toda herramienta, termina transformando todos sus problemas en clavos, los que ven en el mercado la panacea universal, introducen su lógica en todas las soluciones que proponen. La existencia del *mercado interno* como panacea universal para los males de la sanidad pública hace innecesario el análisis de los problemas realmente existentes: sólo quedaría ahorrar la realidad a sus

postulados. De este modo, los textos de los cuales emergen doctrinalmente las FPS (el Plan Estratégico del INSALUD⁽¹¹⁾ y el Documento de la Subcomisión ya citado) resumen sus soluciones en expresiones que se han convertido en auténticos lugares comunes (*Separación entre compradores y proveedores (hospitales que proveen, autoridades sanitarias –y médicos de cabecera– que les compran servicios), contratos, el dinero sigue al paciente, competencia entre proveedores, médicos de primaria que compran servicios a los hospitales, etc.*), pero que en nada tienen en cuenta la especificidad de los problemas de gestión de la sanidad española. De este modo la repetición ritual y los conceptos sacados de contexto, han sustituido al análisis de los problemas realmente existentes y de las posibles soluciones.

Con independencia de la solución de manual que reclama el paradigma mercado interno para cualquier situación, lo cierto es que en la sanidad española existen problemas de gestión⁽¹²⁾. Es más, sus principales problemas son problemas de gestión, y por ello se puede hablar de un cierto acuerdo general sobre la necesi-

⁽⁹⁾ Light Donald W. *From Managed Competition to Managed Cooperation: Theory and Lessons from the British Experience*. The Milbank Quarterly, vol 75 (3): 297-341, 1997

⁽¹⁰⁾ Department of Health. *The New NHS*. London, HMSO, 1997. (versión española en www.dinarte.es).

⁽¹¹⁾ INSALUD. *Plan Estratégico. El Libro Azul*. Madrid 1998 (<http://www.insalud.es>). Como se menciona en el texto existe una segunda reimpresión.

⁽¹²⁾ Ver texto citado en la referencia 3.

dad de abordar su reforma. No es posible ignorar por más tiempo (a) el agotamiento e inadecuación de la actual gestión burocrática, y lo insuficiente y parcial de la respuesta dada por las “nuevas formas de gestión” (que sólo afectan a los centros nuevos); (b) el nivel relativamente alto, comparado con otros países, de insatisfacción de la población con la sanidad pública, que se manifiesta en múltiples insuficiencias (no totalmente desconectadas de la existencia –única entre los países desarrollados con financiación sanitaria por impuestos– de un colectivo importante de ciudadanos que pueden elegir con financiación pública provisión privada, y que por abrumadora mayoría optan por ella⁽¹³⁾); (c) la existencia de un nivel importante de descontento y tensión interna dentro de los servicios sanitarios, con deterioro de la convivencia laboral, y un preocupante alejamiento de muchos profesionales sanitarios de una

organización que cuenta poco con ellos; (d) la frustración de la gran mayoría de los gestores y responsables sanitarios, a todos los niveles –desde los más altos profesionales a los mandos intermedios– ante la insuficiencia de sus instrumentos de gestión respecto a la responsabilidad que tienen encomendada.

En este contexto, una de las propuestas más generalizadas y compartidas para mejorar la gestión es la devolución a los centros (especialmente a los hospitales) de capacidad real para resolver sus problemas (mayor autonomía y descentralización). Si bien es verdad que éste es un elemento importante de cualquier propuesta para mejorar la gestión del SNS, el marco creado para ello por las FPS es, como veremos, totalmente inadecuado y, potencialmente generador de más y mayores problemas de los que eventualmente podrían resolver.

3. Las FPS y la política sanitaria del PP

La política sanitaria, y dentro de ella la creación de las FPS, se enmarcan como es lógico en los objetivos estratégicos de la política general del Gobierno del PP. El análisis con perspectiva temporal de la política sanitaria del PP lo primero que permite constatar es el carácter meramente instrumental de la sanidad

⁽¹³⁾ En total suman más de dos millones y medio de personas. Entre estos colectivos se encuentran los funcionarios civiles del Estado (MUFACE), los del sistema judicial (MUGEJU), los funcionarios militares, pero también las empresas colaboradoras (entidades de ahorro, empresas eléctricas, etc.), y colectivos como los periodistas que tienen convenios especiales. La opción que tienen estos colectivos de optar fuera de los servicios de la sanidad pública común *descrema* a ésta de ciudadanos influyentes y exigentes que siempre presionarían por elevar la calidad del servicio. Por otro lado, la existencia de esta *válvula de escape* para sectores relativamente privilegiados de la sociedad es poco compatible con la equidad de un servicio financiado por impuestos.

en su estrategia política del partido que ahora gobierna. Es difícil encontrar texto alguno del cual se pueda deducir otra conclusión que, por lo demás, está avalada por una interpretación nada forzada de los hechos: cuando el PP estaba en la oposición utilizó la sanidad como arma de combate en su erosión del gobierno socialista (sin otro objetivo, y al precio que fuere); ahora, desde el gobierno, para preservar e incrementar su cuota de mercado electoral reclama, un consenso sanitario (en torno a los valores que antes atacó) que inspire seguridad a sus votantes respecto al futuro del SNS.

En efecto, la evolución temporal de la política sanitaria del PP a nivel nacional experimentó un giro brusco poco antes de las elecciones del 96, que habrían de terminar llevándole al gobierno. El PP abandonó entonces, sin explicación ni justificación alguna, su discurso de oposición caracterizado por su primitivismo anti-sistema sanitario, lleno de guiños privatizadores, tan demagógicos como imposibles, a los sectores más contrarios a la sanidad pública de la medicina española; un discurso que prometía todo a todos (por el lado público y por el privado): desde suprimir los medicamentos incluidos entonces en una lista negativa por el gobierno socialista, hasta la pro-

puesta estrella de *mufacear* (trocear) por etapas la sanidad pública, extendiendo el sistema MUFACE de los funcionarios a colectivos como el de los trabajadores autónomos. Este discurso de oposición, que no rehuía azuzar una huelga médica y ni escaseó en agresividad escasamente cívica⁽¹⁴⁾, fue sustituido, a partir de la campaña electoral del 96, por una adhesión casi piadosa, a los valores de la sanidad pública. A partir de entonces, y en contraste con los planteamientos previos de voladura controlada del SNS, se empezó a propugnar el posibilismo gestor, más homologable, que el PP venía practicando en Galicia, en el que se daba una mezcla de práctica administrativa clientelar, junto con los planteamientos modernizantes de las *nuevas formas de gestión* –fundaciones, empresas públicas, etc.–. En esta nueva doctrina, el imprescindible referente teórico son las ideas del *mercado interno* de M. Thatcher, cuyos referentes ideológicos pasan prudentemente desapercibidos fuera de círculos técnicos. Con el nombramiento del Sr. Romay como Ministro de Sanidad esta política se

⁽¹⁴⁾ Los lectores que consideren esta descripción dura o la quieran contrastar con evidencias documentales, pueden revisar no sólo las hemerotecas y las muy abundantes publicaciones dirigidas a los médicos, si no de un modo especial, las actas de las sesiones de la Comisión de Sanidad del Congreso.

convierte en la posición oficial del Gobierno del PP⁽¹⁵⁾.

Una vez formado gobierno, la principal obsesión del PP en política sanitaria para esta primera legislatura parece ser “no asustar”, y despejar la desconfianza que despierta el PP en la población respecto a las políticas sociales, especialmente la sanidad, que se presentaría como un escollo importante para rebasar su actual barrera electoral y, eventualmente, tener posibilidades de conquistar la mayoría necesaria para gobernar sin socios. Para ello, su política sanitaria se desarrolla como si obedeciera una estrategia virtual basada en tres componentes: (1) ganar tiempo, que en la sanidad no se note el cambio de gobierno, o que al menos no se note negativamente; (2) reducir al mí-

nimo cualquier conflicto susceptible de ser traducido a la opinión pública como *ruido privatizador*, (3) rectificar sobre la marcha lo que haya que rectificar y testando cualquier iniciativa con el correspondiente globo sonda previo, y sobre todo, (4) buscar desesperadamente el consenso con la oposición, como fuente de legitimación política⁽¹⁶⁾. El afán de consenso y de ganar tiempo ha sido sin duda una razón de peso para lanzar la Subcomisión de Sanidad, en la que el objeto de deseo perseguido no era otro que comprometer al PSOE en la firma de un documento general de intenciones que diera al PP el aval buscado y eliminara la sanidad del debate político (como aparentemente había sido el caso con las pensiones). El PSOE, con muy buen criterio, se retiró de la Subcomisión, dejando sólo al PP con sus socios nacionalistas, que acordaron un Documento de conclusiones generales, que a nada compromete, y cuyo hilo argumental central son las ideas del *mercado interno* de M. Thatcher⁽¹⁷⁾.

⁽¹⁵⁾ Por más que esta *conversión* haya de ser bienvenida, la aparente facilidad con la que se substituyó el discurso de oposición por el de gobierno es un precedente muy poco tranquilizador. Es más, constituye un argumento a favor del carácter meramente instrumental que tiene el SNS para el PP, y da alas a los que creen que el PP tiene una agenda sanitaria oculta.

Por otro lado, el PP gobierna también la Comunidad Valenciana, allí fuera de los focos de la política nacional, los habitantes de Alcira han visto como sus servicios sanitarios han sido transferidos por concesión administrativa en *monopolio* a una compañía aseguradora privada ... Un esquema que responde igualmente a la *Private Finance Initiative* (PFI) de los conservadores británicos, sólo que en Valencia el PP ha ido mucho más lejos al dejar el hospital en manos de un consorcio privado, con una concesión administrativa absolutamente insólita en ningún otro país europeo. Los conservadores de ningún otro país europeo (M. Thatcher incluida) nunca se atrevieron a ir tan lejos en la privatización de la sanidad pública.

⁽¹⁶⁾ Ejemplo de ello ha sido el artículo del Sr. Ministro de Sanidad. El País para demostrar que, en realidad había consenso con el PSOE sobre las FPS (un consenso a instancia de parte).

⁽¹⁷⁾ Resulta irónica la coincidencia temporal, Diciembre de 1997, de la aprobación del Documento de la Subcomisión, tan basado él en las ideas del *mercado interno*, con la publicación en el Reino Unido por Gobierno de Blair del Libro Blanco *The New NHS* que lo suprime en el país que lo inventó y experimentó.

Sin que sea contradictorio con lo anterior, el Gobierno del PP, sea por tensiones internas, la presión de sus socios y deudos, y sobre todo por la pulsión de actividad que lleva a las organizaciones a huir del vacío de no tener proyectos, termina presentando iniciativas que chocan con la *estrategia virtual* comentada. La mayor parte de estos proyectos (globos sonda iniciales, medicamentazo, reforma del IRPF que favorece a los seguros sanitarios privados, etc.) generan controversia social y, en la medida en la que son percibidos como negativos para el SNS,

causan alarma a un sector importante de la sociedad que valora muy positivamente la sanidad pública.

En relación con las FPS la iniciativa de más calado puesta en marcha por el Gobierno del PP ha sido el *Plan Estratégico del INSALUD*. El aspecto más importante de este plan, cuyo análisis por otro lado no procede aquí⁽¹⁸⁾, es que del análisis de sus principales propuestas es perfectamente constatable que estamos ante

⁽¹⁸⁾ FADSP. Análisis del Plan Estratégico del INSALUD. Salud 2000 1998, (66): 4-5r.

Reforma de M. Thatcher, RU, 1991	Reforma Gobierno PP, 1996
Documento: "Working for Patients" (1989)	Documentos: – Informe de la Subcomisión del Congreso – Plan Estratégico de INSALUD
Separación entre compradores y proveedores	Sí (pág 126 Plan Estratégico)
Relaciones basadas en CONTRATOS	Sí (pág 127 id)
Competencia entre proveedores	Sí (pag 125 id)
Mercado interno	Sí (pág 126 id., para. nº 2)
Incentivos de mercado	Sí (pág 126 id)
Hospitales convertidos en <i>Trusts</i>	Sí, nuevas FPS (ley 50/98, art 111)
Médicos Generales con presupuestos (GPFH)	Sí: "EAP compradores de servicios" (pág 148) y "Creación de Sociedades Médicas" (pág 150)
DHA y GPFH como "compradores"	Direcciones Prov INSALUD, Atención Primaria.

Cuadro 1. Referente teórico del Plan Estratégico del INSALUD, comparación con los temas principales de reforma conservadora británica. El mercado interno como panacea estratégica.

otra versión nacional (de nuevo: incompleta y meramente instrumental) del *mercado interno*⁽¹⁹⁾ de M. Thatcher, esta vez aplicada al INSALUD. El cuadro comparativo siguiente es suficientemente esclarecedor.

Lo importante de esta reflexión es constatar que la única propuesta de reforma que tiene el PP para la sanidad española no es otra que importar los aspectos más instrumentales de la reforma de M. Thatcher, que han fracasado en su país de origen, al SNS español. El *mercado interno* es la panacea estratégica para la solución de los problemas de gestión y organización que tiene el SNS. Sin embargo, la imagen de radicalidad conservadora asociada a estas reformas, y el daño que han causado al NHS británico, hace muy vulnerable la política sanitaria del gobierno del PP a la constatación de este parentesco ideológico, sobre todo en el mundo profesional sanitario que conoce por las revistas médicas lo que ha signifi-

cado. Por ello, una vez constatada la ausencia de consenso político que legitime en torno a estas premisas la conversión al centrismo sanitario, el Gobierno del PP trata de *desideologizar* estos proyectos. En consecuencia, presenta las FPS como un mero plan para dotar de más autonomía a los centros (algo en lo que muchos pueden estar de acuerdo), desdibujando tardíamente el papel que les corresponde como *proveedores* en el guión del mercado interno, y que tan explícitamente está descrito en el Plan Estratégico del INSALUD.

4. Las Fundaciones Públicas Sanitarias (FPS)

Las FPS, más que respuesta a problemas analizados e identificados de la sanidad española, responden en todos los detalles relevantes a los hospitales-*Trusts* (*Fundaciones*) creados en Gran Bretaña por la reforma conservadora (ver cuadro comparativo entre Plan Estratégico del INSALUD y *Working for Patients*, 1989). Con independencia de cualquier otro objetivo que la creación de las FPS pudiera tener, es claro que su puesta en marcha es paso necesario para configurar los proveedores autónomos e independientes que exige el guión del mercado interno. Sea por esta razón u otra razón, que en cualquier caso ha de ser de peso, el

⁽¹⁹⁾ El *Plan Estratégico* del INSALUD fue elaborado y ultimado antes del Libro Blando del gobierno Blair (*The New NHS*, diciembre 1997), aunque fue presentado más tarde (enero 1998). Por ello recoge plenamente los planteamientos de la reforma conservadora británica de *mercado interno*, que seguía siendo la reforma de moda para muchos. Tras haber sido criticado por ello, en una segunda reimpresión, la expresión *mercado interno* que aparecía en la página 126, ha sido suprimida. Permanecen no obstante múltiples alusiones al mismo que son ubicuas en el libro, su supresión obligaría a redactar un plan bien diferente.

hecho es que en la creación de las FPS concurre la suficiente voluntad política como para abandonar la vía de consenso que ofreció generosamente el PSOE cuando votó la ley 15/97, de 25 de abril, de *habilitación de nuevas formas de gestión del SNS*⁽²⁰⁾.

Las FPS son una nueva figura legal⁽²¹⁾ que tiene mucho en común con los Entes Públicos Empresariales (EPE) definido en la LOFAGE⁽²²⁾, con la excepción de que el personal no tiene que ser laboral. Desde el punto de vista legal su nombre más adecuado sería pues "Empresas Hospitalarias Públicas", ya que "*Fundación*" tiene un sentido legal muy diferente al que se utiliza en las FPS; pero como explicita la Memoria de la enmienda, la palabra "*Fundación*" responde mejor a la *imagen de marca* (sic) que se busca para las FPS.

Desde hace ya unos años se venía dando en la sanidad pública española, en administraciones sanitarias de todos los signos políticos, la puesta en marcha de

"*nuevas forma de gestión*" para los algunos nuevos centros sanitarios públicos, creando para ello diversas figuras jurídicas. En el contexto de este análisis, es importante señalar que la característica común de estas nuevas formas de gestión era su *naturaleza excepcional y semi-experimental* en el conjunto de la gestión sanitaria pública. Generalmente, estas fórmulas han sido utilizadas para gestionar hospitales nuevos, o servicios muy específicos y diferenciados como los servicios de urgencia y de diagnóstico por imagen, etc. Su existencia es un nuevo referente para la gestión de los centros sanitarios públicos españoles, pero hasta ahora en ninguna CCAA había intentado una reforma de las instituciones sanitarias ya existentes, basada en estas experiencias.

Hasta la llegada del PP al gobierno, en el ámbito del INSALUD no se había puesto en marcha fórmula alguna de este tipo por no existir la legislación habilitante que lo hiciera posible, al revés que en muchas CCAA donde la existencia de legislación específica las hacía jurídicamente viables. El PP nada más llegar al Gobierno, aprobó el Decreto-Ley 10/1996, convalidado sin el apoyo del Partido Socialista, que hacía posible la introducción de nuevas modalidades de gestión de los centros sanitarios, bajo fórmulas organizativas de cualquier naturaleza, pública o privada. Tra-

⁽²⁰⁾ Esta ley, permitía con ciertas garantías, poner en marcha formas de gestión diferentes a las tradicionales, pero su reglamento nunca fué desarrollada por el Gobierno del PP, en contra de sus propios compromisos en el Congreso

⁽²¹⁾ La publicación en este número de la revista del artículo 111 de la ley 50/98 permite remitir directamente al lector al texto legal, sin necesidad de transcribirlo.

⁽²²⁾ Ley 6/1997, de 14 de abril de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado (LOFAGE).

mitado posteriormente como Ley, la norma correspondiente (Ley 15/1997) contó con el apoyo del Partido Socialista, además de los restantes grupos parlamentarios que ya habían apoyado la norma anterior (todos menos Izquierda Unida), una vez que el ámbito de las entidades que podrían constituirse a su amparo se redujo a "cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho". La Ley 15/1997 se aprueba estando ya en vigor la Ley 6/1997 (LOFAGE), que únicamente admite como organismos públicos (artículo 45 y siguientes) los Organismos Autónomos Administrativos y las entidades públicas empresariales (EPE) –su creación sólo es posible por Ley, y su personal es funcionario o laboral en los OO AA, y laboral en las EPE–. Las otras dos opciones a considerar son las fundaciones y los consorcios.

Los hospitales-Fundaciones creados hasta la fecha en territorio INSALUD al amparo de la Ley 15/97 (FH Alcorcón y FH Manacor) son fundaciones de naturaleza privada pero con titularidad pública. Se rigen por la Ley de Fundaciones, y sus empleados tienen contrato laboral (Estatuto de los Trabajadores). Pero este tipo de ente no podría ser aplicado fácilmente en los hospitales ya en funcionamiento, con personal estatutario de la SS (una relación laboral semi funcionarial).

Con estas limitaciones derivadas de la LOFAGE, debe entenderse que el consenso alcanzado con la Ley 15/97 está limitado a la autorización para crear *centros piloto*, que tras un período de tiempo razonable, permitan evaluar las nuevas formas de gestión, en términos de su contribución a la mejora de la eficiencia, la calidad, la satisfacción de la población y la respuesta a las necesidades sanitarias de la población con equidad en el acceso.

Las limitaciones derivadas de la Ley 15/1997 y de la LOFAGE para generalizar un modelo de total descentralización y autonomía de los centros sanitarios, impulsa al Gobierno del PP a crear (con una precipitación y urgencia que no tiene justificación alguna, ni política, ni organizativa ni sanitaria), un nuevo tipo de organismo público, adaptado a las circunstancias de los hospitales y centros sanitarios públicos: las FPS. Éstas son parecidas a las EPE en su funcionamiento, aunque difieren sin embargo, entre otras cuestiones, en la constitución, modificación y extinción que sólo necesita autorización del Consejo de Ministros. Es importante subrayar, que en contra de lo que ha expresado el Gobierno, para deslegitimar la oposición a las FPS del PSOE, las nuevas fundaciones de las que estamos hablando aquí no son un desarrollo de la Ley 15/1997 sino la creación de una nueva

entidad de naturaleza pública distinta a las contempladas por la LOFAGE.

Características destacables de las FPS. El artículo 111 de la ley 50/98 en sus once apartados es toda la legislación que regula los nuevos entes. Sus aspectos más importantes son:

1. Que afectan potencialmente a TODOS los centros sanitarios públicos existentes, por lo que constituye una reforma de gran calado para la sanidad española, y una medida de una gravedad potencial extraordinaria para el futuro del SNS. Esta es una diferencia respecto las medidas tomadas en diversas CCAA que sólo han afectado a los centros nuevos.

2. Que tienen personalidad jurídica propia y una autonomía de la que contradictoriamente, carece el propio INSA-LUD del que forman parte.

3. Que su personal seguirá siendo estatutario (oficialmente este aspecto habría sido la razón determinante para la creación de las FPS).

4. Que mantienen el sistema y las reglas de contratación propia de las Administraciones Públicas.

5. Que serán creadas por Acuerdo del Consejo de Ministros individualmente y no se precisará ninguna otra ley para ello.

6. Que tienen asignado el rol de proveedores en el mercado interno sanitario (y teóricamente competirán entre sí y

con los centros privados por los contratos públicos de servicios sanitarios, ver ref. nº 1, la *Memoria* de la enmienda).

7. Que carecen de órganos colegiados de gobierno (juntas o consejos de administración) que no se contempla en ninguno de los 11 apartados del somero artículo que crea las FPS. Este hecho es una omisión particularmente grave, puesto que a más autonomía corresponde más control y más garantías de buena gestión⁽²³⁾.

8. Que carecen de un reglamento general o marco común para todas las FPS, aprobado por ley como lo son este tipo de normas en los países de nuestro entorno. De hecho, está previsto en la ley que cada FPS tenga el suyo, y ante los problemas que eso plantea las centrales sindicales han sido convocadas para consensuar el futuro reglamento común que sería un Real Decreto.

Lo peculiar de la puesta en marcha de las FPS plantea muchas preguntas, que difícilmente tendrán respuesta satisfactoria.

⁽²³⁾ Ver JM Freire *Consejos de Administración en la sanidad*. Diario Médico, 9/2/1999. En el fondo se trata de aplicar al gobierno de las instituciones sanitarias las buenas prácticas de gestión que son recomendadas en las empresas. Ver en la página de internet de la Comisión Nacional del Mercado de Valores (<http://www.cnmv.es/>) el informe Olivenita (España), el informe Cadbury (RU) y los de Holanda, Francia, y otros países (incluida la OCDE) sobre criterios universalmente aceptados para organizar el buen gobierno de las empresas.

¿Qué circunstancias de urgencia aconsejaron una tramitación parlamentaria tan atípica e incompleta de una reforma tan importante? ¿Cómo encajan las FPS con el resto del sistema sanitario público, y con los hospitales sujetos al RD 521/1987, que no se transformen en FPS? ¿Cómo afectará a las FPS una eventual ley sobre el SNS anunciada públicamente como inminente unos días antes de la presentación de la enmienda FPS? (¿Qué razones de urgencia existían para crear las FPS como han sido creadas, estando esta ley tan avanzada?) ¿Qué pasará con los dos hospitales-fundaciones existentes en territorio INSALUD? ¿El reglamento que exige la ley 15/97 y que es un compromiso firme del Gobierno, será promulgado? ¿Cuáles son los instrumentos para lograr más eficiencia en las FPS, si la situación prevista para su personal y su sistema de compras permanece sin cambios respecto a la actualidad? ¿Cómo se justifica la ausencia de órganos colegiados de gobierno en instituciones públicas de carácter empresarial? ¿De qué forma se ejercerá el control y la coordinación corporativa, si el INSALUD carece de la personalidad jurídica que tendrían sus FPS? ¿De qué manera se evitará que la cuenta de resultados de las FPS mejore transfiriendo costos a las familias de los pacientes y a la Atención Primaria?

5. Razones para rechazar las FPS

Los argumentos contra las FPS son tan numerosos como las preguntas sobre ellas que carecen de respuesta convincente alguna. Las razones para *decir no* a las FPS, tal como han sido presentadas, aprobadas y reguladas, son de forma y de fondo: de forma, por lo políticamente y atípico e irregular de una tramitación que será muy probablemente declarada inconstitucional, y también por la falta de respeto a la sociedad que supone intentar una reforma de consecuencias tan importantes a través de una norma elaborada sin el rigor técnico exigible, llena de insuficiencias, ya que por la forma precipitada en la que fue presentada, carece de los informes (legales, organizativos, de organización sanitaria, técnicos, etc.) que la hubieran legitimado social, política, técnica, y sanitariamente. Las objeciones de fondo tienen que ver con sus insuficiencias en todos estos campos. Las razones que aconsejan que las FPS vuelvan al tablero de dibujo organizativo y sanitario, para volver en su caso, convenientemente modificadas respecto a su actual diseño, al parlamento como una ley auténtica, pueden concretarse en los siguientes puntos.

a. El procedimiento utilizado para su introducción legal es totalmente inaceptable en democracia. De un lado, porque hay argumentos muy sólidos

de su inconstitucionalidad, de otro, porque no es aceptable que una reforma de tanto calado social, político y sanitario, para la cual no existe ninguna razón de urgencia conocida, sea objeto de un auténtico golpe de mano legal, que impide que tenga la elaboración técnica exigible desde el punto de vista organizativo, gerencial y sanitario. No se trata sólo, con ser ello muy importante, de que tras el correspondiente recurso (que interpondrá el partido socialista) el artículo 111 de la Ley 50/98 sea declarado con toda probabilidad inconstitucional, la forma apresurada de presentar el proyecto FPS hacía imposible su debate político en el Parlamento, y era también incompatible con el rigor y elaboración profesional exigibles para leyes de tanta trascendencia.

b. Por que el texto legal no contiene aspectos fundamentales (órganos colegiados de gobierno, y de control, garantías de servicios públicos, de entronque corporativo) que debieran haberse regulado por la ley. Estos aspectos, particularmente los órganos de gobierno son un componente esencial de un proyecto cuyo objetivo es dar autonomía empresarial a centros sanitarios públicos. Son temas que en todos los países de nuestro entorno (Francia, RU) están regulados por ley. ¿Cómo es posible aceptar que para los

centros sanitarios públicos no sean de aplicación los principios de buen gobierno empresarial que son de aceptación universal? ¿En qué país europeo carecen los hospitales públicos de un equivalente a los Consejos de Administración? Es de suponer que las FPS busquen dotar de más autonomía a los centros, no de más discrecionalidad al gerente, como órgano unipersonal de gobierno. Sólo la precipitación en la tramitación parlamentaria de las FPS pueden explicar satisfactoriamente el que éstas hayan nacido sin órganos colegiados de gobierno, cualquier otra razón sería mucho más grave.

c. Porque el texto legal es tan incompleto que constituye un cheque en blanco al gobierno, que usurpa un papel que corresponde al Parlamento. El citado artículo 111 no regula aspecto alguno de lo que sería el contenido básico de los estatutos o reglamentos de los nuevos entes (que son nada menos que todos los hospitales públicos, pero también todos los demás centros sanitarios). De este modo quedan fuera del debate parlamentario aspectos de gran importancia social y política a los que éste no debe en modo alguno ser ajeno, y el gobierno –por un procedimiento viciado– dicta no sólo una ley, sino también los reglamentos, tal como ambicionaba el marqués de Salamanca. Y

este déficit democrático no es subsanable a través del consenso con las centrales sindicales del sector: es deseable que participen en la elaboración de los reglamentos, pero nadie puede sustituir a la legitimidad del Parlamento en una decisión que fundamentalmente afecta a los intereses de la población.

d. Porque fragmentan organizativa y gerencialmente a la organización sanitaria rompiendo su coherencia interna. Desde el punto de vista organizativo y gerencial, la articulación y coordinación de las FPS con el resto de la administración sanitaria (sea del Área de Salud, o a nivel corporativo) será muy probablemente menos problemática y en todo caso, está llena de incognitas. En el INSALUD, la lógica empresarial de las FPS casará mal con la lógica administrativa vigente en el ente al que pertenecen, que sigue él mismo sin personalidad jurídica, y no tendrá la autonomía de gestión de los nuevos entes. Organizativamente es poco coherente que las partes (los centros) tengan más autonomía que el todo (INSALUD). En estas circunstancias, ¿cómo –con qué instrumentos– evitar la fragmentación organizativa y los taifatos sanitarios locales? ¿cómo coordinar corporativamente con eficacia a unos gerentes que no tendrán consejos de administración ante los que dar cuentas?

¿con qué instrumentos se mantendrá la planificación estratégica corporativa de unas FPS obligadas a competir y a cuadrar su cuenta de resultados?

e. Porque las FPS fragmentarán también los servicios sanitarios al paciente y a la población, sustituyendo la cooperación y coordinación por la competencia. Unas FPS, inicialmente orientadas a dotar de autonomía a los hospitales, tratarán de mejorar su cuenta de resultados traspasando costes a otros niveles de atención (y a la familia), destruyendo las ventajas de la *integración de los servicios sanitarios* en el ámbito territorial del Área de Salud. ¿Cómo se evitará que las FPS basen su éxito económico en aumentar las cargas de las familias de los pacientes, o en pasar prematuramente los pacientes a la atención primaria de su área de influencia?

f. Por responder a la lógica del “mercado interno” sanitario de la reforma de M. Thatcher en el Reino Unido. Esta reforma ha evidenciado ya su FRACASO en el RU –en condiciones comparativamente óptimas para su éxito–. Allí generó altos costes administrativos⁽²⁴⁾, ineficiencia, distorsionó las priori-

⁽²⁴⁾ El libro blanco *The New NHS* estima en más de 200.000 millones de pesetas el ahorro en costes administrativos derivado de la supresión del mercado interno y su despilfarro burocrático.

dades sanitarias, puso en marcha incentivos perversos, aumentó la burocracia; introdujo el secretismo comercial en el mundo sanitario, la inestabilidad organizativa y laboral, la falta de equidad y la fragmentación de los servicios, sustituyendo los valores y la ética profesionales y del servicio público por la lógica comercial. ¿No deberíamos aprender de la experiencia británica otras lecciones bien distintas?

Como ya hemos señalado, las FPS no representan sólo un proyecto para dotar de mayor autonomía a los centros (que en tal caso sería manifiestamente mejorable), sino que responden fundamentalmente al papel de proveedores que exige el guión del mercado interno de M. Thatcher, en el que los responsables del Gobierno del PP habrían encontrado toda una filosofía articulada para inspirar sus reformas. Sin embargo, el descrédito de la reforma conservadora británica tras la llegada del gobierno Blair, que desmantela el mercado interno sanitario en el Reino Unido, hace políticamente poco atractivo para el PP que sus planes para la sanidad española sean asociados con la reforma Thatcher. Y sin embargo, éste es el armazón de referencia de la política sanitaria del PP; sin él, y sin los tópicos importados del mismo, el Plan Estratégico del INSALUD, y el Documento de la Subcomisión carecería de coherencia alguna,

pero ¿por qué imitar una reforma con resultados, en el mejor de los casos, dudosos, y que ha sido abandonada por el país que la puso en marcha?

De llevarse a cabo con carácter generalizado la puesta en marcha de las FPS tal como están perfiladas, en el mejor de los casos, se malgastarían valiosos –por escasos– recursos de gestión en la quimera del mercado interno y en una reorganización demasiado improvisada, sin solucionar los problemas actuales. Pero desgraciadamente, es más probable que sus costes administrativos y de transacción terminen comprometiendo la viabilidad económica del SNS, supongan su fragmentación y descoordinación, y sobre todo, que la sustitución de los valores del servicio público por la lógica mercantil de la competencia lleve a la degradación de los valores en que se basa la sanidad pública que ofrece el SNS.

5. Algunos planteamientos alternativos

Si bien es cierto que en toda crítica subyace una alternativa, es preciso en ocasiones (y ésta es una de ellas) hacer estas alternativas explícitas, y ofrecer un escenario de referencia para las reformas necesarias en la organización y gestión del SNS. Desde el compromiso firme con sus valores de equidad y solidaridad –só-

lo alcanzables si existe un buen nivel de eficiencia— es preciso una mayor flexibilidad en la organización de la sanidad pública, que debe traducirse a nivel local en una mayor autonomía para los centros y organizaciones territoriales. Caben pocas dudas de que ello sería un paso positivo para aumentar la calidad de la atención a los pacientes y la eficacia en la gestión. Por ello, el rechazo a las FPS no es inmovilista, ni refleja conformismo alguno con el statu quo, pero la gravedad potencial que suponen las FPS para el SNS, exige no sólo su crítica y su rechazo, si no presentar un marco de alternativas globales a los retos que plantea la gestión del sector público sanitario español. El *mercado de político* (ya que algunos se empeñan en plantear todo en estos términos) exige transparencia y claridad en las opciones, también en las de política sanitaria.

Para ello, y en primer lugar, es necesario situar la alternativa en las antípodas de aquellos para quienes la sanidad es políticamente un mero instrumento para alcanzar o mantener el poder político; la salud y los servicios sanitarios son, desde la alternativa que exponemos, un objetivo básico de la acción política, que asume con claridad los principios y valores en los que se basa el Estado de Bienestar socialdemócrata y el concepto de sanidad pública que emana de él. Por otro la-

do, una propuesta de progreso para la sanidad española no puede menos de ser parte de una visión más amplia de la modernización de España, que implica la construcción un país competitivo, pero solidario y con una fuerte cohesión social. La sanidad no es pues un sistema aislado, forma parte de la economía, de la política y del conjunto de la sociedad.

En segundo lugar, lejos de aplicar esquemas precocinados a los problemas del SNS, es preciso abordar sus problemas reales (de organización y gestión, o cualquier otro), con rigor y honestidad intelectual y política, tomando las necesidades y preferencias de la población y del paciente como referente central, buscando soluciones que conecten con la población y con los profesionales sanitarios. Es preciso ser ambiciosos y realistas en la renovación del sistema sanitario público español, de modo que éste responda mejor a las necesidades de los españoles de fin de siglo, incorpore nuevos servicios y mejore sustancialmente el funcionamiento de los actualmente existentes. Esta búsqueda, nos llevará —siguiendo la experiencia de los países con Estado de Bienestar avanzado, e incluso de las grandes empresas de servicios de los USA⁽²⁵⁾—

⁽²⁵⁾ Robinson JC, Csalino LP *Vertical integration and organizational networks in healthcare*. Health Affairs Spring 1996; 7-21.

a soluciones integradas para la organización de la atención sanitaria a la población, porque son las que mejor responden a las necesidades de servicios y cuidados de los pacientes. Y también las más eficientes. En definitiva se trata de inspirar las reformas en esquemas organizativos basados en la cooperación entre profesionales, y entre niveles asistenciales; en la ética profesional y en los valores del servicio público de los médicos y otros profesionales sanitarios, y no en la competencia mercantil a cuya lógica responden las FPS que aquí se critican.

1. Gestión Pública Democrática para el SNS.

Es inexcusable organizar la gestión de la sanidad pública a todos los niveles del sistema (hospitales, Centros de Salud, Áreas de Salud, etc.) en base a **órganos colegiados de gobierno**⁽²⁶⁾, siguiendo los códigos de buenas prácticas gestoras admitidas en todo el mundo. Estos órganos, llámense **Consejo de Administración o Juntas de Gobierno** son la norma en las organizaciones empresariales, y son (deben ser) también un compo-

nente básico de la gestión pública democrática, que ha demostrado su eficacia en lograr niveles razonables de rigor en la gestión, calidad técnica y de servicio, eficiencia, y transparencia con garantías de control democrático. Se entiende mal una importación de formas empresariales de gestión que ignora las recomendaciones sobre su gobierno contenidas en los informes que sobre buenas prácticas de gestión han encargado casi todos los gobiernos de los países desarrollados (en España el Informe Olivencia) y que propugnan organismos internacionales como la OCDE. Por otro lado, si se importan modelos de otros países, ¿por qué dejar fuera un elemento de buena gestión sobre cuya bondad nadie duda?

Estos nuevos órganos colegiados de gobierno darían un nuevo impulso de legitimación democrática y eficacia a la gestión sanitaria pública de nuestros hospitales, que la están esperando desde hace demasiado tiempo. Caben muchas opciones para la composición de los órganos de gobierno de la sanidad pública, es una decisión política que en la Europa democrática se toma por ley en el Parlamento. En estos consejos/juntas, al lado de una mayoría de miembros representantes directos de la Administración (que finalmente es responsable ante el Parlamento y por lo tanto debe poder gobernar la

⁽²⁶⁾ Ver la página de internet de la Comisión Nacional del Mercado de Valores (<http://www.cnmv.es/>). A través de ella se puede acceder a todos los informes relevantes sobre buenas prácticas gestoras y de gobierno en las empresas.

sanidad), deberían estar los Ayuntamientos, en representación de la población a la que sirve el centro, la CCAA, allí donde no haya transferencias, y por supuesto de los propios profesionales sanitarios del centro.

Estos órganos colegiados de gobierno son **especialmente importantes en los nuevos hospitales-FPS**⁽²⁷⁾. Es inconcebible en gestión pública democrática que estos nuevos centros-FPS, que tendrían una autonomía de gestión desconocida hasta ahora en la sanidad pública, no tengan órganos colegiados de gobierno ante los cuales responda su gerente. Existen en todos los hospitales públicos de Europa, pero NO en el proyecto del PP; en él (no es casual) no existen consejos/juntas de administración/gobierno colegiados, precisamente, cuando a más autonomía y libertad de gestión, corresponde más control, más garantías y más supervisión pública eficaz. La autonomía de los centros, de la que tanto habla el PP, debe significar no más discrecionalidad personal para el gerente, sino más capaci-

dad de autogobierno del hospital, dentro de su marco corporativo e integrado en el conjunto de la organización sanitaria.

Decididamente, los órganos colegiados de gobierno son un instrumento básico de la gestión pública democrática y transparente, que facilitan la gestión profesional, el pacto social y la representación de la población a la que el hospital sirve; son también fundamentales para profesionalizar la gestión, despolitizando los cargos directivos, consolidar los mandos intermedios, y devolver protagonismo de decisión y representación a los profesionales clínicos (medicina y enfermería fundamentalmente).

2. Separación entre el SNS y la administración pública general

Si el marco de organización y gestión del SNS es inadecuado, y pocos dudan de que no sea preciso cambiarlo, es preciso confeccionarle *un traje legal a medida* (como se ha hecho en el País Vasco con la Ley 8/1997, que configura al SVS/Osaki-detza como ente público de derecho privado de naturaleza especial). No sirven medidas aisladas como las FPS que fragmentan el sistema sanitario y no solucionan los problemas de fondo.

La esencia de este planteamiento es la separación entre la administración pública común y las instituciones, centros y

⁽²⁷⁾ Son también igualmente importantes en los hospitales de gestión tradicional. Para reinstaurarlos no es necesario adoptar las llamadas *nuevas formas de gestión*, en el ámbito del INSALUD bastaría con modificar el RD 521/87 que suprimió las antiguas Juntas de Gobierno, y actualizar sus competencias y composición de modo que quedaran lo más asimiladas posibles a órganos colegiados de gobierno (no meramente consultivos ni de participación, que es una función bien distinta).

servicios del SNS, de modo que éstos adopten la forma organizativa que más convenga a sus objetivos, pero que debe ser diferenciada de la administración pública común y gozar de la autonomía y agilidad precisas para cumplir sus objetivos específicos (prestar servicios sanitarios con calidad y eficiencia a toda la población). Parece evidente que el marco de la administración pública común actualmente existente no responde a lo que la sanidad pública moderna precisa. Se necesita mucha fe para confiar en el mercado interno la solución a estos problemas, máxime cuando en otros países con producción pública de servicios sanitarios, éstos nunca están integrados en la administración pública común –Reino Unido, Países nórdicos, Francia –hospitales públicos–, Italia).

En cualquier caso, lo razonable es que las nuevas formas de gestión que den a los centros sanitarios más autonomía y flexibilidad sean aplicadas primero en el ente corporativo -sea el conjunto del SNS, INSALUD o un Servicio de Salud de CCAA- del que dependen hospitales y centros de salud (al revés de lo que ha hecho el Gobierno del PP con las FPS). Sólo luego, a partir de su nueva personalidad jurídica y de su autonomía del ente corporativo, se podrá vertebrar en un orden lógico de las cosas, el autogobier-

no de los niveles inferiores, dentro de la organización del Servicio de Salud, de modo que sea posible ejercer eficazmente las funciones de planificación estratégica, economía de escala de servicios comunes, sistemas de información corporativa, etc. En este sentido, la opción reformista que en 1991 planteó la conversión del INSALUD en un ente público autónomo era muy coherente, y sigue siendo válida y racional, sólo que hoy es más urgente que lo que lo era entonces (el mismo razonamiento es aplicable a los servicios de salud de las CCAA, tal como se ha hecho en el País Vasco).

3. Potenciar la autonomía de gestión a nivel local: Áreas, hospitales, Atención Primaria

Para el buen funcionamiento de los distintos niveles asistenciales y organizativos es imprescindible un cierto nivel de autonomía real. Ello es, como demuestra la experiencia de múltiples organizaciones públicas y privadas, perfectamente compatible con la pertenencia a una organización más amplia, en la que exista coordinación corporativa, sistemas de información y estándares comunes, planificación estratégica integrada, etc. El nivel de autonomía de los centros sanitarios les debería permitir la gestión sin trabas de su personal, dentro del esque-

ma común al conjunto de la sanidad pública, y la agilidad de gestión económica que sea más conveniente para aprovechar la economía de escala que se deriva de pertenecer a un ente que tiene un considerable poder de compra.

De este modo, los diversos entes territoriales de la sanidad pública y los hospitales estarían gobernados por sus correspondientes Consejos/Juntas de Administración/Gobierno ante los cuales serían responsables los gerentes. También aquí no estaríamos proponiendo nada nuevo, ni en el mundo de las organizaciones empresariales, ni en el de la gestión pública sanitaria: hasta hace unos años existían en las Direcciones Provinciales de INSALUD, en los Ambulatorios (Sectoriales) y en los hospitales, Juntas de Gobierno. Por otro lado, los hospitales públicos españoles son de los pocos (¿los únicos?) que en Europa no tienen un Consejo de Administración como depositario de la autoridad máxima del centro. De este modo, las ventajas de la gestión pública democrática permeabilizarían toda la organización sanitaria, subsanando su actual déficit democrático, aumentando las garantías de eficacia de la gestión y legitimando profesionalmente la figura del gerente en sus instituciones. El marco organizativo resultante de esta organización general de la sanidad pública, tendría

una estructura parecida a la de un *holding sanitario público*, con un amplio margen de autonomía a cada nivel, central, local y de hospital. Contrariamente a la fragmentación descoordinada que inducirían las FPS creadas por el Gobierno del PP, en este esquema alternativo, los hospitales públicos desarrollarían su autonomía dentro de su marco corporativo natural (INSALUD, Servicio de Salud de Comunidad Autónoma), que serían a su vez autónomos y con toda la capacidad de gestión precisa. Obviamente, también ellos en este esquema contarían con órganos colegiados de gobierno –Consejos de Administración– con todas las ventajas que ello supone para su eficacia gestora, y su legitimación democrática⁽²⁶⁾.

4. La perspectiva del SNS en el futuro del INSALUD: Consorcios INSALUD/CCAA como paso intermedio, inmediato y previo a las transferencias

La *gestión pública* democrática ofrece también alternativas aplicables a la articu-

⁽²⁶⁾ Los servicios de salud de los países europeos con sistemas sanitarios públicos responden a un esquema de gobierno similar al aquí presentado: órganos colegiados de gobierno a todos los niveles, ante los cuales son responsables los gestores, diferenciación respecto a la administración pública común, y un esquema de autonomía local muy descentralizado, pero compatible con la cohesión de la pertenencia a una organización común.

lación del conjunto del SNS, especialmente en relación con el presente y el futuro del INSALUD (una dimensión totalmente descuidada en el proyecto de FPS del Gobierno). Las disfuncionalidades de la situación actual (dualidad de autoridades sanitarias sobre el mismo territorio y sirviendo a la misma población) y el escenario político de las futuras transferencias de INSALUD exige asumir la necesidad de abordar desde una perspectiva global la reforma del INSALUD, adaptándolo a la realidad actual del SNS (modificando la composición de su Consejo General, y de su Comisión Ejecutiva, en la que siguen presentes sindicatos y patronal como si nada hubiera cambiado en el antiguo INP, ¿no deberían también estar presentes en estos órganos los Consejeros de Salud de las CCAA sin transferencia, una vez que el INSALUD se financia mayoritariamente por impuestos, y sirve a la población de la que ellos son sanitariamente responsables?). El escenario de las transferencias futuras ofrece nuevas oportunidades para abordar algunos de los problemas que plantea tanto la situación actual de no-transferencias, como las propias transferencias. Una de las propuestas más atractivas que emergen es la *creación de Consorcios INSALUD/Servicios de Salud de las CCAA sin transferencias* no sólo como pri-

mer paso para las transferencias futuras, sino como solución a algunos de los problemas actuales.

A partir de un INSALUD reorganizado con una nueva personalidad jurídica autónoma y pública, sería muy conveniente salir del impasse y dualidad actual existente en las CCAA sin transferencias a través de la creación de *CONSORCIOS INSALUD/CCAA*, si ello tuviera el suficiente consenso político para ser aceptado por todas las partes implicadas. Esta iniciativa daría respuesta a los desafíos de organización y gestión de los servicios sanitarios públicos de las CCAA sin transferencias y permite integrar sus servicios propios con los del INSALUD en el nuevo ente-consorcio, que de este modo incluiría todos los servicios públicos del territorio de la Comunidad Autónoma. Ello permitiría garantizar una plena y efectiva utilización sinérgica de todos los recursos públicos, al integrar en el mismo ente los servicios de INSALUD, los de la CCAA y los de los ayuntamientos si los hubiere.

Como es obvio estos *CONSORCIOS* estarían dotados, a todos los niveles de gestión y organización relevantes, de los órganos colegiados de gobierno (*Juntas/Consejos de Administración*) a los que nos hemos referido antes, en los que habría una participación proporcional a los

recursos aportados, teniendo en cuenta en su composición y representación el peso institucional de las autoridades sanitarias de las CCAA en su territorio, así como la participación de los ayuntamientos y social que hemos visto más arriba. Estos CONSORCIOS supondrían un paso intermedio que permitirá preparar con rigor, sin riesgos, y ordenadamente la trasferencia definitiva del INSALUD a las CCAA.

Esta propuesta merece un estudio más detallado que el que es posible aquí, especialmente porque no existen muchas otras alternativas que aporten tantas ventajas y soluciones a los problemas que plantean unas transferencias que el Gobierno da por hechas en un futuro más o menos inminente, pero para las cuales no ha avanzado solución alguna, cuando para todos son evidentes los retos y problemas que plantean. Este análisis es particularmente urgente a pocos meses de unas elecciones autonómicas, en las que el debate de las desigualdades injustificadas en la financiación sanitaria de las CCAA no favorece precisamente un clima político en el que prospere la reflexión sobre la dimensión nacional del SNS siga siendo garantía de equidad y solidaridad de todos los ciudadanos.

Las propuestas expresadas arriba son

sólo⁽²⁹⁾ algunos de los elementos a tener en cuenta para una alternativa de progreso en la reforma de la organización y gestión de la sanidad pública. Son planteamientos bien distintos de lo que suponen las FPS comentadas en este texto, y constituyen sólo un ejemplo de que existen alternativas, aunque su desarrollo en detalle sale fuera del propósito de este trabajo.

En conclusión. Definitivamente, el proyecto de las FPS del Gobierno tiene problemas serios. Problemas políticos porque nace deslegitimado por su tramitación irregular, y carece del suficiente consenso social, profesional y político que es preciso para sacar adelante un proyecto como éste. Problemas de encaje legal para una figura jurídica a todas luces improvisada, y problemas muy serios derivados de su más que probable inconstitucionalidad. Problemas técnicos, derivados de un diseño organizativo sin visión de conjunto, y sin coherencia corporativa con el resto de la organización

⁽²⁹⁾ Hay otros elementos igualmente fundamentales, especialmente la actualización de los estatutos del personal sanitario, que constituye el elemento clave de la organización y gestión del SNS, y cuyos problemas de regulación van más allá del falso y largo debate sobre su status laboral o funcionarial, y sobre todo de la afirmación tautológica del artículo 111 de la ley 50/98, que se contenta con definirlo como estatutario, cuando es precisamente la naturaleza de esta relación laboral la que ahora está en discusión.

sanitaria, en el cual no se dan garantías de control, ni de eficacia en la gestión (especialmente por la ausencia de órganos de gobierno homologables). Problemas de organización de los servicios sanitarios, por el alto riesgo de fragmentación de la atención a los pacientes y a la población que implica la puesta en marcha de reinos de taifas sanitarios que competirían entre sí, sin instrumentos de coordinación. Por último, aunque no en último lugar, problemas derivados de un modelo el del *mercado interno* que ha demostrado que no responde a las expectativas que suscitó, y que sería irresponsable importar para el SNS.

Existen alternativas bastante razonables al *pensamiento único sanitario*, y a la importación acrítica de modelos. Un

consenso político global sobre la sanidad no es ni deseable ni posible, ya que eliminaría del "mercado político" la sanidad, en lugar de hacerlo más transparente, clarificando las distintas opciones existentes. La sanidad está en el corazón del Estado de Bienestar y por ello en el centro de la política en todas las sociedades democráticas, y es necesario el debate y la discusión; sólo así son posibles acuerdos puntuales y concretos que son los que permiten avanzar y pueden hacer posible la modernización de la sanidad pública española. Pero para ello, para que sea posible acordar, es preciso que exista la oportunidad de debatir, y con las FPS el Gobierno ha impedido este debate. A él le toca, de momento, hacerlo posible.

