

---

# Comentarios y reflexiones en torno al Real Decreto 29/2000, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud

Francisco Alfonso Ferrándiz Manjavacas  
Economista

## Resumen:

*En este trabajo se efectúa un análisis del Real Decreto 29/2000, sobre nuevas formas de gestión del INSALUD, norma que va a permitir a este organismo materializar el proceso de transformación de sus centros sanitarios en las nuevas formas de gestión: fundaciones de la Ley 30/94, fundaciones públicas sanitarias, consorcios y empresas públicas. Se presta atención a la delimitación que traza el Real Decreto entre las competencias reservadas al INSALUD y las que se descentralizan a favor de las nuevas estructuras gestoras, especialmente en lo que respecta al nivel de autonomía que éstas últimas adquieren. Asimismo, se describe la estructura y caracterización de cada nueva forma gestora, tanto en sus instrumentos de gestión como en sus órganos directivos. La figura de la fundación pública sanitaria es objeto de estudio por la importancia y desarrollo que el Real Decreto le otorga. Finalmente se analiza el proceso de transformación de los centros sanitarios que evolucionen hacia las fundaciones públicas sanitarias o consorcios.*

**Palabras clave:** Nuevas formas de gestión, descentralización de la gestión, fundaciones públicas sanitarias, consorcios.

Con la aprobación por el Consejo de Ministros del Real Decreto 29/2000, de 14 de enero<sup>(1)</sup>, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud, se culmina el ciclo normativo que ha permitido dar soporte legal a la introducción de las nuevas formas de gestión en el ámbito del INSALUD. Como consecuencia de su complejidad y trascendencia, este proceso de cambio, iniciado con el Real Decreto-Ley 10/1996, de 17 de junio<sup>(2)</sup>,

sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, ha precisado de tres años y medio para adquirir pleno desarrollo legal. El Real Decreto 29/2000 es el resultado del desarrollo reglamentario de la Ley 15/1997<sup>(3)</sup>, consecuencia ésta de la tramitación parlamentaria como ley del citado Decreto-Ley 10/1996, así como del art. 111 de la

---

<sup>(1)</sup> B.O.E. del día 25 de enero de 2000.

<sup>(2)</sup> B.O.E. del día 18 de junio de 1996.

<sup>(3)</sup> Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud (B.O.E. de 26 de abril).

Ley 50/1998<sup>(4)</sup>, por el que se crearon las fundaciones públicas sanitarias. El objeto del Real Decreto que nos ocupa es descentralizar la gestión operativa del INSA-LUD, otorgando personalidad jurídica a los centros prestadores de servicios, además de desarrollar y delimitar la creación, organización y competencias de cada tipo de nueva forma gestora: fundaciones de la Ley 30/94<sup>(5)</sup>, consorcios, sociedades estatales, fundaciones públicas sanitarias y demás formas admitidas en derecho público.

Antes de entrar en detalle sobre sus contenidos, resulta pertinente hacer algunas precisiones sobre el ámbito de aplicación de esta norma. Desde un punto de vista subjetivo, pueden iniciar la transformación hacia las nuevas formas de gestión no solamente los hospitales, sino también las estructuras de Atención Primaria, si bien éstas últimas habrán de incluir, al menos, todos los centros de salud de la correspondiente área sanitaria. Desde una perspectiva territorial, el Real Decreto 29/2000 se limita en su competencia a la órbita gestora del INSALUD, que como es sabido son aquellas Comunidades Autónomas en que todavía no

han sido transferidas por la Administración Central las competencias en materia de gestión sanitaria.

Por su extensión, se trata de un Real Decreto relativamente largo, con setenta y cuatro artículos, nueve disposiciones adicionales y tres finales, cuyos contenidos básicamente se pueden agrupar en tres partes: la primera de ellas en torno a las disposiciones generales y comunes para las distintas formas de gestión; la segunda con las disposiciones específicas para cada tipología gestora; y la tercera que regula principalmente el proceso de transición hacia las fundaciones públicas sanitarias y consorcios. No obstante, por la atención específica que les dedica, así como por el especial detalle manifestado en precisar cómo ha de efectuarse la transición desde el modelo tradicional de gestión, las fundaciones sanitarias públicas se constituyen en la figura central del Real Decreto.

### **Delimitación de ámbitos gestores y poder de decisión**

Un proceso de descentralización en la gestión como el iniciado por el INSA-LUD requiere una delimitación de competencias y de poderes de decisión y responsabilidad entre el ámbito de decisión central y los entes o estructuras objeto de descentralización. El Real De-

<sup>(4)</sup> Ley 50/1998, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social (B.O.E. de 31 de diciembre).

<sup>(5)</sup> Ley 30/94, de 24 de noviembre, de Fundaciones e Incentivo Fiscales a la Participación Privada en Actividades de Interés General.

creto 29/2000 intenta resolver esta cuestión con unas disposiciones comunes para las distintas formas gestoras, reservando al ámbito central de decisión, representado por el INSALUD, la determinación de las prestaciones sanitarias de cada centro, los objetivos y actividades a realizar y la asignación de los recursos. Fruto de la justificada necesidad de salvaguardar la integridad del marco asistencial y de gestión, se reserva para el INSALUD la coordinación entre centros y los distintos niveles asistenciales, declarando que éstos mantendrán entre sí una cooperación permanente en el ámbito asistencial, administrativo y complementario, garantizándose la continuidad asistencial entre niveles<sup>(6)</sup>. No obstante destacar la importancia de estas referencias, la norma no hace un desarrollo más preciso de las mismas, sin concretar cómo y con que instrumentos se verificarán y salvaguardarán estos objetivos, de gran complejidad y dificultad en su articulación, como demuestra que dentro del modelo tradicional de gestión, obviamente más centralizado y por tanto más manejable a priori en estas cuestiones, tampoco se han conseguido desarrollar soluciones plenamente satisfactorias en materia de

cooperación y coordinación entre centros y niveles asistenciales. En este sentido, una cuestión importante que queda sumida en interrogantes es la transferencia de riesgos que el INSALUD realice a favor de las futuras nuevas formas gestoras. Escasamente podrá hablarse de descentralización real generadora de comportamientos eficientes sin una efectiva transferencia de riesgos de la esfera de decisión central a la descentralizada. Aunque como veremos más adelante, la disposición de presupuestos y de gestión financiera propia son pasos encaminados en esta dirección, en la norma que comentamos no se explicitan los compromisos financieros y económico-presupuestarios a que cada parte se obliga. Asimismo, el procedimiento de selección, nombramiento y cese de los órganos directivos y de gobierno tampoco aporta sustanciales novedades respecto al modelo tradicional de gestión, necesitado de cambios al respecto.

Por otra parte, se ha sabido reconocer que el proceso descentralizador ha de producirse con una doble proyección: no solamente desde el ámbito central de decisión a los distintos centros sanitarios, sino que también dentro del seno de éstos últimos. Así, el Real Decreto se hace eco de esta idea, al preverse que se podrán establecer fórmulas organizativas sin

<sup>(6)</sup> Arts. 4 a 7, R.D. 29/2000.

personalidad jurídica, pudiéndose crear áreas clínicas o agrupaciones funcionales de unidades asistenciales que integren profesionales y equipos que se responsabilicen de la gestión de un grupo específico de procedimientos asistenciales<sup>(7)</sup>.

### **Principios gestores y normas comunes**

A título programático y declarativo, y como principios gestores de los nuevos centros, se recogen, entre otros, los de descentralización, autonomía, eficacia, eficiencia, calidad, planificación, coordinación y responsabilidad en la gestión<sup>(8)</sup>. Se confía en que el marco regulador que emana de la esfera central, así como los instrumentos de gestión con que se dotan las nuevas formas gestoras coadyuvan a su consecución. No obstante, aunque no es una tarea sencilla, hubiera sido deseable que se establecieran en términos de control y medida objetivables del seguimiento de estos principios. Resulta significativo señalar que, siendo el acceso a una autonomía real de gestión un elemento crucial en el desarrollo de las nuevas formas gestoras, y que justifica en

gran parte el proceso de transformación del modelo tradicional, apenas si se definen los contenidos y límites de la misma, ya que esta autonomía se ejercerá "...ajustándose en todo caso a lo establecido en este Real Decreto y a las disposiciones y criterios generales que dicte el INSALUD<sup>(9)</sup>", mencionándose como elementos propios el desarrollo de sus estructuras organizativas, planes de calidad, normas de funcionamiento y la gestión de los recursos humanos, económicos y materiales. Asimismo, la regulación específica que el Real Decreto desarrolla para cada tipo de forma gestora tampoco consolida, como especialmente veremos para las fundaciones públicas sanitarias, instrumentos sólidos de soporte de una autonomía real de gestión. A título de ejemplo podemos citar que el control de gestión, que en la empresa privada es una función básica de organización y funcionamiento interno, queda reservado en las nuevas formas gestoras de manera externa al propio INSALUD<sup>(10)</sup>. Posiblemente esto último, más que una intención real, sea una confusión terminológica, fruto de asimilar la función de control de gestión a la de inspección y evaluación. Sin duda, éstas y otras cuestiones

<sup>(7)</sup> Disposición adicional 1ª, R.D. 29/2000. En abril de 2000 existían en el ámbito del INSALUD seis institutos de estas características, encontrándose en distintas fases de acreditación otros quince proyectos más de gestión clínica.

<sup>(8)</sup> Art. 11 del R.D. 29/2000.

<sup>(9)</sup> Art. 12 del citado R.D.

<sup>(10)</sup> Art. 13 del citado R.D.

habrán de ser objeto de posterior desarrollo normativo<sup>(11)</sup>.

Es, en la gestión de los recursos donde cobran un mayor contenido las aportaciones de las nuevas formas respecto al modelo tradicional de gestión. Así, en materia de ingresos, se deja abierta la posibilidad para incorporar nuevos recursos financieros, además de los que tienen su origen en los presupuestos públicos. También su régimen patrimonial, contable y de control financiero permite avanzar, dependiendo de la forma de gestión de que se trate, en una mayor aproximación a los instrumentos de gestión y control del ámbito privado. Asimismo, y según lo que se establezca en las normas reguladoras en cada forma de gestión, la relación jurídica del personal admite cierta flexibilización, pudiendo adoptar la fórmula laboral, estatutaria e incluso funcionarial. No obstante, la selección del personal queda encomendada a los principios de igualdad, mérito y capacidad, según los criterios emanados por el INSALUD<sup>(12)</sup>.

En cuanto a la dirección de los centros, se concreta una estructura binomial: un

órgano de gobierno colegiado, con denominación y composición según el tipo de forma de gestión, y una Dirección Gerencia, ésta última como superior órgano de dirección del centro<sup>(13)</sup>. Asimismo, en todos los centros existirá una Comisión de Dirección, presidida por el Director Gerente. Particularmente interesante es el procedimiento de designación de los miembros de estos órganos directivos. Así, el Director Gerente será designado y cesado libremente por el órgano de gobierno correspondiente, excepto para las fundaciones públicas sanitarias, en las que esta competencia está atribuida a la Presidencia Ejecutiva del INSALUD. El resto de los directivos será nombrado y cesado por el órgano de gobierno, a propuesta del Director Gerente. Se aprecia una excesiva precaución desde la esfera central de decisión en mantener una estrecha tutela sobre las fundaciones públicas sanitarias, ejerciéndola en este caso mediante la discrecionalidad en el nombramiento y cese de sus directivos. Aunque en el Real Decreto se hace referencia a que estos nombramientos habrán de recaer en personas que reúnan los requisitos de cualificación, formación y experiencia necesarios, esta cuestión nunca ha sido resuelta satisfactoriamente en el

<sup>(11)</sup> La disposición final primera del R.D. 29/2000 faculta el Ministro de Sanidad y Consumo para dictar cuantas disposiciones sean precisas en orden a su desarrollo y ejecución.

<sup>(12)</sup> Art. 21, del citado R.D.

<sup>(13)</sup> Arts. 24 a 25 del R.D. 29/2000.

modelo tradicional, donde a pesar de las intenciones manifestadas a lo largo de los últimos años<sup>(14)</sup>, no se han dado todavía los pasos hacia una mayor profesionalización de la función directiva.

Además de los anteriores órganos directivos, se establecen dos órganos de participación: uno de carácter externo, denominado Comisión de Participación y Garantías de los Ciudadanos, y otro interno, como es la Junta Asistencial. Asimismo, se prevé que dentro de los centros hospitalarios exista una Comisión Clínica, como órgano colegiado de los facultativos para el estudio y propuesta de los asuntos de su ámbito, así como una Comisión de Cuidados, como órgano colegiado para el estudio y propuesta de los asuntos referidos a la actividad de cuidados.

Desde un punto de vista jurídico, resulta importante señalar que toda la tipología de nuevas formas de gestión está sujeta al sistema de reclamación por daños y perjuicios dispuesto en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y por sus normas de desarrollo<sup>(15)</sup>. Esto significa que las reclamaciones de los interesados

habrán de dirigirse contra el INSALUD, al continuar asumiendo esta entidad la responsabilidad última en la prestación de los servicios. Abundando más en esta línea de sujeción a las normas y procedimientos de la Seguridad Social, el asesoramiento, representación y defensa en juicio de los centros sanitarios se efectuará por los abogados del Cuerpo Superior de Letrados de la Administración de la Seguridad, destinados en el Instituto Nacional de la Salud<sup>(16)</sup>.

### **Disposiciones específicas de cada forma de gestión**

Conforme a lo señalado al inicio, además del conjunto de normas y disposiciones de carácter general para todas las nuevas formas gestoras, el Real Decreto 29/2000 centra una parte importante de sus contenidos en desarrollar la regulación peculiar de cada una de ellas. Con carácter general, esta norma renuncia a un desarrollo prolijo y pormenorizado en cuanto a la organización y funcionamiento de cada tipología, asignando gran importancia a lo que establezcan sus respectivos estatutos o normas fundadoras, que en todos los casos han de pasar por la aprobación del Consejo de Ministros. No obstante, el Real Decreto es espe-

<sup>(14)</sup> Sin ir más lejos en el propio Plan Estratégico del INSALUD, publicado en 1998.

<sup>(15)</sup> Art. 35, R.D. 29/2000.

<sup>(16)</sup> Art. 37, del citado R.D.

cialmente parco en la caracterización de los consorcios y las sociedades estatales. De alguna manera se evidencia que las prioridades de la norma se centran en la regulación de las fundaciones, tanto las de la Ley 30/94, como las de carácter público, otorgando una regulación escasa a los consorcios y sociedades estatales, ya sea por que estas figuras tienen una tradición y regulación previa en la gestión pública, o bien porque desde el gobierno no se considera prioritario que las nuevas formas de gestión se personifiquen en estos modelos. Por esta razón, y aun tratándose de figuras gestoras distintas, haremos referencia conjunta, por un lado, a los consorcios y sociedades estatales, y por otro a las fundaciones.

#### **Consortios y Sociedades Estatales**

Tendrán la consideración de consorcios<sup>(17)</sup>, en el ámbito del Real Decreto, las organizaciones comunes, dotadas de personalidad jurídica propia y suficiente para el cumplimiento de sus fines, que se constituyan a consecuencia de los convenios, cuyo objeto sea la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección a la salud o de atención sanitaria, que celebre el INSALUD con:

a) Las Comunidades Autónomas.

b) Las entidades que integran la administración local.

c) Entidades privadas sin ánimo de lucro, que persigan fines de interés público concurrentes con los de las Administraciones Públicas.

d) Con todas ellas conjuntamente.

Tienen la consideración de sociedades estatales<sup>(18)</sup> en el ámbito del Real Decreto, las sociedades en cuyo capital sea mayoritaria o única la participación del INSALUD y que se constituyan para la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria.

Como se comentaba anteriormente, la regulación que establece el Real Decreto 29/2000 para ambas formas gestoras es muy somera. En lo que respecta a su organización y estructura, además de disponer su creación mediante autorización del Consejo de Ministros, que también aprobará sus respectivos estatutos, apenas si se señala que sus máximos órganos de gobierno, consejo de gobierno para los consorcios, y consejo de administración para las sociedades estatales, tendrán la composición y nombramiento conforme a lo establecido en sus respec-

<sup>(17)</sup> Art. 46, del R.D. 29/2000.

<sup>(18)</sup> Art. 54 del citado R.D.

tivos estatutos. El régimen jurídico del personal será laboral para las sociedades estatales, dependiendo de lo que establezcan sus estatutos para el caso de cada consorcio. En cuanto a la contratación de bienes y servicios, los consorcios se someterán a lo dispuesto en la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, estableciéndose para las sociedades estatales el mismo que para las fundaciones de la Ley 30/94.

#### **Fundaciones de la Ley 30/94 y Fundaciones Públicas Sanitarias**

A estas dos formas de gestión se les confiere un desarrollo normativo más explícito, sin duda influido por el interés manifestado en apostar por ellas como formas dominantes en la transformación de la gestión para el ámbito del INSALUD. Al igual que para los consorcios y sociedades estatales, la capacidad de fundar corresponde al Consejo de Ministros, que es además el que aprueba sus estatutos. A pesar de la denominación de fundaciones, existen diferencias notables en la naturaleza jurídica de ambas formas. Mientras que las fundaciones constituidas al amparo de la Ley 30/94 son organizaciones sanitarias sin ánimo de lucro que destinan y afectan un patrimonio a la realización de fines sanitarios, gestionando y administrando centros, servicios y

establecimientos sanitarios<sup>(19)</sup>, las fundaciones públicas sanitarias son organismos públicos adscritos al INSALUD con personalidad jurídica propia<sup>(20)</sup>. La auténtica naturaleza de cada una de ellas ha dado lugar a un interesante debate. De cualquier forma, parece existir una amplia aceptación de que, sin perjuicio de criterios de conveniencia u oportunidad en su utilización, los entes creados al amparo de la Ley 30/94 encajan, aunque sea desde un punto de vista formal, en la figura tradicional de la fundación de nuestro ordenamiento jurídico. Sin embargo, en el ámbito de la gestión pública, las fundaciones públicas sanitarias, más que ir en consonancia con su nombre, encuentran un mayor acomodo al lado de figuras como los organismos autónomos o las entidades públicas empresariales. Hasta el momento, la elección de un tipo u otro de fundación está basada en razones de oportunidad, reservando exclusivamente las fundaciones de la Ley 30/94 a los hospitales de nueva creación<sup>(21)</sup>.

En cuanto a sus órganos de gobierno y dirección, tienen una regulación muy parecida, por no decir idéntica. La diferente

<sup>(19)</sup> Art. 38, R.D. 29/2000

<sup>(20)</sup> Art. 62, del citado R.D.

<sup>(21)</sup> Hasta abril de 2000 solamente los hospitales de Alcorcón, Manacor, y Calahorra, todos ellos de nueva creación, habían adoptado esta forma de gestión.

denominación del máximo órgano de gobierno de ambas formas gestoras obedece al distinto origen jurídico de cada una de ellas. Así, para las fundaciones de la Ley 30/94 se denomina patronato, y para las fundaciones públicas es el consejo de gobierno. Ambos estarán constituidos por un Presidente, y un mínimo de seis y un máximo de ocho vocales, así como un Secretario con voz pero sin voto. Todos los miembros del patronato o consejo de gobierno serán designados y cesados por la Presidencia Ejecutiva del INSALUD, de entre los cuales uno estará designado a propuesta de la Consejería de la Comunidad Autónoma que tenga atribuidas las competencias de sanidad; uno a propuesta del Ayuntamiento del municipio que tenga mayor población adscrita a la fundación y uno a propuesta de la universidad, en el caso de tratarse de un hospital universitario<sup>(22)</sup>. No obstante dar entrada a la participación de otros agentes públicos, se puede observar que el INSALUD no ha renunciado a ejercer plenamente sus competencias de decisión y control por la vía directa de los nombramientos de los miembros del consejo de gobierno. Incluso el nombramiento de la máxima figura directiva, como es el Director Gerente, que para las fundaciones de la

Ley 30/94 queda reservado de manera formal para el patronato, en las fundaciones sanitarias públicas es designado directamente por la Presidencia Ejecutiva del INSALUD.

Respecto a los instrumentos de gestión, se aprecian claramente las distintas posibilidades de una u otra forma. Así, en las fundaciones públicas la contratación de bienes y servicios ha de hacerse siguiendo el procedimiento y normas contenidas de la contratación administrativa. En cambio, para las fundaciones de la Ley 30/94, salvo la obligación de la publicidad en prensa y el otorgamiento de un mínimo de diez días para la presentación de ofertas, los procedimientos de contratación se ajustarán al derecho civil y mercantil. La otra gran diferencia se sustancia en el régimen jurídico del personal: laboral para las fundaciones de la Ley 30/94 y estatutario para las públicas<sup>(23)</sup>. Su régimen presupuestario, financiero, de contabilidad e intervención es muy similar para ambas, disponiendo de tesorería y patrimonio propio.

### **La transición entre lo viejo y lo nuevo**

Una de las conclusiones que se extraen del Real Decreto es que no brinda crite-

<sup>(22)</sup> Arts. 48 y 62, R.D. 29/2000.

<sup>(23)</sup> Arts. 44 y 73 del citado R.D.

rios de decisión que permitan evaluar la conveniencia de optar por una determinada forma de gestión en la transformación de cada centro. En este sentido, la norma se limita a exponer la regulación de cada fórmula gestora, no pudiéndose extraer de la misma reglas de decisión que indiquen cuándo y porqué está indicada alguna de las ellas. Si acaso hay alguna indicación, y lo es de forma indirecta, es para los consorcios, en que se puede entender esta fórmula como más adecuada cuando en el centro participen distintas administraciones o agentes públicos.

Donde sí presta una especial atención el Real Decreto es en el desarrollo del proceso de transformación que inicien los centros gestionados según el modelo tradicional de gestión<sup>(24)</sup> hacia las nuevas fundaciones públicas sanitarias. En principio, esta conversión solamente se podrá hacer con carácter voluntario y previa petición del centro interesado, estableciéndose un procedimiento reglado al que habrá de ajustarse la misma. Este planteamiento de voluntariedad ha de interpretarse tanto desde la óptica de la complicada negociación política que ha

---

<sup>(24)</sup> La disposición adicional 7ª del R.D. 29/2000 establece que el procedimiento para la conversión de los centros en consorcios será el mismo que para las fundaciones públicas sanitarias, con las adaptaciones que les sean necesarias.

precedido al alumbramiento del Real Decreto como de las relaciones de poder de los agentes sociales y profesionales en el seno de las organizaciones sanitarias públicas. De cualquier forma, resulta difícil encontrar antecedentes, al menos en la tradición de la cultura de la organización y gestión de la administración pública española, de un proceso de transformación de estructuras administrativas y de gestión que estando impulsado desde el ámbito de decisión política otorgue ese protagonismo a la voluntariedad de los entes objeto de transformación. Además de la singularidad que de por sí esto supone, tampoco es menos significativo el procedimiento establecido para sustanciar esta voluntariedad. Por ello, resulta conveniente detenerse en los pasos que el Real Decreto establece a este respecto<sup>(25)</sup>:

a) Solicitud de la Gerencia del centro sanitario, dirigida al INSALUD, acompañada de la siguiente documentación: Plan Estratégico del centro, aprobado por la Presidencia Ejecutiva del INSALUD, en el que constará la voluntad y capacidad técnica para obtener la personalidad jurídica propia; certificación de acuerdo favorable de la Comisión de Dirección del centro; anteproyecto de estatutos de la nueva entidad e informe de los órganos de

---

<sup>(25)</sup> Disposición adicional 6ª del citado R.D.

representación del personal y de los profesionales del centro, el cual hará también referencia a los estatutos.

**b)** El expediente citado será dictaminado por una Comisión de Homologación, integrada por representantes del INSALUD, que se pronunciará sobre los siguientes aspectos:

1. Cumplimiento de los trámites formales y de audiencia previstos.

2. Verificación de la voluntariedad del proceso de conversión, que se producirá mediante la acreditación de la suficiencia del consenso interno, a través de la valoración conjunta y ponderada de los informes emitidos por los órganos de representación y de participación previstos en el apartado anterior. En dichos informes se hará constar el porcentaje de adhesión o rechazo a la conversión a fin de que sea tenido en cuenta en la valoración conjunta y ponderada del consenso interno.

3. Acreditación de la existencia de sistemas de información y de procedimientos de gestión que garanticen la mejora de la calidad del servicio y la gestión adecuada de los centros.

4. Adecuación presupuestaria y económica del proyecto.

**c)** La Presidencia Ejecutiva del INSALUD, previo informe preceptivo de la Comisión Paritaria, dictará resolución sobre el proceso de homologación del

centro. Si esta resolución fuera favorable, propondrá al Ministro de Sanidad y Consumo la conversión del centro, acompañado de la propuesta del plan inicial de actuación y el proyecto de estatutos del centro. El Ministro de Sanidad decidirá su elevación al Consejo de Ministros, el cual resolverá sobre ello.

Ante la dificultad que entraña una estrategia de transformación en las estructuras sanitarias públicas como la emprendida, el procedimiento establecido presenta la virtud de permitir cauces de participación a los agentes involucrados en el mismo. No obstante, desde un punto de vista real, la materialización de la voluntad de transformación emana de la dirección del centro, ya que la participación asignada a los órganos de representación del personal y de los profesionales del centro no parece tener carácter ejecutivo y vinculante, al limitarse a la emisión de informes. Aun así, posiblemente el protagonismo de estos órganos de representación vaya a ser mayor, ya que el Real Decreto, al hablar explícitamente de "porcentajes de adhesión o rechazo a la conversión" parece estar dando soporte a la introducción de procedimientos plebiscitarios de conformación de la voluntad en el seno de los centros. Asimismo, este protagonismo de las organizaciones sindicales se refuerza con la constitución

de una Comisión Paritaria<sup>(26)</sup> entre la Administración y las organizaciones sindicales presentes en la Mesa Sectorial de Sanidad, a quien corresponde informar, con carácter preceptivo y previo a su aprobación, los proyectos de creación o conversión de centros sanitarios en cualquiera de las nuevas formas gestoras. En consecuencia, la conversión en fundación sanitaria pública dependerá no solamente de la acreditación objetivable por el centro de una calidad y adecuación de la gestión, sino de la peculiar conformación de voluntad explicada anteriormente, supeitada en cierta medida al criterio de los órganos de representación y de los sindicatos. Y sin olvidar, que al culminar todo el proceso, la decisión última de conversión recaerá finalmente sobre el Presidente Ejecutivo del INSALUD. Todo ello conduce a plantearse algunos interrogantes. ¿Se impondrá la conversión desde arriba aun cuando no exista "consenso interno" para la transformación? O por el contrario, centros que "puedan" transformarse pero "no quieran" ¿seguirán gestionándose por el modelo tradicional? Esta última cuestión también nos invita a pensar qué va a suceder con los centros que permanezcan sin transformarse, cuyo número, al menos a me-

dio plazo, puede continuar siendo importante. Quizás la alternativa sea el hacer evolucionarlos desde dentro, por la vía de la desconcentración, dotándoles de instrumentos de gestión que les confieran de facto una mayor autonomía de gestión, aunque los centros no accedan a la personalidad jurídica<sup>(27)</sup>.

### **A modo de conclusión**

El Real Decreto 29/2000, sobre nuevas formas de gestión del INSALUD significa un importante paso normativo en el desarrollo e implantación de las nuevas formas de gestión. Aunque son cuatro las fórmulas de gestión que se proponen: fundaciones públicas, consorcios, empresas públicas y fundaciones de la Ley 30/94, por el desarrollo y detalle que les otorga, así como por la regulación que recoge sobre el proceso de transición desde el modelo tradicional de gestión, son las fundaciones públicas sanitarias y en menor medida los consorcios, las figuras centrales de la citada norma.

La norma reserva al INSALUD la determinación de las prestaciones sanitarias

<sup>(26)</sup> Disposición adicional 8ª, R.D. 29/2000.

<sup>(27)</sup> Un indicio de por donde se puede evolucionar lo da el Real Decreto 1891/1999, de 10 de diciembre, por el que se modifica el Reglamento de la Gestión Financiera de la Seguridad (B.O.E. del 28 de diciembre), que cuando sea desarrollado permitirá a los hospitales tradicionales, con algunas restricciones, disponer de caja propia en los pagos a los proveedores.

de cada centro, los objetivos y actividades a realizar y la asignación de recursos. También le otorga la responsabilidad en el mantenimiento de la coordinación entre centros y los diferentes niveles asistenciales. No obstante, no se explicita el procedimiento de salvaguardia y verificación del cumplimiento de estos objetivos.

Si bien se establece un marco formal de autonomía de gestión, no se efectúa una delimitación precisa de la misma, manifestándose por el INSALUD una tendencia a continuar manteniendo amplios márgenes de control. Tampoco se hacen referencias concretas a los necesarios procedimientos de transferencia de riesgos desde el nivel central a los centros para dotar de contenido real a la autonomía de gestión. Por otra parte se reconoce que el proceso descentralizador pueda producirse con una doble proyec-

ción: no solamente desde el ámbito central de decisión a los distintos centros sanitarios, sino que también dentro del seno de éstos últimos hacia institutos o agrupaciones de servicios clínicos.

El Real Decreto no proporciona indicaciones que permitan evaluar la conveniencia de optar por una determinada forma gestora en la transformación de cada centro, entendiéndose su reserva al ámbito de decisión política.

Se propone un sistema de evolución hacia las fundaciones públicas sanitarias sustentado en la voluntariedad y en la participación de la representación de los trabajadores de los centros. No obstante, las características establecidas en cuanto a su iniciativa, conformación de la voluntad de transformación y adopción de la decisión final pueden complicar la gestión del cambio.

