

ESADE

Universidad Ramon Llull

INSTITUTO DE
GOBERNANZA
Y DIRECCIÓN
PÚBLICA



ESTUDIO PARTNERS

Núm.2

Reflexiones sobre la cooperación público-privada
Monográfico: la cooperación público-privada en el sector salud

Agustí Abelaira, Miquel Arrufat, Neus Colet, Maria Cordón, Manel del Castillo,
Salvador Guillermo, Joan Guanyabens, Francisco Longo, Ramon Maspons,
Xavier Mate, Mónica Reig, Helena Ris, Angel Saz, Roger Sunyer y Pere Vallribera

Editores: Albert Serra y Mónica Reig

ESADE

INSTITUTO DE
GOBERNANZA
Y DIRECCIÓN
PÚBLICA

E

ANUARIO PARTNERS

2011

Reflexiones sobre la cooperación público-privada

Monográfico: la cooperación público-privada en el sector salud

Agustí Abelaira, Miquel Arrufat, Neus Colet, Maria Cordón, Manel del Castillo,
Salvador Guillermo, Joan Guanyabens, Francisco Longo, Ramon Maspons,
Xavier Mate, Mónica Reig, Helena Ris, Angel Saz, Roger Sunyer y Pere Vallribera

Editores:

Albert Serra Martín, director del Instituto de Gobernanza y Dirección Pública y del Programa PARTNERS

Mónica Reig, directora asociada del Programa PARTNERS

2011 Fundación ESADE

Programa PARTNERS, Instituto de Gobernanza y Dirección Pública

Avda. de Pedralbes, 60-62. 08034 Barcelona

www.esade.edu/igdp

Coordinación editorial:

Mónica Reig

Roger Sunyer

Ruxandra Radulescu

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo público.

ISSN: 2013-9179. Anuario PARTNERS. Vol. 2

Depósito Legal: B- 25.235-2010

Impreso por:

Menú de Comunicació AF SL

Via Augusta 35 - despachos 15-16. 08006 Barcelona

ANUARIO PARTNERS 2011

PRÓLOGO	7
Eugenia Bieto	
PRESENTACIÓN	9
Albert Serra	
PARTE I	
REFLEXIONES SOBRE LA COOPERACIÓN PÚBLICO-PRIVADA	15
1. LA LEY DE CONTRATOS DEL SECTOR PÚBLICO (LCSP), CUATRO AÑOS DESPUÉS	17
Neus Colet	
2. ALGUNOS APRENDIZAJES Y ELEMENTOS CLAVE PARA UNA NUEVA ETAPA DE COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA	53
Agustí J. Abelaira	
3. LA REGULACIÓN COMO INSTRUMENTO DE GESTIÓN PÚBLICA: EL CASO DE LAS LICENCIAS EN MADRID	81
Angel Saz-Carranza	
PARTE II	
MONOGRÁFICO: LA COOPERACIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN EL SECTOR SALUD	101
INTRODUCCIÓN	103
Francisco Longo	
4. LA CRISIS EN EL SISTEMA DE LA SALUD Y LA COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA	107
Francisco Longo	
5. EL SECTOR SANITARIO, SECTOR ESTRATÉGICO DE LA ECONOMÍA PRODUCTIVA DEL PAÍS	119
Salvador Guillermo	
6. VISIÓN GLOBAL DE LA COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA DEL SECTOR DE LA SALUD: LA CPP Y SU PAPEL EN LAS REDES DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	137
Pere Vallribera, Helena Ris y Manel del Castillo	
7. ÁMBITOS DE COLABORACIÓN ENTRE LA SANIDAD PÚBLICA Y LA SANIDAD PRIVADA	153
María Cordón y Xavier Mate	

8. INFRAESTRUCTURAS, EQUIPAMIENTOS Y CONCESIONES ADMINISTRATIVAS. ¿QUÉ PAPEL HA DE TENER EL SECTOR PÚBLICO DE SALUD? Miquel Arrufat	167
9. EL MODELO DE AUTOGESTIÓN EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS Mónica Reig y Roger Sunyer	195
10. LA COMPRA PÚBLICA INNOVADORA Y LA SALUD. INSTRUMENTO DE COLABORACIÓN PARA LOS NUEVOS ESCENARIOS Joan Guanyabens y Ramon Maspons	213

Prólogo

ESADE es una institución académica internacional, con más de cincuenta años de historia, cuyo principal patrimonio son las personas: profesorado y profesionales que generan pensamiento, discurso, proyectos e iniciativas al servicio de una formación excelente, una investigación relevante y una valiosa contribución al debate público y a la transformación social. A lo largo de los años, ESADE ha establecido fuertes vínculos con el mundo empresarial, económico y social como plataforma de formación e innovación, y también como centro de referencia en investigación y como foro de reflexión y diálogo.

Hace ya más de dos décadas de la creación del Instituto de Gobernanza y Dirección Pública (IGDP) como plataforma idónea para alcanzar los objetivos de ESADE en el ámbito público, impulsar la formación de calidad destinada a directivos públicos, además de la producción de conocimiento relevante en los ámbitos del liderazgo público y la colaboración público-privada (CPP), y fomentar el debate social en torno a la gobernanza y la gestión pública. Gracias a la consolidación de conocimiento y experiencia alrededor de estas cuestiones, y fruto del esfuerzo académico y del trabajo activo del IGDP en la búsqueda de nuevas soluciones a los retos de la relación entre el ámbito público y el privado, en 2008 se da otro paso adelante con la creación, dentro del Instituto, del Programa PARTNERS como espacio idóneo para impulsar el diálogo entre dos sistemas clave en la estructura social: el sector público y el mundo empresarial.

El Programa PARTNERS de ESADE aspira a impulsar la capacidad directiva en la gestión de las relaciones público-privadas, la búsqueda de buenas prácticas, el fomento de la innovación en este ámbito y el debate social. En este marco, el Anuario PARTNERS 2011 constituye una aportación clave como elemento de continuidad y consolidación de una parte del conocimiento desarrollado.

El Anuario PARTNERS 2011 que tenéis en vuestras manos, dedicado a la CPP en el sector sanitario, es una buena muestra de la aportación que puede realizar la CPP y de la necesidad de dar a conocer nuevas formas de colaboración entre el sector privado y el sector público que permitan generar valor público, con la finalidad de mejorar su funcionamiento y el valor social que aportan.

Eugenia Bieto
Directora general

Presentación

El Instituto de Gobernanza y Dirección Pública (IGDP) de ESADE tiene como misión formar directivos públicos y mejorar la gestión pública. Creado en 1993, el IGDP consolidó su experiencia, iniciada a principios de los años ochenta, cuando ESADE realizó sus primeras actividades docentes y de investigación en el campo de la gestión pública.

El IGDP se centra en contribuir a mejorar la calidad de la gobernanza y a desarrollar liderazgos responsables en el sector público. Creemos en lo público y en sus inmensas posibilidades de desarrollo y mejora. Por esto, desde la perspectiva de la gestión pública, aportamos ideas, valores, conocimientos e instrumentos destinados al sector público, para potenciar y mejorar su funcionamiento y los resultados de sus organizaciones. Más de 2.000 gobernantes y directivos públicos han participado en las actividades docentes del Instituto desde sus inicios. Numerosas investigaciones, libros, conferencias, artículos científicos, estudios de casos y otros materiales dejan constancia de la actividad académica de sus miembros.

Hace ya cuatro años, decidimos dar un nuevo impulso a la investigación y a la búsqueda constante de nuevas soluciones en el ámbito de la **cooperación público-privada** (CPP) y creamos el Programa PARTNERS, fruto de un largo e intenso trabajo.

El Programa PARTNERS es una iniciativa centrada en la investigación, el desarrollo y la difusión en materia de colaboración público-privada, y dirigida a directivos de empresas públicas involucrados en proyectos de CPP y a directivos de empresas privadas que tienen relación con las administraciones públicas. La misión del Programa se basa en la contribución, desde el IGDP de ESADE, a mejorar la calidad de la CPP aportando conocimiento y capacitación directiva al sector público y al privado. Por este motivo, impulsa la formación en gestión de la CPP para directivos públicos y pri-

vados, de forma conjunta e interactiva, definiendo marcos conceptuales, modelos de colaboración y de producción de servicios públicos, e instrumentos para su implantación. También impulsa la realización de estudios de investigación sobre prácticas innovadoras, así como la producción de información sobre la dimensión y relevancia de la CPP en la producción de bienes públicos y de interés general. Finalmente, el Programa PARTNERS pretende consolidarse como un punto de encuentro del debate social en torno a todos aquellos aspectos relativos a la CPP. En este contexto, el Anuario PARTNERS ocupa una posición destacada, ya que actualiza las últimas aportaciones sobre CPP y presenta monográficos específicos sobre distintos sectores económicos de gran relevancia como en la presente edición, dedicada a la CPP en el sector sanitario y de la salud.

La edición de 2011 del Anuario PARTNERS se divide en dos partes. En la primera, se recogen reflexiones de actualidad sobre el estado de la colaboración público-privada en nuestro entorno socioeconómico. De los contenidos de esta primera parte cabe destacar:

En el primer capítulo, **Neus Colet** presenta un balance de determinados aspectos de la aplicación de la vigente Ley de Contratos del Sector Público, con el objetivo de ayudar a determinar tanto los avances que ha supuesto el nuevo marco legal desde la perspectiva de la gestión pública como, también, a identificar mejor dónde se encuentran algunos de los puntos débiles y las carencias de la regulación actual. Con su análisis, Neus Colet trata de valorar los problemas que plantea la actual Ley y las soluciones que ella misma ofrece, y sugiere alguna propuesta de cara a una nueva regulación —que seguramente será inevitable— para superar los primeros y e implementar mejor las segundas.

En el segundo capítulo, **Agustí Abelaira** expone un análisis detallado sobre lo sucedido estos últimos años en el campo de las infraestructuras públicas impulsadas mediante fórmulas de CPP en el conjunto del Estado y, en particular, en Cataluña. Abelaira sitúa en el centro de su análisis el, los aspectos económicos y financieros aportando algunas reflexiones sobre los puntos fuertes y débiles, y las posibilidades de mejora, fruto de más de una década dedicada a su gestión.

El gestor público dispone de distintas herramientas e instrumentos para intentar crear valor público, para alcanzar el objetivo social último. En el

tercer capítulo, **Angel Saz** profundiza en una de ellas: la regulación. En primera instancia, Saz presenta un marco conceptual en el que el uso de la autoridad pública y las reglas son un instrumento más al servicio de la gestión pública. Después, el capítulo ilustra el marco conceptual describiendo un caso real en el que se pasa de la producción directa a la producción mediante la regulación: el caso de las licencias del Ayuntamiento de Madrid.

En la segunda parte del ANUARIO, dedicada enteramente al monográfico de la colaboración público-privada en el sector salud, **Francisco Longo**, tras presentarlo e introducirlo, expone en el primer capítulo cómo afecta el contexto de crisis al sistema de salud e identifica, seguidamente, las medidas que deberían impulsarse para hacerlo sostenible. Finalmente, expone la contribución y potencialidad de la CPP al sistema sanitario, así como los retos y desafíos que debe afrontar para garantizar el éxito.

En el segundo capítulo, **Salvador Guillermo** presenta un conjunto de datos de carácter eminentemente económico, en los que se apoya para reflexionar sobre la importancia del sector salud desde la vertiente económica, tanto en nuestro país como en los países más desarrollados (OCDE), y su papel en la generación de mayor valor añadido, calidad del factor humano e incidencia en la investigación. También analiza las implicaciones que suponen para este sector los diferentes mecanismos de financiación actuales y la necesidad de abrir debates que permitan su mejor desarrollo.

En el tercer capítulo, de **Pere Vallribera, Helena Ris y Manel del Castillo**, nos adentramos en la visión global de la CPP en el sector salud catalán y se nos detallan las distintas fórmulas que ha adoptado la CPP a lo largo de las últimas tres décadas. Finalmente, los autores aportan un conjunto detallado de propuestas y recomendaciones para impulsar la CPP en el ámbito de la salud con el objetivo de mejorar tanto su efectividad como su eficiencia, y enfatizan la necesidad de un consenso colectivo para mejorar el sistema.

En el siguiente capítulo, el cuarto, **María Cordón y Xavier Mate** presentan un análisis detallado de los distintos ámbitos de colaboración existentes entre la sanidad pública y la sanidad privada, aportan reflexiones sobre las ventajas y dificultades relativas a cada caso y, finalmente, exponen algunas recomendaciones para consolidar la CPP en el sector salud.

En el quinto capítulo, **Miquel Arrufat** reflexiona en torno al papel que debe asumir el sector público de salud respecto al ámbito de infraestructuras, equipamientos y concesiones administrativas. Para ello, analiza detalladamente dos modelos diferenciados de CPP en el ámbito de la salud, relacionados con la puesta en funcionamiento de infraestructuras: aquellos que no comportan la prestación de servicios asistenciales (sanitarios) por parte de la empresa privada y aquellos que sí. Finalmente, Arrufat enumera las 10 claves para el éxito de la CPP en la financiación de infraestructuras sanitarias.

En el sexto capítulo, **Mónica Reig** y **Roger Sunyer** tratan el modelo de autogestión de empresas en la provisión de los servicios sanitarios públicos. Para ello, identifican los principales beneficios de la participación de los trabajadores en la empresa, presentan los exponentes actuales más destacables en el ámbito sanitario y concluyen con la exposición de algunas recomendaciones que pueden contribuir a consolidar el modelo de autogestión.

En el séptimo y último capítulo del monográfico de CPP y sector salud, **Joan Guanyabens** y **Ramon Maspons** exponen las principales características de la compra pública innovadora como procedimiento de contratación pública especialmente útil cuando no existen soluciones en el mercado. Según Guanyabens y Maspons, el sector público, mediante la compra pública, puede presentar una amplia descripción de las necesidades y los requisitos para que los proveedores puedan, a su vez, desarrollar productos y servicios específicos que den respuesta a los problemas planteados.

Estamos convencidos de que tanto los artículos que comprende la primera parte como los que conforman el monográfico del sector salud de la segunda constituyen una valiosa aportación a la reflexión actual sobre la CPP y complementa la ya nutrida actividad investigadora y formativa del Programa PARTNERS. Esta convicción se basa en la calidad de las aportaciones de los autores, excelentes especialistas en la materia, tanto académicos como *practitioners*, que nos ofrecen una visión de la realidad vigente de algunos aspectos de la CPP y de la relación de esta con el sector salud. A ellos, queremos agradecerles sus inestimables aportaciones.

Esperamos que el esfuerzo colectivo sea útil tanto para directivos públicos como para directivos privados, de modo que, con el ANUARIO del Programa PARTNERS y desde el IGDP de ESADE, podamos contribuir, una vez más, a mejorar la realidad de la **cooperación público-privada**.

Albert Serra

Director del Programa PARTNERS

Director del Instituto de Gobernanza y Dirección Pública

PARTE I
Reflexiones sobre la
cooperación público-privada

1. La Ley de Contratos del Sector Público (LCSP), cuatro años después

Neus Colet¹

Coincidiendo con el cambio de legislatura y de mayoría parlamentaria en las Cortes Generales, han empezado a aparecer las primeras voces que proponen o reclaman una nueva Ley de Contratos. El fenómeno no es nuevo. Sucedió en el año 1996 cuando la primera Ley de Contratos de las Administraciones Públicas apenas había cumplido un año y volvió a ocurrir en el año 2004, y en ambos casos el resultado fue, efectivamente, la modificación del marco normativo con un calendario muy similar, ya que tres años después se aprobaban las nuevas leyes: la de la muy amplia reforma de 1999² y la nueva Ley de Contratos del Sector Público (LCSP) de 2007,³ que el próximo 30 de abril de 2012 cumplirá cuatro años de vigencia.

Contribuye, sin duda, también a abonar el terreno favorable a una modificación legislativa la tramitación a escala europea de una amplia reforma de las actuales directivas de contratación que, cuando se concrete finalmente, obligará a su transposición al Derecho interno. En cualquier caso, si a los cambios generales a los que acabamos de hacer referencia y a las expectativas de cambio futuro se añade la sucesión de reformas parciales, de mayor o menor calado, que se han ido produciendo a lo largo de estos años, resulta indiscutible que la inestabilidad del marco legal de la contratación se ha convertido en la regla, como lo demuestra la necesidad de promover periódicamente la aprobación de sucesivos textos refundidos de

¹ Licenciada en Derecho y Máster en Derecho Tributario y Financiero por la UB, Máster en Derecho de Cataluña por la UAB y Máster en Dirección Pública por ESADE. Desde 2005, jefa de la Secretaría Técnica de la Junta Consultiva de Contratación Administrativa de la Generalitat de Catalunya, órgano en el que ha sido vocal en representación del Departamento de Economía y Finanzas desde el año 1997. En ejercicio de este puesto, tiene atribuida la dirección funcional y la ejecución de los proyectos de contratación electrónica de la Generalitat de Catalunya. Colabora con la Escuela de Administración Pública (EAPC) y con otras instituciones públicas y privadas, como la Diputación de Barcelona, la Universitat Politècnica de Catalunya o ESADE.

² Ley 53/1999, de 28 de diciembre.

³ Ley 30/2007, de 30 de octubre.

las respectivas leyes y sus modificaciones. Así ocurrió en el año 2000⁴ y así ha vuelto a suceder recientemente a finales del año 2011.⁵

Con tal profusión de reformas, la aprobación de las normas reglamentarias generales correspondientes, o bien se ha demorado notablemente –la de la primera Ley de Contratos de las Administraciones Públicas de 1995 se pospuso hasta el año 2001,⁶ para incorporar ya la modificación de 1999–, o bien está por hacer, como ocurre con la correspondiente al desarrollo reglamentario completo de la Ley de 2007, lo que ciertamente, y dada la proliferación normativa ya existente, quizás haya que agradecer. No menos sorprendente resulta constatar que, mientras que el nuevo derecho de contratos –identificando como tal el producido a partir de la primera Ley de 1995– es un derecho cada vez más efímero, mantienen aún su vigencia formal –en algunos casos, con serias dudas sobre su vigencia material– disposiciones de la etapa preconstitucional que podrían no superar el test de adecuación al Derecho europeo de contratos.

Con independencia de cuál sea el resultado final de las aspiraciones de cambio a que se ha aludido y de si se acaban concretando en una nueva reforma legal o incluso en un nuevo texto, el escenario político actual y el contexto de crisis económica y presupuestaria en que se inscribe son propicios para hacer un balance sobre determinados aspectos de la aplicación de la vigente Ley de Contratos, la cual, sin duda, ha supuesto un cambio notable en la tradicional configuración de la contratación pública en el Derecho español, cambio en buena parte asociado a la utilización de los nuevos instrumentos técnicos, jurídicos y financieros que la Ley pone al alcance de los responsables de la contratación.

Ese balance puede ayudar a tratar de determinar los avances que ha supuesto el nuevo marco legal y, entre ellos, uno en absoluto desdeñable desde la perspectiva de la gestión pública cuál es el de propiciar la introducción de una incipiente “cultura de la gestión contractual” y, con ella, la aparición de un nuevo perfil de gestor, directivo y, en definitiva, responsable de la contratación pública en nuestras organizaciones, con más margen de decisión ciertamente tanto en la esfera técnica como en la económica,

pero, a la vez, con mayores responsabilidades.⁷ Obviamente, el balance puede servir también para identificar mejor dónde se sitúan algunos de los puntos débiles y las carencias de la regulación actual.

En definitiva, se trata de valorar los problemas que la actual Ley plantea y las soluciones que esta ofrece y sugerir algunas propuestas con vistas a la nueva regulación, que seguramente será inevitable, para la superación de los primeros y para la mejor implementación de las segundas.

El dilema regulación/desregulación en la esfera contractual

La eclosión de la crisis económica de nuestros días y los numerosos análisis efectuados para desentrañar sus orígenes ha reabierto, entre otros, el tradicional debate sobre el fenómeno de la mayor o menor regulación de la actividad económica y financiera, sus límites y sus instrumentos.

Según datos de la Comisión Europea, los poderes públicos gastan cada año un 18% del PIB en bienes, servicios y obras. Puesto que moviliza un importante volumen de recursos económicos, la contratación pública no es una actividad ajena a ese debate. En el ámbito español, la contratación es, sin duda, una actividad regulada y no parece que ello deba ser objeto de crítica. Otra cosa es la valoración que pueda merecer el hecho de que los agentes de esa regulación sean, en la actualidad, fundamentalmente el legislador europeo y el legislador estatal, y ello porque, a pesar de que el sistema de distribución competencial propio de un Estado de estructura compuesta como el español habilita también al legislador autonómico para la regulación de la contratación con respecto a la legislación básica estatal, el alcance de esa legislación básica ha dificultado notablemente, salvo en contadas excepciones, la aparición de una legislación autonómica de desarrollo o complemento del marco europeo y estatal.⁸

⁷ Sobre la potencialidad de la Ley en estos aspectos, véase: X. Padrós, N. Colet: “La nueva Ley de contratos del sector público desde la perspectiva de la gestión pública”, Public (Boletín del Instituto de Gobernanza y Dirección Pública de ESADE), núm. 14, 2008.

⁸ La más destacable es la de la Ley Foral 6/2006, de 9 de junio, de Contratos Públicos de Navarra. En un plano diferente, por cuanto no incluye una regulación completa, sino un paquete de medidas en la materia, hay que citar también la Ley 3/2011, de 24 de febrero, de medidas en materia de Contratos del Sector Público de Aragón.

⁴ Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio.

⁵ Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre.

⁶ Real Decreto 1098/2001, de 12 de octubre.

No se trata de sobrecargar el marco normativo existente, y menos aún con desarrollos reglamentarios de una legislación en algunos extremos ya “reglamentista”, sino de resituar las fuentes de producción de ese derecho para favorecer una legislación estatal menos detallista e imperativa –en suma, más básica, en el sentido de una legislación de principios, tal como ha sido objeto ya de caracterización por el propio Tribunal Constitucional– que pueda permitir un desarrollo legislativo autonómico capaz de traducir en norma la realidad y las peculiaridades de la contratación de sus administraciones y del sector público vinculado o dependiente de estas, así como de los entes locales de su territorio. No debería ser obstáculo para ello el actual contexto de crisis económica y presupuestaria, pues aunque a remolque de esta situación o con la excusa de esta hayan aparecido últimamente recetas que apuestan abiertamente por una recentralización del sistema competencial, la experiencia demuestra también que el modelo de uniformidad y homogeneización emprendido en materia de contratación pública desde la legislación de los años noventa del siglo pasado no ha favorecido precisamente modelos de contratación ajustados a la realidad política y económica del Estado autonómico, sino que, por el contrario, y especialmente en el ámbito local, ha abierto aún más la brecha entre la norma jurídica y su aplicación real y efectiva. En este sentido, una legislación básica estatal planteada al modo de las directivas europeas – “una legislación básica de directivas”, si se permite la expresión– podría ser una alternativa al modelo actual.

De este modo, con vistas al futuro podría plantearse un diseño normativo interno en el que la legislación de contratos se situara en dos niveles claramente diferenciados. El primero, el de la legislación básica estatal, concebida efectivamente como una legislación de principios que garantizara plenamente la transposición del Derecho europeo y sirviera, a la vez, para permitir la articulación de un sistema jurídico equilibrado de la contratación pública que colmara las lagunas hoy existentes en ámbitos como el de la ejecución de los contratos, el cual, probablemente ante la falta de presión del Derecho comunitario, ha quedado relegado en todas las reformas contractuales y es, por lo tanto, heredero aún de una dogmática jurídica decimonónica, basada en el modelo del contrato de obras.

El segundo nivel debería ser el de la legislación autonómica de desarrollo de los principios básicos de la legislación estatal, destinada a la regulación

de las características del ámbito estrictamente autonómico y del ámbito de los entes locales de su territorio; una legislación, en todo caso, desprovista de algunas tentaciones pretendidamente codificadoras que aparecen en una de las escasas experiencias que conocemos hasta ahora, en la que, contra la consagrada doctrina constitucional,⁹ se reproducen literalmente capítulos completos de la legislación básica estatal.

En cualquier caso, cada vez más la futura legislación de contratos deberá plantear abiertamente la necesidad de garantizar el equilibrio adecuado entre el objetivo de flexibilidad en la contratación y la necesaria seguridad jurídica en su aplicación. En este sentido, en sistemas como el inglés –donde la contratación pública está sometida al régimen general de la *commercial law*– la necesaria protección del interés público implícito en esta actividad conlleva la excepción de dicha norma general de manera reiterada.¹⁰ De hecho, la norma básica de transposición de la Directiva 2004/18/CE al Reino Unido incorpora –entre otras regulaciones clásicas, como son el ámbito de aplicación subjetivo y objetivo de la norma– los requisitos subjetivos de los contratistas.

La inacabable transposición del Derecho europeo

Salvo la primera adecuación del Derecho español de contratos al Derecho europeo que tuvo lugar en el año 1986, las sucesivas adaptaciones han coincidido con la aprobación de las leyes generales de contratos (la de 1995, la de 2007) o han implicado importantes reformas de dichas leyes generales (como la del año 2010, en materia de recursos). El Derecho europeo de contratos se ha convertido así en el principal motor de renovación del Derecho interno, lo que, sin duda, ha contribuido a romper viejos esquemas y a derribar algunos de los dogmas clásicos del sistema español de contratación.¹¹

Sin embargo, esa adecuación periódica del Derecho español al Derecho europeo de contratos no ha estado exenta de problemas, ya sea por

⁹ Véase, por ejemplo, STC 162/1996, FJ 3.

¹⁰ Nieto Garrido, E., “Peculiaridades del régimen de la contratación pública en el Reino Unido: la revolución contractual como nueva forma de gobernar”, *Revista General de Derecho Administrativo*, núm. 28 (2011), pp. 1-31.

¹¹ Sobre estos aspectos: J. M. Baño León: “La influencia del Derecho comunitario en la interpretación de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas”, *Revista de Administración Pública*, núm. 151, 2000, pp. 11-38.

la mala comprensión del Derecho europeo, ya sea como expresión de las múltiples resistencias al cambio que muestra el legislador interno. Dos ejemplos recientes de adaptación tardía, aunque de alcance y significado diferentes, pueden servir para ilustrar esta problemática: por una parte, la adaptación de la legislación española de contratos a las directivas de recursos mediante la Ley 34/2010, de 5 de agosto,¹² con el nuevo diseño del recurso especial en materia de contratación y la regulación de los tribunales competentes para su resolución, constituye una muestra clara de la resistencia del legislador a transponer al Derecho interno mandatos incluidos en directivas; por otra, la modificación de la legislación contractual, a través de la Ley 2/2011, de 4 de marzo, de Economía Sostenible, para introducir el nuevo régimen de modificación de los contratos evidencia la tardanza del legislador en asimilar e incorporar finalmente al Derecho nacional, no sin la previa amenaza de condena por parte de las autoridades europeas, determinados principios y reglas básicos del Derecho comunitario de plena aplicación a la figura de la modificación de los contratos del sector público.

Desde otra perspectiva, incluso cuando, como en los casos a que nos acabamos de referir, finalmente el legislador da cumplimiento a sus obligaciones para con el Derecho comunitario, no siempre lo hace en su totalidad o, aunque formalmente cumpla con los requerimientos comunitarios, en ocasiones se limita a una adaptación de mínimos sin extraer, sin aprovechar la ocasión –si se permite ahora esta expresión– para dar plena coherencia a los cambios introducidos. Por seguir con alguno de los ejemplos citados, la reforma introducida en materia de recursos hubiera debido ir más allá, sin duda, y extender el ámbito de aplicación del mecanismo del recurso especial en materia de contratación a la totalidad de los contratos sin limitarla exclusivamente a los que tienen la consideración de contratos sujetos a regulación armonizada. Del mismo modo, hubiera podido incluir la revisión de los actos de ejecución de los contratos que afectan los principios básicos del Derecho comunitario. En ambos casos, y a pesar del escaso entusiasmo que, en general, parece mostrar el legislador español

en relación con la transposición del Derecho comunitario, “la excusa” de la necesaria transposición de ese derecho hubiera debido servir para dotar de mayor congruencia al sistema de recursos en esta materia.

Con estos antecedentes, el nuevo paquete legislativo comunitario en materia de contratos bien podría ser el detonante de una nueva modificación general de la actual legislación de contratos. Hay que recordar, en este punto, que las propuestas de la Comisión Europea se concretan en tres propuestas de directivas que deberían estar aprobadas a finales del año 2012: las dos primeras, para modificar las actuales directivas 2004/17/CE y 2004/18/CE, y la tercera, para regular la adjudicación de los contratos de concesión.

El objetivo básico de esa reforma es, sin duda, la modernización de las normas europeas en materia de contratación. En la agenda de esa modernización, figuran la simplificación y la flexibilización de las normas y los procedimientos, con mayor recurso a la negociación, la generalización de la contratación electrónica y una drástica reducción de las cargas administrativas para los agentes económicos que intervienen en el proceso; la voluntad de favorecer el acceso de las pymes a los contratos públicos –con reducción de las cargas administrativas–, la incitación a la lotización de los contratos y la limitación de los requisitos de capacidad financiera figuran también entre los objetivos de la reforma; por último, el énfasis en la utilización y valoración de criterios sociales y ambientales en la contratación y la apuesta decidida por garantizar la integridad de los procedimientos y extremar la supervisión y el control de la contratación completan la agenda de la reforma.

Del catálogo de reformas al que acabamos de hacer referencia, el apartado dedicado a la valoración del impacto de las exigencias de solvencia empresarial y de los mecanismos específicos de acreditación de esta en el proceso contractual es, sin duda, uno de los más relevantes, especialmente en el contexto de crisis económica en el que ya hace unos años operan los mercados. Más allá de los planteamientos europeos en este punto, forzosamente generales, su plasmación en el Derecho interno exige una revisión radical del sistema español actual de clasificación empresarial, heredero de una concepción económica y de un contexto político superados. En la línea del sistema inglés, al que ya hemos aludido, cualquier reforma ha de ponderar adecuadamente el juego de equilibrios necesario entre

¹² Ley 34/2010, de 5 de agosto, de modificación de las leyes 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público; 31/2007, de 30 de octubre, sobre procedimientos de contratación en los sectores del agua, la energía, los transportes y los servicios postales, y 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa para la adaptación a la normativa comunitaria de las dos primeras.

la fiabilidad del sistema de acreditación de la solvencia –especialmente cuando la volatilidad del ciclo económico genera cambios constantes en la vida de las empresas– y la simplificación administrativa de ese sistema para minimizar las cargas burocráticas que ya soportan las empresas, muy particularmente las pymes, en el esquema ordinario de contratación.

La colaboración entre el sector público y el sector privado

La aparición en el año 2007, en nuestro Derecho, de un contrato de colaboración entre el sector público y el sector privado (CPP) fue recibida con no pocas dosis de escepticismo por buena parte de la doctrina y de desconfianza por parte de los gestores de la contratación. Escepticismo, por cuanto su configuración legal como contrato administrativo típico y sujeto en todo caso a regulación armonizada venía a sacudir la tipología clásica de los contratos públicos en España; desconfianza, en la medida en que las restricciones impuestas para su utilización y las peculiaridades de tramitación aparecían como un freno para su expansión y contribuían a otorgarle una aureola de contrato poco apto para satisfacer la mayoría de necesidades públicas. Si a estas circunstancias se añade que una interpretación basada exclusivamente en el texto literal del artículo 11 de la LCSP¹³ negaba la posibilidad de hacer uso del nuevo contrato a los poderes adjudicadores que no fuesen administraciones públicas en sentido estricto, fácilmente se comprenderá que los primeros pasos de este fueran realmente difíciles.

Una vez más, el Derecho español ha sido víctima de una cultura dominante en materia de contratación pública particularmente indolente a la hora de asimilar fórmulas provenientes de otras tradiciones jurídicas e incorporarlas al propio sistema, el cual, por otro lado, no es ajeno al fenómeno de la colaboración porque, más allá de las influencias que los modelos de *public-private partnership* (PPP) y su fórmula más usual de *public-private initiative* (PFI) anglosajones y de partenariado francés hayan tenido en la configuración del nuevo contrato, la esencia del contrato de colaboración estaba ya presente en el Derecho español anterior al año 2007 bajo modalidades diversas.

¹³ Ley de Contratos del Sector Público.

Lo cierto es que, tras las reformas introducidas en el año 2010 mediante la Ley de Economía Sostenible, han desaparecido algunos de los problemas iniciales de la CPP y, por supuesto, el de su posible utilización por parte de la generalidad de los poderes adjudicadores ahora ya incuestionable. Aún así, subsisten algunas cuestiones. La primera es que las CPP están ciertamente pensadas como contratos con objeto complejo o, si se prefiere, contratos particularmente complejos asociados a actuaciones globales e integradas.¹⁴ No ha de sorprender, por tanto, que la complejidad de su objeto sea una de las razones que justifican acudir al contrato de colaboración, pero sin que ello deba ser una excusa para convertirlo en una especie de “cajón de sastre” que acabe desnaturalizando la finalidad última perseguida con la contratación. En este sentido, países como Francia han logrado delimitar mejor sus contratos de partenariado, tanto en lo que se refiere a sus ámbitos propios (educación, investigación, defensa, seguridad e interior, justicia, transportes, eficiencia energética) como al catálogo de complejidades asociadas a ellos (superposición de reglamentaciones aplicables, dificultades de acceso a los lugares donde deben ejecutarse estos contratos, necesidad de trabajar en espacios que deben seguir manteniendo una actividad, etc.). También cabe mencionar Francia como ejemplo de buenas prácticas en la aplicación de estos contratos, porque se ha dotado de un órgano especializado para acompañar y asesorar a los órganos de contratación en todas las fases de la contratación de sus partenariados mediante la *mission d'appui aux partenariats public-privés*.¹⁵

En otros países dotados de buenos sistemas de seguimiento y evaluación de proyectos, como el Reino Unido, se ha perfilado bien qué tipo de servicios son menos aptos para la utilización de fórmulas de PFI –entre ellos, los proyectos o contratos de escasa envergadura, los proyectos ligados a las TIC (por su constante evolución) o los contratos que llevan implícita la prestación de servicios públicos universales (como sanidad o educación)–, en contraste con su utilización en la construcción y la explotación de infraestructuras de autopistas y prisiones, que se ha valorado muy conveniente, siendo la pieza angular de la política británica de infraestructuras públicas.

¹⁴ Los actuales artículos 134.1 y 180.1 del texto refundido de la LCSP reafirman esta idea ya presente en la definición del artículo 11 de la LCSP.

¹⁵ <http://www.economie.gouv.fr/ppp/accueil>

Un segundo aspecto que no se puede pasar por alto es el de la gestación y tramitación compleja de los contratos de colaboración. Frente a las críticas que en ocasiones se le hacen, cabe señalar que seguramente es bueno y coherente, como regla general, que contratos con objetos complejos sean contratos procesalmente complejos. En este sentido, la LCSP exige que se lleve a cabo una evaluación previa que justifique por qué se recurre a la CPP y que dicha evaluación la realice un órgano colegiado de expertos en la materia objeto del contrato.¹⁶ El planteamiento no puede ser más acertado. De hecho, lo que sorprende es que sea el CPP el único contrato en el que se exige este rigor, más allá de las previsiones genéricas de los artículos 1 y 22 de la LCSP

En cambio, y en lo que a la adjudicación del CPP se refiere, el sistema español presenta notables problemas, pues obliga prácticamente a utilizar el procedimiento de diálogo competitivo, que puede que no siempre sea el más apropiado debido a que el uso del procedimiento negociado está configurado como excepcional. En otros países como Francia, en cambio, junto a las dos vías presentes en el Derecho español se admite también la utilización del denominado *appel d'offres restreint*, similar al procedimiento restringido de nuestro derecho de contratos.

El desarrollo y la perfección del CPP pasan inevitablemente por introducir mecanismos de seguimiento y evaluación similares a los que se utilizan en el Reino Unido, por revisar los aspectos más problemáticos, mejorando y completando los procedimientos de adjudicación y haciéndolos más transparentes y accesibles –con particular atención a las pymes–¹⁷, y por formar especialistas en la gestión de este tipo de contratos.

En suma, el CPP puede ser una buena fórmula para aprovechar la experiencia y la eficacia en la gestión del sector privado, sin renunciar a los valores y las reglas propios del sector público, especialmente en la prestación de servicios de gran sensibilidad social que, en ocasiones y especialmente en el contexto actual, son deficitarios y, por ese motivo, poco atractivos para el sector privado.

¹⁶ En Francia, tras la reforma de la regulación de los contratos de partenariado del año 2008, se ha establecido la metodología a seguir para llevar a cabo estas evaluaciones previas y se han introducido criterios de eficiencia o balance de los costes y de las ventajas del partenariado.

¹⁷ Francia es nuevamente el ejemplo a seguir en este punto al apostar por la introducción de reservas específicas a favor de las pymes, tanto en la fase de concepción y realización como en la fase de explotación de los proyectos.

La colaboración entre las administraciones públicas

En el contexto de restricciones presupuestarias en el que vivimos, cobra cada vez más importancia la apuesta por fórmulas de agregación de necesidades dentro de cada administración, y entre administraciones públicas, y la utilización de mecanismos e instrumentos de contratación compartida para ahorrar costes de gestión y obtener mejores ofertas.

El tema ha merecido también la atención de la Comisión Europea en su “Documento de trabajo de los servicios de la Comisión relativo a la aplicación de la normativa sobre contratación pública de la UE a las relaciones entre poderes adjudicadores (cooperación dentro del sector público)”.¹⁸ Desde la perspectiva europea, la progresiva evolución de las tendencias en relación con la prestación de los servicios y la satisfacción de las necesidades públicas y su contraste con la realidad de nuestros días han supuesto un cambio notable, en el sentido de que ya no se puede presuponer en todo caso que la externalización de las actividades vinculadas a los servicios públicos garantiza un mayor grado de eficacia, eficiencia y resultados económicos. Se trata, por el contrario, de exigir a los responsables de la contratación pública que, como primera decisión, analicen, valoren y justifiquen la opción de gestión que aporta previsiblemente los mejores resultados, sin desconocer que dichas decisiones deben tener, adicionalmente, un sistema de rendición de responsabilidades que alcanza el nivel político de decisión.

Sobre la base de estos planteamientos, y sin perjuicio de la evolución de las formas de colaboración entre el sector público y el sector privado a las que antes se ha hecho referencia, adquiere una nueva dimensión la colaboración en el seno del propio sector público, tanto si tiene lugar mediante recursos propios como si las tareas públicas se desarrollan mediante recursos externos.

En lo que a la realización de tareas mediante recursos propios se refiere, en la terminología europea se distingue entre la cooperación vertical o institucionalizada – singularmente a través de la encomienda de tareas o actividades a una entidad interna diferenciada, si bien dependiente de los poderes adjudicadores– y la cooperación horizontal o no institucionalizada,

¹⁸ SEC (2011) 1169 final, de 4.10.2011.

es decir, sin crear ni utilizar ninguna forma jurídica particular para la realización de tareas o actividades de interés común.

Por descontado, España no ha sido ajena a estos fenómenos y, en particular, a la denominada cooperación vertical, que, en los últimos años y bajo la forma de las denominadas encomiendas de gestión o contratos *in-house*, se ha convertido casi en una moda no exenta de abusos en su utilización. Se impone, por ello, redefinir una figura que ha sido mal diseñada y peor utilizada, y que lleva camino de convertirse en un nuevo mecanismo de huida del derecho de contratos.

En efecto, a pesar de la ya consolidada jurisprudencia comunitaria al respecto, la definición de la figura en el Derecho español adolece de varios defectos, el primero de los cuales es que se trata de una definición incompleta, puesto que solo parece contemplar las encomiendas hechas por un solo poder adjudicador a favor de la entidad interna, que recibe la consideración de medio propio, cuando la práctica demuestra que precisamente son cada vez más frecuentes los supuestos en que son varios los poderes adjudicadores implicados o, lo que es lo mismo, abundan los casos de medios propios que lo son de varios poderes adjudicadores a la vez. Convendría por ello fijar algunas reglas al respecto como, por ejemplo, la de que la actividad a considerar en estos casos, a los efectos de valorar si el medio propio realiza la parte esencial de esta para el ente que le hace la encomienda, ha de ser la relativa al conjunto de los poderes adjudicadores de los que es medio propio.

En segundo lugar, en la aplicación de la previsión de que la condición de medio propio y servicio técnico deben reconocerla expresamente la norma que crea las entidades o sus estatutos, ha acabado primando el criterio formalista sobre el funcional, propio del Derecho comunitario, que requería una verificación objetiva y efectiva del cumplimiento de las condiciones de dependencia organizativa y económica exigidas para considerar que se trata de un medio propio.

En tercer lugar, no se ha resuelto la cuestión relativa a la realización efectiva de las actividades que forman parte del núcleo de la encomienda. La entidad interna –el medio propio, en la terminología española– no puede ser un simple intermediario en la cadena de producción de las actividades encomendadas, que se limite a contratar (subcontratar podría decirse) con

terceros la parte esencial o una parte sustancial de las actividades que se le han encomendado, sino que ha de disponer de una organización y de unos “medios propios” –valga la redundancia– que, en principio o como norma general, le permitan realizar las tareas por sí misma y contratar a terceros solamente algunas actividades complementarias o auxiliares. Lo contrario supone la desnaturalización misma de la noción de medio propio e incluso puede favorecer encomiendas destinadas exclusivamente a rebajar el nivel de cumplimiento de la legislación contractual, como ocurre cuando la entidad interna, por sus características, es un poder adjudicador que no tiene la consideración de administración pública y, por consiguiente, se rige en su contratación con terceros por normas diferentes de las que debería seguir una administración pública.

En otro orden de consideraciones, hay que hacer referencia a un tema aparentemente tangencial, pero de cierta incidencia en el esquema de funcionamiento de los entes del sector público que operan en el mercado –tengan la consideración de medios propios o no–; esto es, la disfunción existente entre el planteamiento comunitario recogido por la Ley de Contratos del Sector Público respecto al concepto de operador económico y el sistema español de clasificación empresarial. La disfunción radica en que, si bien dichos operadores públicos pueden operar ordinariamente en el mercado y, por lo tanto, resultar adjudicatarios de contratos que se licitan por otros poderes adjudicadores (de los cuales, dependan o no, no son medios propios), han visto obstaculizado tradicionalmente su acceso a la clasificación empresarial por su condición de entidades públicas y por la supuesta falta de adecuación de las normas de clasificación a sus características.¹⁹ Los efectos prácticos no pueden ser más contradictorios, ya que la salvaguarda del principio de concurrencia en que se basa el sistema comunitario de contratos –que acertadamente restringe la utilización de la figura de los encargos internos a los medios propios– resulta inoperante en el caso de entes públicos que operan en el mercado en condiciones de igualdad.

El campo de la cooperación horizontal –por ejemplo, mediante acuerdos para desarrollar tareas comunes de los poderes públicos en los que se asig-

¹⁹ La legislación española solo excepciona a las universidades públicas del requisito de clasificación empresarial (disposición adicional sexta del TRLCSP).

nan a cada parte actividades o fases del proyecto o actuación— al que antes hemos aludido se encuentra, en cambio, menos desarrollado en España, donde lo que sí han prosperado son fórmulas de cooperación basadas en la realización de tareas públicas mediante recursos externos y que pueden articularse a través de diversos mecanismos: acuerdos de asignación de tareas por parte de un ente público a otro, y acuerdos de compra conjuntos (con organización de una licitación específica de interés para las partes o con la creación de órganos o estructuras específicos) o centralizados (con centrales de compras que pueden actuar como mayoristas, adquiriendo bienes o servicios para que otros poderes adjudicadores les compren a ellas, o como intermediarias, gestionando procedimientos y contratos para que otros poderes adjudicadores puedan comprar a través de ellas).²⁰

En todo caso, y en el contexto de crisis al que hacíamos referencia, la necesidad de adaptar la contratación de las administraciones públicas a las necesidades reales y a los medios disponibles en cada caso va a ser una premisa fundamental de actuación para los próximos años, lo que probablemente provocará no pocos cambios y una eventual redefinición de las tareas y los roles de los diferentes poderes adjudicadores.

El cambio de paradigma en la adjudicación de los contratos

Hablamos de cambio de paradigma en la adjudicación de los contratos para referirnos, fundamentalmente, a los profundos cambios que la progresiva evolución del Derecho comunitario y su transposición al Derecho interno han supuesto para el modelo tradicional de adjudicación del Derecho español. Para una mejor comprensión de dichos cambios, se impone evaluar los mecanismos existentes, el uso que de ellos se ha hecho y las posibles líneas de evolución en el futuro, tanto en relación con los procedimientos de adjudicación como respecto de los criterios de adjudicación de los contratos.

Hay que recordar, por lo pronto, que el esquema legislativo tradicional se basaba hasta el año 2007 en dos axiomas: por una parte, la configuración del procedimiento de adjudicación como un procedimiento homogéneo para todos los entes sujetos a la Ley de Contratos, y, por otra, la

excepcionalidad del elemento de negociación y diálogo, puesto que los procedimientos que se consideran ordinarios —abiertos y restringidos— son aquellos que excluyen de modo expreso dicho elemento.

En relación con el primer aspecto, procede una reflexión sobre la aplicación del régimen dual de adjudicación contractual en España introducido por la LCSP, en virtud del cual desde el 30 de abril de 2008 existe un doble régimen de adjudicación de los contratos del sector público en España: uno general u homogéneo, regulado por completo en la propia Ley y de aplicación básicamente a las administraciones públicas tradicionales, y un segundo sistema, más flexible y adaptable, solo para aquellos entes del sector público con características de agente de mercado. En la práctica, este segundo sistema supone que los denominados poderes adjudicadores que no tienen la consideración de administraciones públicas puedan regular —mediante instrucciones internas— sus propios procedimientos de contratación para los contratos no armonizados, es decir, para los contratos no sujetos a directivas comunitarias.²¹ Estas instrucciones internas —que, a pesar de su nombre, han de estar debidamente publicadas en el perfil de contratante²² de la entidad correspondiente— deben garantizar, según la Ley, la efectividad de los principios de publicidad, concurrencia, confidencialidad, igualdad y no discriminación (previsión ahora contenida en el artículo 191 del TRLCSP).

La adopción de este sistema merece un juicio positivo por varias razones. En primer lugar, porque, más allá de la preocupación por obtener procedimientos de contratación homogéneos y presuntamente seguros, persigue la adecuación de los procedimientos a los objetivos de los contratos en cada ámbito de actuación pública, es decir, permite que los entes del sector público adecuen los procedimientos de contratación a las características y peculiaridades de su actividad. Esta afirmación no es retórica. Los poderes adjudicadores que no son administraciones públicas, por sus pro-

²¹ Actualmente, se trata de contratos de obras, suministros y servicios con valores estimados iguales o superiores a 5.000.000 de euros en obras y 200.000 euros en el resto (Reglamento de la Comisión UE 1251/2011, de 30 de noviembre, con efectos a 1 de enero de 2012).

²² Es particularmente importante, en este aspecto, que la publicación de estas instrucciones internas en los respectivos perfiles de contratante de los poderes adjudicadores se haga con absoluta garantía de integridad; es decir, que se apliquen los mismos requisitos técnicos de acreditación fehaciente de tiempo e integridad que es necesario aplicar a las publicaciones ordinarias de licitaciones en todos los perfiles, y además se posibilite y reseñe cualquier variación, adaptación o corrección de estas.

²⁰ En relación con la utilización de los órganos centralizados de contratación, véase el Informe 10/2011, de 27 de octubre, de la Junta Consultiva de Contratación Administrativa de la Generalitat de Catalunya.

pías características –las previstas, esencialmente, en los apartados 2.e) y 3 del artículo 3 del TRLCSP–, tienen la especialidad necesaria, tanto en su gestión como en sus objetivos y en su financiación, para que pueda resultar conveniente adoptar un sistema de contratación que asegure la consecución de los objetivos de eficacia y eficiencia técnica y económica predicables de toda asignación de fondos públicos a la contratación.

En segundo lugar, la valoración debe ser también positiva porque este esquema dual ha supuesto un avance significativo en la definición de un nuevo perfil de responsable de la contratación pública, con mayor margen de discrecionalidad técnica para diseñar los contratos de la forma más adecuada a su objeto y características, y para focalizar su actuación en el cumplimiento de los objetivos técnicos y económicos que motivan cada una de las contrataciones que dirige y gestiona, además de cumplir con las normas procedimentales. Como veremos, estos nuevos perfiles han de contribuir a articular un sistema de contratación pública que permita establecer definitivamente objetivos mesurables para cada proyecto en términos de eficacia y eficiencia, tanto desde el punto de vista de la Administración consumidora como desde el punto de vista de los efectos de la inversión pública en el plano de la política industrial y económica.

Como es lógico, se trata de mantener y, en su caso, mejorar las garantías de aplicación de los principios comunitarios antes mencionados –y aplicables a todos los contratos del sector público (publicidad, concurrencia, confidencialidad, igualdad y no discriminación)–,²³ sin exigir homogeneidad absoluta de procedimientos de contratación ni centrar la evaluación de resultados en el procedimiento considerado en sí mismo, sino en los resultados obtenidos globalmente.

En relación con el segundo de los axiomas a los que antes hemos hecho referencia, hay que recordar que la LCSP diferenció entre los procedimientos ordinarios de adjudicación de contratos –ordinario y restringido– y aquellos que requerían la concurrencia de una causa legal habilitante para su utilización –procedimiento negociado y diálogo competitivo. Son estos últimos –los no ordinarios– los que, con características y objetivos distintos, incorporan el elemento de la participación de los licitadores –negociación y diálogo– en sus procedimientos.

²³ Comunicación interpretativa de la Comisión Europea de 1 de agosto de 2006 (DOUE C 179/2).

Ciertamente, ni la Directiva 2004/18/CE ni tampoco la LCSP –ahora su TRLCSP– han regulado de manera íntegra estos procedimientos, si bien han incorporado indicaciones y previsiones vinculadas a los principios y las garantías que en ningún caso pueden ser omitidos (igualdad de trato, transparencia, no discriminación). El desarrollo reglamentario parcial de la LCSP, efectuado por el Real Decreto 807/2009, de 8 de mayo, no ha abordado tampoco el desarrollo normativo de estos procedimientos.

No obstante, lejos de constituir un problema, esa falta de regulación puede tener en este caso efectos positivos, porque el establecimiento de una regulación exhaustiva de la tramitación de los procedimientos que incorporan la negociación podría acabar introduciendo un excesivo marco de rigidez que dificultara enormemente la posibilidad de adaptar dicha actividad negociadora a las características del objeto contractual, del mercado, de los perfiles empresariales que lo componen, de la situación financiera, etc.; en definitiva, podría entorpecer la necesaria consecución de los objetivos de la contratación. De hecho, en los países de nuestro entorno, se han adoptado normativas o instrucciones internas complementarias a las previsiones generales sobre estos procedimientos que tienen por finalidad asegurar las garantías anteriormente mencionadas, si bien no la homogeneización procedimental.²⁴

Una vez más, por tanto, hay que señalar que la LCSP ya permitió un importante margen de decisión técnica a los responsables de la contratación pública, los cuales pueden, partiendo de la base de las normas esenciales contenidas en la Ley de regulación del procedimiento negociado y del diálogo competitivo, respectivamente, articular y regular de forma adecuada para cada contrato las reglas de negociación y/o de diálogo a aplicar en los procedimientos de contratación.

Otra cosa es la valoración de la praxis contractual seguida en lo que a la participación privada y a la negociación en estos procedimientos se refiere. La más que negativa valoración que merece la aplicación del mecanismo de la negociación en España –paradójicamente inexistente en los procedimientos negociados– supone plantear, por una parte, la necesidad de evitar que el resultado de la aplicación del procedimiento negociado sea

²⁴ Así, las ventajas de la negociación y los límites de esta son objeto de previsión en Francia a través de la “Guide des bonnes pratiques en matière de marchés publics” (puntos 12.3 y 3 de dicha Guía).

el de haber aplicado un procedimiento abierto, pero “simplificado” en su tramitación y eventualmente en su publicidad, es decir, un procedimiento denominado “negociado”, pero sin haber incorporado realmente el elemento de la negociación.²⁵ Por otra parte, se observa también la necesidad de adoptar una normativa que profile y refuerce de forma definitiva el papel del responsable de la contratación en las organizaciones públicas para dotarlo de margen de negociación y/o de diálogo en el escenario de un procedimiento de licitación, y, a estos efectos, establecer y regular todos los mecanismos de auditoría de procesos y de resultados que resulten adecuados para garantizar no solo los tantas veces mencionados principios básicos, que también, sino, además, la efectividad y la eficiencia del procedimiento de negociación.

Con matices diferentes, uno de los aspectos más controvertidos de la puesta en práctica de las previsiones de la LSCP en relación con los procedimientos de adjudicación es la eventual necesidad de concretar cuándo procede y cuándo no el uso del procedimiento de diálogo competitivo en vista de su genérica regulación tanto en la Directiva 2004/18 como en el vigente TRLCSP.

El diálogo competitivo resulta de aplicación, fundamentalmente, en aquellos casos en los que no se está en condiciones de establecer un pliego de prescripciones técnicas para la contratación (por desconocerse las opciones técnicas disponibles en el mercado) y debe recurrirse al mercado, por medio de ese diálogo competitivo, para determinar la solución o las soluciones más adecuadas para las necesidades públicas planteadas y, por tanto, para construir dichas prescripciones técnicas.

En términos generales, si bien cabe observar que se han efectuado usos inadecuados del procedimiento de diálogo competitivo fruto de dicha falta de concreción y de la ausencia de desarrollo reglamentario de la Ley en este aspecto, hay que reiterar que resulta recomendable en todo caso, y como ya se ha dicho, una revisión de su configuración en el ordenamiento español por la vinculación establecida por la LCSP entre el diálogo competitivo y la figura del contrato de colaboración público-privado, al prever

que aquel sería el procedimiento ordinario de adjudicación de dicho tipo de contratos.

Adicionalmente a estas reflexiones, cabe señalar que en el marco europeo presente y futuro²⁶ hay aspectos de la vigente regulación de los procedimientos de adjudicación de los contratos que deberían ser objeto de revisión. En primer lugar, se impone plantear la adopción de medidas normativas que permitan, como se ha apuntado anteriormente, flexibilizar los procedimientos y ampliar las posibilidades de la negociación real. Más en concreto, hay que apuntar la necesidad de que desaparezca, como causa habilitante del uso del procedimiento negociado, la cuantía del contrato, porque, en sí misma considerada, no supone una característica que permita deducir la necesidad de negociar los términos y las condiciones del contrato, que dependerá de las características de este.

En segundo lugar, se impone también la necesidad de que todos los procedimientos –ordinarios y no ordinarios–, incluidos los contratos menores, sean objeto de publicidad en el perfil del contratante, y también se impone la ampliación de los actos que deben ser objeto de publicidad en dicho perfil, incorporando las resoluciones de modificación de los contratos –para, en su caso, hacer viable su impugnación– y los datos relativos a la liquidación económica final y global de los contratos, esto es, la información de su coste total una vez finalizados.

Estas sugerencias derivan de los más elementales principios de transparencia, concurrencia y buena gestión, teniendo en cuenta que la publicidad que se considera necesaria en todo caso no supone costes añadidos para las partes y mejora el acceso gratuito a la totalidad de la información disponible de contratos del sector público.

En ese mismo sentido, hay que señalar que el Anteproyecto de Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Buen Gobierno (informado por el Gobierno del Estado en fecha 23 de marzo de 2012 y en fase de información pública desde el 26 de marzo) prevé precisamente la obligación de poner a disposición pública la información relativa a los contratos, sin distinción. En concreto, dicho Anteproyecto incluye la obligación de hacer

²⁵ Sirva de ejemplo la Resolución n.º 132/2011 del Tribunal Central de Recursos Contractuales, en la cual, en definitiva, se exige que un contrato que se adjudique por procedimiento negociado debe haber incluido la negociación entendida en su sentido propio.

²⁶ Véase la propuesta de Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo relativa a la contratación pública, de 20 de diciembre de 2011 (2011/0438).

pública la siguiente información relativa a los contratos adjudicados: su objeto, el importe de adjudicación y de licitación, el procedimiento utilizado para su celebración, la identidad del adjudicatario, sus modificaciones, sus prórrogas y las variaciones de precio del contrato. Cabe presuponer que esta previsión impulsará una modificación sustancial del régimen de publicidad de los datos contenidos en los diferentes registros de contratación pública.

En la misma línea, el Parlament de Catalunya está tramitando una proposición de ley de transparencia y acceso a la información pública que se encuentra en fase de ponencia conjunta entre los diversos grupos parlamentarios.²⁷

También en el capítulo de posibles avances hay que abogar por una revisión exhaustiva de los requisitos homogéneos de publicidad y de procedimiento para determinadas administraciones públicas que, por sus características y envergadura, demandan un régimen adecuado para, además de asegurar la correcta aplicación de los principios básicos de la contratación pública, garantizar también la correcta gestión, asignación y control de los recursos públicos. En este sentido apunta la ya mencionada nueva propuesta de Directiva de 2011 de la Comisión.

En cualquier caso, los cambios normativos ya producidos y los que han de venir deben ir acompañados de un cambio decidido en el perfil profesional de los gestores y los responsables de la contratación pública, que deben contar con la necesaria especialización –no solo procedimental, sino también técnica y funcional– para convertirse en verdaderos agentes del cambio de paradigma al que se alude en páginas anteriores; un cambio al que deben sumarse también las empresas, que han de reforzar la especialización y la profesionalización de sus responsables en los procesos de contratación.

Finalmente, y para completar ese panorama del cambio, hay que señalar que, desde el punto de vista de los criterios de adjudicación, el cambio de modelo en la adjudicación de los contratos del sector público se va produciendo progresivamente a medida que la jurisprudencia, la normativa –en ocasiones, la de ámbito sectorial– y, sobre todo, la praxis de los

operadores jurídicos han ido conformando el alcance del término comunitario de “oferta económicamente más ventajosa”. Superada la fase de la incorrecta asimilación de dicha expresión a la oferta de precio más bajo, nos encontramos en este momento en la necesidad de avanzar un grado más en el sentido expresado en el Libro Verde de la Comisión Europea de 2011²⁸ y en la ya mencionada propuesta de Directiva relativa a la contratación pública de diciembre de 2011.

Efectivamente, en la actualidad el modelo para la articulación de los criterios de adjudicación viene determinado por la progresiva introducción de nuevos conceptos, como *el concepto del ciclo de vida del producto, del servicio o de la obra*, que consiste en determinar los costes que implica –directos o indirectos, incluido el ambiental– dicho ciclo en todas las fases del contrato, desde la adquisición de la materia prima o la preparación del servicio hasta la puesta a disposición del producto, servicio u obra; o *el concepto de proceso de producción*, que contempla la toma en consideración de todos los factores implicados directamente en el proceso, como por ejemplo la eventual contratación de discapacitados.

Asimismo, la asimilación de las más que especiales características de determinados contratos –esencialmente los de servicios sociales y sanitarios– aconseja también la adopción de regímenes específicos de contratación de estos objetos contractuales que posibiliten, por ejemplo, su tramitación no armonizada por debajo de umbrales más amplios que los establecidos en general para los contratos de servicios.

Merece ser destacado también dentro de las recientes propuestas comunitarias un procedimiento de adjudicación de carácter especial para el desarrollo y la provisión subsiguiente de productos, obras o servicios nuevos o innovadores, es decir, un procedimiento focalizado en la innovación y la compra innovadora.

En definitiva, hay que apostar abiertamente por la interiorización en las futuras bases del ordenamiento jurídico contractual de nuevos conceptos de adjudicación de los contratos encaminados, esencialmente, a no desaprovechar la capacidad tractora del gasto público para alinear las políticas públicas.

²⁸ “Libro Verde sobre la modernización de la política de contratación pública de la UE. Hacia un mercado europeo de la contratación pública más eficiente”. Bruselas 27/1/2011. COM(2011)

²⁷ Expediente 202-00019/09.

Los fenómenos emergentes en la contratación pública

a) Fenómenos tradicionales o políticas públicas asociados a la contratación

Cuando se habla de fenómenos emergentes en la contratación pública o de sus nuevos retos, tradicionalmente se hace referencia a la progresiva utilización de esta actividad pública de alto impacto económico para garantizar la coherencia de la asignación de los fondos públicos con las políticas gubernamentales y, además, para alinearlos con determinadas políticas públicas que ordinariamente son objeto de la actividad tradicional de fomento de las organizaciones del sector público.

En la actualidad hay una nueva dimensión de esas políticas públicas asociadas a la contratación por la que, además de los objetivos señalados anteriormente, se persigue contribuir al cambio de conductas de los operadores económicos en la línea de dichas políticas públicas. Así, mediante la ambientalización de la compra pública, las organizaciones públicas pueden incidir en los sistemas de producción y en los mercados, orientando su actividad hacia los estándares europeos.

Desde ya hace unos años, y muy especialmente desde la aprobación de las directivas de contratos de 2004, se ha venido hablando de cláusulas sociales, cláusulas medioambientales o cláusulas de fomento del comercio justo, de la igualdad, del acceso de las pymes a la contratación pública, de la innovación o para la internacionalización del tejido empresarial, etc. En general, este catálogo de posibles políticas asociadas a la contratación pública admite una clasificación en tres grandes grupos: aspectos sociales, aspectos medioambientales y aspectos de política industrial y/o empresarial. Con todo, hay que ser prudente con el manejo de estas categorías, porque es difícil establecer compartimentos estancos dado que muchas de ellas tienen impactos transversales; así, por ejemplo, el fomento del acceso de las pymes a la contratación pública puede y suele tener impactos sociales e industriales al mismo tiempo.

También en este ámbito, la LCSP y sus posteriores modificaciones, directas e indirectas,²⁹ merecen en general una valoración positiva en la medida en

²⁹ Algunas modificaciones en estas materias se han producido progresivamente por medio de normas sectoriales que han tenido un impacto indirecto en la LCSP como fue el caso de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres o, más recientemente, de la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

que han incorporado a nuestro derecho dichas cláusulas y han posibilitado su aplicación en las diferentes fases del procedimiento de contratación y, muy especialmente, como condiciones de ejecución de los contratos. Hay que recordar en este punto que la LCSP efectuó la transposición al derecho español de contratos de las previsiones comunitarias sobre la implementación de cláusulas sociales y medioambientales regulando y, en ocasiones, posibilitando la inclusión de dichas cláusulas en términos incluso más amplios que las propias directivas.³⁰

Sin embargo, los planteamientos en este ámbito, tanto los comunitarios como los de derecho interno, exigen una renovación conceptual que permita no ya la simple incorporación de cláusulas sociales, medioambientales o industriales, sino su efectiva interiorización dentro de la actividad de la contratación pública.³¹

Es cierto que la mayoría de nuestras organizaciones han adoptado en estos últimos años, normalmente siguiendo pautas comunitarias,³² diferentes medidas para articular la ambientalización y la incorporación de los aspectos sociales en los pliegos de cláusulas que rigen los contratos (normas reglamentarias, acuerdos de gobierno, guías de redacción de pliegos). También se han adoptado medidas para favorecer o incentivar la innovación y el acceso de las pymes a la contratación pública. Ahora bien, desde un enfoque de dirección y gestión de la contratación pública, y a pesar de la endémica falta de datos oficiales respecto a su utilización y sus impactos, se deduce que la aplicación de algunas de estas medidas es aún insuficiente, dado que en la gestión diaria y ordinaria de la contratación pública siguen existiendo inercias homogeneizadoras de cláusulas, de procesos o de sistemas de tramitación y de evaluación –cuando existen– que impiden que se analice de forma previa, estratégica y global

³⁰ Así, la LCSP incluyó los aspectos sociales dentro del catálogo abierto de posibles criterios de adjudicación de los contratos establecido en el artículo 134, si bien limitando dicha inclusión por los requerimientos derivados de la doctrina del Tribunal de Justicia de la Unión Europea.

³¹ Sirva como ejemplo de interiorización que la propuesta de Directiva relativa a la contratación pública, de diciembre de 2001, determine la perspectiva de utilización estratégica de la contratación pública en respuesta a nuevos desafíos y, por ejemplo, introduzca el concepto de coste de vida del producto como alternativa al elemento precio como criterio de adjudicación de los contratos.

³² Cabe mencionar los documentos comunitarios: “Adquisiciones sociales: Una guía para considerar aspectos sociales en las contrataciones públicas” (2010) y “Buying Green! A Handbook on Green Public Procurement” (2011).

el diseño de cada contratación desde la perspectiva de su potencial para generar empleo, impulsar la innovación, dinamizar el tejido empresarial o garantizar unos estándares de compra medioambientalmente correcta, por poner algunos ejemplos.

De hecho, cuando se habla de interiorizar la perspectiva de las políticas públicas en la contratación, lo que debe plantearse es un cambio en la cultura de la gestión jerárquica y estanca de los contratos por un modelo de gestión que debe ser no solo transversal, sino también matricial –es decir, con la intervención de las unidades de competencia transversal, pero también con la de las de competencia funcional o vertical en todas las fases de la contratación–, y ello para garantizar la aportación de valor de todos los agentes que están implicados en el objeto del contrato. Solo así se podrán generar contrataciones diseñadas para garantizar su sostenibilidad económica, su sostenibilidad medioambiental y la adopción de aquellas prescripciones que resulten adecuadas para dotar al contrato de una dimensión de política o de políticas públicas en función de sus características.³³ Únicamente con esta perspectiva la contratación pública interioriza la innovación en ella misma, de forma intrínseca, y se dota de los elementos necesarios para conseguir los mejores servicios públicos al menor coste posible bajo las condiciones necesarias de sostenibilidad.

En todo caso, esta perspectiva estratégica en el diseño de las contrataciones tiene ahora una dimensión más amplia, si cabe, en el entorno de crisis económica en el que nos encontramos.

b) Fenómenos emergentes como consecuencia de la crisis económica

El escenario de la crisis económica actual, más sistémica que coyuntural, constituye un punto de inflexión en las políticas públicas asociadas a la contratación del sector público, pero, además, ha puesto de relieve la necesidad de actualizar o adecuar determinadas regulaciones y prácticas de gestión de ámbitos específicos vinculados a la contratación.

³³ Una valoración especialmente positiva merece la introducción del apartado 2 del artículo 22 del TRLCSP que recoge las previsiones de la Ley 2/2010, de 4 de marzo, de Economía Sostenible, en relación con la necesidad de que los entes, los organismos y las entidades del sector público velen por la eficiencia y favorezcan la agilización de trámites, valoren la innovación y la incorporación de alta tecnología como aspectos positivos en la contratación pública y promuevan la participación de las pymes y el acceso sin coste a la información en los términos previstos en la Ley.

En primer término, cobran ahora especial trascendencia las políticas que tienen por objetivo la dinamización de los sectores económicos estratégicos o de los sectores empresariales con mayor peso específico; ese es el caso de las pymes en Europa, España y, muy particularmente, en Cataluña.³⁴ De hecho, resulta palmaria la necesidad de avanzar en el fomento del binomio PYME-INNOVACIÓN como herramienta doblemente eficaz para fomentar desde la contratación pública la I+D+i y dinamizar el acceso a los mercados públicos de una tipología de empresa pequeña o mediana altamente especializada.

En ese sentido, hay que valorar muy positivamente la mejora de la técnica normativa introducida por la Ley 2/2011, de 4 de marzo, de Economía Sostenible en relación con los contratos de investigación y desarrollo –excluidos del ámbito de aplicación de la legislación de contratos, pero no de sus principios–, y por las previsiones en este sentido del mencionado proyecto de nueva Directiva comunitaria.³⁵

Además, los documentos comunitarios en esta materia reiteran, una vez más, la importancia de facilitar el acceso gratuito a la información global de la contratación del sector público y la simplificación de los requerimientos para participar en las licitaciones, con el uso intensivo de los procedimientos telemáticos, para lograr, en definitiva, una reducción significativa de los costes de transacción.

Por otro lado, el mismo escenario de crisis económica permite observar que el comportamiento de la actividad del sector público y de las empresas licitadoras se ha ido transformando a medida que la situación persistía. Así, si bien en una primera fase se produjo un “efecto llamada” hacia la actividad contractual pública –especialmente en el sector de empresas dedicadas a la construcción–, progresivamente, a medida que las restricciones presupuestarias ralentizaban el número de licitaciones en todos

³⁴ A este respecto, cabe destacar que en torno al 92% de las empresas que se encuentran inscritas en el Registro Electrónico de Empresas Licitadoras de la Generalitat de Catalunya son pymes (micro, pequeñas y medianas empresas incluidas). Véase la Memoria de la Junta Consultiva de Contratación Administrativa de 2010 (www.gencat.cat/economia/jcca).

³⁵ En este ámbito debe destacarse el “Código Europeo de buenas prácticas para facilitar el acceso de las PYME a los contratos públicos”, de 2008, y mencionar también la reciente “Guía de Compra Pública Innovadora” del Ministerio de Ciencia e Innovación (2011), que incluye un catálogo de buenas prácticas aplicables tanto a procedimientos de compra pública de tecnología innovadora (CPTI) como a procedimientos de compra precomercial (CPP).

los sectores y se incrementaban las dificultades de tesorería en el sector público, los efectos en las empresas han sido, entre otros y además de la obvia disminución de negocio disponible, las situaciones de insolvencia sobrevenida durante la ejecución de los contratos y la imposibilidad de acceso a los contratos públicos por parte de determinadas empresas debido a una evidente inadecuación de las normas y de los usos públicos relativos a la exigencia de solvencia empresarial respecto del nuevo escenario económico.

Efectivamente, en relación con este último punto, por ejemplo, la progresiva disminución de actividad económica –pública y privada– motiva que muchas empresas, especialmente pymes, estén perdiendo volumen de negocio y, en consecuencia, experiencia previa en términos de facturación, que es uno de los elementos más importantes sobre los que pivota todo el sistema de acreditación de solvencia de las empresas para acceder a los contratos públicos. Ello tiene particular incidencia en aquellas contrataciones que, por ley, requieren que las empresas licitadoras hayan obtenido la clasificación empresarial previa cuando las normas que la regulan³⁶ no han sido adaptadas.

Por otro lado, las previsiones de la normativa de contratación para situaciones de insolvencia sobrevenida de empresas adjudicatarias de contratos en fase de ejecución –que condicionan su continuidad a la prestación de garantía– tampoco resultan adecuadas para facilitar la supervivencia de las empresas ni para garantizar la correcta ejecución del contrato.

La contratación pública del siglo XXI solo puede ser electrónica

La Ley 30/2007 fue la primera norma estatal de rango legal con un contenido que podríamos denominar substantivo en relación con el uso de medios electrónicos, informáticos y telemáticos en la contratación pública. Anteriormente, la normativa de contratación había incorporado tan solo algunas previsiones puntuales en normas de rango reglamentario, o se habían dictado las normas de aprobación de las primeras aplicaciones informáticas vinculadas a la contratación pública.

³⁶ La clasificación empresarial se encuentra regulada en normas estatales de carácter básico y en el propio TRLCSP y su desarrollo reglamentario, en el Real Decreto 1098/2001, de 12 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento general de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas.

Realmente, las directivas de 2004 supusieron un revulsivo en este terreno y forzaron la traslación al derecho interno de previsiones sobre esta materia con el objetivo principal de dar cumplimiento a los objetivos establecidos por la Unión Europea, objetivos que cristalizaron principalmente en el Plan de Acción i-2010 (abril de 2006), que incluía el mandato de que el 50% de las adjudicaciones de contratos públicos sujetos a regulación armonizada debían efectuarse por medios electrónicos.

Superada ya la fase de la primera introducción de medios electrónicos de alcance parcial en el procedimiento de contratación con diferentes intensidades –puesto que cada organización ha trazado, en el mejor de los casos, su progresiva estrategia de implantación–, hay que recordar, una vez más, que las ventajas que conlleva son reconducibles a la garantía de transparencia, concurrencia, acceso gratuito y universal a la información de los contratos del sector público, reducción de costes de transacción, obtención de mejores proposiciones e incidencia en la productividad y la internacionalización del tejido empresarial por cuanto se induce a este al uso de herramientas que también permiten la participación en procesos internacionales de contratación pública.

La valoración del cumplimiento de este objetivo –en 2010 solo un 5% de dichas adjudicaciones se efectuaron por medios electrónicos– lleva a plantearse, no obstante, la necesidad de identificar los aspectos que condicionan la implementación de la contratación electrónica en los diferentes Estados miembros más allá de las restricciones presupuestarias que, como en otros ámbitos, han condicionado sin duda su desarrollo.

Del catálogo de condicionantes a la implantación de la contratación electrónica y de valoraciones efectuadas, hay que hacer mención a dos aspectos, uno de tipo organizativo y otro de tipo operativo. En primer lugar, el uso de estos medios conlleva, en todo caso, un cambio cultural y organizativo muy importante que requiere una sofisticada estrategia y planificación de la gestión del cambio tanto a nivel interno de las organizaciones como a nivel externo con las empresas licitadoras y contratistas. Por poner solo algunos ejemplos en este sentido, hay que recordar que el paso de la gestión administrativa basada en el soporte papel al proceso electrónico altera sustancialmente el modo de trabajar y también el tipo y la atribución de funciones de las unidades y de las personas que las integran, por lo que el proceso de adaptación puede resultar traumático. Desde la perspectiva de la empresa,

hay que señalar la desconfianza inicial en el uso de estos medios, teniendo en cuenta, sobre todo, la preclusividad de los plazos y la rigidez de los requisitos de participación en las licitaciones establecidos por la normativa.

En segundo lugar, y como obstáculos operativos, hay que señalar a día de hoy las persistentes problemáticas de interoperabilidad entre los sistemas de distintas organizaciones y, muy particularmente, los diferentes modelos existentes de firma electrónica, que, dado que siguen estrategias tecnológicas y de negocio distintas, imposibilitan en muchas ocasiones el uso fluido y normalizado de esta por los agentes que intervienen en el proceso.³⁷

En todo caso, hoy, en 2012 y siguiendo las consideraciones europeas más recientes,³⁸ el futuro en este ámbito debe dirigirse a conseguir la fluidez en las transacciones transfronterizas, esto es, la participación regular de las empresas en las licitaciones de otros Estados de la Unión, y para ello, como ya se ha señalado, es condición indispensable la homogeneización de las condiciones técnicas y de uso de la firma electrónica.

En otro orden de consideraciones, hay que señalar también la necesidad de explotar al máximo las posibilidades que ofrece la incorporación de las tecnologías de la información en la contratación del sector público, tanto en forma de establecimiento de servicios a las empresas (información diaria de licitaciones, información sobre procedimientos de licitación de su interés, alertas de próximas licitaciones, puntos virtuales de encuentro empresarial)³⁹ como desde el punto de vista de la información automatizada de la que permite disponer para la toma de decisiones estratégicas.

De hecho, en todas las consideraciones relativas al seguimiento, la evaluación, el control y el análisis de la contratación pública, el uso de los medios electrónicos y, por ende, de sistemas de análisis de la información resulta el elemento básico y necesario, el requisito *sine qua non* muy probablemente esté condicionando negativamente la existencia de indicadores.

³⁷ Al respecto, véase el documento de los servicios de la Comisión "Delivering the Single Market Act: State of Play", el cual, dentro de un planteamiento más general, pone de relieve esta problemática en su apartado 2.7.

³⁸ "Libro Verde sobre la generalización del recurso a la contratación pública electrónica en la UE", de 18 de octubre de 2010, COM (2010) 571 final; y Plan de Acción Europeo sobre Administración Electrónica 2011-2015: Aprovechamiento de las TIC para promover una administración pública inteligente, sostenible e innovadora, de 15 de diciembre de 2010, COM (2010) 743 final.

³⁹ Véase en ese sentido la Plataforma de Servicios de Contratación Pública de la Generalitat de Catalunya (<https://contractaciopublica.gencat.cat>).

La visión estratégica de la contratación

En los apartados precedentes se han ido constatando la evolución y los cambios que, indefectiblemente, deberían ser objeto de interiorización en la dirección y la gestión de la contratación pública. En concreto, se ha hecho referencia en diversos apartados a la necesidad de concebir cada una de las contrataciones del sector público en términos de proyecto global, es decir, en términos de objetivos y de resultados globalmente considerados.

Se trata ahora de ir un paso más allá y establecer la cadena básica de reflexiones, valoraciones, decisiones y evaluaciones que debemos incorporar al tradicional diseño cíclico de los procedimientos de contratación pública (preparación, licitación y adjudicación, ejecución, extinción) para garantizar el principio más básico y fundamental de todos en los que se sustenta la actividad de contratación pública: la obtención de los mejores servicios en términos de eficacia y eficiencia de los recursos asignados.

El punto de partida de estas reflexiones viene dado por las características de la actividad contractual pública en estos momentos, porque, además de la necesidad de conocer el catálogo básico de caracteres jurídicos y económicos que definen esta actividad, hay que tener en cuenta y tomar en consideración en la actualidad las características que han ido apareciendo estos últimos años, ya que determinan algunos de los cambios que se estiman necesarios. En 2012, cuando se habla de gestión de la contratación del sector público, hay que hacer referencia a su definición como actividad estratégica y de proyecto integral, a la necesaria profesionalización de sus agentes y a la utilización de la transferencia de conocimiento para implementar procesos de innovación y de mejora continua.

En cualquier caso, la afirmación de que la contratación pública es una actividad estratégica deriva de las siguientes características:

- Se trata de una actividad con alto impacto gubernativo, normalmente vinculada a objetivos detallados y publicitados en las agendas políticas y, por tanto, de resultados –positivos o negativos– fácilmente perceptibles por la opinión pública.
- Se trata de una actividad con alto contenido técnico que, en todo caso, debe estar debidamente gestionado.

- Se trata de una actividad altamente vulnerable, y ello desde todas las ópticas, tanto la pública como la privada. No se puede desconocer la existencia de casos de corrupción vinculados a la actividad contractual en el sector público. De hecho, la actividad contractual es, junto con la urbanística, la actividad gubernativa más vulnerable a la corrupción según la OCDE, y dicha vulnerabilidad debe tenerse en cuenta más allá del momento aparentemente más sensible, esto es, la adjudicación del contrato. Así, hay que tenerla en cuenta también en otros momentos de la actividad contractual como son la fase de detección de las necesidades a satisfacer, la fase previa a la licitación o la fase de ejecución contractual (pagos, modificaciones contractuales, etc.).⁴⁰
- Se trata de una actividad global, puesto que incluye todas las actividades necesarias para configurar el ciclo completo de la contratación, orientado a la obtención de los objetivos definidos en su inicio, esto es, en el momento de la detección de necesidades.

Veamos a continuación los principales elementos estratégicos en cada una de las fases del ciclo contractual.

El planteamiento estratégico: diseño y configuración de los proyectos de contratación

El momento cero de la contratación –aquél en el que la organización ha detectado una o varias necesidades a satisfacer para cumplir sus objetivos– es el determinante del proceso contractual, quizás el más determinante, puesto que va a desencadenar –o no– y a determinar –en su caso– todo el proceso subsiguiente de contratación, y ello en diferentes aspectos fundamentales como son: 1) la determinación detallada de las necesidades y la calificación y priorización de estas –sobre todo en un escenario de restricciones presupuestarias–; 2) la evaluación de las opciones que pueden barajarse para satisfacer dichas necesidades: externalización o gestión directa (análisis de mercado, de los costes y beneficios de cada opción, del nivel de sostenibilidad económica y medioambiental de cada opción, del sistema de financiación asociado); 3) la evaluación de las

decisiones estratégicas asociadas a la opción seleccionada (en su caso, definición jurídica, económica y técnica del objeto del contrato –incluida la lotización, si procede–, objetivos, características y especificaciones técnicas, posibilidad de variantes a proponer por el sector privado, valoración de políticas públicas a asociar a esa contratación); 4) la preparación de la contratación: redacción de las bases jurídicas, económicas y técnicas (determinación del valor económico del contrato y del presupuesto de licitación, determinación de los criterios mínimos de solvencia, procedimiento de adjudicación más idóneo, publicidad de la licitación, condiciones de ejecución del contrato); y 5) el seguimiento, la evaluación y el control de la contratación (designación del responsable del contrato, protocolos y procesos de seguimiento y control de la ejecución y sistema o sistemas de evaluación de los resultados).

En esta fase hay que señalar especialmente la necesidad de la justificación de todas las decisiones estratégicas que se adoptan, empezando por la más básica e importante: la decisión de contratar a un tercero para satisfacer las necesidades planteadas. Es preciso hacer hincapié en este aspecto puesto que realmente puede ser la base del acierto, del error o, incluso, de determinadas corruptelas. En definitiva, se trata de exigir a los responsables de la contratación pública que, como primera decisión, analicen, valoren y justifiquen la opción de gestión que, teniendo en cuenta el sector de actividad económica e industrial al que hace referencia, permitirá obtener los mejores resultados en términos de *best value*, sin desconocer que dichas decisiones deben tener, adicionalmente, un sistema de rendición de responsabilidades que alcanzan, sin duda, al nivel político de decisión.

Asimismo, hay que apuntar a la necesidad de integrar en la actividad contractual determinadas técnicas de dirección estratégica que coadyuven a garantizar la obtención de esas ofertas de mayor valor para las organizaciones públicas. En particular, es necesario incorporar el establecimiento de protocolos y sistemas de *benchmarking* y de transferencia de conocimiento (buenas prácticas o aprendizajes) entre las organizaciones públicas y las parapúblicas; pensemos, por ejemplo, en aplicar de forma previa al diseño de una contratación las experiencias de otras administraciones de características similares, teniendo en cuenta todos los *inputs* obtenidos en términos de resultados directos,

⁴⁰ Véase “La integridad en la contratación pública”. Buenas prácticas de la A a la Z. Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), 2009.

pero también todos los *outcomes* en el sentido de objetivos complejos compuestos por diferentes elementos de evaluación.

Elementos estratégicos de las fases de selección y licitación

Hay que destacar, en estas fases nucleares del procedimiento, tres elementos esenciales del diseño estratégico. En primer término, el elemento relativo a la información de la contratación como una herramienta necesaria para obtener el mejor retorno del mercado en forma de la mejor proposición técnica y económica posible, y con los menores costes asociados. Se trata de contemplar el elemento información a las empresas como una decisión estratégica de base estrechamente vinculada a los objetivos a conseguir. Ciertamente, este elemento requiere un nivel de análisis y de planificación previa importantes, así como de conocimiento del mercado, para medir la antelación con la que el sector debe conocer el proyecto de licitación para poder prepararse (obtener clasificación empresarial, en su caso; buscar socios para licitar conjuntamente en unión temporal de empresas; pensar qué perfiles de empresas subcontratistas pueden resultar de valor añadido diferencial a su futura proposición, por ejemplo, en términos de innovación tecnológica).

Lógicamente, en la contratación pública el elemento información va asociado a la publicidad y, en términos actuales, sin duda, debe ir vinculado al uso de las TIC para asegurar transparencia, seguridad y acceso gratuito y disminución de costes de transacción. Por ello, es este un elemento a pensar en términos no solo de exigencia normativa, sino también de estrategia, y hay que convertir en cotidianas determinadas técnicas como, por ejemplo, el uso de canales electrónicos no obligatorios (publicar en el perfil de contratante alertas de futuras licitaciones; publicar también en el perfil las contrataciones en principio no sujetas a publicidad, pero de especial importancia técnica o estratégica; celebrar sesiones informativas con el sector afectado para transmitir los principales requisitos y objetivos para los que deben prepararse).

En segundo término, hay que hacer referencia al elemento competencia, coincidente con uno de los principios básicos que rige la contratación pública en Europa. Desde el punto de vista estratégico, la garantía de la competencia efectiva y real requiere, en todo caso, un profundo conocimiento

del sector de actividad económica afectado por el proyecto contractual y, adicionalmente, evaluar y gestionar dos aspectos: la prevención de posibles situaciones colusorias entre los agentes de mercado, es decir, posibles situaciones de vinculación o posibles acuerdos que potencialmente puedan alterar la competencia real y, por lo tanto, la obtención de la mejor propuesta posible; y la prevención de posibles conflictos de intereses con relación al sector.

En tercer lugar, se trata de construir las condiciones más adecuadas de la contratación para conseguir la mejor oferta y, en su caso, la mejor interacción de la actividad contractual con las políticas públicas que puedan ir asociadas. En otras palabras, es necesario el análisis de todas las dimensiones del proyecto para la configuración de sus condiciones.

Elementos estratégicos de la fase de ejecución

Hay que poner de relieve la importancia de esta fase de la contratación, tradicionalmente la menos regulada normativamente y la más olvidada en la regulación de los pliegos, por tratarse del momento en que se materializa, o no, el cumplimiento de los objetivos de los que trae causa la contratación.

Resulta particularmente importante la ejecución de las funciones de seguimiento, decisión y control encomendadas al responsable del contrato⁴¹ designado y regulado en los pliegos. Efectivamente, esta figura, también introducida por la LCSP –eso sí, con una regulación insuficiente–, está llamada a ser el vértice de articulación del sistema de seguimiento, control y evaluación del contrato y a ser también la referencia para la toma de las decisiones estratégicas durante la fase de ejecución del contrato.

Asimismo, hay que hacer mención de las acciones asociadas a la gestión del cambio previstas para la correcta implementación del proyecto –que, obviamente, puede abarcar más de un contrato– y, finalmente, a las vías alternativas a la solución de conflictos. En este último caso hay que referirse, con carácter general, a la posibilidad de establecer el mecanismo de elaboración de informes externos por parte de organismos o entidades de

⁴¹ Cabe recordar que puede designarse responsable del contrato a una persona física o jurídica perteneciente a la propia organización o bien a una de carácter externo a esta (artículo 52 del TRLCSP).

reconocido prestigio técnico y, en el caso de los poderes adjudicadores que no tienen la condición de administración pública, a la posibilidad de prever el arbitraje como mecanismo alternativo a las vías ordinarias de solución de conflictos.

Evaluación de resultados: aprendizajes, transferencia de conocimiento y diseño estratégico corporativo

También en este aspecto, el desarrollo más o menos afortunado de las tareas vinculadas a la evaluación de resultados va a depender, en primer término, de las previsiones del pliego y, en segundo término, de la configuración en el pliego de las funciones y potestades atribuidas al responsable del contrato.

En todo caso, para conseguir evaluar los resultados, tanto durante la fase de ejecución del contrato como una vez finalizada dicha ejecución, hay que prever mecanismos adecuados en función del objeto del contrato para medir y evaluar los objetivos conseguidos. Ya es conocida, aunque no por su uso generalizado, la técnica de la autoevaluación de resultados del contrato en términos de *value for money*, pero se trataría ahora de facilitar dicha evaluación estableciendo referentes de medida. Así, resultaría adecuada la utilización de guías de estándares de calidad y/o de rendimiento o de comportamiento y de protocolos de auditoría continuada de resultados, sobre todo en objetos contractuales de carácter recurrente para la organización pública.

Más allá del objetivo de asegurar unos niveles óptimos de calidad en las prestaciones contractuales, estas herramientas han de permitir extraer conclusiones sobre el diseño contractual efectuado en su día, las cuales, a modo de enseñanzas, deben tener retorno a los responsables de contratación de las organizaciones y han de señalar claramente los aspectos de valoración positiva en términos de resultados, los aspectos que es necesario ajustar y en qué sentido, y los aspectos claramente prescindibles o que requieren una reorientación en futuras contrataciones. Así, por ejemplo, resultaría particularmente interesante disponer de datos reales respecto de los impactos derivados de las políticas públicas asociadas a la contratación: número de personas contratadas ex novo con motivo de la ejecución del contrato; la puesta a disposición del público en general de productos

medioambientalmente correctos; las diferencias de precio que se hayan podido producir como consecuencia de la aplicación de determinados requisitos medioambientales, el volumen económico de subcontratación a pymes innovadoras, etc.

En definitiva, se trata de articular un sistema efectivo de extracción y catalogación de buenas prácticas –que podría establecerse por familias de objetos contractuales (determinados tipos de servicios, adquisiciones de determinados tipos de bienes de carácter recurrente)– que permita disponer de pautas estratégicas para los futuros diseños de contrataciones similares. Y, además, para que todo este planteamiento resulte totalmente efectivo, ese conocimiento y experiencia que se van construyendo deben ser objeto de transferencia dentro de la propia organización y también hacia otras organizaciones públicas. A tal efecto, resulta muy eficaz establecer espacios virtuales colaborativos entre los diferentes agentes de la contratación que permitan el intercambio de conocimiento de forma inmediata.

Finalmente, pero no por ello menos importante, el análisis del conjunto de evaluaciones ha de ser el objetivo corporativo final para poder diseñar no ya las contrataciones futuras en particular, sino también la contratación futura de la organización en general. Así, la lectura estratégica de las diferentes evaluaciones y auditorías de ejecución y de resultados debe permitir establecer los principales caracteres estratégicos de la contratación corporativa en función, por ejemplo, de la tipología de contratos, del objeto contractual, del importe, de los destinatarios, de los sectores implicados o de los componentes tecnológicos que conllevan.

A modo de conclusión general, y si, como se ha pronosticado al inicio de estas páginas, la legislación de contratos va a adentrarse en un nuevo proceso de cambio –ya sea mediante la aprobación de un nuevo texto legislativo o mediante la reforma del vigente–, sería deseable que dicho cambio no derive únicamente de las exigencias de transposición del derecho comunitario, sino que sirva también para incorporar al derecho positivo las mejores prácticas observadas a lo largo de estos años, y pueda establecer un marco normativo basado en el conocimiento contrastado y la información real y documentada de los resultados obtenidos anteriormente.

2. Algunos aprendizajes y elementos clave para una nueva etapa de colaboración público-privada

Agustí J. Abelaira¹

Introducción

La colaboración público-privada (en adelante, CPP) es, junto con la gestión de los recursos humanos, una de las cuestiones que suscita mayor debate y puntos de vista más divergentes en el campo de la gestión pública.

En un extremo encontramos un planteamiento favorable al desarrollo de la CPP basado en el concepto del *value for money*, esto es, obtener la mayor eficiencia posible mediante la asignación de los diferentes riesgos a la parte que esté más capacitada para gestionarlos a un menor coste. Así, según algunos estudios, el sector privado sería capaz de operar a unos costes inferiores de entre un 15-30% a lo que lo haría el sector público, lo cual redundaría no solo en mayores beneficios para este, sino también en un menor coste para el sector público, o lo que es lo mismo, en menores impuestos para el conjunto de los ciudadanos.

En el otro extremo, la visión contraria. La CPP únicamente supone la privatización de los servicios públicos, con una pérdida de calidad y de conocimiento sobre la gestión de estos que a largo plazo comporta mayores costes y compromisos a cargo de los presupuestos públicos.

No es un debate nuevo. Son muchos los servicios que en el pasado eran prestados con recursos humanos y materiales propios de las administraciones –como la limpieza y el mantenimiento de los edificios, la construcción de carreteras, la gestión de residuos y de aguas, los servicios informá-

¹ Licenciado en Ciencias Económicas y Empresariales por la Universitat Autònoma de Barcelona, Posgrado en Hacienda Autonómica y Local por la Universitat de Barcelona, Máster en Dirección Pública por ESADE, programa de desarrollo directivo en IESE y otros cursos complementarios. Tras trabajar en el sector financiero y en el de la maquinaria industrial, entre 1991 y 2011 desarrolló su actividad profesional en el Departamento de Economía y Finanzas de la Generalitat de Catalunya, donde ocupó diversos cargos, entre ellos, el de director de Financiaciones Estructuradas. Actualmente es director de Servicios Generales en el Ayuntamiento de Barcelona. Asimismo, es profesor en diversas instituciones y escuelas.

ticos y de telecomunicaciones– y que actualmente son suministrados total o parcialmente por el sector privado, sin que se cuestione abiertamente que ello no deba ser así.

Si en estos últimos años el debate nunca había dejado de estar presente, en la coyuntura actual ha ganado intensidad. A la necesidad de las administraciones públicas de reducir sus gastos y cumplir las exigencias europeas en materia de déficit público, se suma la propuesta y reclamación del sector privado de un mayor protagonismo en la gestión de determinados servicios.

La gestión de las radiotelevisión públicas, de los servicios sociales y sanitarios o de la educación, la participación o compra de empresas públicas gestoras de infraestructuras de movilidad y de abastecimiento de aguas, o el impulso del transporte ferroviario de mercancías son solo algunos de los ejemplos.

Estamos ante una cuestión que requiere un debate sereno y desapasionado que si bien no puede –y posiblemente tampoco debe– ser ajeno a razones ideológicas y políticas o a los intereses legítimos defendidos por parte de los diferentes actores, debe girar, desde la óptica de lo público, en torno al convencimiento de que, sea cual sea la decisión, esta cree valor para el conjunto de la sociedad.

Las administraciones públicas tienen como misión fundamental garantizar, bajo criterios de eficiencia y eficacia, la provisión de los servicios y las infraestructuras necesarios en tiempo y forma para generar las bases que permitan el desarrollo económico y social. Para ello, la suma de los beneficios de una mayor eficiencia en la gestión y de la reducción de los costes de oportunidad debe compensar los mayores costes de transacción, financiación o de otra índole que puedan derivarse de la participación privada.

El objetivo del presente artículo no es dar respuesta a estas cuestiones –rayaría en lo pretencioso–, sino analizar lo sucedido en el campo de las infraestructuras públicas impulsadas mediante fórmulas de CPP en el conjunto del Estado, y en particular en Cataluña. Así, situaremos el foco en el porqué del desarrollo de tales fórmulas y en su estructura de costes –con especial atención a los aspectos financieros–, y aportaremos, fruto de más de una década dedicada a su gestión, algunas reflexiones sobre sus puntos fuertes y débiles, así como sobre las posibilidades de mejora.

Auge y consolidación de la CPP. ¿Asistimos al declive?

Los diferentes niveles de la Administración del Estado han sido especialmente activos en el impulso y desarrollo de las fórmulas de CPP, por lo que España se sitúa como el segundo Estado europeo en cuanto a proyectos y volumen de estos, superado únicamente por el Reino Unido.

Tabla 1. Concesiones de importe superior a 6 millones de euros licitadas en España entre 2003-2011

Administración concedente	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total	% s/total
Administración Central	3.501	–	641	955	5.649	–	52	64	2.568	13.430	24,5
Comunidades Autónomas	1.835	2.597	4.281	2.353	3.328	3.806	4.136	10.179	588	33.102	60,4
Ad. Local	385	184	1.986	1.225	707	1.214	634	272	1.635	8.242	15,1
Total (a)	5.722	2.781	6.908	4.533	9.683	5.020	4.821	10.515	4.791	54.774	100,0
Nº Proyectos (b)	45	29	101	82	57	60	44	41	25	484	X
Inversión media (a/b)	127	96	68	55	170	84	110	256	192	113	X

Fuente: SEOPAN y elaboración propia
Importes en millones de euros

La mayoría de los proyectos de CPP se han instrumentado mediante el contrato de concesión (por ello, en el artículo se utilizarán indistintamente los conceptos CPP y concesión) y no bajo otras formas contractuales, que han tenido poco éxito e impacto limitado. En apartados posteriores analizaremos estas figuras y las razones que explican este hecho.

En las tablas 1 a 3 se recogen las concesiones licitadas en el Estado por un importe superior a seis millones de euros de inversión. En ellas también se incluyen las operaciones instrumentadas mediante contratos análogos como el derecho de superficie, figura importada del derecho privado mediante la cual, y para el caso que nos ocupa, la Administración titular de un terreno otorga a un tercero (privado) el derecho a construir sobre ese

terreno un equipamiento con un destino y unas características prefijados por ella, con la obligación de arrendárselo durante un período de tiempo determinado. No se incluyen aquellas operaciones articuladas mediante sociedades de economía mixta (en las que el capital está compuesto por fondos públicos y privados) o los arrendamientos operativos de bienes.

Algunas de las conclusiones que podemos extraer de la evolución en el período 2003-2011 se explican en los siguientes apartados.

Tabla 2. Concesiones de importe superior a 6 millones de euros licitadas en España entre 2003-2011 por las Comunidades Autónomas

Administración concedente	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	(a)Total	% s/Total	% (a)total PIB
Cataluña	1.308	255	968	400	823	2.648	12	2.235	0	8.648	26,1	0,5
Aragón	0	0	687	301	0	793	0	5.322	0	7.103	21,5	2,6
Galicia	0	159	26	0	383	142	246	2.164	365	3.484	10,5	0,8
Comunidad Valenciana	0	1.562	77	124	1.646	15	16	0	6	3.444	10,4	0,4
Comunidad Madrid	110	500	971	1.102	363	0	0	0	0	3.055	9,2	0,2
Castilla-La Mancha	24	0	0	0	0	0	2.858	0	0	2.882	8,7	0,9
Baleares	0	100	1.079	0	0	31	754	0	0	1.964	5,9	0,9
Andalucía	380	15	0	70	49	45	7	292	207	1.064	3,2	0,1
Castilla y León	0	0	475	0	8	132	12	0	0	627	1,9	0,1
Navarra	0	8	0	172	0	0	212	0	0	391	1,2	0,3
Región de Murcia	0	0	0	185	0	0	0	0	0	185	0,6	0,1
La Rioja	0	0	0	0	0	0	19	132	0	151	0,5	0,2
País Vasco	0	0	0	0	43	0	0	0	0	43	0,1	0,0
Cantabria	0	0	0	0	0	0	0	35	0	35	0,1	0,0
Asturias	0	0	0	0	14	0	0	0	0	14	0,0	0,0
Extremadura	13	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0,0	0,0
Canarias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0
Total CCAA	1.835	2.597	4.281	2.353	3.328	3.808	4.136	10.179	588	33.102	100,0	0,4

Fuente: SEOPAN y elaboración propia
Importes en millones de euros

Tabla 3. Concesiones de importe superior a 6 millones de euros licitadas en España entre 2003-2011 por tipología

Administración concedente	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total	% s/Total
Nueva infraestructura	2.321	259	1.663	417	2.724	481	3.316	6.218	3.289	20.659	37,7
Mantenimiento/explotación	0	1.513	698	0	5.889	0	0	0	0	7.900	14,4
Total carreteras	2.321	1.773	2.330	417	8.413	481	3.316	6.218	3.289	28.559	52,1
Movilidad urbana	374	104	423	944	363	2.490	84	1.411	0	6.194	11,3
Sanitarias	0	431	1.422	0	49	68	700	1.479	0	4.049	7,4
Ferrovias	1.069	0	0	0	0	0	0	0	1.151	2.220	4,1
Desalación	200	0	36	947	153	0	0	0	0	1.336	2,4
Aparcamientos	33	78	193	285	86	197	141	253	46	1.313	2,4
Servicios sociales	792	27	266	9	61	22	71	15	0	1.262	2,3
Portuarios	100	0	292	8	0	0	57	139	107	703	1,3
Aeroportuarias	114	0	0	185	0	0	0	0	0	299	0,5
Hidráulicas	0	0	0	210	13	0	0	0	0	223	0,4
Otras	718	368	1.946	1.528	546	1.762	452	1.099	198	8.617	15,7
Total Administraciones	5.722	2.781	6.908	4.533	9.683	5.020	4.821	10.515	4.791	54.774	100,0

Fuente: SEOPAN y elaboración propia
Importes en millones de euros

Desde la perspectiva de la Administración concedente

Todos los niveles de la Administración las han utilizado con mayor o menor intensidad, si bien han sido las comunidades autónomas las más activas, con un 60,4% del total. Ello contrasta con el hecho de que, del conjunto del gasto público, un 36% es gestionado por las comunidades autónomas, un 21% por la Administración general del Estado, un 13% por las corporaciones locales y un 30% por la Seguridad Social.

Se han licitado un total de 484 proyectos por un importe total de 54.774 millones de euros. Frente a las críticas sobre el abuso de estas figuras, cabe indicar que esta cifra representa aproximadamente un 0,6% del PIB del Estado en el período y un 15% del total de obra pública licitada. Otra

cuestión es si este volumen no ha sido excesivo (cerca de 350.000 millones de euros) y, sobre todo, si se ha destinado a impulsar las infraestructuras más idóneas.

La inversión media por proyecto se ha situado en torno a los 113 millones de euros. Se observa una reducción del importe medio entre los años 2003-2006, hasta llegar a un mínimo de 55 millones, para repuntar hasta 256 y 192 millones en los años 2010 y 2011, respectivamente. Ello es un síntoma del cambio de tendencia producido en el período, que apunta a las dificultades por parte del sector privado para acometer nuevos proyectos a causa de la evolución de la situación económica y financiera.

A partir del período 2007-2008 se produce una caída muy significativa en el número de proyectos, llegando a un mínimo de 25 en el ejercicio 2011, el más bajo de toda la serie. ¿Qué ha sucedido?

En contraposición al punto anterior, en el año 2010 se alcanzó el máximo histórico, con una licitación de 10.515 millones. Esta cifra resulta un tanto engañosa, dado que en ese año se licitó la concesión del Plan RED de Carreteras impulsado por la Comunidad de Aragón (5.300 millones). Lo mismo sucede en el ejercicio 2011 con el plan de carreteras de las diputaciones forales del País Vasco y las primeras concesiones ferroviarias de la alta velocidad licitadas por el Administrador de Infraestructuras Ferroviarias (ADIF). Sin estas dos actuaciones puntuales, el importe total se hubiese situado en poco más de 1.500 millones.

Otro aspecto a destacar es que, si bien la mayoría de los contratos de CPP del siglo XX se caracterizaban por el hecho de que era el usuario de la infraestructura el que pagaba por su uso (baste recordar ejemplos como la autopista Barcelona-Valencia, la autopista Coruña-Carballo, el túnel del Cadí y el de Artxanda, concesiones de suministro de agua o aparcamientos), en el período analizado la mayor parte responden a la modalidad de los llamados peajes en sombra y de pagos por disponibilidad. Es decir, el concedente sigue percibiendo las tarifas en función del uso o puesta a disposición de la infraestructura, pero es la Administración la que realiza el pago. En otras palabras, sustituye al usuario y paga con cargo a los presupuestos públicos.

Quizás sea una de las cuestiones que ha generado más polémica. ¿Es más equitativo que una infraestructura sea financiada por el usuario de esta o por el conjunto de la sociedad? ¿La utilización de las modalidades

de peaje en sombra no están hipotecando los presupuestos futuros? O, por el contrario ¿la suma de las externalidades positivas que genera y el ahorro de costes de oportunidad asociados al hecho de dejar de ejecutarla compensarán esa presunta hipoteca?

Algunos de los proyectos licitados en los ejercicios 2010-2011 no se han iniciado, en la mayoría de los casos por la imposibilidad de estructurar su financiación.

La evolución en el conjunto de las comunidades autónomas merece especial atención:

- Del total de las 17 comunidades, solo Canarias no ha impulsado ningún proyecto de CPP, si bien seis comunidades concentran el 86% del total.
- Cataluña ha sido la comunidad que ha impulsado más proyectos, tanto en número como en importe. Probablemente sea una de las más activas e innovadoras en el campo de la CPP; así, en el año 2003 supuso un 71% del total. Por tipología, comprende casi todos los ámbitos de su competencia: carreteras, tranvías, estaciones de ferrocarril metropolitano, puertos, centros penitenciarios, edificios judiciales y comisarías, entre otros.
- Las comunidades más activas han sido aquellas que han tenido mayores dificultades con el sistema de financiación autonómico, aquellas que proporcionalmente han recibido menos fondos estatales o europeos para la financiación de inversiones (a excepción de Galicia), o bien aquellas que han presentado un déficit público más elevado en el período (a excepción de Madrid). Asimismo, el 64% del total se concentra en las comunidades del arco mediterráneo (Cataluña, Comunidad Valenciana, Baleares, Aragón y Murcia).
- La mayor parte de las comunidades han aplicado las fórmulas de CPP para el impulso de carreteras, si bien se constata cierto grado de especialización en alguna de ellas. Así, en el ámbito sanitario cabe destacar los casos de la Comunidad de Madrid (10 hospitales), la Comunidad Valenciana (5 hospitales), Baleares (2 hospitales), Castilla y León (Hospital de Burgos) y Galicia (programa de desarrollo de nuevos hospitales y centros de salud, con el Hospital de Vigo ya en funcionamiento). En este sentido, no solo se han estructurado la financiación y construcción

de los centros, sino que en muchos casos también se ha externalizado la prestación del servicio sanitario y/o la de otros servicios accesorios (comedor, jardinería, telecomunicaciones, limpieza, etc.). Los ingresos de la concesionaria están vinculados a la población asistida en su ámbito de actuación o bien al número de camas que pone a disposición de la Administración.

- En cuanto al valor absoluto de los proyectos, destacan Cataluña y Aragón. Sin embargo, si comparamos el volumen total de los contratos mediante CPP sobre el PIB de las comunidades, este dato queda relativizado. En este caso, las ratios más elevadas corresponderían a Aragón, Baleares y Castilla-La Mancha. Son porcentajes altos que pueden comportar un esfuerzo elevado en el presupuesto futuro.
- En el año 2011 únicamente cuatro comunidades han licitado proyectos de CPP, y de ellas, solo Andalucía y Galicia proyectos por un importe superior a 100 millones.

En función de la tipología de la infraestructura

Más del 50% del total corresponden a carreteras, bien sean de nueva construcción, bien para su mantenimiento y renovación (en este campo ha sido especialmente activa la Administración central con el Plan de Renovación de las Autovías de Primera Generación).

Algunos de los factores que explican esta situación son el conocimiento y la experiencia de las empresas concesionarias españolas en este tipo de infraestructuras y la capacidad financiera de la que disponían, junto con el hecho de que prácticamente todos los niveles de administración tengan competencia sobre parte de la red viaria.

También es relevante el peso de las infraestructuras en el ámbito sanitario y en el de la movilidad urbana (tranvías, estaciones de ferrocarril metropolitano y de autobuses, y aparcamientos). En este caso, como ya se ha indicado, es clave el papel de las comunidades autónomas y las corporaciones locales.

Sorprende el hecho de que solo un 4,1% corresponda a infraestructuras ferroviarias. Probablemente sea uno de los campos, al igual que el aeroportuario, en el que exista un mayor recorrido. El Plan Estratégico de

Infraestructuras y Transporte del Estado apuesta de una forma clara por la CPP para impulsar el transporte ferroviario de mercancías (en España está estancado y solo el 4% del transporte de mercancías se realiza por este medio, frente al 18% de media europea) y la conectividad con los principales puertos, así como para completar la red de alta velocidad.

Conclusiones

La CPP está presente en el impulso de todo tipo de infraestructuras y equipamientos, y ha sido aplicada por todos los niveles de la Administración, independientemente del color político de su gobierno.

Las comunidades autónomas han sido las que han recurrido más intensamente a su uso. Un primer factor explicativo sería que han utilizado más ampliamente la CPP aquellas comunidades que tienen mayores deficiencias en su sistema de financiación, y, por lo tanto, en el cumplimiento de los objetivos de déficit público, y aquellas que presentan déficits históricos en inversión pública. Existiría, en segundo lugar, otro grupo que ha utilizado la CPP con el fin de atender las necesidades derivadas de la asunción de nuevas competencias (es el caso del traspaso de competencias en materia sanitaria en el año 2002).

Consideramos que también han influido otros factores no menores: la existencia de una tradición histórica en materia de CPP; el dinamismo económico del sector privado en determinados territorios (especialmente de las empresas constructoras); la confianza del sector financiero en los gobiernos autonómicos hasta el ejercicio 2009; la creación en el seno de la Administración de unidades ad hoc para su gestión; y la convicción política del impacto positivo a largo plazo en el desarrollo económico y social del territorio.

A partir de lo expuesto puede plantearse una reflexión. Como es sabido, los requisitos imprescindibles para el desarrollo de la CPP son los siguientes.

Impulso político

La Unión Europea ha realizado una firme apuesta por la CPP, con constantes referencias a esta. Desde la Iniciativa Europea de Crecimiento adop-

tada por el Consejo Europeo en diciembre de 2003, donde se reconoce como uno de los objetivos prioritarios el recurso a las fórmulas de CPP en la promoción de infraestructuras, hasta el comunicado de la Comisión de noviembre de 2009 “Movilizar las inversiones públicas y privadas con vistas a la recuperación y el cambio estructural a largo plazo: desarrollo de la colaboración público-privada (CPP)”, pasando por el “Libro Verde sobre la colaboración público-privada y el derecho comunitario en materia de contratación pública y concesiones” (2004) y el subsiguiente informe de mayo de 2005.

En el caso español, más allá de la realidad descrita, la mayoría de los planes de inversiones en infraestructuras, tanto de la Administración central como de la autonómica, así como los informes sobre la reactivación económica tienen como uno de sus ejes básicos la CPP. No procede en este momento enumerarlos, pero baste como muestra el Informe del Consejo Asesor de la Generalitat de Catalunya para la Reactivación Económica y el Crecimiento de abril de 2011.

Marco legislativo

Otro de los elementos clave es disponer de un marco jurídico proactivo y que, sobre todo, defina unas reglas de juego claras que transmitan y den confianza al socio privado y al sector financiero. Aquí ha sido esencial el contrato de concesión.

La Ley 13/2003, de 23 de mayo, reguladora del contrato de concesión de obra pública, solventó algunas de las carencias de la Ley de Contratos vigente hasta la fecha, en la que, si bien se incorporaban fórmulas de gestión indirecta de servicios públicos, la concesión era considerada una subcategoría del contrato de obras, de forma que su regulación era limitada e incompleta.

La Ley 13/2003 actualiza la figura y amplía su alcance. Entre los aspectos más destacables, introduce un amplio abanico de mecanismos dirigidos a facilitar el acceso de la concesionaria a la financiación en el mercado de capitales y, con un elevado grado de flexibilidad, el concepto de equilibrio financiero de la concesión, cuya finalidad última era dar garantías tanto a la Administración como al privado sobre la continuidad de la concesión y la justa retribución por esta.

La Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público, profundiza en la misma dirección e incluye como nueva categoría el contrato de colaboración entre el sector público y el sector privado (en adelante, CSPSP).

Dicho contrato se conforma como un contrato en virtud del cual una administración encarga a una entidad de derecho privado la realización, por un período de tiempo concreto, de una actuación global e integrada, necesaria para el cumplimiento de determinados objetivos de servicio público o relacionados con el interés general. Su establecimiento precisa que previamente se haya puesto de manifiesto que ninguna otra alternativa de financiación permitía la satisfacción de las finalidades públicas.

Su duración no podrá ser superior a 20 años. No obstante, cuando en la prestación principal que constituya su objeto el régimen aplicable sea el propio de los contratos de concesión, podrá aplicarse la duración máxima prevista para estos últimos (40 años).

El procedimiento ordinario de adjudicación de este tipo de contratos es el diálogo competitivo, donde la Administración mantiene conversaciones con los candidatos admitidos en el concurso para desarrollar una o varias alternativas sobre las soluciones requeridas, siendo estas las que servirán de base para elaborar los pliegos del concurso sobre los cuales los candidatos presentarán sus ofertas.

Sea por lo novedoso de la figura, por la complejidad y larga duración del procedimiento, o por disponer de otras figuras contractuales que den igual o mayor cobertura y confianza a las necesidades de los actores, lo cierto es que, en el caso español, han sido pocas las iniciativas desarrolladas bajo este supuesto, y menos aún las que se han adjudicado. De hecho, en la regulación del contrato CSPSP son varias las remisiones al contrato de concesión.

La Ley 2/2011, de 4 de marzo, de Economía Sostenible también explicita como uno de sus objetivos el impulso de la CPP, regulando por primera vez, aunque de forma insuficiente, la CPP mediante una sociedad de economía mixta o institucionalizada. Así, se establece en qué casos los contratos públicos podrán adjudicarse directamente a una sociedad de estas características y el modo de selección del socio privado. Por último, avanza en algunos aspectos, aunque de forma insuficiente, sobre los mecanismos de financiación de estos contratos.

En esta línea también cabe mencionar el Proyecto de Ley de Captación de Financiación en los Mercados de Capitales por los Concesionarios de Obras Públicas, aprobado por el Gobierno en octubre de 2009 –pero no por el Congreso de los Diputados. Si bien el ordenamiento jurídico vigente prevé y regula diferentes figuras, creemos que, tal como reclama el sector privado, se ha de proceder nuevamente a su tramitación, ampliando su ámbito de aplicación a todos los contratos de CPP, lo cual permitiría clarificar y potenciar algunos de los instrumentos contemplados.

Actualmente el Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, es el marco jurídico de referencia en la materia.

En suma, disponer de un contrato de concesión flexible y potente ha sido un elemento esencial en el éxito de la CPP, el cual no ha dejado espacio a otras figuras contractuales.

Existencia de un sector privado capaz

Como ya se ha dicho, otro de los elementos clave para el desarrollo de la CPP es la existencia de un sector privado dispuesto, con capacidad financiera y técnica, y conocedor de la materia. Este es el caso español, con empresas concesionarias líderes internacionales. Seguramente esta particularidad sea una de las razones que explique en gran medida la eclosión de estos contratos en España.

Sector financiero y mercado de capitales

Este es, sin duda, el cuarto elemento que se precisa para el éxito de una CPP. Cualquier contrato de estas características debe conjugar los intereses de las partes que intervienen y mantener un equilibrio entre riesgos, rentabilidad y garantías, extremo al que es especialmente sensible el sector financiero.

Hasta la quiebra de Lehman Brothers en septiembre de 2008, la liquidez de los mercados internacionales de capitales parecía no tener límite, lo que comportaba precios razonables sobre las operaciones de crédito, estrechos diferenciales entre los tipos de interés aplicados a la financiación de las administraciones y a los socios privados de los contratos de CPP, y cierta relajación y flexibilidad en las garantías exigidas.

Si a ello le sumamos la fuerza del mercado financiero español en aquel momento –con entidades bancarias de primer orden a escala internacional, cajas de ahorros solventes y arraigadas en todas las comunidades autónomas y una notable presencia de entidades europeas operando y prestando fondos–, no es difícil concluir que la financiación no era la cuestión más compleja a la hora de abordar la estructuración de una CPP. Obviamente, el escenario ha cambiado radicalmente en estos últimos años.

Ahora bien, si continúa existiendo un claro impulso e interés político en la materia, si el marco jurídico es claramente proactivo, si las compañías concesionarias españolas continúan adjudicándose contratos en el resto del mundo y obteniendo los recursos necesarios para la financiación de sus proyectos, ¿qué ha sucedido para que en el año 2011 únicamente se hayan licitado 25 proyectos en el conjunto del Estado?

Los factores coyunturales –como el hecho de que ese año se celebrasen elecciones en buena parte del territorio, con la consiguiente entrada de nuevos gobiernos y la redefinición de las líneas prioritarias y los proyectos de mandato– no explican de por sí esta realidad.

Los factores clave son la reestructuración del sistema financiero español, tendente a una concentración en no más de 10 entidades, y la crisis de confianza en la deuda soberana y en el conjunto de la economía.

Dado que la financiación de cualquier proyecto de CPP se ha convertido en la cuestión esencial e imprescindible a la hora de su implementación, creemos que es conveniente profundizar en el tema.

Aspectos financieros en la estructuración de una CPP

En este apartado se analizarán los elementos básicos de la estructura de un proyecto de estas características, los instrumentos que permiten su financiación y la evolución de las condiciones financieras de los contratos.

Estructura de costes del proyecto

Un plan económico y financiero consistente, que incluya los balances, las cuentas de pérdidas y ganancias y los flujos de tesorería previsionales, es la condición sine qua non para acceder a la financiación de cualquier contrato de CPP. Es imprescindible conocer su estructura de costes e ingresos, que han de permitir cubrir los siguientes elementos.

Inversión inicial

Bajo este concepto se engloba el coste de las obras de construcción de la infraestructura o equipamiento (en el que se incluye el beneficio industrial asociado a la construcción, normalmente el 6% de este), de la redacción de los proyectos, de la dirección y la supervisión de obra (aproximadamente entre el 2-3% del coste de la obra), de las expropiaciones, de la reposición de los servicios públicos afectados, de los impuestos asociados (impuesto sobre transmisiones patrimoniales –ITP–, licencias de obra, etc.) y de los seguros. Asimismo, se incluyen los intereses intercalares (aquellos que se devengan desde el inicio de las obras hasta la entrada en explotación de la infraestructura).

En un proyecto de “peaje en sombra” o de pago de disponibilidad a cargo de la Administración no existen mayores costes significativos respecto a los de una infraestructura financiada directamente por ella, salvo algunos impuestos (como, por ejemplo, el ITP). En un sentido amplio, tampoco supondrían un sobre coste para las arcas públicas vistas en su conjunto, aunque sí lo serían para la Administración que no los recaudase, dado que serían un coste que estaría interiorizado en el plan económico y financiero y, por tanto, en la tarifa a satisfacer por aquella al concesionario.

Mantenimiento

Es un elemento clave y diferencial. Una vez que concluye el período por el cual se otorgó la concesión, el bien ha de retornar a la Administración en perfecto estado. Por ello, el mantenimiento preventivo, correctivo y sustitutivo (o de reposición) es de vital importancia, sobre todo en aquellas CPP basadas en una transferencia del riesgo de disponibilidad, dado que el ingreso del canon se basa en su correcto y pleno estado de uso.

Este tipo de costes es más relevante en el caso de un equipamiento que en el de una carretera, puesto que son muchos los elementos a mantener y reponer durante la vida del contrato (ascensores, sistemas de aire acondicionado, etc.). Su impacto en la estructura de costes variará según la duración del contrato.

Costes financieros

Aquellos derivados de las fuentes de financiación externas, es decir, de los préstamos y de las emisiones de bonos y obligaciones, entre otros.

Costes de estructura

Asociados al funcionamiento de la concesionaria, básicamente contemplan los gastos de personal y operativos, los seguros, los avales y los impuestos (por ejemplo, en su caso, el Impuesto sobre bienes inmuebles).

Impuesto de sociedades

No es una cuestión menor. Nos encontramos ante un caso análogo al del ITP. En sentido amplio, tendría un efecto neutro sobre las arcas públicas; ahora bien, supondría un sobre coste para la Administración que no lo recauda.

Rentabilidad del capital

La concesionaria ha de obtener los beneficios necesarios para retribuir al accionista por los fondos aportados con una rentabilidad adecuada vía reparto de dividendos. La rentabilidad normalmente es superior al coste financiero.

La estructura de costes de un proyecto fluctúa en función de diversas variables: duración del contrato, tipología de la infraestructura, tipos de interés de la deuda, rentabilidad y porcentaje del capital sobre el total de la inversión. En la tabla 4 se presenta una comparativa aproximada para dos supuestos tipo de una concesión a 30 años:

Tabla 4. Estructura de costes. % sobre total de ingresos

Conceptos	Carretera	Centro penitenciario
Inversión inicial	48%	48%
Mantenimiento	17%	23%
Financieros	26%	20%
Estructura	2%	3%
Impuestos sociedades	4%	4%
Rentabilidad capital	3%	2%
Ingresos	100%	100%

Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar, cerca del 50% correspondería al gasto de inversión, siendo el mantenimiento la diferencia básica, con un mayor peso de este en el caso de un equipamiento. Hay que tener en cuenta que son modelos muy sensibles al grado de apalancamiento de la operación, a la variación de tipos de interés o del Impuesto de sociedades, y a las condiciones de mantenimiento que se exijan.

Estructura e instrumentos de financiación de una CPP

Los contratos de CPP presentan dos fases diferenciadas: construcción y explotación de la infraestructura.

En la primera fase la concesionaria no percibe ningún ingreso de explotación (recordemos que la empresa solo obtendrá ingresos en el momento en que ponga a disposición de los usuarios la infraestructura) y, por lo tanto, ha de recurrir a los fondos propios aportados por los accionistas y a los proporcionados por el mercado de capitales para financiar la inversión.

En la fase de explotación la empresa ha de contar con recursos suficientes y a largo plazo que le permitan hacer frente a las obligaciones descritas en el apartado anterior, que retornará con los ingresos que obtenga de su explotación.

La normativa permite un amplio abanico de instrumentos para facilitar la financiación de las concesiones, tanto instrumentos privados como facilitados por la Administración. A continuación, se exponen las distintas alternativas.

Financiación privada

- Capitales propios aportados por accionistas privados

En la mayoría de los casos, el accionariado está compuesto por empresas constructoras y de mantenimiento, y raramente participan entidades financieras. De este modo, dichas empresas obtienen en el corto plazo el beneficio derivado de la inversión inicial. Por su parte, las empresas de mantenimiento, al formar parte del accionariado, garantizan su cartera de negocio y su beneficio a largo plazo.

- Deuda subordinada de los accionistas

Se trata de préstamos otorgados por los accionistas a la sociedad concesionaria y, a efectos de la financiación del proyecto, tienen la consideración

de fondos propios, dado que en caso de impago los préstamos concedidos por terceros tienen prelación sobre estos. La ventaja es que se pueden retribuir (a un tipo de interés determinado) sin las limitaciones exigibles a la retribución del capital (sujeto a la obtención de beneficios).

- Deuda a largo plazo facilitada por entidades financieras o fondos de inversión

La mayor parte de los proyectos en España se han financiado mediante préstamos a largo plazo, facilitados por entidades financieras. La fortaleza del sistema financiero y la competitividad de las condiciones en préstamos otorgados en la etapa anterior a la crisis han supuesto una barrera de entrada a otras fuentes de financiación, como podrían ser las emisiones de bonos o los fondos de inversión.

- Préstamos participativos concedidos por los accionistas

Esta figura se regula por primera vez mediante el Real Decreto-ley 7/1996, de 7 de junio, sobre medidas urgentes de carácter fiscal y de fomento y liberalización de la actividad económica. En la actual normativa la retribución del prestamista se produce sobre los ingresos del concesionario. Uno de sus principales atractivos reside en que son considerados como fondos propios a efectos de la financiación del proyecto.

- Emisiones de bonos u obligaciones por parte de la empresa concesionaria
- Por las razones indicadas anteriormente, no han tenido demasiado éxito. Únicamente se han utilizado en el caso de la Autovía de los Viñedos, en Castilla-La Mancha.

- Préstamos del Banco Europeo de Inversiones

Esta entidad está presente en varios de los proyectos de CPP. Si bien aporta como máximo el 50% del coste de inversión, la principal ventaja es que los recursos se obtienen a un coste inferior al de mercado. El Instituto de Crédito Oficial también ha participado en proyectos, si bien en este caso a coste de mercado. Su presencia resulta de sumo interés en momentos de escasa liquidez en los mercados de capitales.

- Titularización de los derechos inherentes a la concesión

Esta figura permite al concesionario emitir valores que supongan una participación en los derechos de crédito a su favor: cobro de tarifas, explotación

de los elementos comerciales de la concesión o aportaciones que, en su caso, deba realizar la Administración. En suma, son derechos cedidos a un tercero a cambio de que este le provea de recursos en el momento presente, descontados a un tipo de interés determinado. De esta forma, no debe recurrir a préstamos o a otros instrumentos financieros.

La titularización, al igual que la hipoteca de la concesión, es una figura poco utilizada en la práctica dado su mayor coste respecto a otros instrumentos y a que los ingresos deben presentar un riesgo muy bajo.

- Hipoteca de la concesión

Financiación pública

- Para la financiación de las obras

En el caso de que existan razones de rentabilidad económica o social o concurren exigencias derivadas del fin público o interés general, la Administración podrá otorgar subvenciones o préstamos reintegrables, con o sin interés, y, excepcionalmente, préstamos participativos. Asimismo, se contempla la posibilidad de realizar aportaciones no dinerarias. Todos estos instrumentos deben estar previstos en los pliegos de cláusulas administrativas.

- Durante la fase de explotación

A fin de garantizar la viabilidad económica de la explotación de la obra, las administraciones pueden otorgar, siempre que haya sido previsto inicialmente, subvenciones, anticipos reintegrables o préstamos participativos, subordinados o de otra naturaleza. En definitiva, existe una amplia batería de medios.

En todo caso, estas aportaciones y ayudas no han de ser significativas –es difícil determinar un porcentaje al no existir ninguna norma escrita al respecto–, dado que ello podría interpretarse como una transferencia limitada del riesgo al concesionario y comportar la consolidación del proyecto a efectos de déficit público.

Hay un conjunto de figuras cuya finalidad no es tanto obtener recursos como dotar al proyecto de las garantías suficientes que permitan su financiación. Entre estas, destacan la posibilidad de cesión de la concesión a un tercero; la pignoración de los derechos de cobro de la concesión a favor de las entidades financiadoras, y los avales por parte de la Administración

(aunque no es un criterio compartido por nuestra parte, a efecto de déficit puede tener los mismos riesgos que las ayudas públicas). En esta línea, merecen especial atención dos figuras contempladas en la normativa:

- Responsabilidad patrimonial de la Administración, derivada de la actuación de las sociedades concesionarias frente a terceros (RPA)

Una de las demandas planteadas por las entidades financieras y el sector privado es que la RPA dé cobertura íntegra y durante toda la vida del contrato al capital pendiente de amortizar del endeudamiento obtenido por la concesionaria, y que dicha RPA esté blindada frente a otras eventualidades. Actualmente, en cambio, la RPA puede dar cobertura a otras obligaciones que el socio privado pueda haber contraído.

- Mantenimiento del equilibrio financiero de la concesión

Probablemente sea una de las cuestiones clave en la actual coyuntura de crisis. Los supuestos previstos en la legislación se refieren exclusivamente a que la Administración concedente modifique las condiciones de explotación del proyecto por razones de interés público; cuando causas de fuerza mayor o actuaciones de la propia Administración determinen de forma directa la “ruptura sustancial de la economía de la concesión”; o bien cuando se produzcan los supuestos que se establezcan en el propio contrato para su revisión.

En nuestra opinión, si bien la normativa es muy flexible en cuanto a los medios para restablecer el equilibrio de la concesión –modificación de tarifas, del plazo concesional o de su prórroga (solo aplicable en el supuesto de fuerza mayor o de actuación de la Administración), o cualquier otra medida que se acuerde para lograr dicho fin–, creemos que debería ser más explícita y clara respecto a la definición de los conceptos “equilibrio económico del contrato” y “ruptura esencial de su economía”, con el fin de evitar ambigüedades e interpretaciones divergentes. Por ello, se ha de definir qué se entiende por ruptura de la economía de la concesión: ¿La entrada en pérdidas? ¿La caída de la rentabilidad esperada por el accionista?

Respecto a la financiación del privado en el contrato de CSPSP, en el caso de que, por razón de la prestación principal, el objeto sea el propio de un contrato de concesión, se llevará a cabo en las condiciones y los términos previstos para este último contrato. Cuando no se dé esta analogía, los mecanismos de financiación tendrán un alcance menor a los

previstos para la concesión, si bien se prevé que, en caso de resolución del contrato, la entidad pueda poner a disposición de los acreedores una cantidad no superior al 80% del coste real de las inversiones realmente ejecutadas. Es una medida interesante, pero insuficiente para facilitar su financiabilidad y, por lo tanto, su aplicación efectiva.

Lo mismo sucede en el caso de la CPP institucionalizada (sociedades mixtas). La ley prevé el recurso a la emisión de obligaciones, empréstitos o créditos participativos, la titularización de derechos de cobro y las ampliaciones de capital. A nuestro juicio, también se queda corta.

Llegados a este punto, presentamos unas notas sobre lo acontecido. Con anterioridad al ejercicio 2008, la mayoría de los proyectos permitían un elevado grado de apalancamiento, es decir, que la proporción del capital social y de los préstamos de terceros sobre la inversión inicial presentase una ratio del 10-15%/90-85%, lo cual facilitaba la aportación de recursos por parte del sector privado y su inmovilización durante la duración del contrato. Actualmente, esta proporción se ha reducido al 20-40%/80-60%.

Asimismo, en la etapa anterior a la crisis, la mayoría de las CPP se estructuraban en base a modelos de *project finance*, es decir, era el propio proyecto el que garantizaba la solvencia y el retorno de los fondos requeridos a terceros. Este esquema ha dejado de funcionar, por las siguientes razones, entre otras:

- La constante y progresiva pérdida de *rating* de la deuda pública y de las entidades financieras, que ha comportado mayores dificultades para obtener recursos en el mercado de capitales. Recordemos que hasta hace pocos años todas las administraciones obtenían las calificaciones más elevadas (AAA, AA).
- Esta realidad se ha trasladado a los contratos de CPP, dado que se descuenta que el riesgo de pago reside, en última instancia, en la Administración.
- La necesidad de captación de recursos por parte de las entidades financieras, destinados a su recapitalización tras la crisis inmobiliaria y a abordar el proceso de reestructuración del sector.

Por todo ello, no es de extrañar la exigencia de nuevas y mayores garantías para proyectos de CPP, incluyendo a las propias empresas accionistas de la concesionaria.

En suma, la cuestión clave es por qué deberían las entidades financieras prestar fondos a proyectos de CPP cuando si los prestan directamente a la Administración van a obtener también rentabilidades elevadas, con garantías superiores a las de dichos proyectos. Y, además, por qué han de invertir las empresas concesionarias en proyectos a largo plazo cuando obtienen proyectos internacionales con una rentabilidad superior y menores dificultades para su financiación.

Los contratos financieros

Dados los elementos anteriores, el elemento vertebrador para la implementación del proyecto es el contrato financiero. De ahí que le dediquemos una atención especial en este apartado. Tres son los elementos clave a tener en cuenta en el diseño y las condiciones de un contrato financiero: plazo, coste y otras condiciones exigibles al prestatario.

- Plazo del préstamo

Los contratos de CPP tienen una duración aproximada de 20-35 años; por lo tanto, los ingresos que generan han de posibilitar el retorno de la carga financiera: el capital del préstamo recibido y los intereses/comisiones bancarias asociados a este.

En los años anteriores a la crisis, este punto no generaba mayores dificultades. Se obtenían los préstamos para el plazo necesario y la llamada "cola" de la concesión (período que transcurre entre la cancelación del préstamo y la finalización del contrato de concesión, de forma que exista un margen de maniobra ante cualquier eventualidad que se presente, como, por ejemplo, una caída de ingresos) era de 2-3 años.

A partir de 2010, el plazo de los préstamos se reduce de forma considerable, pasando a ser –en la mayoría de los casos– de 5-7 años, bajo estructuras *mini perm*. Es decir, dado que en la práctica es imposible que el proyecto genere los flujos necesarios para el repago de la deuda, se abre la posibilidad de su refinanciación durante la vigencia de este. La cuestión, en estos casos, es quién asume este nuevo riesgo, que apunta en una doble dirección: su refinanciación en el futuro, o que se dé en unas condiciones financieras más elevadas a las del préstamo original y, por lo tanto, genere una pérdida de rentabilidad al accionista que lo

convierta en inviable. En este punto, la RPA y las garantías aportadas por los accionistas y la Administración son esenciales para la continuidad del proyecto.

- Coste de la deuda

Este coste está compuesto por los siguientes elementos:

- Comisión de apertura y/o estructuración: se abona en el momento de la firma del préstamo y representa un porcentaje sobre el importe total de este.
- Comisión de disponibilidad: porcentaje que se aplica sobre los fondos del préstamo que no están dispuestos.
- Tipo de interés: constituido por la suma del margen o *spread* sobre el tipo base de referencia –habitualmente, el Euribor a un año–, más el propio tipo base. Este coste se aplicaría sobre los capitales dispuestos y pendientes de amortización en cada momento. Dado que los préstamos son a largo plazo, la forma de eliminar el riesgo de tipos es la contratación de una operación *swap* mediante la cual el tipo base de referencia, que es variable –el Euribor a un año–, se transforma en un tipo fijo, de forma que la empresa tiene la certeza del coste financiero a asumir durante todo el contrato.
- Otros gastos: estudios y auditorías, comisión de agencia (importe fijo anual durante todo el contrato), margen sobre el *swap*.

En la tabla 5, se muestra una aproximación a las condiciones de financiación habituales, que varían en función de los riesgos asociados a cada operación.

Una de las críticas a las fórmulas de CPP es que los costes financieros asociados a ellas son superiores a los que tiene una infraestructura financiada directamente por la Administración, por lo que se encarece el proyecto. A nuestro entender, ello no es así, o, cuando menos, este argumento no tiene per se la relevancia suficiente para cuestionar este tipo de proyectos. Si analizamos los datos de la tabla 6, observamos que:

- Los tipos *swap* a 20, 25 y 30 años entre los años 2004-2010 se han mantenido estables, con diferenciales en el período de 1-1,5 puntos.

Tabla 5. Condiciones financieras

Conceptos	Antes crisis	Después crisis
Comisión de apertura	0,5-1%	> 3%
Margen sobre Euribor		
- Fase de construcción	0,5-1%	> 3%
- Fase de explotación	0,8-1,25%	> 3,5%

Fuente: Elaboración propia

- En el mismo período, el diferencial entre el Euribor a 1 año y los tipos *swap* a 20 años presentan un diferencial que va desde los 2,6 puntos (junio de 2010) hasta -0,8 puntos (septiembre de 2008). Ciertamente, resulta anómalo que los tipos a largo sean inferiores a los tipos a corto.
- A partir del año 2009, debido a la crisis económica y a la política del Banco Central Europeo, se produce una drástica reducción de los tipos a corto, que a partir de 2010 también se traslada a los tipos a largo.

En el escenario descrito, con estabilidad de tipos, los incentivos para desarrollar proyectos de CPP han sido relevantes; cuanto más se aproximen los intereses a corto y largo, mayores serán dichos incentivos. Si a ello sumamos que durante el período 2004-2008 los diferenciales entre el coste de la deuda pública y el de la captación de recursos para proyectos de CPP no eran superiores a 0,5-1 puntos, podemos entender buena parte de lo sucedido.

Considerando el peso relativo del coste financiero en la estructura de un proyecto de CPP y que el tipo de interés que se le aplica al socio privado está relacionado con el de la deuda de la Administración que lo impulsa, creemos que el sobre coste financiero que se pudiera producir no es realmente significativo para invalidar su puesta en marcha.

Supongamos una operación de CPP a 20 años en 2006. Su coste de financiación sería, aproximadamente, de un 5,5% (un 4,5% del *swap* más un 1% de margen). En el momento actual, y con perspectiva, ¿podemos considerarla una operación de un precio elevado? Hoy en día una operación

Tabla 6. Evolución de los tipos de interés

Fecha	(a) Euribor 1 año	(b) Swap 20 años	(c) Swap 25 años	(d) Swap 30 años	(c-a) Fif. 1/25 años
30/03/2012	1,416	2,672	2,625	2,560	1,209
31/12/2011	1,947	2,701	2,638	2,570	0,691
30/06/2011	2,162	3,903	3,893	3,858	1,731
31/12/2010	1,507	3,714	3,632	3,512	2,125
30/06/2010	1,306	3,370	3,334	3,225	2,028
31/03/2010	1,212	3,803	3,775	3,698	2,563
31/12/2009	1,248	4,077	4,037	3,959	2,789
40/06/2009	1,504	4,136	4,117	4,055	2,613
31/12/2008	3,049	3,893	3,708	3,578	0,659
30/09/2008	5,495	4,752	4,678	4,607	-0,817
30/06/2008	5,390	5,104	5,039	4,986	-3,351
31/03/2008	4,725	4,701	4,702	4,676	-0,023
31/12/2007	4,745	4,914	4,915	4,893	0,170
29/06/2007	4,528	4,970	4,969	4,952	0,441
31/12/2006	4,028	4,314	4,312	4,292	0,284
30/06/2006	3,512	4,527	4,559	4,562	1,047
31/12/2005	2,844	3,740	3,778	3,785	0,934
30/06/2005	2,082	3,725	3,800	3,830	1,718
31/12/2004	2,366	4,247	4,335	4,369	1,979
30/06/2004	2,426	4,910	4,984	4,006	2,558
31/12/2003	2,305	4,908	4,992	5,024	2,687
31/12/2002	2,749	4,845	4,906	4,906	2,157
31/12/2001	3,341	5,545	5,555	5,545	2,214
29/12/2000	4,749	5,885	5,900	5,915	1,151
31/12/1999	3,876	6,140	6,165	6,160	2,289

Fuente: Elaboración propia

de estas características, en el supuesto de que se obtuviesen los fondos, tendría un coste implícito del 8-10%.

Otras condiciones

En los contratos de financiación, también se han endurecido otras condiciones exigibles al proyecto. Cabe destacar las siguientes:

- La ratio de cobertura del servicio de la deuda (RSCD).
- Los ingresos de la concesión sobre la carga financiera de la deuda han de situarse anualmente en una ratio de 1,3. De esta forma, se cubre el préstamo ante eventuales reducciones de ingresos por bajadas en la demanda o no disponibilidad de la infraestructura. De no darse esta ratio, en algunos contratos se puede suplir con la obligación al accionista de ampliar el capital, lo cual encarece y dificulta la operación.
- Exigencia de cobertura de tipo de interés por la totalidad del préstamo mediante un *swap* (antes de la crisis oscilaba en torno al 50% o no era de obligado cumplimiento).
- Cláusulas de cobertura ante un cambio material adverso de los mercados financieros. Dada la incertidumbre actual, las entidades financieras se reservan el derecho a modificar las condiciones, o incluso a proceder a una cancelación anticipada de los fondos prestados.

Conclusiones

Tras un período de casi seis años (2003-2008) en que se dieron todas las condiciones favorables para el desarrollo de la CPP, hemos pasado, en un corto espacio de tiempo, a un escenario radicalmente opuesto. La crisis de la deuda soberana –con la consiguiente escasez de liquidez–, la implantación de políticas de austeridad pública, la reconversión del mercado financiero español y la exigencia al sector privado de más garantías para acometer proyectos a largo plazo son algunas de las razones que explican tal situación y que no permiten aprovechar una coyuntura de tipos de interés inusualmente bajos.

Al mismo tiempo, se mantienen algunas de las premisas que propiciaron su expansión en el pasado. Y, sobre todo, la CPP puede ser una de las palancas que facilite la recuperación económica y permita impulsar proyectos clave e imprescindibles para el futuro de la economía y la sociedad. No abordarlos o demorarlos puede tener un coste excesivo. Es un círculo vicioso: hacerlo es difícil y costoso, pero no hacerlo puede agravar el problema.

Ante esta disyuntiva, ¿cuál debería ser el papel de los diferentes actores?

Por parte de la Unión Europea, es imprescindible una definición clara y una cierta flexibilización de la decisión de Eurostat de 11 de febrero de 2004 sobre el tratamiento de la CPP a los efectos de su clasificación como proyecto público o privado, a fin de evitar incertidumbres interpretativas. Por ejemplo, uno de los puntos para que un proyecto no sea calificado como público, ha de transferir el riesgo de expropiaciones a la concesionaria. Tiene sentido cuando esta difícilmente lo puede gestionar.

Asimismo, se ha de potenciar la actividad del Banco Europeo de Inversiones como facilitador de los recursos necesarios en este período de escasa liquidez, tanto en el otorgamiento de préstamos como en la entrada en el capital del socio privado.

En el caso de las diferentes administraciones del Estado, las líneas de trabajo serían:

- Identificar y priorizar aquellos proyectos que aporten más valor añadido para el conjunto de la sociedad, cuestión que cobra mayor importancia en un contexto de escasez de recursos y liquidez. Se han de aplicar herramientas para su evaluación en términos de coste-beneficio, como la *Guide to Cost Benefit Analysis of Investment Projects* (2009), impulsada por la Unión Europea. No ha lugar para actuaciones insostenibles económicamente o de escaso interés social, como ha sucedido en ocasiones en el pasado.
- Potenciar las sociedades de economía mixta o CPP institucionalizada. Puede ser una palanca para incentivar que el sector privado emprenda nuevos proyectos, dado que daría mayor solidez financiera a la entidad, y para mantener una presencia pública ante posibles privatizaciones.
- Efectuar una correcta transferencia de riesgos al sector privado. Este ha de asumir aquellos que realmente conoce y puede gestionar mejor. Actuar en la dirección contraria solo conlleva un aumento de costes y dificultades en la financiación.
- Clarificar y definir con mayor precisión los conceptos de RPA y de reequilibrio económico y financiero de la concesión.
- Aprobar la Ley de Captación de Capitales, potenciando las garantías públicas de forma compatible con la normativa europea a efectos de déficit público.

- Introducir, en los proyectos que lo permitan, el pago de tarifas a cargo del usuario por el uso de la infraestructura.
- Focalizar la actuación en proyectos de un tamaño significativo. La complejidad de la situación requiere esfuerzo y capacidad de todas las partes implicadas.
- Ante un mercado financiero tan incierto, establecer mecanismos que permitan cubrir el riesgo del concesionario que se produce entre la presentación de las ofertas y la adjudicación del contrato.

Por último, el sector privado y el financiero deberían exigir las garantías públicas imprescindibles y una retribución acorde con los riesgos realmente asumidos.

Actualmente, asistimos a la demanda, por parte del sector privado, del equilibrio económico y financiero de los proyectos que tienen dificultades, basándose en que sería más perjudicial para el interés público el rescate por la Administración que su continuidad. Dado que son proyectos a largo plazo, se ha de diferenciar claramente entre situaciones de carácter estructural o derivadas de la actual coyuntura y mantener los compromisos asumidos en su momento.

En definitiva, el éxito de la CPP requiere, como en otros órdenes de la vida, reducir la incertidumbre y conjugar diversos intereses para crear un entorno de confianza y lograr un equilibrio entre riesgos, beneficios y garantías.

Bibliografía

- ARIAS CRIADO, BERNABÉ: El contrato de concesión de obras públicas. 2011.
- BLAN-BRUNE, F.; GOLDSMITH, H.; VÄLILLÄ, T.: Public-Private Partnerships in Europe: an Update. Banco Europeo de Inversiones. Economic and Financial Report 2007/03: 2007.
- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS: Guidelines for Successful Public-Private Partnerships. Bruselas: 2003.

- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS: Libro Verde sobre la colaboración público-privada y el derecho comunitario en materia de contratación pública y concesiones. Bruselas: 2004.
- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS: Guide to Cost Benefit Analysis of Investment Projects. Bruselas: 2009.
- MOTTE, R.; HALL, D.: The European Commission's: Guide to Successful Public-Private Partnerships –A Critique. Public Services International Research Unit. University of Greenwich: 2003.
- PRICEWATERHOUSECOOPERS: La solución de la Cooperación Público-Privada. Realidad y futuro de las infraestructuras de Europa. 2006.
- REBOLLO, ANDRÉS: La experiencia española en concesiones y asociaciones público-privadas. México: 2009.

3. La regulación como instrumento de gestión pública: El caso de las licencias en Madrid

Angel Saz-Carranza¹

Introducción

En épocas de austeridad, el sector público busca, lógicamente, reducir el gasto público y ajustarlo a los ingresos. En este contexto, el sector público debe revisar el modo de producción de sus servicios públicos, a saber: producción mediante regulación, producción directa o producción subcontratada. En teoría, en momentos de dificultades fiscales, sería razonable que los estados redujeran el grado de externalización y el personal, e incrementaran el uso de la regulación².

Este capítulo presenta, en primer lugar, un marco conceptual en que el uso de la autoridad pública y las reglas son un instrumento más al servicio de la gestión pública. A continuación, ilustra el marco conceptual describiendo un caso real en el que se pasa de producción directa a producción mediante la regulación.

Instrumentos de gestión pública

El gestor público dispone de distintas herramientas e instrumentos para intentar crear valor público, para alcanzar el objetivo del *outcome* —el objetivo último social. Como ya comentamos en el número anterior de este mismo anuario, el directivo público puede utilizar: I) la información y comunicación; II) la autoridad; III) los recursos financieros, y IV) la organización. Por ejemplo, la Dirección General de Tráfico (DGT), para reducir la mortalidad en las carreteras, utiliza: I) las campañas de concienciación; II) las normas y reglas de tráfico; III) instrumental tecnológico que compra al sector

¹ PhD, Instituto de Gobernanza y Dirección Pública, ESADE Business School. ESADEgeo, Center for Global Economy and Geopolitics, ESADE Business School.

² Vibert, F., "Regulation in an age of austerity: Reframing international regulatory principles." LSE Global Governance Working Paper. WP/2011, June 2011.

privado, y IV) su propia unidad interna de análisis de la información sobre siniestralidad e infracciones. La DGT hace muchas más cosas, pero la breve enumeración anterior demuestra cómo combina los cuatro instrumentos básicos que identifica Hood³.

Seguramente, el instrumento más exclusivo del Gobierno es la regulación.

Información	Autoridad	Presupuesto	Organización
Campañas de sensibilización sobre ETS	Obligar a locales nocturnos a disponer de dispensadores de preservativos	Subención a ONG que luchan contra ETS	Hospital público con unidad ETS

Los orígenes de la potestad pública

En la regulación, el Estado utiliza la autoridad como recurso fundamental. Este es uno de los poquísimos recursos exclusivos del Estado. La potestad pone a su titular en una posición de superioridad y de fuerza.

El contrato social es el origen de la potestad pública. En dicho acuerdo, las personas se organizan políticamente, mientras que el ejercicio de la violencia y de la fuerza se reserva al Estado. Inicialmente, la potestad recaía principalmente en el vértice judicial de la tríada de Montesquieu (poder legislativo, poder judicial y poder ejecutivo). A medida que el Estado se va desarrollando y pasa, primero, por el Estado liberal y, posteriormente, por el del bienestar, la Administración pública va aglutinando un mayor número de funciones —entre ellas, el poder sancionador.

La autoridad se puede desgastar o también incrementar, al menos en su dimensión práctica⁴. Una norma que no se aplica explícitamente tiende a desgastar la credibilidad y la capacidad de convencimiento de la autoridad, por lo que aplicar una misma norma en un momento posterior requiere unos esfuerzos muy superiores a los que habrían sido necesarios si la autoridad no hubiese disminuido.

³ Hood, C., "The Tools of Government", London, Macmillan, 1983.

⁴ Moore, M., "Privatizing Public Management," in John D. Donahue and Joseph S. Nye, Jr., (eds.), Market-Based Governance: Supply Side, Demand Side, Upside and Downside, Washington, D.C.: Brookings Institution Press, 2002.

La autoridad es similar al dinero. A veces, como se argumenta en este capítulo, son intercambiables como instrumentos de gestión pública. Y, además, al igual que sucede con los recursos monetarios, su uso debe de economizarse⁵.

La elección de los instrumentos

No todos los instrumentos son equivalentes. Para algunos servicios públicos, es necesario utilizar recursos financieros (la construcción de infraestructuras), mientras que, para otros, son más adecuadas la organización o la producción directa (policía). Además, un mismo servicio puede pasar de ser gestionado con un instrumento a serlo con otro. Por ejemplo, a mediados del siglo XX, la telefonía se proveía en toda Europa con empresas públicas (organización), mientras que hoy se provee por vía de la regulación. Por último, como muestra la tabla anterior, un servicio público puede utilizar una combinación de distintos instrumentos.

Idealmente, el proceso de elección del instrumento a utilizar para proveer un servicio público debería ser lo más racional posible. Es decir: determinar un objetivo, determinar los criterios de evaluación (coste, equidad, eficacia, certidumbre), identificar todas las alternativas posibles y calcular las consecuencias de las distintas alternativas.

La teoría de los costes de transacción

La teoría de los costes de transacción nos proporciona un marco conceptual para elegir el instrumento de gestión pública más adecuado. La tabla siguiente, del premio nobel Oliver Williamson⁶, compara tres maneras distintas de proveer un servicio público: externalizándolo (vía presupuesto), regulándolo (vía autoridad) o produciéndolo directamente (vía organización). La regulación tiene propiedades mixtas, mientras que la externalización y la producción directa —en sus versiones idílicas o puras— representan polos opuestos.

Así pues, la producción directa de un servicio, mediante una burocracia pública, implica un alto control administrativo sobre el ente productor; mejor

⁵ Moore, M., "Privatizing Public Management", 2002.

⁶ Public and private bureaucracies: a transaction cost economics perspectives, Journal of Law, Economics, and Organization, 1999.

capacidad para adaptarse de manera coordinada a situaciones nuevas, y un ente productor cuyo personal tenga una alta seguridad del empleo. La externalización es todo lo contrario en estos parámetros.

En la externalización, el ente productor del servicio tiene unos altos incentivos para incrementar la eficiencia, se adapta automáticamente (mediante la competencia en el mercado y los incentivos mencionados) a las nuevas tecnológicas, y el nivel de autonomía de su ejecutiva es muy alto.

		Externalización contractual	Regulación	Burocracia pública
Mecanismo	Burocratización	0	+?	++
	Incentivos*	++	+	0
Adaptación	Automática	++	+	0
	Coordinada	0	+	++
Marco legal	Autonomía ejecutiva*	++	+	0
	Seguridad del empleo*	0	+	++
	Resolución legal de conflictos	++	+	0

A partir de este marco conceptual, la elección del instrumento de gestión pública a utilizar se basará en el tipo y en las características del servicio a producir. Así pues, (a) la especificidad de los activos del servicio, (b) la dificultad en medir los *outputs*, (c) la incertidumbre relacionada con el servicio y (d) la necesidad de integridad del servicio nos ayudarán a elegir. A medida que el servicio a producir implica valores más altos en estos cuatro parámetros, la producción directa se ajusta mejor que la subcontratación pura.

COMPLEJIDAD DE TRANSACCIÓN		
Subcontratación simple	Regulación o contrato complejo	Producción directa
0	Especificidad de activos	++
0	Dificultad de medir los outputs	++
0	Incetidumbre (adaptación cooperativa)	++
0	Integridad (requerida por la transacción)	++

¿Qué es la regulación?

El término *regulación* tiene distintos significados. Un primer significado, muy restrictivo, entiende la regulación como “el control sostenido y concreto ejercido por el sector público sobre actividades valoradas por la comunidad”⁷. Dentro de esta definición encontramos a policías e inspectores públicos de distinta índole, así como las agencias independientes de regulación en sectores de interés general (p. ej., telecomunicaciones y energía).

En el polo opuesto, encontramos una definición de regulación mucho más expansiva: “esfuerzos sostenidos y orientados a cambiar el comportamiento de otros actores para afrontar un problema colectivo, por lo general, a través de una combinación de reglas y normas y de medios para su aplicación y cumplimiento, que pueden ser legales o no legales”⁸. Dentro de esta definición, incluimos las normas culturales, como la de no escupir en lugares públicos: una norma social que sigue gran parte de la sociedad occidental y que, en caso de incumplimiento, el infractor puede verse reprendido en público por otros ciudadanos.

La definición que utilizaremos aquí está a medio camino entre las dos definiciones expuestas y se basa parcialmente en el trabajo de David Levi-Faur: la regulación es “la promulgación de normas preceptivas, así como el seguimiento y la aplicación de estas normas por parte de actores políticos sobre otros actores sociales, empresariales y políticos. Estas normas serán consideradas regulación, siempre y cuando no las formulen directamente el legislador (derecho primario) o los tribunales (el veredicto, el juicio, y la sentencia)”⁹.

Estrategias de regulación

Basándonos en la definición propuesta, podemos distinguir entre tres tipos de regulación, en función de quién regula y quién es el regulado:

⁷ Selznick, P., “Focusing organizational research on regulation”, in R.Q. Noll (ed.), *Regulatory Policy and the Social Sciences*, Berkeley: University of California Press, 1985, p. 363.

⁸ Black, J., “Forms and paradoxes of principles-based regulation”. *Capital markets law journal*, 3 (4). 2008, pp. 425-456.

⁹ Levy-Faur, D., “Regulatory networks and regulatory agencification: towards a Single European Regulatory Space *Journal of European Public Policy*”, 2011, p. 9.

Regulación directa. Esta estrategia es la más común. En este caso, un actor público regula la actividad de un segundo actor. Algunos ejemplos son la policía o los inspectores del Banco de España.

Regulación delegada. En este caso, un actor público obliga a un segundo actor privado a someterse a una inspección por parte de un tercer actor autorizado. La auditorías empresariales son un caso paradigmático en este sentido.

Autorregulación. Una tercera versión de la regulación es la autorregulación. En este caso, un actor público obliga a un actor privado a generar una serie de normas, reglas y códigos de conducta que debe autoimponerse y respetar. Un ejemplo de este tipo de regulación ocurría en la banca de inversiones, que, en la época previa a la Gran Recesión de 2007, había de tener sus propios sistemas de control de riesgos.

Técnicas de regulación

Además, las tres estrategias expuestas pueden llevarse a cabo con técnicas distintas. Distinguimos entre tres técnicas distintas de regulación.

Especificaciones procedimentales

Esta es, sin duda, la técnica más utilizada en la regulación: exigir comportamientos, procesos, tecnologías o requisitos técnicos específicos. Es cuando una autoridad exige que el actor privado tenga la obligación de notificar, de obtener una autorización, de tener unas características productivas determinadas. O cuando se le exige la prohibición de utilizar ciertas tecnologías. Las normas de tráfico son de tipo procedimental (p. ej., no superar una velocidad máxima).

Especificación de resultados

La regulación orientada a resultados, en cambio, exige ciertos resultados al actor privado y deja a su libre disposición cómo conseguirlos. Los requisitos europeos de emisiones para automóviles (la Norma Euro 5) marcan los resultados que deben alcanzar las empresas automovilísticas, pero guardan silencio en cuanto a la tecnología que deberán utilizar los vehículos.

La limitación principal de esta técnica regulatoria es que solo puede aplicarse cuando el resultado viene determinado principalmente por el fenómeno a regular. Es decir, la causalidad entre el tipo de coche y sus emisiones tiene que estar muy clara; las emisiones no pueden depender principalmente del estado del clima, el tipo de conducción o la edad del vehículo.

Determinación de un juego competitivo

El último grupo de técnicas de regulación son aquellas que determinan unas reglas de juego competitivas entre los distintos actores privados. El ejemplo quizá más relevante es el del mercado europeo de emisiones, donde ciertos sectores industriales están obligados a medir sus emisiones y cubrir sus emisiones con “vales” específicos (que inicialmente concede la Comisión Europea y que posteriormente se compran y venden en un mercado particular). Las empresas más eficientes podrán vender sus “vales” sobrantes a aquellas empresas menos eficientes, que necesiten más “vales” para cubrir sus emisiones.

La ventaja principal de esta técnica es que, al incorporar un mercado de “vales”, crea un incentivo dinámico para rebajar continuamente las emisiones. A diferencia de si se hubiera puesto simplemente un límite fijo a las emisiones o impuesto una tecnología especial (p. ej., filtros catalíticos), esta técnica de mercado crea un incentivo constante para reducir emisiones.

Obviamente, las tres técnicas, en la práctica, no son independientes entre sí. Más bien son incrementales, en el sentido de que regular mediante competencia —como es el caso del mercado de emisiones— requiere, en primer lugar, una medida procedimental —toda empresa con ciertas características está obligada a participar en el mercado de emisiones— y, en segundo lugar, poder medir los resultados de emisiones.

¿Qué técnica utilizar?

Al igual que se debe elegir el instrumento de la manera más lógica posible, también la técnica regulatoria deberá seleccionarse de manera racional. Aquí la elección dependerá de las características del objeto a regular y de los sujetos a regular. Para poder utilizar la técnica regulatoria basada en los resultados o en la competencia, ha de poderse medir el resultado

productivo de una forma eficiente. Por el contrario, se deberá regular de manera procedimental.

Además, para regular en base a la competencia, necesitamos un universo de sujetos diversos. La similitud entre regulados iguales no genera muchos beneficios, ya que hay poco margen de mejora entre ellos.

Por último, la elección de la técnica depende del grado de incertidumbre que se pueda tolerar. El impuesto sobre emisiones fija el precio por emisión, pero no el total de emisiones; el mercado de emisiones, en cambio, no fija el precio, pero sí el total de emisiones.

El caso de las licencias del Ayuntamiento de Madrid

A continuación, aplicamos el marco conceptual presentado hasta aquí al caso de la regulación de los locales comerciales en la ciudad de Madrid.

La situación de partida

A finales del 2007, el Ayuntamiento de Madrid tramitaba más de 20.000 solicitudes de licencia al año (abrir una zapatería, un bar, un restaurante, una tienda de ropa). Este proceso de concesión de licencias tardaba unos dos años, por término medio. Eran varios los factores causantes de la tardanza en el otorgamiento de licencias, entre ellos, la legislación vigente en aquel momento y la estructura del sistema.

En esa época, además, se descubrió una trama de corrupción relacionada con el tráfico ilegal de licencias para locales públicos en la que estaban involucrados empresarios, funcionarios del Ayuntamiento de Madrid, que se conoció como el “caso Guateque”. Los imputados habían agilizado, supuestamente, el trámite de las licencias a cambio de generosas sumas de dinero.

Las licencias de apertura o funcionamiento estaban sometidas a un verdadero laberinto burocrático que, lejos de facilitar su tramitación, la podía diferir varios años. En Madrid, se aplican más de cien normas estatales, autonómicas y locales que hay que cumplir, de modo que los técnicos necesitan bastante tiempo para comprobar que el local satisface todos los requerimientos. La tramitación de las licencias también se veía dificultada por el número de órganos competentes: los 21 distritos de Madrid y el

Área de Urbanismo (el Área de Medio Ambiente únicamente revisaba una parte de los expedientes, pero no realizaba tramitaciones). Así pues, había un total de 22 interlocutores que podían interpretar los diferentes requisitos o criterios de forma distinta. Inevitablemente, surgían discordancias entre ellos, lo cual dificultaba la concesión final de las licencias.

La dilatación en los plazos desde que se solicitaba una licencia urbanística hasta que se concedía no fue el único factor que indicaba que el sistema no estaba funcionando correctamente. Esta trama de corrupción se aprovechaba del caos existente en los procedimientos para conceder permisos urbanísticos y de actividad. Inicialmente, estaban implicados en ella un total de 16 funcionarios municipales —una cifra que se fue incrementando a medida que fue avanzando la investigación—, los cuales fueron detenidos por haber cobrado comisiones de hasta 18.000 euros a cambio de agilizar el otorgamiento de licencias o paralizar expedientes sancionadores por incumplimiento. A fecha de hoy hay 28 procesados, 9 de ellos funcionarios municipales.

La corrupción en el “caso Guateque” era que algunos funcionarios dosificaban la concesión de los permisos en función de lo que los solicitantes estuvieran dispuestos a pagar.

Análisis de la situación

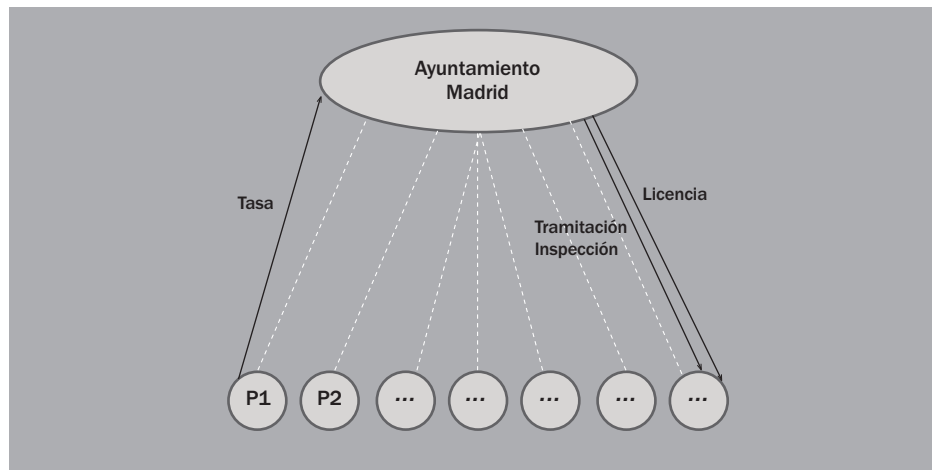
La regulación de los equipamientos comerciales en Madrid busca garantizar que las actividades y las residencias se adecuen a las disposiciones legales estatales y autonómicas en materia urbanística, medioambiental y de procedimiento administrativo.

Los principales problemas a los que se enfrenta el servicio de licencias de Madrid son:

- Más de 350 días para expedir una licencia, por término medio
- Disparidad de criterios
- Alta discrecionalidad del técnico en relación con las prioridades de los expedientes
- Riesgo de subjetivismo y por consiguiente de corrupción

La estrategia de regulación utilizada por el Ayuntamiento es la *regulación directa*: el Ayuntamiento regula a los actores privados que llevan a cabo actividades comerciales.

La técnica regulatoria es principalmente *procedimental*, ya que los locales de actividades deben satisfacer una serie de características medioambientales y urbanísticas. El siguiente gráfico ilustra el sistema de regulación:



La reacción del Ayuntamiento de Madrid

En 2008, el Ayuntamiento de Madrid decidió replantearse el sistema gestión de las licencias de actividad. Así pues, se ideó un nuevo modelo que daba entrada a la iniciativa privada en el ámbito de la tramitación de las licencias, concretamente, en la preparación de la solicitud de licencia y en el mantenimiento de las condiciones de la misma. Las nuevas entidades (privadas) colaboradoras en la gestión de las licencias urbanísticas (ECLU) se han convertido, de esta forma, en una pieza importante del nuevo modelo.

La colaboración público-privada en la gestión de las licencias medioambientales del Ayuntamiento de Barcelona inspiró al Ayuntamiento de Madrid en la elaboración de un nuevo modelo, más eficiente. Por ello, el Ayuntamiento de Madrid pidió a las universidades barcelonesas que habían asesorado previamente al Ayuntamiento de Barcelona, así como a algunas universidades madrileñas, que realizaran un estudio jurídico, concretamente sobre la

capacidad que tenían los municipios para incorporar, dentro de la gestión de este servicio público, una colaboración público-privada, y para garantizar que esta se ajustaba a la legislación.

A finales de 2007 y principios de 2008, el Ayuntamiento de Madrid decidió contactar, en primer lugar, con los colegios de arquitectura superior y de arquitectura técnica. El Ayuntamiento planteó un sistema que se basaba en la validación de los proyectos presentados por los solicitantes a través de un visado (o prelicencia) que era expedido por los colegios profesionales. El objetivo primordial era agilizar los plazos de tramitación de licencias incorporando la iniciativa privada en el complejo proceso de validar las múltiples especificaciones regulatorias. Sin embargo, las negociaciones entre el Ayuntamiento y el Colegio de Arquitectos (COAM) no llegaron a buen puerto, ya que el primero abogaba por la incorporación de otras entidades de acreditación de diversos ámbitos sectoriales —e incluso de empresas multinacionales como, por ejemplo, Bureau Veritas, SCI o SGS Tecnos—, mientras que el COAM esperaba ser el único y exclusivo colaborador.

Después de decidir incorporar entidades privadas para agilizar los plazos de concesión de las licencias urbanísticas, el Ayuntamiento tuvo que decidir qué impacto tendría ese cambio dentro de su propia organización. Cabían dos opciones: dejar que la siguieran gestionando los 21 distritos de la ciudad de Madrid o unificar el procedimiento de alguna forma para tener un mayor control sobre la gestión, aprovechar las sinergias y evitar la disparidad de criterios que hasta entonces había habido entre los distritos. Además, la unificación permitiría desvincular al técnico de su expediente y de un ámbito territorial reducido (el distrito), lo cual aportaría transparencia, distancia e independencia en la gestión.

El nuevo modelo, introducido en 2009, prevé la colaboración de entidades privadas, las denominadas ECLU (entidades colaboradoras en la gestión de licencias urbanísticas), en la gestión y el control de las licencias de actividades. Sin embargo, el Ayuntamiento conserva su potestad pública de comprobación de la legalidad urbanística y de resolución final sobre la solicitud de licencia.

Las ECLU primero han de ser acreditadas por la Entidad Nacional de Acreditación y, posteriormente, por el mismo Ayuntamiento con relación a los requisitos de autorización (espacio físico, seguro). Además, están sometidas

das a una auditoría periódica de los requisitos de acreditación, así como a un control permanente de funciones por parte del Ayuntamiento, el cual supervisa cada uno de los expedientes procesados por ellas. Así pues, las funciones de las ECLU se limitan a las siguientes:

- Examen de la documentación
- Comprobación de la legalidad y de la viabilidad técnica del proyecto
- Emisión del certificado de conformidad
- Supervisión de la ejecución de las obras
- Control periódico de actividades

Las ECLU emiten un certificado de conformidad, que es una garantía para el titular de la solicitud de la licencia sobre la legalidad urbanística de las obras que pretenda realizar o la actividad que quiera desarrollar. Se establecen, asimismo, unos procedimientos de reclamaciones para defender los intereses de los titulares de las actividades. Por otro lado, las ECLU responden a través de una póliza de seguros de los posibles daños y perjuicios derivados de sus actuaciones que causen tanto a los titulares de las actividades, al Ayuntamiento de Madrid o a terceros.

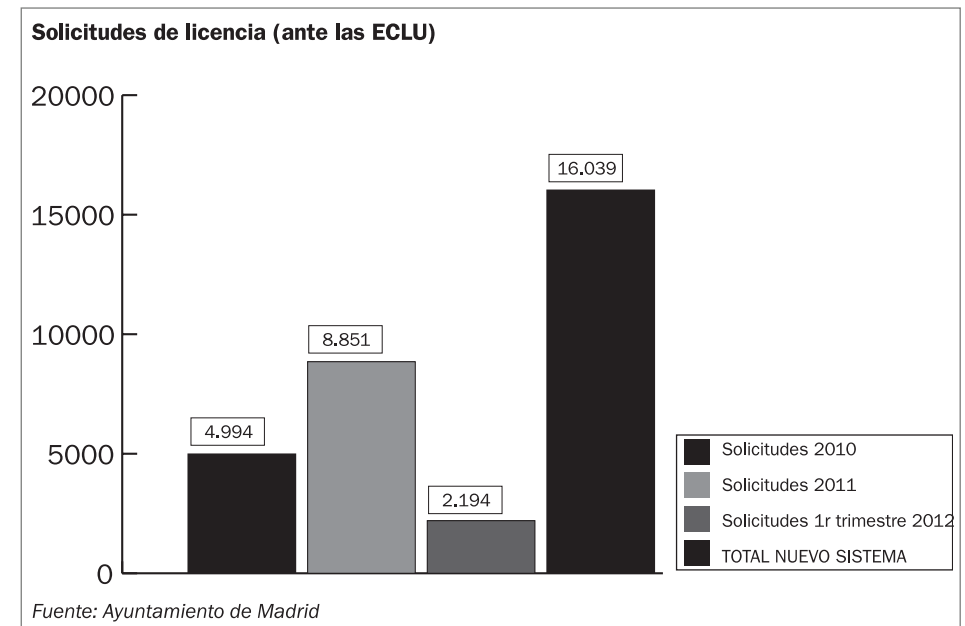
Todos los trabajadores de las entidades colaboradoras reciben una formación específica (teórica y práctica) del propio Ayuntamiento de Madrid, el cual posteriormente les somete a exámenes para garantizar su cualificación.

En cuanto a la política de precios, la antigua tasa por prestación de servicios urbanísticos se sustituyó por un precio que pagaba el solicitante a las ECLU que realizaran la gestión de su licencia. Además, para que los particulares salieran beneficiados económicamente, el Ayuntamiento estableció que las ECLU cobraran un máximo del 95% de lo que costaba la tasa en el anterior sistema, con lo que los particulares tenían automáticamente un descuento del 5%. A partir del límite máximo del 95% que podían cobrar las ECLU, competían parcialmente para captar al mayor número de solicitantes, con descuentos de hasta el 15%.

A pesar de que el Ayuntamiento de Madrid ha perdido los ingresos de las tasas que obtenía con el antiguo sistema, en conjunto se muestra satisfe-

cho de poder contribuir a la dinamización económica, porque ello conlleva generación de empleo y, eventualmente, el cobro de otros impuestos.

A pesar de no estar siempre conforme con el hecho de que la Agencia de Gestión de Licencias de Actividades (AGLA) determine casi en su totalidad el precio que deben cobrar, de lo que más se quejan las ECLU es de la supervisión constante a la que están sometidas.



En cuanto a la inspección, que anteriormente estaba repartida en los 21 distritos, en el Área de Urbanismo y en unidades distintas, actualmente se lleva a cabo de la siguiente forma: la Agencia centraliza la inspección de los locales, que puede venir derivada de denuncia de vecinos o de la Policía Municipal, o a instancia de la propia Agencia; además de este tipo de inspección cotidiana, las ECLU realizan el denominado “control periódico”, al que deben someterse todos los locales cada 7 años. Esta se hace a solicitud del interesado.

Introducir la colaboración público-privada no ha contado con la complicidad de todos los agentes públicos y sociales, sino que se han formulado múltiples recursos jurídicos. Por un lado, por parte del partido de la opo-

sición política, que sostenía que mediante la nueva ordenanza se estaba privatizando un servicio que debía ser exclusivamente público, a pesar de tratarse de una colaboración público-privada. Por otro, también presentó un recurso el sector de bares de Madrid, que se oponía al control periódico de actividades cada siete años (introducido por la ordenanza del 2009), por el coste que les suponía ajustarse a la normativa vigente. Finalmente, también recurrió el nuevo sistema la Comunidad de Madrid.

La creación del organismo autónomo AGLA

En el sistema anterior no había ninguna matriz ni unión entre los órganos encargados de la tramitación de las licencias urbanísticas. Por un lado estaban los 21 distritos madrileños y, por otro, Urbanismo. El Ayuntamiento también pretendía cambiar de cultura evitando que se siguieran produciendo errores y eliminando viejos vicios. Por esto se decidió crear un organismo autónomo que realizara funciones exclusivamente relacionadas con la tramitación de las licencias urbanísticas.

En un primer lugar, el nuevo organismo autónomo, la Agencia de Gestión de Licencias de Actividades (AGLA), dependió directamente de la Vicealcaldía, ya que era precisamente de donde dependían también los distritos. También se valoró la posibilidad de agrupar todas las funciones de tramitación bajo el Área de Urbanismo, pero su estructura era demasiado grande, burocrática y pesada, y debía prevalecer ante todo la agilidad del sistema y el cambio cultural. Hoy en día, la AGLA ha pasado a depender directamente del Área de Gobierno de Economía, Empleo y Participación Ciudadana para reforzar su misión de dinamización de la actividad económica a través de la agilización de los trámites conducentes a la apertura de locales u oficinas.

Actualmente, la AGLA cuenta con 220 trabajadores. El personal está distribuido en dos grandes subdirecciones: en la de gestión de licencias, que cuenta con un número un poco más elevado de personal, y la de gestión de inspección, disciplina y sanción. Además, hay dos pequeñas unidades, la de supervisión de las ECLU y la de gestión interna.

Las principales ventajas del nuevo sistema

Los datos provistos por el Ayuntamiento de Madrid ponen de manifiesto los beneficios del nuevo sistema para la ciudadanía madrileña. Por un lado se

ha demostrado que, desde la implementación del nuevo sistema, ha crecido el número de solicitudes de licencias (más del 70% entre 2010 y 2011) y, por otro, se ha producido una clara mejora de los tiempos de obtención de licencia a partir de 2010. Asimismo, el sistema en su conjunto es mucho más homogéneo que el anterior, dado que hay un único interlocutor, la AGLA, y una red supervisada de ECLU, las cuales siguen unos protocolos e instrucciones concretos.

Mediante la implementación del nuevo sistema se ha ganado en accesibilidad —ya que hay más sedes (a fecha de abril 2012, el sistema cuenta con un total de 27 ECLU asociadas que cuentan con más de 40 oficinas) y se han ampliado los horarios en comparación con el sistema anterior— y en calidad, porque las ECLU están sometidas a auditorías de la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC), a una supervisión constante, y cuentan con personal formado directamente por el Ayuntamiento de Madrid. Además, la persona solicitante se beneficia de un mayor rigor jurídico, ya que, por un lado, obtiene un certificado de conformidad de la ECLU y, por el otro, sabe que se realiza una constante supervisión administrativa de su expediente. De todos modos, si hubiese reclamaciones, la persona interesada tiene la opción de presentar recursos ante la ECLU que cuentan con un seguro de responsabilidad civil y ante la AGLA. Ello supone una garantía para el solicitante.

El precio es otra de las ventajas que tienen los solicitantes de licencias de actividad, ya que es inferior a la tasa del antiguo sistema. Asimismo, la revisión del expediente por el técnico es muy distinta a la del antiguo sistema, ya que la nueva ordenanza ha desvinculado totalmente a los técnicos y a sus respectivos expedientes (a los técnicos no se les asigna la supervisión de expedientes completos, sino que de manera aleatoria se les encarga la supervisión de los trámites que componen los diversos expedientes). De esta forma, el sistema es mucho más transparente, imparcial y objetivo.

Una de las principales causas de la rapidez en la gestión es que muchos trámites se realizan por vía telemática. Anteriormente, el expediente se guardaba en papel. El nuevo sistema informático ofrece rapidez y transparencia al solicitante, gracias a su fácil trazabilidad. De hecho, todos los procesos de tramitación de la licencia están digitalizados: la AGLA recibe, de la ECLU, toda la información digitalizada del expediente, y tras la opor-

tuna supervisión le da un código de verificación (código de barras) y se lo devuelve a la ECLU.

El sistema informático es esencial también para las inspecciones y las sanciones en las que interviene la Policía Municipal (entre sus funciones se encuentra el control de locales y de espectáculos públicos). Actualmente los policías registran digitalmente, a través de un pequeño aparato, las infracciones, una información que llega posteriormente a la agencia por vía telemática. Es un avance importante, porque se ha reducido significativamente el tiempo de gestión. Otro aspecto relacionado con la inspección y la Policía Municipal es la falta de capacidad para la tramitación de todas las inspecciones o las sanciones que llegan desde la policía por falta de personal. La solución ha sido realizar labores proactivas de comunicación en el sector para que se reduzca —con éxito— una tipología de infracción muy común: concretamente, la falta de seguro de responsabilidad civil, tanto por daños como por incendios, en locales de espectáculos públicos (bares, cafeterías, restaurantes, discotecas, etc.), que era la principal infracción cometida por este tipo de locales.

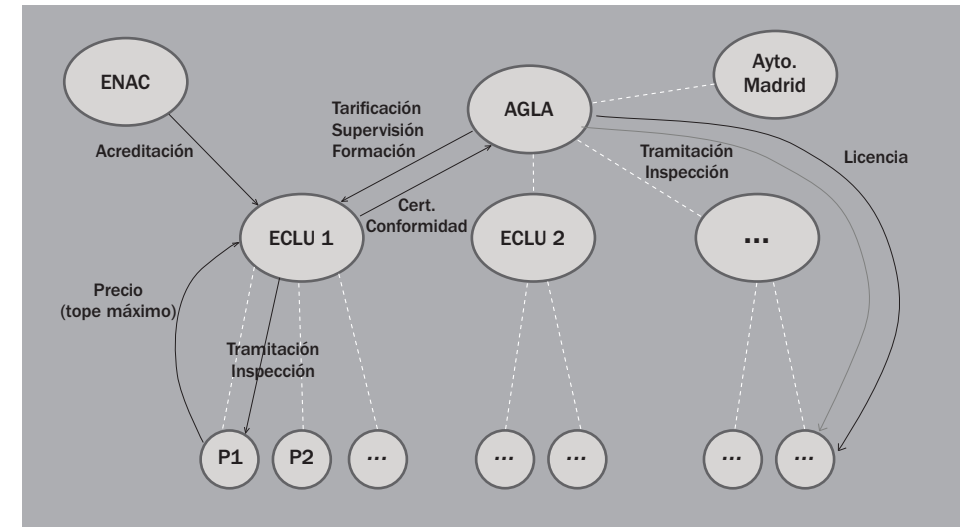
En total, se tarda una media de 77 días desde que se solicita hasta que se adquiere obtiene el certificado de conformidad en el procedimiento de comunicación previa, que es el más habitual (supone el 70-75% de los casos) En el resto de procedimientos (los más complejos) se tarda una media que ronda los 140 días.

Análisis de la reacción

El principal cambio en el sistema se debe a que el Ayuntamiento de Madrid pasa de regular de forma directa las actividades a una regulación delegada. El gráfico de la página siguiente ilustra el nuevo sistema.

A su vez, en lugar de delegar la regulación vía un contrato de externalización, decide delegar la regulación de las licencias mediante la creación de un mercado regulado de tramitación de licencias.

Las ventajas de utilizar la regulación delegada para tramitar las licencias, son: a) una mejor eficiencia que en la subcontratación y la producción directa (ya que la regulación no implica cubrir costes de tramitación —aunque sí costes de transacción, como la supervisión de las ECLU—); b) una



alta eficacia, equivalente a la subcontratación y la producción directa, y c) combina incentivos de mejora y un sólido control de las ECLU, que permiten garantizar la integridad y adaptarse de forma cooperativa pero manteniendo incentivos a la eficiencia.

La técnica de la regulación de las ECLU es procedimental y competitiva. La AGLA utiliza las dos técnicas. Desde un punto de vista procedimental, la AGLA impone a las ECLU procesos, parámetros máximos como tiempos de respuesta y precios, características del equipo humano y requisitos de acreditación. Además, incorpora la regulación competitiva, ya que las ECLU pueden competir en precio (tienen un límite máximo, y uno mínimo que garantice unos determinados estándares de calidad).

Pasar de la regulación directa (vía la propia organización) a una regulación delegada (a través de un mercado regulado de ECLU) conlleva importantes cambios organizativos. En primer lugar, el personal dedicado a tramitar las licencias pasa a revisar los certificados de conformidad emitidos por las ECLU. Además, parte de esos técnicos pasan a realizar inspecciones, incrementando de forma significativa la plantilla de inspectores.

En segundo lugar, es necesario crear un equipo de supervisión y de relación con las ECLU. Este pequeño equipo se dedica a autorizar las ECLU, a impartir la formación al personal de las ECLU, a aplicar sanciones a las ECLU si no respetan los plazos y las normas, y a la resolución de las quejas de los ciudadanos relacionadas con las ECLU.

En tercer lugar, pasar a una regulación delegada requiere, aún más si cabe, un sistema informático que sea capaz de integrar y coordinar el expediente con los diferentes actores (ECLU, técnicos de la AGLA, técnicos de Medio Ambiente y Urbanismo, y Policía Municipal) y procesos.

Por último, se introdujeron dos cambios organizativos importantes adicionales que, aún no siendo necesarios para pasar de una regulación directa a una regulación delegada, se aprovecharon de la ventana de oportunidad creada por esta transición. Los dos cambios son: 1) la creación de una agencia especializada (AGLA) en la que se agrupa a todo el personal municipal relacionado con la tramitación de licencias (técnicos, inspectores, supervisores de las ECLU y personal de gestión interna de la propia agencia), y 2) la creación de unos procesos internos en la propia agencia en los que se desvincula al técnico del expediente, por lo que los técnicos se especializan y revisan solo una parte del expediente, “troceando” así su supervisión. El expediente, además, pasa a ser anónimo para el técnico. La primera mejora sirve para reducir las discrepancias de criterio y poder, así, crear una cultura común a todos aquellos técnicos relacionados con las licencias (algo que, sin duda, también facilita la gestión). La segunda modificación mejora la integridad del sistema, reduciendo los pequeños abusos que pueden originarse vinculando de manera individual y nominal un técnico a una serie de expedientes.

Conclusión

El presente capítulo repasa la regulación como instrumento de gestión pública, uno de los instrumentos —junto con la producción directa y la subcontratación— para implementar políticas y crear valor público. La regulación permite influir en el comportamiento de los actores privados para hacer frente a un problema colectivo mediante la potestad pública o la autoridad. En muchas situaciones, y con el análisis riguroso necesario, las

reglas pueden ser sustitutivas del presupuesto en la subcontratación o del personal propio en la producción directa.

Seguramente, su gran ventaja —y, a la vez, inconveniente— es que la regulación tiene un impacto muy reducido en el presupuesto público (solo conlleva gastos de supervisión del mercado regulado). Esto puede ser muy atractivo en momentos de crisis fiscal como el que se vive actualmente. Por otro lado, precisamente porque los propios usuarios sufragan el servicio regulado, la regulación tiene poca potencia redistributiva. Y esto, en un momento de creciente desigualdad, puede ser un factor que no resulte menor. Como con otras muchas decisiones de gestión pública, la adecuada elección del instrumento requiere de un análisis riguroso para minimizar los efectos negativos y potenciar los positivos.

Agradecimientos

Quiero agradecer la ayuda de Jesus Mora, Gerente de la Agencia de Gestión de Licencias y Actividades del Ayuntamiento de Madrid. Sin su confianza y colaboración no hubiera sido posible detallar este caso. También agradezco la asistencia de Elena Magriñà.

PARTE II
**Monográfico: la cooperación
público-privada en el sector salud**

Introducción

Francisco Longo¹

La CPP en el sector de la salud: un camino sin retorno y un reto de buena gobernanza

La colaboración público-privada (CPP) en la producción y provisión de servicios públicos se está consolidando. Son ya muchos los ejemplos en todo el mundo que muestran la dimensión de su crecimiento, de tal modo que nos permite afirmar que la CPP ha llegado a los sistemas de salud para quedarse. La crisis acentúa su necesidad, pero no la crea. La sanidad no puede ser considerada materia de exclusiva titularidad pública. De hecho, en ningún país del mundo –dejando de lado un par de excepciones casi anecdóticas– existe un sistema de salud íntegramente financiado por su gobierno. Las modalidades pública y privada de provisión de servicios de salud parecen destinadas a coexistir.

Los distintos modelos de coexistencia nos muestran diferentes opciones y modalidades de equilibrio de dicha dualidad. Estos modelos serán evaluables socialmente en función de hasta qué punto aseguran tres finalidades básicas: 1) la calidad de la salud que el sistema proporciona a las personas; 2) la equidad en el acceso y la distribución a la ciudadanía de este bien fundamental, y 3) la sostenibilidad financiera del sistema.

¹ Es secretario general de ESADE, donde es profesor del Departamento de Dirección de Personas y Organización y del Instituto de Gobernanza y Dirección Pública. Miembro del Comité de Expertos en Administración Pública de Naciones Unidas. Pertenece a los consejos editoriales de varias revistas académicas internacionales. Ha trabajado como consultor de numerosas organizaciones públicas españolas y de varios organismos internacionales; en especial, en países de América Latina, donde asesora frecuentemente a gobiernos y organizaciones del sector público. Ha sido redactor y ponente de la *Carta Iberoamericana de la Función Pública* y formó parte de la comisión de expertos creada por el Gobierno español para el informe previo al Estatuto del Empleado Público. Es autor de numerosas publicaciones sobre gobernanza, gestión pública, gestión de personas y colaboración público-privada. Anteriormente, entre otros cargos de gestión, fue gerente de los Servicios Centrales del Ayuntamiento de Barcelona y director ejecutivo del Centro Municipal de Operaciones de los Juegos Olímpicos de 1992.

Una parte central del buen funcionamiento de los sistemas de salud será, justamente, su capacidad de encontrar fórmulas de colaboración entre estos dos componentes que sean capaces de contribuir eficazmente a alcanzar estas tres finalidades.

Estas fórmulas existen y se están aplicando con éxito en muchos países.² Desde las diferentes modalidades de contratación (en servicios clínicos o auxiliares, equipamiento, mantenimiento o gestión) hasta las alianzas y modalidades societarias, pasando por las concesiones y las fórmulas de financiación de infraestructuras y, desde luego, por una amplia variedad de híbridos y fórmulas mixtas, la CPP es un continuo cada vez más poblado de instrumentos colaborativos, adaptable a un amplio abanico de contextos, finalidades y contenidos concretos.

Hacer frente a las resistencias culturales a la CPP

Sin embargo, el desarrollo de la CPP debe hacer frente, de forma general, a resistencias de carácter ideológico y cultural que no pueden ser despreciadas.

En el interior de nuestro sistema político-administrativo sigue siendo mayoritario, como decíamos antes, el pensamiento que atribuye al Estado la titularidad exclusiva de los procesos de creación de valor público. En el sector de la salud, este modelo mental es aún más dominante.

La CPP, en cambio, supone aceptar la transformación del Estado autosuficiente en el Estado relacional (Mendoza) o cooperativo (Innerarity).³ Este cambio de modelo implica que la legitimidad del sector privado para intervenir es aceptada no solo como legitimidad instrumental (es decir, justificada exclusivamente por la necesidad de remediar, mediante la intervención del sector privado, la falta de capacidades y de recursos propios de los gobiernos), sino como legitimidad *ab origine*, que dimana del reconocimiento de una esfera pública ampliada en la que actores estatales y no estatales interactúan con normalidad, tanto en el diseño como en la producción de respuestas a los problemas colectivos y las demandas sociales.

² Banco Mundial. Nikolic, I.; Maikisch, H. *Public Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector. An Overview with Case Studies from Recent European Experience*. HNP, octubre de 2006.

³ Longo, F., "Reflexions sobre la col·laboració publicoprivada i els serveis sanitaris i socials". A: *Observatori de la cooperació publicoprivada en les polítiques sanitàries i socials. Any 2010*. Programa Partners. ESADE i La Unió, Associació d'Entitats Sanitàries i Socials: Barcelona, 2011.

En nuestra sociedad, la CPP protagoniza a menudo, en el sector de la salud, un debate fuertemente ideologizado. A veces, se practica el fundamentalismo de mercado. Otras veces, unos errores concretos en la aplicación de iniciativas de CPP se utilizan para descalificar el modelo entero como equivalente a privatización, captura o abandono al mercado de los derechos de los ciudadanos. Una reflexión madura sobre el tema nos debería llevar, más bien, a entender que la CPP requiere, justamente –como hemos argumentado antes–, gobiernos más fuertes y activos, diseños institucionales más adecuados y una dotación de talento, liderazgo y management más sólida en el lado público del binomio. Construir estas capacidades debiera ser prioritario en los tiempos que corren.

Por otro lado, la puesta en funcionamiento, con éxito, de las colaboraciones tiene que hacer frente a los obstáculos derivados de la existencia de dos lógicas institucionales diferentes y, a menudo, construidas desde el antagonismo. Desde cada lado –privado y público– del proceso colaborativo, cada socio es portador de todo el conjunto de arquetipos y prejuicios que, a lo largo del tiempo, se han ido formando con respecto a la otra parte, sin ser plenamente consciente, a veces, de que las prevenciones son recíprocas.

En la CPP, como en toda colaboración, la construcción de confianza es fundamental. El conocimiento mutuo es el primer paso para construirla. El paso segundo y definitivo es construir un marco de experimentación positiva de la colaboración. En un artículo aún no publicado sobre un estudio de caso de CPP, escrito con mi colega Angel Saz,⁴ insistimos en esa idea. La construcción de un espacio común de aprendizaje es fundamental para el éxito de estas iniciativas.

En realidad, los avances en la CPP en el sector de la salud deben ser entendidos –hablando en un sentido más general–, como procesos de aprendizaje en los ámbitos individual, organizativo y social. Para este aprendizaje, la difusión y la evaluación de las experiencias colaborativas y el debate sobre ellas son fundamentales. El monográfico sobre CPP y sistema sanitario del ANUARIO PARTNERS, que sigue a continuación, pretende contribuir a ello.

⁴ Saz, A.; Longo, F. "Managing Competing Institutional Logics in Public-Private Joint Ventures". Pendiente de publicación en: *Public Management Review*.

4. La crisis en el sistema de la salud y la colaboración público-privada¹

Francisco Longo²

El crecimiento y la consolidación de la colaboración público-privada (CPP) derivan de la constatación de que los poderes públicos ya no pueden actuar solos en la formulación de respuestas a los problemas sociales. El Estado es más importante que nunca. La crisis nos lo muestra claramente en la medida en la que su origen tiene que ver con un déficit de presencia de los poderes públicos, que no han mandado allí donde hubieran tenido que hacerlo. Y, al mismo tiempo, aunque pueda parecer paradójico, el Estado ha perdido la capacidad de producir, en régimen de monopolio, las respuestas que la sociedad exige. La agenda pública se ha llenado de problemas cada vez más complejos, más difíciles, y eso ha debilitado la capacidad de un único actor para encontrar respuestas. La esfera pública se ha vuelto más densa y amplia, y obliga a la interacción de actores que están en ambos lados de la frontera que separa lo público de lo privado. En el presente artículo esbozaremos los efectos de la crisis en el sistema de salud para poder apuntar, posteriormente, la contribución potencial de la CPP al sistema de salud.

Un sistema en crisis

La prioridad otorgada por los gobiernos al objetivo de consolidación fiscal afecta de lleno al sistema de salud. No podría ser de otra manera, teniendo en cuenta que el gasto total en salud representaba, ya en 2008, un 9% del PIB español (aproximadamente, el promedio de los países de la OCDE), con una tendencia claramente creciente. De este volumen de gasto, un 72,5% es gasto público.³

¹ Artículo basado en una ponencia presentada por el profesor Francisco Longo en ESADE (Barcelona) el 20 de octubre de 2011, con motivo del XVII Encuentro del Sector de la Tecnología Sanitaria.

² Véase el CV en la nota 1 de la introducción.

³ OCDE. Health Data, 2010.

Como consecuencia de la crisis, los ajustes presupuestarios están afectando de forma importante a la financiación de los servicios de salud. La reducción de los presupuestos sanitarios autonómicos per cápita para 2011 ha sido, en promedio, superior al 4%, y ha llegado al 8,5% en Cantabria y al 12,4% en Canarias.⁴ En Cataluña, la reducción se situó alrededor del 6,5% en relación con el año anterior. Es previsible que los próximos presupuestos mantengan esa tónica de minoración.

Si pasamos del “sistema de salud” a la “salud del sistema”, los duros ajustes derivados de la crisis fiscal suponen un severo agravamiento de los síntomas y un claro empeoramiento del pronóstico, especialmente a corto plazo, pero no han provocado, en realidad, la aparición de la enfermedad. El sistema de salud estaba seriamente enfermo en cuanto a su sostenibilidad. Antes de los últimos recortes, el déficit corriente de la sanidad en España se estimaba entre el 10% y el 15% del presupuesto agregado de las comunidades autónomas, y la deuda acumulada aflorada se situaba entre los 10.000 y los 15.000 millones de euros (aproximadamente, entre 1 y 1,5 puntos del PIB).⁵ Cataluña se encuentra entre las comunidades autónomas más deficitarias. Las cuentas de 2010 muestran una desviación de 850 millones de euros, equivalente a 5 puntos porcentuales del presupuesto sanitario.⁶

En realidad, los presupuestos públicos de sanidad han tenido, en los últimos años, un valor poco más que orientativo. A modo de ejemplo, en Cataluña, el presupuesto de 2010 preveía un gasto de 500 millones de euros menos al de 2009, y realizaba dicha previsión a tenor de lo que se gastó en realidad, no con un propósito de ahorro, sino con la única finalidad de cuadrar formalmente los números.

De hecho, parece como si el incumplimiento de las previsiones presupuestarias hubiera sido, en este sector de la política pública, reiteradamente dado por descontado de antemano por todos los actores del sistema. Podemos decir que el sistema ha vivido instalado en el déficit, lo que parece consistente con la baja conciencia fiscal de una sociedad cada vez más acostumbrada –en especial durante la última década– a la falsa ilusión del “gratis total”. Un reciente estudio en el que se analizan 11 países desarro-

llados y la Europa del Este sitúa a España como el primer país en cuanto al número de pacientes que aprueban que las decisiones médicas se tomen sin ninguna restricción de coste.⁷

Existe un hecho que agrava seriamente el problema: no puede encararse la situación considerando el nivel de gasto actual como fijo y definitivo. Por el contrario, los sistemas de salud deben enfrentarse con escenarios que implican fuertes tendencias al incremento del gasto, tales como:

- El alargamiento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población. La esperanza de vida subirá en Europa más de una década entre 1980 y 2030. Asimismo, según la ONU, el número de europeos con más de 65 años pasará del 16% de la población en 2000 hasta el 24% en 2030.⁸
- Incrementos en la demanda derivados de cambios en la tipología de los pacientes. Por un lado, el acceso en línea a la información produce pacientes más demandantes de las innovaciones médicas. Asimismo, la extensión de estilos de vida poco saludables hace crecer el gasto. El Reino Unido prevé, entre 2005 y 2030, un incremento del 60% de las enfermedades relacionadas con la obesidad.⁹
- Aumento de las enfermedades crónicas, que representan ya el 70% del gasto. En 2010, más de un tercio de los europeos había desarrollado una enfermedad crónica.¹⁰
- Elevación del coste de la tecnología. La inversión en I+D ha crecido exponencialmente. Entre 1975 y 2006, el coste de introducir una innovación farmacológica en el mercado se ha multiplicado por 10.¹¹
- Necesidad de continuar invirtiendo en la reducción del coste económico de la enfermedad. A pesar de todo, los países necesitan seguir invirtiendo en salud, incluso por razones económicas. Un estudio realizado hace

⁷ PatientView (Global Survey of 2.500 patient groups), *PatientView Quarterly*, febrero de 2011.

⁸ United Nations. *World Population Prospects*; Office of Health Economics.

⁹ International Association for the Study of Obesity, 2011.

¹⁰ Economist Intelligence Unit. *The Future of Health in Europe*, 2011.

¹¹ Di Masi, J. A., Grabowski, H. G., “The Cost of Biofarmaceutical R+D. Is Biotech Different?”. A: *Managerial and Decision Economics*, 28, 2007.

⁴ FADSP, 2011.

⁵ PwC. *Diez temas candentes de la sanidad española para 2011*.

⁶ Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

unos años en Estados Unidos sobre siete patologías crónicas comparaba el coste agregado de los tratamientos con el output económico perdido a consecuencia de las enfermedades. En todos los casos este último era más alto, y en tres de ellos triplicaba al menos el coste.¹²

Por todas esas razones, la salud tiende a costar más. Un estudio de FEDEA calcula que, de mantenerse el actual ritmo de crecimiento, el gasto sanitario público podría duplicarse en España en 10 años, pudiendo llegar la brecha de financiación a cerca del 45% del coste total del sistema.¹³

La necesidad de hacer sostenible el sistema de salud debe afrontar, pues, la combinación de un escenario de déficit, endeudamiento y escasez de recursos, con una previsión de fuertes incrementos del gasto sanitario. Esto obliga a plantearse la necesidad de impulsar un paquete de medidas nada fáciles de llevar adelante:

- Revisión de la oferta de servicios. Habrá que poner el foco en el gasto y reflexionar sobre el modelo de prestaciones que necesitamos y que nos podemos permitir. El criterio de *value for money* o coste-efectividad deberá presidir esta revisión, retirando aquellas prestaciones que aportan menos valor e incorporando las de carácter prioritario.
- Moderación de la demanda. Habrá que corregir –no solo por razones de eficiencia, sino también de equidad en la asignación de recursos escasos– los excesos de utilización de servicios y el consumo exagerado de prestaciones. Ello requerirá instrumentos capaces de moderar la demanda sin introducir inequidades en el sistema.
- Nuevas formas de financiación. Por mucho que políticamente se haya convertido en un tabú casi innombrable, parece claro que –como proponía en Cataluña el informe del CAREC–¹⁴ habrá que ampliar los supuestos de aplicación de tasas y precios a ciertos servicios y prestaciones, y sustituir, en algunos casos, el acceso universal y gratuito por la segmentación de los usuarios atendiendo a sus niveles de renta. La mayoría de los países de la Unión Europea –con la excepción del Reino Unido–

¹² The Milken Institute, 2003.

¹³ Fundación de Estudios de Economía Aplicada. *Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario*, 2009.

¹⁴ Consell Assessor per a la Reactivació Econòmica i el Creixement. *Informe del CAREC per a la Cimera Econòmica*. Marzo de 2011.

tienen implantados los copagos en la atención primaria y especializada, y todos aplican algún tipo de tasa sobre la farmacia. Eso debe hacerse, en todo caso, respetando objetivos de inclusión social y criterios de protección de los sectores más vulnerables. Como veremos después, para la diversificación de la financiación, la colaboración público-privada podría desempeñar un papel relevante.

- La búsqueda de contundentes mejoras de eficiencia. Dos estudios recientes sobre el servicio nacional de salud (National Health Service, NHS) británico plantean la posibilidad de obtener, mediante mejoras de eficiencia, ahorros superiores al 15%.¹⁵ ¹⁶ Los programas de reducción de la variabilidad de la práctica clínica, de generación de economías de escala y de racionalización de costes deben seguir impulsándose. En este campo la CPP también puede ser especialmente útil.
- La obtención de ganancias de productividad. En este punto, la gestión de las personas juega un destacado papel en el sector de la salud. El personal representa un 42% del gasto sanitario público. El número de médicos de la sanidad pública creció en España un 36% entre 1996 y 2006, y, en el mismo período, la actividad por médico se redujo en cerca de un 7%.¹⁷ En Cataluña, un estudio que aplica la metodología de cálculo del NHS muestra que, en el mismo período, la productividad dentro del ámbito del CatSalut tuvo también una significativa reducción.¹⁸ La introducción de la flexibilidad y la mejora de la gestión son, en ese punto, importantes asignaturas pendientes.
- La implantación de disciplina presupuestaria. Hay que acabar, sin más dilación, con la desvinculación entre presupuesto y decisiones de gasto. Hacerlo sin perjudicar la eficiencia del sistema obliga a poner en marcha instrumentos avanzados propios de un sistema de gestión necesariamente descentralizado, hasta ahora insuficientemente desarrollados.
- Una estrategia de cambio de modelo, donde las orientaciones deseables del gasto público en sanidad apuntarían a:

¹⁵ Department of Health. "Achieving World Class Productivity in the NHS", marzo de 2009.

¹⁶ Appleby, J., [et al.] "More with the Same not More of the Same". The King's Fund, julio de 2010.

¹⁷ Apuntes para la eficiencia del sistema sanitario. *Demografía Médica*. OMC, 2009.

¹⁸ Gisbert, R.; Brosa, M., "Anàlisi de la productivitat del sistema sanitari de Catalunya: relació entre inputs i outputs". Barcelona, noviembre 2007.

- a)** un mayor peso de las políticas preventivas y de salud pública (donde España está claramente por debajo de la media de la UE);
- b)** un incremento del peso de la atención primaria y la medicina generalista como puerta de entrada al sistema;
- c)** una atención prevalente al tratamiento de las enfermedades crónicas y la calidad de vida de la población;
- d)** el impulso de políticas tendentes a un incremento de la responsabilidad de los ciudadanos sobre su salud.¹⁹

¿Cómo afecta este contexto a la CPP? Podemos hablar de una noticia buena y otra mala. La primera es que la crisis hace volver la mirada hacia la CPP, considerando que es un importante recurso para afrontar la crisis de los servicios públicos. La segunda es que el peso de la restricción de recursos hace que esa mirada se concentre, de una forma algo reduccionista, solo en los aspectos relativos a la financiación del sistema. Vale la pena considerar con algo más de amplitud, aunque sea brevemente, la contribución potencial de la CPP al sistema de salud.

La contribución de la CPP al sistema sanitario

Esta potencial contribución se despliega en un conjunto de áreas de gran importancia, teniendo en cuenta los rasgos del contexto a los que hemos hecho referencia.

La financiación. Sin duda, es una de las contribuciones más trascendentes. La CPP puede hacer viables inversiones que se sitúan más allá de la capacidad financiera de los gobiernos y sus organizaciones, al tiempo que puede contribuir a reducir y distribuir mejor los riesgos.

El emprendimiento y la innovación. La CPP permite al sistema público beneficiarse de capacidades que se encuentran, en buena parte, fuera de sus fronteras. Hemos empezado a ver diversas aplicaciones de éxito del paradigma de la *open innovation* en el mundo sanitario.²⁰

El conocimiento y la tecnología. El sector privado está en condiciones de producir avances científicos y tecnológicos que pueden encontrar su enca-

je, en el marco de las diferentes fórmulas de CPP, en proyectos de interés general. Las empresas de tecnología sanitaria están llamadas a desempeñar, cada vez más, un papel de socios tecnológicos de los proveedores de servicios de salud.

La capacidad gerencial. El sector privado ha desarrollado modelos de gestión (por ejemplo, sistemas de performance management, de incentivos, de gestión del cambio) que pueden ser incorporados con éxito al sistema de salud mediante la CPP.

La flexibilidad. La CPP permite utilizar modelos de intervención más flexibles que los que caracterizan las estructuras y los procesos del sector público.

La eficiencia. Las evaluaciones disponibles de experiencias de CPP muestran, en muchos casos, significativas mejoras de eficiencia por la vía de nuevas formas de financiación y de ahorro de costes.²¹

Es importante señalar que todas esas mejoras potenciales de la CPP pueden ser alcanzadas avanzando al mismo tiempo en la mejora de la calidad asistencial y la satisfacción de las personas usuarias. Algunas evaluaciones disponibles de fórmulas de CPP –como las EBAS, en Cataluña, y algunos hospitales gestionados bajo este régimen– muestran: a) que los usuarios no distinguen la diferencia de prestadores, y b) que se expresa un alto nivel de satisfacción con la asistencia recibida.²²

Riesgos y desafíos de la CPP

La CPP es una innovación contundente si la contrastamos con el paradigma tradicional –todavía prevalente– de intervención en la esfera del interés colectivo. Este paradigma considera al Estado titular monopolista de los procesos de creación de valor público. Como toda innovación, su digestión por el sistema plantea peligros que deben tenerse en cuenta.

Los principales riesgos detectados por los estudios disponibles se refieren a posibles excesos o asignaciones de capacidad inadecuadas dentro del sistema, así como a peligros de captura de partes de éste por intereses particulares, y especialmente al riesgo fiscal, es decir, trasladar al socio público

¹⁹ Economist Intelligence Unit. *The Future of Health in Europe*, 2011.

²⁰ Nikolic, I.; Maikisch, H., "Public Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector. An Overview with Case Studies from Recent European Experience". HNR, octubre de 2006.

²¹ PwC. *Diez temas candentes de la sanidad española para 2011*.

²² De Rosa, A., "El modelo Alzira y el día de la marmota". *El País*, 11/05/2011.

costes excesivos sin apoyo presupuestario, produciendo así más déficit y endeudamiento.²³ Desde el ángulo de los socios privados, los principales peligros son, por un lado, la ambigüedad e inestabilidad de los marcos reguladores, y, por otro, el desequilibrio económico del contrato en su perjuicio [tanto este desequilibrio como el riesgo fiscal parecen presentes en el caso de los 80 millones de euros reclamados ese mismo año por las constructoras de 7 hospitales de la Comunidad de Madrid, desarrollados en régimen de iniciativa de financiación privada (*private finance initiative*, PFI)].²⁴

Estos riesgos nos interpelan sobre las condiciones de éxito del modelo. En otras palabras, nos preguntan cuál es el ecosistema institucional en el que la CPP puede alcanzar su máxima potencialidad, especialmente necesaria en el actual contexto de crisis, minimizando, a su vez, los riesgos que implica su implantación.

Sin pretensión de ser exhaustivos, algunos de los principales retos que la CPP plantea a nuestro sistema de salud son los siguientes.

- Disponer de un marco normativo y fiscal adecuados, y de una potente capacidad instalada en cuanto a las funciones regulatoria y de supervisión.
- Contar, en el centro del sistema, con una dotación de conocimiento y talento suficientes para ejercer este rol central.
- Tener una orientación estratégica clara, bien definida y estable, interiorizada por el conjunto del sistema y resistente a los ciclos político-electorales, así como capacidad para traducir este marco en objetivos y estándares adecuados y predefinidos, que tengan en cuenta los diferentes *stakeholders*.

Utilizar *benchmarks* y estándares locales e internacionales de buena práctica. (El Observatorio de la CPP que mantiene el Programa Partners de ESADE en el sector sanitario y social es un ejemplo que contribuye a ello).

- Realizar una correcta gestión del riesgo, lo que implica: a) disponer de información y capacidad analítica suficientes; b) aplicar instrumentos de

²³ Nikolic, I.; Maikisch, H., "Public Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector. An Overview with Case Studies from Recent European Experience". HNP, octubre de 2006.

²⁴ "Los nuevos hospitales de Madrid piden 80 millones más a Aguirre y advierten del 'colapso' si no los reciben". *El País*, 10 de mayo de 2011.

análisis adecuados tanto con respecto al diseño como al seguimiento de la colaboración; c) fortalecer el instrumental de contabilidad, presupuestación y planificación fiscal, y d) monitorizar proactivamente cada experiencia para detectar posibles desviaciones o peligros.

- Hacer una selección adecuada y transparente de los partners, utilizando, en su caso (así lo recomienda un estudio de la OMS)²⁵ *expertise* externa para evaluar las posibles opciones.
- Disponer de un plan de implementación y un equipo de trabajo cualificado y dedicado, y asegurar la permanente coordinación de todos los actores que intervienen.
- Asegurar el seguimiento y la evaluación de las experiencias. Desarrollar, como se hace en algunos países, modelos y estándares de calidad de estos procesos de colaboración. Trasladar al sistema los aprendizajes resultantes.
- Garantizar el escrutinio externo y la rendición de cuentas de las diversas experiencias, facilitando el acceso a la información y publicando los resultados de las actividades y los centros realizados en régimen de CPP, de forma que resulten comparables con otras modalidades de provisión y sean plenamente accesibles a los ciudadanos y a los medios de comunicación.

Los tres componentes básicos del modelo

Ahora bien, como decíamos, el desarrollo de fórmulas de CPP no está exento de peligros. Afrontarlos exige desarrollar un conjunto de capacidades institucionales que obligan a revisar y, en algunos casos, a reformar los modelos de gobernanza de los sistemas de salud. Esta revisión, y las consiguientes reformas, deberían permitir fortalecer tres componentes básicos del modelo.

La definición e institucionalización de un marco conceptual común sobre la CPP, capaz de precisar las principales orientaciones, los roles básicos de los diferentes actores y los estándares de calidad que estos procesos deben garantizar en cualquier caso. Es dentro de ese marco donde deberían desarrollarse las experiencias de CPP, con el grado de estabilidad que

²⁵ Buse, K.; Waxman, A., "Public Private Partnerships: a Strategy for WHO". World Health Organization, 2001.

exigen inversiones que, en muchos casos, el sector privado debe realizar en activos específicos, es decir, la clase de activos que no son fácilmente reutilizables fuera del ámbito para el que fueron diseñados.

Esta necesaria estabilidad plantea la conveniencia de un consenso político y social lo más amplio posible, lo que plantea, en nuestro caso, dos dificultades: a) el carácter políticamente descentralizado de nuestro modelo de Estado y la necesidad de articular los roles de los diferentes niveles de gobierno en un marco funcionalmente efectivo de gobernanza multinivel, y b) la baja capacidad que nuestra política representativa viene mostrando en los últimos tiempos para alcanzar consensos transversales.

El desarrollo, en el núcleo central del sistema de salud, de capacidades prospectivas, reguladoras, supervisoras, analíticas, de diseño de políticas, de planificación, de asignación de recursos, de seguimiento, evaluación y aprendizaje institucional, aplicadas al campo de la CPP. La realidad nos muestra que estamos aún lejos de este objetivo.

La necesidad de capacitación tiene un alcance más general. El déficit cognitivo de los gobiernos actuales es más que notable, y contrasta con un entorno en el que el conocimiento y la tecnología van a un ritmo de fuerte aceleración. Además, los sistemas públicos están mucho más habituados a dirigir procesos de producción directa de servicios utilizando la integración vertical que a gobernar redes complejas de actores públicos y privados utilizando instrumentos de carácter convencional y relacional.

Estos dos componentes deben hacerse compatibles con las características propias de sistemas que, como es el caso de los de salud, requieren diseños institucionales descentralizados. Por un lado, por su componente profesional, que implica una fuerte autonomía de decisión –que incluye las decisiones de gasto– en la base operativa del sistema. Por otro, y sobre todo, por razones derivadas de las necesidades de maximizar la eficiencia. La flexibilidad es una característica inherente a estos diseños. En Cataluña, un informe reciente de la Unió Catalana d'Hospitals (UCH)²⁶ constata que la rigidez de los instrumentos jurídico-administrativos dificulta gravemente las oportunidades de colaboración y la asunción de riesgo empresarial.

Además, en el actual contexto restrictivo, habrá que resistir la tentación –que será muy poderosa– de alcanzar la eficiencia mediante la centralización de la toma de decisiones, el endurecimiento de los controles primarios sobre los procedimientos y la hipertrofia del rol de las tecnoestructuras que los practican.

La centralización burocrática no es un buen camino. La CPP requiere, finalmente, apoyarse en una gestión fuerte, y esta no se desarrolla en un entorno de desconfianza hacia los gestores. Por el contrario, los retos de eficiencia que afronta el sistema de salud requieren a gestores competentes y comprometidos, y un margen de autonomía de gestión que los haga efectivos. En el campo que nos ocupa, la existencia de gestores con capacidad de decisión y de un marco de responsabilidad y de rendición de cuentas centrado en los resultados será imprescindible para sacar el máximo provecho de la CPP en términos de eficiencia. No hay que reiterar, sin perjuicio de todo ello, que una disciplina presupuestaria estricta debe formar parte de este marco de *accountability*.

²⁶ La Unió Catalana d'Hospitals. *Repensant el model sanitari. Anàlisi i propostes per a una revisió constructiva del model sanitari català*, septiembre de 2011.

5. El sector sanitario, sector estratégico de la economía productiva del país

Salvador Guillermo¹

El presente artículo intentará exponer un conjunto de datos de carácter eminentemente económico en los que se apoya una relación de reflexiones que nos permitirá aproximarnos a la importancia, desde la vertiente económica, del sector de la salud, tanto en nuestro país como en los países más desarrollados (OCDE), así como analizar su papel en la generación de mayor valor añadido, en la calidad del factor humano y la incidencia en la investigación. También, aunque someramente, se analizarán las implicaciones que suponen para este sector los diferentes mecanismos actuales de financiación, y la necesidad de abrir debates que permitan su mejor desarrollo, alejándose de posiciones dogmáticas y apriorísticas, muchas de ellas más pensadas para la defensa del status quo que para la mejora del sector, e indudablemente, de la salud que nuestra sociedad necesita y requiere.

Habitualmente, la forma de observar la importancia relativa de un sector es a través de su participación en la generación de valor, es decir, el valor añadido bruto (VAB), el cual nos proporcionará, a nivel agregado, adicionando los impuestos netos sobre los productos y servicios, el producto interior bruto (PIB) –a precios de mercado.

¹ Licenciado en Ciencias Económicas y Empresariales por la Universitat de Barcelona, con estudios de Derecho y Postgrado en Economía y Gestión de las Haciendas Autonómicas y Locales. Actualmente es secretario general de la Federació d'Empresaris de la Petita i Mitjana Empresa de Catalunya (Fepime-Catalunya) y director de Estudios Económicos y Fiscales de Fomento del Trabajo Nacional. Asimismo, entre otros, es miembro de la Comisión de Seguimiento del Acuerdo Estratégico, miembro del Consell Català d'Estadística, consejero del Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya y del de Barcelona. Asimismo ocupó la Secretaría General del Círculo de Economía, y la gerencia de su Fundación, fue profesor de Política Económica de la Universitat de Barcelona, director de Estudios de l'Associació de Promotors Constructores d'Edificis de Barcelona (APCE), miembro del Consell Assessor de l'Institut Català de Finances (ICF) y profesor asociado de Economía de la Universitat Pompeu Fabra. También ha participado en varios congresos y jornadas y ha publicado diversos artículos y estudios monográficos en diferentes ámbitos relacionados con la industria, la empresa, las infraestructuras y la economía en general.

Los datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística a través de la contabilidad regional de España, nos dan, para el año 2009 (último dato disponible), que el sector de las actividades sanitarias y de servicios sociales representa el 5,0% del VAB catalán. Los datos para 2009 y 2010 no llegan al nivel de desagregación suficiente, ya que únicamente contemplan los servicios en su conjunto. En el ranking de actividades, el sector sanitario se sitúa en quinto lugar, tras el sector inmobiliario y de servicios empresariales (16,7%), el comercio y la reparación (10,4%), la hostelería (6,6%) y el transporte y las comunicaciones (6,4%). Por tanto, en términos de generación de valor, el sector sanitario ocupa un lugar destacado.

También es preciso señalar que el sector sanitario tiene un mayor peso relativo en el empleo –siendo, por tanto, intensivo en mano de obra–, pues engloba el 7% de los puestos de trabajo de la economía, porcentaje superior al que representa su peso en el VAB.

En cuanto a su distribución factorial, observamos que del total del VAB generado en el sector sanitario, el 78,9% se destina a remuneraciones de asalariados (RA), y el resto (21,1%) al excedente bruto de explotación y renta mixta. En cambio, la economía catalana tiene una distribución del VAB que va, en un 54,8%, a remuneraciones de asalariados, y un 45,2% a excedente bruto de explotación y rentas mixtas.

Es decir, que la generación de valor del sector se apoya esencialmente (y en mayor medida que en el conjunto de sectores) en las personas o, más concretamente, en el factor trabajo en lugar de en el factor capital.

Además, en el sector sanitario, la remuneración salarial media es superior, en un 16,5%, a la remuneración salarial media del conjunto de la economía catalana, ya que la remuneración media en 2008 por puesto de trabajo se sitúa en el sector sanitario en 30.289€, frente a 25.997€ del conjunto de la economía. Por tanto, el sector sanitario tiene un nivel salarial relativamente más alto que la media, lo cual no resulta extraño, ya que en el sector sanitario el nivel de capital humano es más elevado, con personas altamente cualificadas y formadas.

Por tanto, tenemos un importante sector en la generación de valor añadido e intenso en mano de obra, de carácter cualificado.

En ese sentido, resulta relevante destacar la relación existente entre el nivel formativo del capital humano (educación primaria, secundaria y terciaria

o universitaria) y su participación en el mercado de trabajo, es decir, como factor de producción.

Así, en el cuadro adjunto se exponen, para los países más desarrollados (países OCDE), las variables porcentaje de empleos sobre población, tasa de actividad (población activa / población) y tasa de paro (parados / población activa) de las personas comprendidas entre 25-64 años, en función del nivel educativo.

**Cuadro 1. Tasa de actividad y paro por niveles formativos (2009)
Personas entre 25-64 años**

		Nivel educativo				Nivel educativo			
		Primaria	Secundaria	Superior		Primaria	Secundaria	Superior	
Australia	Tasa de paro	6,6	4,1	3,3	Luxemburgo	Tasa de paro	5,8	3,5	3,8
	Tasa de actividad	70,8	83,7	87,1		Tasa de actividad	65,1	72,7	88,3
	Empleo/población ratios	66,1	80,2	84,3		Empleo/población ratios	61,3	70,2	84,9
Austria	Tasa de paro	8,4	3,6	2,2	México	Tasa de paro	4,0	4,2	4,4
	Tasa de actividad	60,7	80,5	88,6		Tasa de actividad	64,3	75,1	85,4
	Empleo/población ratios	55,6	77,6	88,7		Empleo/población ratios	61,7	71,9	81,7
Bélgica	Tasa de paro	11,9	6,5	3,8	Holanda	Tasa de paro	4,3	2,9	2,1
	Tasa de actividad	54,4	79,1	87,5		Tasa de actividad	66,2	84,0	89,9
	Empleo/población ratios	48,0	74,0	84,2		Empleo/población ratios	53,3	81,6	88,0
Canada	Tasa de paro	12,6	8,1	5,3	N. Zelanda	Tasa de paro	5,9	3,9	3,3
	Tasa de actividad	63,0	73,7	86,3		Tasa de actividad	69,0	82,4	84,0
	Empleo/población ratios	55,1	80,2	81,7		Empleo/población ratios	69,0	70,2	84,9
Chile	Tasa de paro	5,9	7,4	7,7	Noruega	Tasa de paro	4,3	1,8	1,6
	Tasa de actividad	61,9	83,7	84,4		Tasa de actividad	65,8	84,1	91,7
	Empleo/población ratios	58,3	69,2	78,0		Empleo/población ratios	65,9	82,6	90,03
R.Checa	Tasa de paro	21,8	5,4	2,2	Polonia	Tasa de paro	13,9	7,9	3,6
	Tasa de actividad	56,2	79,4	86,2		Tasa de actividad	48,3	71,5	88,5
	Empleo/población ratios	43,9	75,1	84,3		Empleo/población ratios	41,6	66,3	85,3
Dinamarca	Tasa de paro	7,3	5,0	3,9	Portugal	Tasa de paro	5,8	3,5	3,8
	Tasa de actividad	69,7	83,9	91,0		Tasa de actividad	65,1	72,7	88,3
	Empleo/población ratios	64,6	79,7	87,4		Empleo/población ratios	61,3	70,2	84,9
Estonia	Tasa de paro	24,1	14,8	6,3	R. Eslovaca	Tasa de paro	5,8	3,5	3,8
	Tasa de actividad	62,4	84,0	87,1		Tasa de actividad	65,1	72,7	88,3
	Empleo/población ratios	47,4	71,6	82,8		Empleo/población ratios	61,3	70,2	84,9
Finlandia	Tasa de paro	10,1	7,7	4,0	Eslovenia	Tasa de paro	5,8	3,5	3,8
	Tasa de actividad	62,7	81,0	84,3		Tasa de actividad	65,1	72,7	88,3
	Empleo/población ratios	56,4	74,7	84,3		Empleo/población ratios	61,3	70,2	84,9

		Nivel educativo			Nivel educativo				
		Primaria	Secundaria	Superior	Primaria	Secundaria	Superior		
Francia	Tasa de paro	11,9	7,2	5,0	España	Tasa de paro	22,0	75,5	8,3
	Tasa de actividad	63,6	81,3	87,9		Tasa de actividad	69,0	83,0	89,0
	Empleo/población ratios	56,0	75,5	83,5		Empleo/población ratios	52,3	70,1	81,1
Alemania	Tasa de paro	17,0	7,4	3,5	Suecia	Tasa de paro	10,3	6,0	4,3
	Tasa de actividad	65,9	81,9	90,0		Tasa de actividad	72,2	87,1	92,0
	Empleo/población ratios	54,7	75,9	86,9		Empleo/población ratios	64,3	81,9	88,1
Grecia	Tasa de paro	8,8	9,2	6,7	Suiza	Tasa de paro	7,5	3,2	2,7
	Tasa de actividad	65,5	75,3	86,2		Tasa de actividad	72,9	84,4	92,1
	Empleo/población ratios	59,7	66,4	82,4		Empleo/población ratios	67,5	81,7	89,6
Hungría	Tasa de paro	21,0	8,2	3,5	Turquia	Tasa de paro	11,8	12,0	8,7
	Tasa de actividad	47,3	73,0	81,6		Tasa de actividad	50,7	66,2	80,5
	Empleo/población ratios	37,4	67,0	76,8		Empleo/población ratios	44,7	58,3	73,5
Islandia	Tasa de paro	15,4	11,3	6,1	R. Unido	Tasa de paro	9,9	5,8	3,5
	Tasa de actividad	59,1	77,9	87,3		Tasa de actividad	63,1	83,2	87,5
	Empleo/población ratios	50,0	69,1	82,0		Empleo/población ratios	56,3	78,3	84,5
Irlanda	Tasa de paro	7,4	5,8	3,9	Estados Unidos	Tasa de paro	15,8	9,8	4,9
	Tasa de actividad	83,2	87,7	91,9		Tasa de actividad	62,3	76,4	84,9
	Empleo/población ratios	77,1	82,6	88,3		Empleo/población ratios	52,5	68,9	80,3
Israel	Tasa de paro	10,8	7,7	5,2	OCDE	Tasa de paro	11,6	6,9	4,4
	Tasa de actividad	49,6	74,8	86,9		Tasa de actividad	63,0	79,6	87,4
	Empleo/población ratios	44,3	69,0	82,4		Empleo/población ratios	56,4	74,7	84,0
Italia	Tasa de paro	4,4	5,6	5,1	EU 21	Tasa de paro	13,7	7,5	3,8
	Tasa de actividad	55,9	77,5	83,5		Tasa de actividad	61,5	80,1	88,2
	Empleo/población ratios	51,2	73,1	79,2		Empleo/población ratios	53,3	74,1	84,4
Japón	Tasa de paro	X	5,9	3,6	Brasil	Tasa de paro	5,7	7,2	3,5
	Tasa de actividad	X	77,7	82,7		Tasa de actividad	72,9	83,4	88,7
	Empleo/población ratios	X	73,1	82,7		Empleo/población ratios	68,7	77,4	86,8
Corea	Tasa de paro	3,0	3,7	3,5		Tasa de actividad	62,7	81,0	84,3
	Tasa de actividad	67,3	72,3	78,9					
	Empleo/población ratios	65,3	69,6	76,1					

Para el conjunto de países de la OCDE (de media) la variable empleo sobre población –entre edades de 25 a 65 años– es del 84,0% en el caso de las personas con educación superior y del 56,4% en el caso de personas con educación primaria. Es decir, que el 84% de las personas comprendidas entre 25-65 años con educación superior tiene empleo, mientras que entre las personas con educación primaria únicamente tienen empleo el 56,4%. Por ello, a medida que la formación es más elevada, la contribución, en términos de factor de producción, es mayor, lo cual resulta lógico si tenemos en cuenta que las economías desarrolladas están cada vez más inmersas en la sociedad del conocimiento.

También resulta interesante conocer la tasa de actividad por niveles formativos. Esta variable nos informa del porcentaje de personas, en este caso, de 25 a 65 años, que son la fuerza de trabajo o personas activas en el mercado de trabajo, ya sea porque trabajen –empleados–, o porque busquen empleo –parados. Así, la tasa media de actividad de la OCDE para las personas con estudios superiores es del 84,9% (por tanto, únicamente el 15,1% en edad de 25-65 años no acude al mercado de trabajo), en cambio, la tasa de actividad –en esa franja de edad– de las personas con estudios primarios es del 62,3% (es decir, que el 37,7% de las personas de esas edades no acude al mercado de trabajo, y, por tanto, no constituye un factor de producción).

Y, finalmente, la última variable, la tasa de paro, que nos indica la relación de personas que acuden al mercado de trabajo (que se ofrecen) con respecto a la que acuden pero no encuentran empleo –parados. En el caso de las personas con estudios superiores, la tasa de paro media de la OCDE es del 4,4% (casi no hay paro), en cambio, la tasa de paro de las personas con nivel formativo primario en la OCDE es del 11,6%.

De todo ello puede inferirse, así pues, que, a medida que aumenta el nivel formativo, aumenta la participación y la contribución del sector trabajo a la generación de valor, y, en términos macroeconómicos, de PIB, al tiempo que se reduce la probabilidad de encontrarse en situación de paro. De ahí que la formación sea un elemento vital desde el punto de vista económico y social, ya que reduce las posibilidades de exclusión social.

Por tanto, aquellos sectores más intensivos en mano de obra cualificada, como el sector sanitario, tienen una mayor capacidad de crecimiento económico. Esta ha sido una cualidad intrínseca de este sector que no se ha apreciado adecuadamente.

Adicionalmente, esta aproximación realizada al sector sanitario no debe verse de forma aislada, sino que debe contemplarse en relación con el conjunto de sectores y las implicaciones que suponen para el resto de sectores los cambios que se produzcan en el sector sanitario. El instrumento económico al uso son las denominadas tablas *input-output*, que, dada su complejidad técnica y su coste, hasta el día de hoy únicamente se han elaborado tres para el territorio catalán (1987, 2001 y 2005).²

Las relaciones del sector sanitario y de los servicios sociales (según TIOC-2001) se dan con otros sectores económicos, entre los que destacan otros servicios sanitarios, equipos e instrumental, productos farmacéuticos, comercio, productos de higiene, servicios de limpieza y construcción, entre otros. Ello nos muestra las relaciones intersectoriales en el nivel de desagregación que proporcionan las tablas *input-output*.

Aunque las tablas *input-output* nos informan cuantitativamente de estas relaciones –y ello tiene su importancia–, donde más merece la pena detenerse es en los denominados multiplicadores, es decir, qué impacto tiene sobre el conjunto de la economía (y, por tanto, los que se producen en el sector y los inducidos en los otros sectores, ya sea directa o indirectamente) un incremento que experimenta la demanda final (consumo, inversiones, exportaciones netas) de un sector o el cómputo de la economía.

En el cuadro adjunto se exponen los multiplicadores de producción, empleo y valor añadido:

Cuadro 2. Multiplicadores de producto, empleo y valor añadido

	Producción	Empleo (por millón de euros)	Valor añadido
Media ponderada del sector sanitario y de servicios sociales	1,31	22,95	0,84
Media ponderada del conjunto de la economía	1,45	15,84	0,66

*Ponderación a partir de la participación de cada rama en la producción total.
Fuente: TIOC 2001, IDESCAT*

² Véase Cambra de Comerç de Barcelona (2009): “El sector de la salud en Cataluña”.

Así, ante el aumento de 1 millón de euros de la demanda sanitaria (del sector sanitario y de servicios sociales), la generación de valor añadido en la economía es de 0,84 millones de euros (tanto el que se genera en el mismo sector como en el resto a consecuencia del aumento de la demanda sanitaria), y la generación de empleo directo e indirecto es de 22,98 puestos de trabajo, produciendo un incremento de la actividad general de la economía (multiplicador de producción) de 1,31 millones de euros.

Si ese aumento de 1 millón se da en toda la demanda final distribuida de forma proporcional al peso de cada uno de los sectores económicos, obtendríamos que la generación de valor añadido sería de 0,66 millones de euros, los puestos de trabajo creados serían 15,84 y el nivel de producción alcanzaría los 1,45 millones de euros (todo ello siempre referido al 2001, ya que la fuente utilizada es la TIOC de 2001).

Es decir, que incrementar el gasto inicial en el sector sanitario y de servicios sociales tiene mayor impacto, en términos de empleo y de valor añadido, que el que tendría en el conjunto de la economía, aunque su impacto es menor (su multiplicador) en la producción, como resultado del menor peso que tienen los consumos intermedios (las compras a proveedores) en este sector.

En definitiva, por cada euro gastado en el sector sanitario y de servicios sociales, se genera un 27,27% más de valor añadido y una mayor creación de empleo, del 45%, que el que se produciría si se gastase en el conjunto de sectores. Por tanto, el sector sanitario y de servicios sociales resulta diferencialmente (con respecto a la media) un sector potente en la generación de valor añadido y de empleo. También se puede decir que la reducción de gasto en este sector tiene, por lo tanto, un mayor impacto en destrucción de empleo y en caída del PIB.

Resumiendo los contenidos anteriores, observamos que el sector sanitario es relevante, intensivo en mano de obra, con mejores remuneraciones medias de los asalariados, con un mayor impacto que la media de sectores (el conjunto de la economía) tanto en generación de valor añadido como de empleo, y, además, de forma significativa.

También debe destacarse la importante aportación que el sector sanitario hace en el ámbito de la investigación y el desarrollo. En ese sentido resulta adecuada la utilización del ranking SCIMAGO, que publica anualmente y

que reporta sobre el número de publicaciones científicas en las principales y más relevantes revistas del mundo. En el ranking del año 2011 (último publicado, y referenciado al 2009) participan 3.042 instituciones, 365 de las cuales corresponden a administraciones públicas; 2010 a centros universitarios, 359 a instituciones sanitarias; 88 a privadas, y 20 a otros. Por tanto, las publicaciones científicas realizadas por personas relacionadas con instituciones sanitarias representan el 18,4%, lo cual manifiesta la importancia del sector de la salud en el ámbito investigador.

El informe SCIMAGO únicamente recoge aquellas instituciones que publiquen en revistas científicas relevantes un volumen superior a 100 publicaciones.

En el cuadro adjunto se exponen las instituciones catalanas que aparecen en el ranking mundial, entre las que destaca en primer lugar la Universitat de Barcelona, que ocupa la posición 156. La primera institución sanitaria que aparece en el ranking es el Hospital Clínic, que ocupa la posición 506, con 5.919 publicaciones; además, en este caso, hay que destacar la calidad de la publicación, ya que el 59,4% han sido publicadas en las revistas más relevantes, y con un impacto de citas el doble (2) que la media.

Cuadro 3. Producción científica de Cataluña, 2009

	Ranking 2009	Número de publicaciones	Capacidad de la publicación (1)	Impacto de las publicaciones (2)
Universitat de Barcelona	156	14.631	63	1,4
Universitat Autònoma de Barcelona	220	11.983	59	1,4
Universitat Politècnica de Catalunya	267	10.177	38,2	1,2
Hospital Clínic de Barcelona	506	5.919	59,4	2
Hospital Universitat Vall d'Hebron	842	3.433	53,2	1,7
Universitat Rovira i Virgili	845	3.415	54	1,4
Universitat Pompeu Fabra	969	2.872	61,4	1,5
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	1.089	2.426	55,9	1,4
Institut d'Investigacions Biomèdiques Agustí Pi i Sunyer	1.155	2.181	72,7	2,1
Universitat de Girona	1.208	2.042	55,5	1,2
Hospital del Mar	1.296	1.843	51,3	1,3
Hospital Universitari de Bellvitge	1.335	1.770	53,1	1,4

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol	1.374	1.701	54,3	2
Universitat de Lleida	1.400	1.645	57,8	1,3
Institut Municipal d'Investigació Mèdica	1.570	1.384	73,7	2,1
Institut de Recerca i Tecnologia Agroalimentàries	1.841	1.112	64,3	1,4
Institut Català d'Oncologia	2.048	953	72,3	2,7
Hospital de Sant Joan de Déu	2.153	895	41,9	1,1
Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge	2.219	846	71,4	2,3
Institut de Ciències Fotòniques	2.309	798	67,3	1,8
Corporació Sanitària Parc Taulí	2.329	786	38,6	1,2
Institut d'Estudis Espacials de Catalunya	2.401	753	60,6	3,2
Institut de Física d'Altes Energies	2.527	702	62,3	1,9
Institut de Recerca Biomèdica Barcelona	2.622	648	82,1	1,4
Universitat Ramon Llull	2.654	625	31,2	0,9
Institut Català d'Investigació Química	2.774	563	84,4	2,5
Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta	2.784	556	55,4	1,7
Institut Català de Salut Barcelona	2.820	536	23,1	0,9
Centro de Regulación Genómica	2.841	523	87,4	2
Parc de Salut Mar de Barcelona	2.874	497	43,3	0,9
Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII	2.907	470	48,9	1,2
Hospital Universitari Arnau de Vilanova	2.908	470	48,9	1,2
Centre Tecnològic de Telecomunicacions de Catalunya	2.980	395	33,9	1,2
Barcelona Supercomputing Center	2.995	370	43,2	1,8
Universitat Oberta de Catalunya	3.023	305	14,1	1,1
Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas	3.040	164	80,5	1,6

Fuente: SCIMAGO. *Instituciones Ranking World Report 2011*

Nota: En negrita las instituciones relacionadas con el ámbito de la salud (en total 27.478 publicaciones)

(1) Porcentaje de documentos publicados en las revistas de más influencia

(2) Relación entre el impacto medio de la institución y el impacto medio del conjunto de publicaciones

Las instituciones catalanas que participan en el ranking son 36, el 53% de las cuales son del ámbito sanitario, una cifra muy superior a la media del conjunto a escala mundial (que es del 18,4%). De ahí que quepa inferir que las instituciones sanitarias catalanas sean excelentes en el ámbito científico, y con un gran potencial y presencia.

Si se agrupasen el conjunto de las instituciones sanitarias catalanas, alcanzarían el volumen de 27.478 publicaciones en revistas destacadas, según SCIMAGO, y ocuparía en este caso “hipotético” la posición 46 del ranking mundial, y la 5 en el ámbito sanitario, tras el National Institute of Health U.S., el Partners Healthcare System, el Veterans Affairs Medical Center y el Assistance Publique Hopitaux de París.

A todo ello hay que añadirle un impacto de primera magnitud que la mejora de la salud tiene sobre la oferta agregada (además de los impactos anteriormente señalados a través de la demanda), ya que ha permitido y permite disponer de mejores recursos humanos, de una mayor dotación de capital humano. Sin lugar a dudas, el fuerte crecimiento económico a largo plazo que se ha producido en el siglo XX ha obedecido a los avances tecnológicos, a la formación, pero también al avance sanitario. Únicamente debe analizarse un dato, la esperanza de vida, que ha pasado de 34,76 años en 1900 (33,85 para varones y 35,70 para mujeres) a 79,34 años en 2000 (75,94 para varones y 82,73 para mujeres). Sin la mejora de la calidad del capital humano y su mayor longevidad, difícilmente la etapa de fuerte crecimiento hubiese sido posible en tal magnitud en el siglo XX. No hay que olvidar que parte del siglo XIX y, sobre todo, en el siglo XX es donde la mejora económica ha sido significativa.

En esta línea, únicamente cabe recordar la ingente labor del profesor Angus Maddison,³ que ha realizado estimaciones de crecimiento económico desde el nacimiento de la era cristiana, de modo que el crecimiento mundial expresado en tasa interanual fue, en el período 0-1.000, del 0,01%; en el período 1.000-1.820, del 0,22% y, finalmente, en el período 1.820-1.998, del 2,21%, que es donde se produce un cambio sustancial, mostrando un antes y un después en el bienestar económico de la población.

³ Maddison, A., “The World Economy: A Millennial Perspective”. OCDE, 2001.

También corresponde analizar la situación del sector sanitario español en términos comparados con los países más desarrollados, que identificamos como los países de la OCDE.

Sin embargo, y antes de realizar dicho análisis comparativo, es preciso destacar que, a diferencia de lo que acontece en otros sectores, por ejemplo, en los industriales, la comparativa no se asienta sobre su valor añadido bruto (VAB), su facturación, etc., sino sobre su nivel de gasto, diferenciado entre el gasto público y el privado en este sector.

Ello se debe a la importancia de su financiación, ya sea pública –que es la mayoría– o privada, más que estrictamente a su importancia como sector económico. De ahí que la perspectiva del sector sanitario como sector económico en los análisis haya sido más bien testimonial, a diferencia de su vertiente hacendística, al ser un gasto público relevante, y que esa perspectiva haya sido recurrente en los análisis, al ser éste el referente en esos análisis comparativos.

El gasto sanitario en España, se situaba en el 9,5% del PIB en 2009 (último dato), porcentaje que coincide con la media de los países de la OCDE. Si la referencia es la población, tenemos que el gasto sanitario por persona, expresado en paridad de poder de compra,⁴ se sitúa en 3.067\$, ligeramente por debajo de la media de países de la OCDE, que en 2009 se situaba en 3.228\$ por persona (v. gráficos 1 y 2).

También se constata un destacado grado de correlación entre el peso del sector sanitario sobre el PIB de un país y su nivel de renta per cápita, especialmente entre los países más grandes, cuyo coeficiente de correlación es del 0,82.

Otra característica es la fuerte presencia de la financiación pública dentro del sector sanitario, que alcanza el 71,7% de media en los países integrados de la OCDE en 2009, porcentaje ligeramente superior (73,61%) en el caso español. También cabe destacar que en Estados Unidos, México y Chile predomina el gasto sanitario privado.

De ahí que la importancia de su financiación pública resulte relevante para el sector, hasta el punto que en momentos de restricciones presupuesta-

⁴ Permite corregir el valor monetario a través de la capacidad de compra después de la misma.

rias puedan ahogarlo significativamente, como sucede actualmente en los sistemas sanitarios catalán y español.

La actividad del sector no solo se ajusta a sus necesidades (como acontece en el ámbito industrial, en el turístico y en otros), sino que depende primordialmente del sector público y de sus restricciones presupuestarias.

En ese sentido, en el cuadro 2 se ilustra cómo va a verse incrementado el gasto público en el año 2060 como consecuencia del envejecimiento de la población, según los estudios realizados por la Comisión Europea para analizar la sostenibilidad de las finanzas públicas. Los datos son extraídos de su último informe de 2009 (el anterior era el informe de 2006) y señalan un fuerte aumento del gasto público, como consecuencia del envejecimiento de la población, que supone un volumen adicional de 5,1 puntos de PIB en el área del euro o de 4,6 para el conjunto de los 27 países de la Unión Europea.

De ese incremento del gasto por envejecimiento en la zona euro, 2,7 puntos del PIB corresponden a las pensiones; 1,3 al gasto sanitario; 1,3 al gasto en dependencia, mientras que el gasto en educación y en paro es menor (-0,2 puntos del PIB).

Esa variación del gasto se debe exclusivamente al envejecimiento, al que habría que añadir las mejoras que puedan producirse, ya sea por nuevos fármacos, una mayor tecnología sanitaria, etc.

En el caso español, la situación es de mayor magnitud, debido al mayor ritmo del envejecimiento en nuestro país, que significará un incremento de 8,3 puntos del PIB, y será especialmente destacado en pensiones, ya que absorberá 6,2 puntos del PIB, seguido del de salud, con 1,6 puntos del PIB. Con respecto a las pensiones, ya se han tomado algunas medidas correctoras, y de otros que indudablemente deberán adoptarse a medio y largo plazo ; a diferencia de lo que ha sucedido en el ámbito sanitario.

Implícitamente, la reforma del sistema de pensiones viene a penalizar las condiciones. Por tanto, para que la población pueda obtener las mismas rentas en el futuro, deberán aportarse más recursos (trabajar más años, compensar la pérdida de recursos en la pensión).

En cambio, los ajustes producidos en el sector sanitario han venido, sobre todo, por el lado de la oferta (reducción de costes por prestaciones farma-

céuticas –uso genérico, reducción de importes y actividades hospitalarias, que tendrán como consecuencia que, ante una misma demanda, o bien no la satisfarán o lo harán más tardíamente, con el consiguiente incremento de listas de espera); en cambio, han sido escasas, por no decir nulas, las medidas orientadas a la demanda, como el establecimiento de copagos –con las correcciones que deban hacerse, por razón de solidaridad–, o de otros ámbitos.

Ante la cuestión de si se debe impulsar o frenar un sector que genera un alto valor añadido, que es intensivo en conocimiento y en mano de obra cualificada, que tiene un impacto sobre la economía sustancialmente superior a la media –genera un 27% más de valor añadido y un 45% más de empleo–, con una fuerte presencia de la investigación, el desarrollo y la innovación (agenda 2020), con poca capacidad para deslocalizarse, con una fuerte incidencia en el país (su impulso no se dirige a las importaciones), con un papel destacado también en términos de cohesión territorial (pues es la principal empresa en muchos ámbitos territoriales), ya que se despliega a lo largo de todo el país, y con una capacidad de crecimiento importante de la demanda, entre otros aspectos destacados y reveladores, la respuesta sería evidente en términos económicos. Sin lugar a dudas, sería un sector ideal.

Sin embargo, cuando se descubre que dicho sector es el sanitario, surgen las dudas, y no tanto por sus buenas cualidades, sino más bien por su financiación, eminentemente pública.

Si bien es cierto que la financiación pública permite el desarrollo del Estado del bienestar y potencia la cohesión social, también explica su restricción para satisfacer adecuadamente las necesidades presentes y futuras de la población en el ámbito sanitario.

El establecimiento de una gratuidad total para todos y en todo momento no puede ser ya la única referencia si se quiere un sistema sanitario acorde con la población. La defensa –y no el ajuste al nuevo escenario presente y futuro– del *statu quo* ahogará a un sector del futuro , a la vez que dejará cada una creciente merma en la demanda, que podrá corregirse en parte mediante la introducción de copagos en función del nivel de renta –fijando unos mínimos exentos de pago– y un relación entre el sector público y los operadores del sistema (hospitales, laboratorios, farmacias) a largo plazo,

mediante una distribución equitativa de los riesgos y de un ámbito de relaciones (a diferencia del monopolio que supone el sector público), entre otros. En ese sentido, cabe destacar las propuestas para consolidar, mantener e innovar el sector sanitario y de atención a la dependencia en Cataluña (2010-2014), que firmaron, entre otros, la Unió Catalana d'Hospitals, Foment del Treball Nacional y Fepime.

La dependencia exclusiva de un sector de la financiación pública no necesariamente resulta adecuado, ya que la prestación de servicios de carácter público, no solo puede ser financiada mediante impuestos, sino también mediante el pago privado (como los peajes) o mediante un sistema mixto, como en el transporte público (donde el usuario, en Cataluña, paga el 48% del importe del servicio mediante los títulos de transporte y el resto es subvencionado).

Si se financia únicamente mediante impuestos (presupuestos públicos), su efecto en la distribución de la renta derivará de la progresividad del sistema tributario, pero si en ese gasto también participa el usuario –y se establecen gradientes en función del nivel de renta– la redistribución de la renta puede resultar –con ese copago– incluso mayor que si el usuario no abonase nada. La fijación de un sistema de pago compartido por el usuario no significa que sea más regresivo, sino que incluso puede ser más redistributivo. Por todo ello, la defensa numantina del status quo no tiene por qué suponer una mejora de la política redistributiva, aunque puede conllevar una ineficiente atención a la demanda, con una atención sanitaria más deficiente, dada la actual restricción presupuestaria.

En definitiva, la vertiente de financiación pública del sector sanitario no debe constituir una hipoteca que lastre su fuerte crecimiento, como consecuencia de su mejora de la demanda futura, a la vez que no hay que olvidar que su impacto sobre la actividad económica resulta diferencialmente positivo.

Finalmente, cabe señalar que la Unión Europea, en su propuesta de Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo, por el que se establece el Programa de Salud para el Crecimiento, tercer programa plurianual de acción de la UE en el ámbito de la salud para el período 2014-2020, señala, en su exposición de motivos, entre otros aspectos, los siguientes: “La salud no es solamente un valor en sí misma, sino también un

potente motor de crecimiento económico. Solo una población sana puede alcanzar plenamente su potencial económico. El sector de la salud se caracteriza por la innovación y por una mano de obra altamente cualificada. La investigación y el desarrollo relacionados con la salud pueden llegar a representar el 0,3% del PIB. El sector de la asistencia sanitaria es uno de los de mayor tamaño de la UE: representa aproximadamente el 10% de su producto interior bruto y da empleo a uno de cada diez trabajadores, con una proporción de trabajadores con educación terciaria por encima de la media”. Y también destaca “En 2020, el déficit de trabajadores sanitarios en la UE será de un millón y, de no tomarse las medidas oportunas, no podrá prestarse el 15% de la asistencia necesaria. Por el contrario, si se actúa convenientemente, se podrían crear numerosas oportunidades de empleo y crecimiento”.

Por todo ello, cabe destacar la importancia presente, y también futura, del sector sanitario, como sector económico con una gran capacidad de crecimiento en los próximos años.

Cuadro 3. Incremento del gasto público por envejecimiento de la población

	Gastos de pensión		Salud		Dependencia		Gasto paro y educación		Total	
	2010	2010/ 2060	2010	2010/ 2060	2010	2010/ 2060	2010	2010/ 2060	2010	2010/ 2060
Bélgica (BE)	10,3	4,5	7,7	1,1	1,5	1,3	7,3	-0,3	26,8	6,6
Bulgaria (BG)	9,1	2,2	4,8	0,6	0,2	0,2	3,0	0,2	17,1	3,2
República Checa (CZ)	7,1	4,0	6,4	2,0	0,2	0,4	3,3	0,0	17,0	6,3
Dinamarca (DK)	9,4	-0,2	6,0	0,9	1,8	1,5	8,0	0,1	25,2	2,2
Alemania (DE)	10,2	2,5	7,6	1,6	1,0	1,4	4,6	-0,4	23,3	5,1
Estonia (EE)	6,4	-1,6	5,1	1,1	0,1	0,1	3,2	0,3	14,8	-0,1
Irlanda (IE)	5,5	5,9	5,9	1,7	0,9	1,3	5,3	-0,2	17,5	8,7
Grecia (EL)	11,6	12,5	5,1	1,3	1,5	2,1	3,8	0,1	21,9	16,0
España (ES)	8,9	6,2	5,6	1,6	0,7	0,7	4,8	-0,2	20,0	8,3
Francia (FR)	13,5	0,6	8,2	1,1	1,5	0,7	5,8	-0,2	29,0	2,2
Italia (IT)	14,0	-0,4	5,9	1,0	1,7	1,2	4,3	-0,2	26,0	1,6
Chipre (CY)	6,9	10,8	2,8	0,6	0,0	0,0	5,8	-0,6	15,5	10,7

Letonia (LV)	5,1	0,0	3,5	0,5	0,4	0,5	3,3	0,3	12,3	1,3
Lituania (LT)	6,5	4,9	4,6	1,0	0,5	0,6	3,5	-0,4	15,1	6,0
Luxemburgo (LU)	8,6	15,3	5,9	1,1	1,4	2,0	4,0	-0,3	19,9	18,2
Hungría (HU)	11,3	2,6	5,8	1,3	0,3	0,4	4,5	-0,3	21,8	4,0
Malta (MT)	8,3	5,1	4,9	3,1	1,0	1,6	5,0	-0,7	19,2	9,2
Países Bajos (NL)	6,5	4,0	4,9	0,9	3,5	4,6	5,6	-0,2	20,5	9,4
Austria (AT)	12,7	1,0	6,6	1,4	1,3	1,2	5,2	-0,2	25,7	3,3
Polonia (PL)	10,8	-2,1	4,1	0,8	0,4	0,7	3,8	-0,6	19,1	-1,1
Portugal (PT)	11,9	1,5	7,3	1,8	0,1	0,1	5,6	-0,4	24,9	2,9
Rumanía (RO)	8,4	7,4	3,6	1,3	0,0	0,0	2,7	-0,2	14,7	8,5
Eslovenia (SI)	10,1	8,5	6,8	1,7	1,2	1,7	5,1	0,7	23,1	12,7
República Eslovaca (SK)	6,6	3,6	5,2	2,1	0,2	0,4	2,9	-0,6	14,9	5,5
Finlandia (FI)	10,7	2,6	5,6	0,8	1,9	2,5	6,4	0,0	24,7	5,9
Suecia (SE)	9,6	-0,2	7,3	0,7	3,5	2,2	6,6	0,0	27,1	2,7
Reino Unido (UK)	6,7	2,5	7,6	1,8	0,8	0,5	4,0	0,0	19,2	4,8
Unión Europea - 27 Estados miembros (EU-27)	10,2	2,3	6,8	1,4	1,3	1,1	4,9	-0,2	23,2	4,6
Estados miembros de la Unión Europea (EA)	11,2	2,7	6,8	1,3	1,4	1,3	5,0	-0,2	24,5	5,1

Fuente: Comisión Europea

Gráfico 1. Gasto sanitario como proporción del PIB, países de la OCDE, 2009

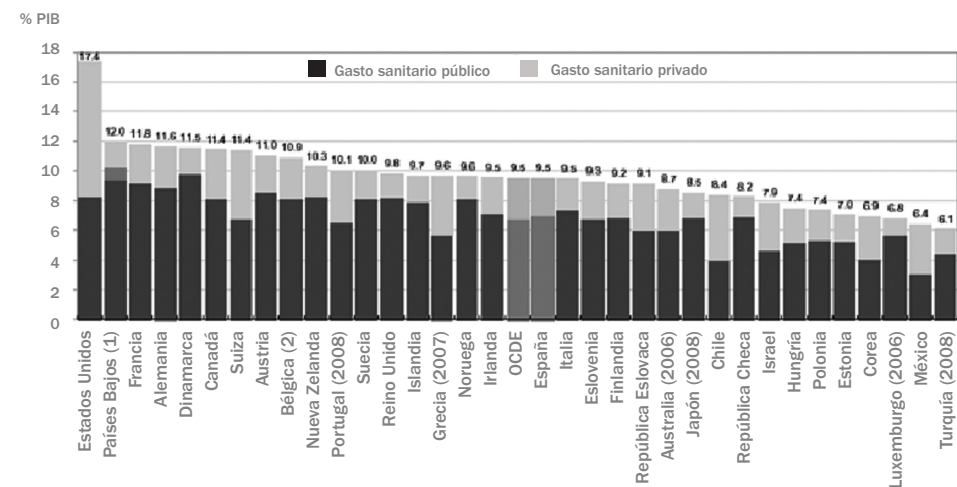
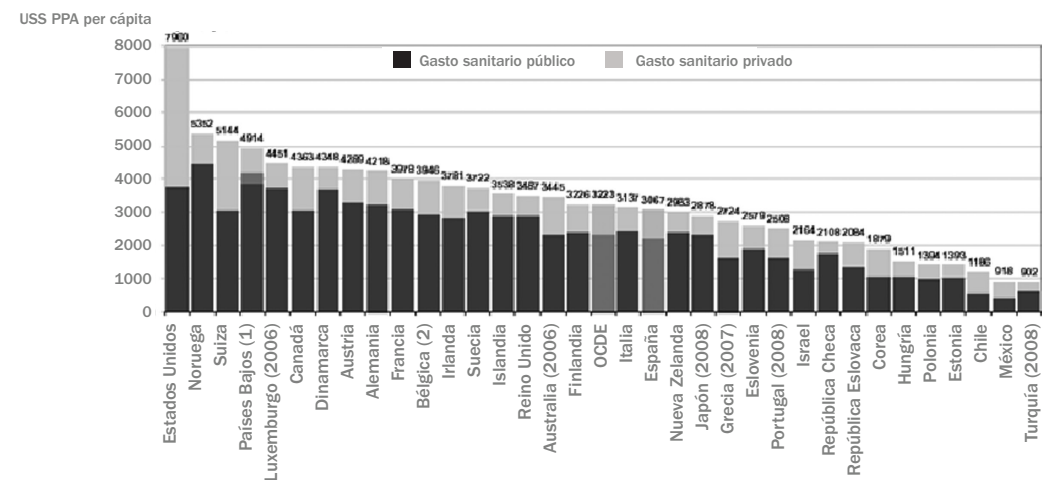


Gráfico 2. Gasto sanitario per cápita, público y privado, países de la OCDE, 2009



6. Visión global de la colaboración público-privada del sector de la salud: la CPP y su papel en las redes de provisión de servicios de salud

Pere Vallribera,¹ Helena Ris² y Manel del Castillo³

La CPP en el sector sanitario catalán, el diseño de un equilibrio adecuado

Génesis y características del sistema de salud catalán

Cataluña, que recibió las transferencias en materia sanitaria en 1980, optó por un modelo propio de organización de la atención a la salud distinto al del resto del Estado español. Ese hecho, basado en la realidad de los centros sanitarios de ese momento y en la historia anterior (escasa inversión pública, tradición secular de entidades benéficas por todo el territorio, implicación de los municipios, etc.), desembocó en el llamado “modelo sanitario

¹ Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universitat Autònoma de Barcelona y Máster en Economía de la Salud por la Universitat de Barcelona. Ha ocupado distintos cargos de responsabilidad, como la dirección de la División de Atención Hospitalaria del Servei Català de la Salut o, más recientemente, la dirección general de la Corporació de Salut del Maresme i la Selva, red integrada por 4 hospitales y 5 centros de atención primaria. Actualmente es director gerente del Consorci Sanitari de Terrassa (CST), presidente de la Junta Directiva de la Societat Catalana de Gestió Sanitària de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears, y miembro de la Comisión Permanente del Consorci Hospitalari de Catalunya.

² Licenciada en Medicina por la Universitat de Barcelona, especializada en Pediatría. Ha desempeñado diversas funciones directivas, entre las que pueden reseñarse las siguientes: la dirección del Programa de implantación de la reforma de la atención primaria, del Servicio de Ordenación de Atención Primaria de la Dirección General y Organización de Planificación Sanitaria. La dirección de la División de Atención Primaria y Hospitalaria, la subdirección del Área Sanitaria del Servei Català de la Salut y, durante diez años, la dirección general de la Corporació Sanitària Parc Taulí. El 29 noviembre de 2010, el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona le otorgó el Premio a la Excelencia Profesional. Actualmente es la directora general de la Unió Catalana d'Hospitals.

³ Licenciado en Medicina, especializado en Medicina Familiar y Comunitaria, y Máster en Gestión de la Empresa Pública por ESADE. A lo largo de su trayectoria ha ocupado distintos cargos de responsabilidad en el ámbito de la salud, como la dirección provincial del Insalud Balears o la Gerencia del Hospital Municipal de Badalona. Actualmente, es director gerente del Hospital Sant Joan de Déu y secretario general de la Patronal del Consorcio de la Asociación Patronal Sanitaria y Social (CAPSS).

catalán”. Pocos años después, ese modelo fue reconocido como uno de los referentes de los servicios sanitarios públicos del Estado del bienestar, del que, sin duda, la atención sanitaria es uno de sus pilares fundamentales.

La característica básica de este modelo fue que asumió –con un alto coraje político en aquellas circunstancias– que lo que caracteriza como *público* a un sistema sanitario es, fundamentalmente, que la responsabilidad y la financiación recaen en el ámbito público.

De esta forma, se generó una definición de este concepto de “lo público” –para nosotros claramente acertada–, relacionándolo con el derecho universal a la atención y con su financiación, y no con la propiedad o el modelo de gestión de quien la presta.

Sobre esta base se optó –cuando aún no estaba de moda– por la separación de las funciones de cada agente dentro del sistema. La Administración planifica, financia y controla o evalúa, y los proveedores prestan los servicios. La eficiencia del sistema, sin renunciar a un alto nivel de calidad y accesibilidad, se consideró un pilar fundamental: el sistema sanitario público tenía la responsabilidad de dar el máximo rendimiento a los recursos que se le asignaron. Por encima de “quién prestaba el servicio y qué tipo de contrato tenían sus profesionales”, se valoró “qué resultado se ofrecía y a qué coste”. La responsabilidad de la prestación de los servicios públicos recayó en un conjunto acreditado de proveedores, independientemente de su titularidad y de su modelo de gestión, que lo fueron en tanto que estaban objetivamente capacitados para llevarla a cabo de una forma adecuada y eficiente (y no por el mero hecho de ser “propiedad” del sistema público).

Para la implementación de dicho modelo, se desarrollaron los instrumentos específicos de relación para hacer posible esta colaboración del ámbito público (el Departamento de Salud y el nuevo Servei Català de la Salut) con la red “privada”, llamada concertada (a pesar de que algunos de sus centros eran, de hecho, de titularidad pública, pero con modelos de gestión “privada”). Esos instrumentos fueron, en orden cronológico:

- La **acreditación**, que validó a aquellos centros que cumplían los requisitos para ser contratados.
- La **creación de la XHUP** (red hospitalaria de utilización pública), una red de titularidad mixta sobre la que recaía la responsabilidad de la pres-

tación de los servicios. En esta red, el 70% de las camas hospitalarias no pertenecían a la entidad gestora de la Administración (Institut Català de la Salut –ICS–), sino a diversas entidades parapúblicas (municipios, consorcios) y privadas (fundaciones, órdenes religiosas, mutuas y sociedades sin ánimo de lucro).

- Y los **contratos** (llamados “concertos”) entre la Administración y los centros, que definían los objetivos de actividad asistencial fijados, así como los **sistemas de pago y de asignación de recursos** económicos como contraprestación.

El sistema de salud catalán de utilización pública: un sistema de colaboración público-privada

Cataluña, por lo anteriormente descrito, tiene una amplia tradición de colaboración entre el sector privado y el parapúblico en la prestación de servicios de salud de cobertura pública. A la descripción hecha del sector hospitalario, ha de añadirse que en el ámbito de la salud mental, o en el de los servicios socio-sanitarios, la provisión privada representaba casi la totalidad de la red de utilización pública. Es por eso que podemos describir al sistema sanitario catalán como un verdadero *macromodelo* de colaboración público-privada. Otra de las principales características del sistema de salud catalán que se desprende de lo anterior es la heterogeneidad, que tiene su origen en el escaso desarrollo de los servicios “propios” del Estado en el momento de ejecutarse las transferencias en materia sanitaria, en 1980, y que tuvo puntos fuertes como la diversidad de culturas organizativas, que estimularon la innovación en la gestión de servicios. Estas dos características, la colaboración y la heterogeneidad, explican buena parte de lo que ha sido y es nuestro modelo de atención sanitaria.

Experiencias de CPP en el sistema de salud catalán

Por todo ello, la descripción de las distintas experiencias de CPP es extensa y, a su vez, compleja. Proponemos describir las colaboraciones en función de su objetivo principal. Así, podemos distinguir dos niveles de colaboración público-privada:

- La que se desarrolla en el **ámbito de la macrogestión**, que tiene como principal objetivo incorporar a la red de utilización pública centros, mo-

delos o servicios que la completen o que mejoren su eficiencia, y también que “superen” alguna de las rigideces propias del sistema administrativo público que impide, frecuentemente, conseguir los objetivos de la forma más adecuada.

- La que afecta a la gestión operativa de los centros de salud, que podemos denominar el **ámbito de la microgestión**, cuyo principal objetivo es alcanzar niveles de eficacia y/o eficiencia superiores a los que se conseguirían de forma independiente.

No podemos olvidar, aunque no las trataremos en el presente artículo, las colaboraciones en los ámbitos de la docencia, la investigación y, de forma relevante en los últimos tiempos, la innovación en productos y servicios de salud. Entendemos que merecen un capítulo aparte por su especificidad, su transcendencia y su papel presente y futuro.

1. Macrocolaboración público-privada

A continuación describimos los distintos modelos de colaboración utilizados en el sistema sanitario catalán para crear y consolidar una red de utilización pública potente y accesible:

a. La red de centros privados de utilización pública

- Como ya hemos descrito, en la década de los años ochenta, el sistema público de salud de Cataluña se dotó de un conjunto de centros hospitalarios de distintas titularidades cuyo principal objetivo fue prestar asistencia pública a la población de la forma más equitativa (proximidad y accesibilidad) y eficiente posible. Así, el primer y máximo exponente de la colaboración público-privada fue, a partir de la creación de la XHUP (red hospitalaria de utilización pública) en 1985, **la inclusión en ella de un buen número de centros de titularidad y modelo de gestión privados (véase p. 151, listado de centros privados de la XHUP y áreas básicas de salud)**, imprescindibles para completar la insuficiente red de centros del Institut Català de la Salut (ICS), antiguo INP.
- También podríamos considerar una aproximación a la colaboración público-privada la creación de **las nuevas fórmulas de gestión desarrolladas**

a finales de los años ochenta: los consorcios, normalmente formados por la Generalitat, el/los ayuntamientos del territorio y las instituciones existentes previamente. Sin renunciar a la titularidad pública de sus centros hospitalarios y de salud, permitieron el uso de instrumentos de gestión y laborales propios de los sistemas privados, aunque de forma estricta no deberíamos decir “privados”, sino “distintos a los que utiliza la Administración pública”.

- También desde el inicio de la gestión autónoma del sistema de salud se impusieron, ya a mediados de los años ochenta, **modelos de cesión de la gestión de hospitales públicos a entidades privadas** o parapúblicas. Así, la gestión de los entonces nuevos hospitales comarcales de Móra d’Ebre (1992) y de Tremp (1993), fueron gestionados por GECOHS (que posteriormente se convirtió en SAGESA, entidad mixta vinculada al Ayuntamiento de Reus) y por la mutualidad Quinta de Salut l’Aliança, respectivamente. Posteriormente, este modelo ha sido también utilizado para la gestión del nuevo Hospital de Mollet del Vallès (2011), construido por el CatSalut y gestionado por la Fundació Sanitària de Mollet (vinculada a la mutualidad Socors Mutus de Mollet).
- Un capítulo aparte merece la creación de entidades privadas (normalmente sociedades anónimas o limitadas), a las que se adjudicó la gestión de equipos de atención primaria), **las denominadas entidades de base asociativa (EBA)**. Así, desde el año 1996 [año de la primera EBA, gestora de un equipo de atención primaria (EAP) en Vic, Osona], 13 CAP son gestionados por asociaciones de sus propios profesionales, abriéndose un interesantísimo camino hacia la corresponsabilización en su máxima expresión. Un estudio realizado en 2006 constató las virtudes de este modelo en cuanto a satisfacción de la población y de los profesionales que lo integran, el cual, sin embargo, no se ha extendido desde entonces.
- Por último, para realizar una completa descripción de los modelos de colaboración público-privada en Cataluña, no podemos olvidar que la Administración, al igual que en el resto del Estado, utiliza **la concertación de la actividad complementaria a la red pública en centros de la red privada asistencial**. Su función es complementar la actividad de los centros de la red de utilización pública (XSUP), ya sea de forma estable o esporádicamente.

camente, para hacer frente a incrementos de demanda puntuales. Sin embargo, el peso de este concepto en Cataluña es notablemente menor que en otras comunidades autónomas, puesto que la red concertada de la XSUP es un elemento principal del sistema y no complementario.

b. Modelos de concesión administrativa

Alguna de las experiencias expuestas anteriormente podría definirse como una concesión administrativa, pero hemos preferido preservar este concepto para describir las nuevas modalidades de concesión, actualmente muy en boga en el Estado español, pero que Cataluña ya viene utilizando desde la década de los ochenta.

Una clasificación de este tipo de instrumento consiste en separar las concesiones en función de si incluyen la gestión de la clínica, es decir, el núcleo funcional del centro de salud, o si solo afectan a los otros aspectos (inversión en obras o equipos y servicios de soporte no clínico y de mantenimiento de las infraestructuras):

- Concesiones con gestión clínica

El equivalente al llamado “**modelo Alzira**” en Cataluña es, de hecho, la propia inclusión en la red pública, desde 1985, de los centros privados descritos anteriormente, la llamada “red concertada”. Dentro de este capítulo, debemos distinguir los modelos de gestión integral (atención primaria, especializada y sociosanitaria) de los que afectan solo a uno de los niveles asistenciales. En los primeros, varias entidades privadas y parapúblicas (Mútua Terrassa, Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla de Tarragona, Serveis de Salut Integrals del Baix Empordà o Consorci Sanitari de Terrassa, por poner algunos ejemplos) tienen asignada la atención pública integral de los ciudadanos asignados. Sin embargo, los sistemas de asignación y contratación utilizados no han permitido una real y completa responsabilización de la salud y los costes capitativos asociados de los ciudadanos. Esta es, en nuestra opinión, la única asignatura pendiente en el ámbito de las “concesiones con gestión clínica”.

- Concesiones sin gestión clínica

El modelo utilizado por la Comunidad de Madrid para la construcción de 8 nuevos hospitales entre los años 2004 y 2010 (a excepción del Hospital de Valdemoro, que sí incluía parte de la gestión de la asisten-

cia) fue la **concesión administrativa para la construcción y gestión de los servicios no asistenciales**, pero dejando la gestión clínica en manos del sistema público. Este modelo ha sido poco utilizado en Cataluña, donde prácticamente en todos los casos ha sido la propia Administración la que ha gestionado la construcción de los nuevos hospitales o centros de salud. Sí ha sido el método que usó el Consorci Sanitari Integral (anteriormente, hospitales de la Cruz Roja) para la construcción del nuevo Hospital Moisès Broggi de Sant Joan Despí.

c. Alianzas para la integración territorial de centros públicos y privados

Un tercer tipo de colaboración público-privada es la que se origina del **acuerdo entre diferentes entidades de un mismo territorio** con el objetivo de coordinar la continuidad de la atención a la salud, especialmente para hacer frente a la patología crónica. Un ejemplo de esta colaboración es el Sistema Integrat de Salut d'Osona, fruto de un acuerdo entre ocho entidades públicas y privadas que atienden a los 150.000 habitantes de esta comarca, que en 2002 crearon una plataforma conjunta para coordinarse, fijar objetivos comunes y dotarse de un órgano de gobierno que coordinase todas las prestaciones sanitarias públicas.

2. Colaboración público-privada en la microgestión

En Cataluña, la gestión operativa de los centros de salud, el **ámbito de la microgestión**, tiene un desarrollo diferencial, sobre todo gracias a la diversidad y la flexibilidad en sus fórmulas de gestión diferentes de las burocrático-administrativas. Esta realidad ha hecho que, desde sus inicios, proliferasen experiencias de colaboración, en su momento muy innovadoras, pero que, en nuestra opinión, no se evaluaron ni extendieron suficientemente.

Por todo ello, es complejo realizar una clasificación y descripción exhaustivas, aunque lo intentaremos. Separaremos conceptualmente las que afectan a los ámbitos clínicos de las que se orientan a las áreas de soporte y complementarias:

a. Colaboraciones público-privadas en el ámbito clínico

- Las primeras experiencias de colaboraciones público-privadas en el ámbito clínico se dieron en centros de la red pública que, normalmente a causa de su dimensión insuficiente o su lejanía de los grandes nú-

cleos urbanos, junto con la falta de algunos especialistas, no tenían capacidad suficiente para dotarse de determinados servicios clínicos especializados, como por ejemplo la urología, la anestesia o la oftalmología. Así, nacieron **acuerdos entre “empresas de especialistas” como agentes asistenciales** en algunos hospitales comarcales, normalmente, con unos resultados satisfactorios para ambas partes. En los pequeños hospitales de zonas aisladas de Cataluña, es frecuente que algunos de los servicios los lleven a cabo empresas “externas” de profesionales. Una reciente experiencia exitosa es la creación de una cooperativa de médicos pediatras (vinculados al Hospital Sant Joan de Déu de Esplugues), que ha sido contratada por el CatSalut para dar servicio hospitalario y de atención primaria a la comarca de L’Urgell.⁴

- Un grupo específico de estas alianzas son las que afectan a los **servicios clínico-diagnósticos, especialmente el diagnóstico por la imagen**. Así, ya a finales de los años ochenta surgieron diversas empresas privadas de radiología que, normalmente asumiendo la inversión en tecnología, prestaban sus servicios a centros hospitalarios, en algún caso grandes centros universitarios, asegurando tanto la dotación profesional como la tecnológica. CETIR y CRC son dos de las empresas más extendidas en este ámbito. También, en el área de los análisis clínicos, diversos centros públicos “externalizaron” el servicio de laboratorio a entidades privadas que les ofrecían precios competitivos y actualización tecnológica permanente.
- Un tipo innovador y muy interesante de colaboración es la que consiste en la **cogestión de un servicio clínico de diversos centros, tanto públicos como privados**. En este capítulo, cabe destacar el acuerdo entre el Consorci Sanitari de Terrassa, el Hospital General de Catalunya i la Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell para la gestión conjunta de la atención a la Oncología Radioterápica, gracias a la cual, el cerca de un millón de habitantes del Vallès Occidental reciben este servicio. En esta misma línea, podemos destacar el servicio multicéntrico de cirugía torácica, nacido en el Hospital Universitari Mútua de Terrassa, centro de titularidad privada que actualmente presta sus servicios en

diversos hospitales, entre ellos, el Hospital de Sant Pau y el Hospital del Mar de Barcelona. También son interesantes los distintos acuerdos entre el Hospital General de Catalunya y la Corporació Sanitària Parc Taulí sobre servicios de alta complejidad, como la UCI y cirugía vascular.

b. Colaboraciones público-privadas en los ámbitos de soporte y complementario

- Sin duda es en esta área donde más se ha extendido la colaboración público-privada y, especialmente, en la **externalización o el outsourcing** de los servicios de soporte no asistenciales. Así, prácticamente la totalidad de los servicios de limpieza, alimentación, lavandería y seguridad de los centros públicos están externalizados a empresas privadas especializadas. En otras áreas, como el mantenimiento, la logística o las compras, esta práctica está menos extendida. Sin embargo, sigue siendo una asignatura pendiente evitar el sobrecoste fiscal que representan estos contratos, que, debido a las peculiaridades del sector de la salud, no puede ser repercutido en los precios.
- En los últimos tiempos están proliferando alianzas de centros de la red pública con empresas tecnológicas para evolucionar en el **uso y la implantación de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC)** que, sin duda, tendrán un gran protagonismo en el futuro.

El futuro de la CPP en el sector sanitario catalán

Papel de la colaboración público-privada en un escenario de crisis

De la descripción anterior puede desprenderse el importante papel que ha jugado la colaboración público-privada en el sistema sanitario catalán ya desde su creación, a principios de los años ochenta.

El sistema sanitario, así como todo el Estado del bienestar, está actualmente en riesgo. Las causas de ello son bien conocidas: a la crisis económica y financiera del Estado español, más tenaz y persistente que en la mayoría de los países de la Unión Europea, se le unen otros elementos que pueden incrementar el riesgo de involución del sistema público. Esta

⁴ Para una explicación más detallada, véase Reig, M.; Sunyer, R., “Modelo cooperativo y CPP en gestión sanitaria” en este mismo monográfico.

situación de crisis puede generar algunas reformas que incidan en el campo de la CPP, como, por ejemplo, una revisión a la baja de la cartera de servicios del sistema público que podría favorecer un mayor papel para el sector privado, o la aparición de mayores copagos y de financiaciones compartidas público-privadas. Pero en cualquier caso, este escenario hace más necesarias que nunca las fórmulas de gestión que pongan el énfasis en la mejora de la eficiencia y, por tanto, es fácil aventurar que la colaboración público-privada en esa área deberá tener aun un mayor protagonismo en un futuro inmediato.

Sin embargo, la progresiva invasión de la normativa y los criterios burocrático-administrativos en la gestión no ya solo pública, sino también privada, se dirigen en sentido contrario. Este hecho puede lesionar –como de hecho ya está haciendo– los sistemas de prestación de servicios públicos que se han beneficiado de la flexibilidad, la agilidad y, consecuentemente, de la mayor eficiencia de los modelos mixtos como los descritos.

Uno de los modelos de colaboración público-privada que se han descrito anteriormente, las llamadas empresas públicas y consorcios (EPIC), en los que la Generalitat ostenta la mayoría, está actualmente en riesgo de involución, debido a una aplicación extensiva de normativas europeas que son, a nuestro entender, totalmente inadecuadas para la gestión de las empresas sanitarias (que otros países europeos han evitado que les afecten), que restringen su autonomía, burocratizan su funcionamiento y, en definitiva, ponen en riesgo su capacidad de gestión y de superación de las dificultades.

Este modelo se está viendo actualmente atacado desde posiciones muy diversas, dando lugar a paradójicos compañeros de viaje. En un extremo, un sector de la izquierda y del mundo sindical, que asimila el concepto de “público” al de “administración”, y considera como “privatización” cualquier aproximación a la gestión empresarial. Esta visión encuentra unos magníficos aliados en los cuerpos de altos funcionarios, reticentes a este tipo de iniciativas y que siempre han considerado al modelo sanitario catalán como una “huida del derecho” y, a la autonomía de gestión, contraria a la norma y una fuente de irregularidades. A esta visión se han sumado, en los últimos tiempos, algunos “cazadores de titulares” que, con intereses que se antojan cuestionables, pretenden argumentar las

“maldades” del modelo a partir de algunas irregularidades –supuestas o imaginadas–, pasando de la anécdota a la categoría. Por el otro extremo, se han unido a estas críticas algunos sectores liberales ortodoxos, que consideran el concepto “empresa pública” una “contradicción *in terminis*”. Si es “empresa” no puede ser “pública” y, por tanto, la única alternativa al modelo burocrático-administrativista de “lo público” es la privatización absoluta.

En definitiva, si se imponen estas tendencias que, a pesar de situarse en polos opuestos, se orientan en el mismo sentido, el futuro inmediato puede abocarnos a un escenario, en nuestra opinión, nada deseable, en el que desaparezca el sector público empresarial.

En este escenario de riesgo debemos proponer a la Administración y al conjunto del sistema de salud catalán una apuesta clara y firme por políticas e instrumentos de gestión en mayúsculas; como hemos dicho previamente, la colaboración público-privada, en el sentido amplio anteriormente expuesto, ha de ser, sin duda, un exponente claro de esta apuesta.

No cabe duda de que en el futuro inmediato será imprescindible una prestación de servicios clínicos efectivos, útiles y adecuados a la necesidad real, y eficientes, dando un mayor rendimiento a los escasos recursos económicos públicos que la Administración podrá destinarles. La colaboración público-privada ha de conseguir que sobresalgan los elementos diferencialmente positivos de cada uno de sus componentes: la visión social, equitativa y solidaria del primero, con la capacidad técnica, tecnológica y de optimización y rendimiento de los recursos de la segunda.

Propuestas de futuro respecto a la colaboración público-privada en el sistema sanitario catalán

Sobre estas premisas, el futuro de la CPP en el sistema de salud (y en todo el sistema de cobertura pública de las necesidades de la ciudadanía) es, o debería ser, el de un instrumento significativamente trascendente.

En esta línea, nos atrevemos a realizar algunas propuestas que podrían favorecer el desarrollo de este tipo de colaboraciones y, por consiguiente, podrían mejorar la efectividad y la eficiencia del sistema de salud:

Propuestas con respecto a las CPP en el ámbito macro del sistema de salud

1. Consolidación y ampliación del papel del sector privado en la XSUP

Más que la entrada de empresas del sector privado y/o de capital riesgo (que evidentemente no descartamos y que entendemos como interesante), creemos básico potenciar y mantener el papel que el sector privado sin ánimo de lucro ha jugado, secularmente, en la prestación de servicios asistenciales. Es imprescindible proteger y potenciar estas entidades, normalmente fundaciones, y evitar –con la contundencia necesaria– la indisimulada invasión del sector burocrático de la Administración pública sobre ellas, hecho que ya hoy está perjudicando notablemente su papel y la propia eficiencia del sistema.

Asimismo, parece aconsejable profundizar en la contratación de determinados servicios a entidades privadas, siempre que se demuestre la necesidad y unos resultados óptimos.

2. Transformación del sector de centros públicos, buscando modelos de CPP que mantengan la titularidad y permitan la gestión “privada”

En la misma línea, los centros de titularidad pública, tanto los gestionados por el ICS como el resto (empresas públicas y consorcios), deben sufrir las transformaciones necesarias para asimilarse progresivamente a los modelos de gestión no burocráticos que ya se han demostrado más efectivos y eficientes. En ese sentido, aplaudimos los cambios que se están produciendo en la gestión de los centros del ICS, tendentes a dotarlos progresivamente de mayor autonomía, flexibilidad y capacidad de gestión.

3. Utilización decidida de modelos de concesión para la construcción y la gestión de centros sanitarios

En el futuro, las fórmulas de CPP deberían ser las que hicieran posible la construcción de nuevos centros para los que difícilmente la Administración pública podrá destinar suficientes recursos.

4. Promoción de alianzas territoriales de centros de distintas titularidades, facilitándolas e incentivándolas con sistemas de asignación de recursos territorial *capitativa*

Uno de los elementos trascendentes será, sin duda, las alianzas territoriales para la continuidad de la atención. Profundizar en sistemas de asignación capitativa reales será, sin duda, un elemento fundamental

para que estas CPP territoriales se lleven a cabo, así como la puesta en marcha de otros sistemas de pago que incentiven la cooperación entre niveles.

Propuestas con respecto a las CPP en el ámbito micro de la gestión de los centros sanitarios:

1. Promoción y evaluación de las experiencias de CPP asistenciales

La gran diversidad de experiencias nos permite aconsejar su estudio y evaluación para demostrar, de forma objetiva, sus aportaciones y beneficios. Posiblemente, el escenario que nos abren las nuevas tecnologías provocará la necesidad de reinventar tanto las colaboraciones asistenciales como la propia atención sanitaria.

2. Adaptación de las normas y los sistemas de planificación y asignación de recursos a la realidad de las alianzas y la cogestión de servicios multicéntricos

La actual restricción de recursos, que previsiblemente se mantendrá en los próximos años, unida a criterios más estrictos de planificación sanitaria –fundamentalmente, los referentes a actividades de alta complejidad–, aconsejará la promoción de alianzas y fusiones, así como el desarrollo de servicios multicéntricos. En todos ellos, las CPP deberían jugar un papel protagonista.

3. Promoción de plataformas e iniciativas de encuentro del sector de la salud con empresas de otros sectores (tecnológicas, especialmente TIC, farmacéuticas, industriales, etc.)

Seguramente, una de las asignaturas pendientes de nuestro modelo es la apertura a otros sectores económicos y empresariales, de la que pueden obtenerse claros beneficios para ambas partes, especialmente en el campo de la investigación y la innovación. Éste es, en nuestra opinión, uno de los retos futuros, sin la consecución del cual será difícil una adecuada evolución del sistema de la salud en Cataluña.

La necesidad de consenso sobre el modelo de atención a la salud

Las grandes reformas sociales en Europa siempre han sido fruto de grandes acuerdos políticos. En estos momentos de riesgo para el Estado del

bienestar, es imprescindible recuperar el acuerdo que permitió la creación del modelo, que, a la larga, ha alcanzado excelentes resultados. Este consenso no debería ser inalcanzable. El dilema no es la elección entre “estado o mercado”, sino de qué tipo de estado nos dotamos para conseguir esos objetivos.

En toda Europa existe un amplio acuerdo social respecto a que el sistema debe seguir financiando las prestaciones sanitarias mediante impuestos o cotizaciones sociales. El dilema real es, por tanto, si los centros que han de prestar los servicios sanitarios públicos han de ser parte de la Administración y seguir su modelo de administración burocrática, o si deben ser centros concertados de titularidad pública o privada. En Cataluña, esta disyuntiva ya se resolvió hace casi 30 años, optándose por un modelo mixto, con un amplio papel para la CPP. Ahora más que nunca los diferentes agentes y, en especial, el ámbito político, deberían ser capaces de recuperar este consenso y posibilitar la consolidación y la extensión de un modelo que en las últimas décadas ya se ha demostrado eficaz.

CENTROS DE LA XHUP Y ÁREAS BÁSICAS DE SALUD SEGÚN SU TITULARIDAD

1. MACROCOLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA

a. Red de centros privados de utilización pública

- Centros privados de la XHUP (red hospitalaria de utilización pública)
- Fórmulas de gestión pública alternativas al modelo administrativo
- Cesión de gestión de centros de titularidad pública
- Entidades de base asociativa (EBA)
- Centros privados con contratos de actividad complementaria pública

b. Modelos de concesión administrativa

- Concesiones con gestión clínica (modelo Alzira)
- Concesiones sin gestión clínica (modelo Comunidad de Madrid)

c. Alianzas para la integración territorial de centros públicos y privados

2. COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN LA MICROGESTIÓN

a. Colaboraciones público-privadas en el ámbito clínico

b. Colaboraciones público-privadas en los ámbitos de soporte y complementario

7. Ámbitos de colaboración entre la sanidad pública y la sanidad privada

María Cordón¹ y Xavier Mate²

Introducción

Los ciudadanos esperamos de los administradores de la red pública (políticos, gestores, planificadores) que den respuesta a nuestras necesidades y expectativas, así como que respeten nuestras elecciones como ciudadanos libres, en relación a cómo deseamos verlas satisfechas, todo ello, al margen de titularidades jurídicas, en un ámbito de colaboración transparente y en beneficio de todos.

El sistema sanitario catalán ha sido líder o pionero en múltiples ocasiones, desarrollando un modelo que intentaba aunar lo mejor de los diversos sistemas disponibles: planificación de la provisión para potenciar la estabilidad de la población en el territorio, equidad, refuerzo y colaboración de la iniciativa privada en la provisión pública, y una teórica eficiencia en la gestión de los recursos superior a los modelos establecidos clásicos, todo ello, dentro de un concepto sanitario que ha impulsado un alto nivel de salud en la población y que debería ser natural objeto de preservación.

No obstante, la definición de un modelo teórico inicialmente novedoso no ha asegurado un desarrollo del mismo de manera idónea a lo largo del

¹ Consejera delegada de la Fundación Quirón. Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza. Máster en Administración de Empresas por el Instituto de Empresa de Madrid. Es ponente habitual en conferencias y congresos del sector sanitario y económico, y pertenece a múltiples organismos, como la Comisión de Empresas del Sector de la Salud de la Cámara de Comercio de Barcelona, el Consejo Asesor de la IE University Advisory Board, de la ACG Spain Association for Corporate Growth Spain, de la *International Women's Forum IWF-España* o de la Comisión Ejecutiva del Círculo de Emprendedores IE. Desde el año 1996 ocupa el cargo de consejera delegada del Grupo Hospitalario Quirón.

² Desde 2007 es director general de Capió Hospital General de Catalunya y, desde 2011, también del Hospital Universitari Sagrat Cor y de la Clínica del Vallès. Secretario general de la Unió Catalana d'Hospitals, y vocal presidente del sector de servicios diagnósticos, terapéuticos y clínicas de la Unió Catalana d'Hospitals. Anteriormente, ha sido coordinador de la Comisión de Directores Médicos en el Consorci Hospitalari de Catalunya (2004 – 2007) y director gerente del Hospital de Sant Celoni (2002 – 2007). Licenciado en Medicina y Máster en Gestión Sanitaria y Recursos Sanitarios por la Universitat de Barcelona.

tiempo, ya que, entre otros elementos, una tendencia hacia la excesiva politización de los órganos de gobierno institucionales ha originado en muchas ocasiones una pérdida del criterio de eficiencia en las decisiones. La crisis, asimismo, ha hecho más evidente la inexistencia de competencia real, creando una distribución de recursos que, si bien eficaz, no ha sido suficientemente eficiente, y está en riesgo de insostenibilidad. La separación entre financiación y provisión se ha desdibujado en un entorno de planificación no definida. El modelo catalán aboga por implantar “modelos de gestión” en las instituciones, pero, según su dependencia de la actividad financiada públicamente, han actuado *de facto* en régimen de monopolio local, por lo que no han interiorizado o relajado las teóricas virtudes de la competencia y el riesgo empresarial.

Desde una visión teórica y academicista, podemos deducir que las empresas (de cualquier sector) que mejor funcionan comparten el factor común de una serie de herramientas de gestión (los denominados frecuentemente desde la Administración pública como “modelos de gestión empresarial”), por lo que parecería inicialmente deseable que fuesen aplicadas a otras organizaciones.

Desgraciadamente, el hábito no hace al monje, y la mera implantación “por decreto” de una estructura de gestión no provee de sus virtudes prácticas, ya que estos modelos son la respuesta (probablemente adaptativa y necesaria) de un propietario (o unos propietarios) ante la exigente competencia del mercado y la asunción de riesgos económicos-patrimoniales.

Cuando una institución no compite y no arriesga (en este caso, no se puede separar una cosa de la otra), sus órganos de gobierno no juegan con reglas empresariales reales, no tienen suficientemente claro o no representan correctamente su papel, por lo cual los “modelos de gestión empresarial” van convirtiéndose en una mera formalidad legal, en un “hábito de monje” que se ve adornado adicionalmente por los “aditamentos” de la gestión estatal, con sus interventores, controles administrativos, superestructuras, etc., y la posibilidad de influencia política.

En estos momentos de restricciones económicas, con un aumento de las necesidades, dada la mayor expectativa de vida y lógicamente una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, hace necesaria una redefinición del modelo con orgullo de pasado pero sin nostalgia y sin miedo ante las necesidades de cambio.

Para poder encarar esta nueva etapa –difícil y desafiante en igual medida–, es necesario aunar a todos los protagonistas y especialistas, sin excepción, de este apasionante y frecuentemente enrevesado mundo sanitario.

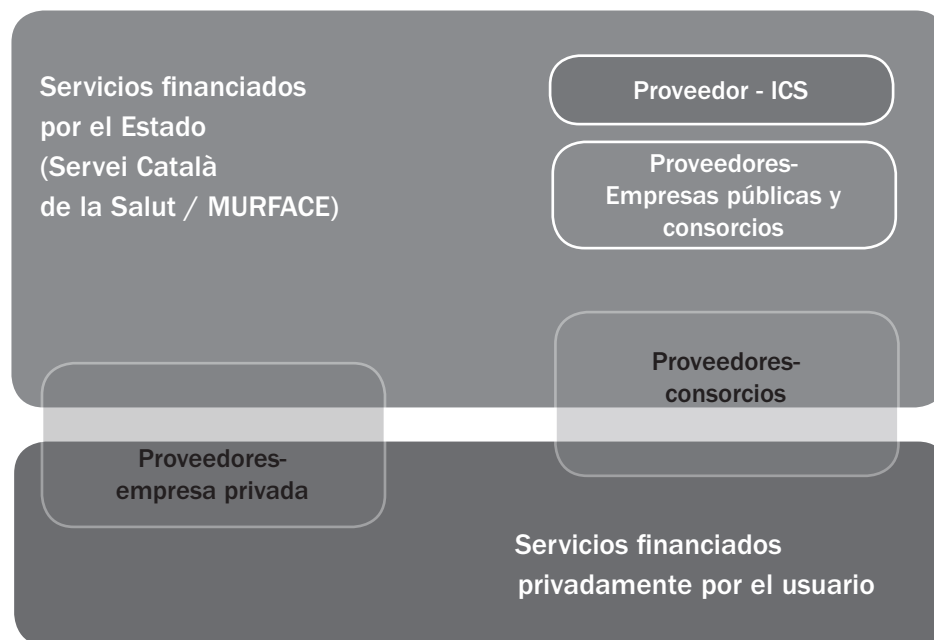
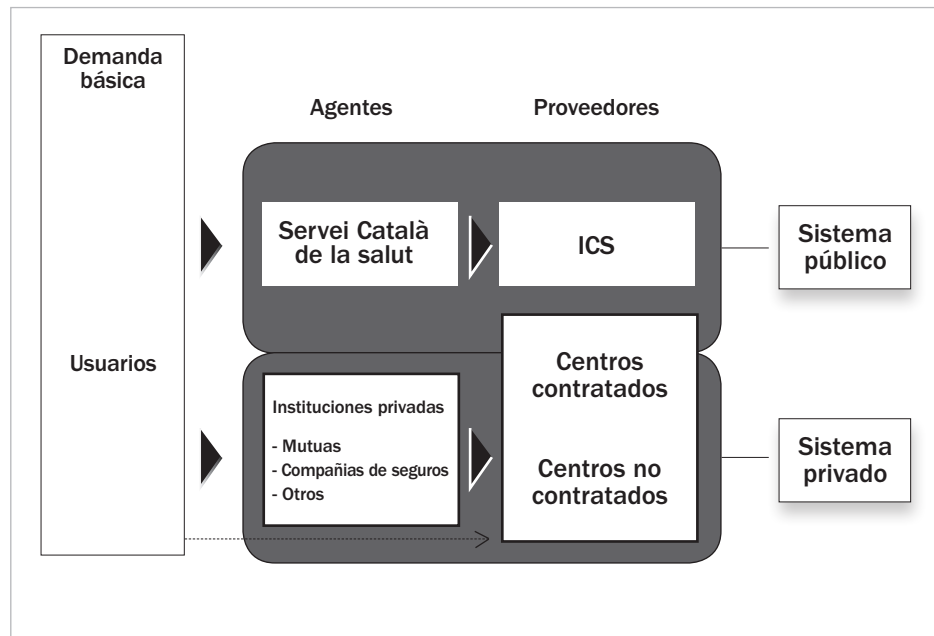
Los ciudadanos utilizan cada día una innumerable cantidad de servicios sin, en muchas ocasiones, tener claro (ni necesitan tenerlo) la propiedad o la fórmula jurídica que se encuentra detrás de ese servicio público. Los ciudadanos buscan gestiones profesionales, especializadas en el sector al que acuden, en un entorno de reglas del juego claras, conocidas y transparentes y que les benefician, mediante su eficiencia, para poder conseguir más servicios o mantener los que tienen, asegurando su sostenibilidad.

Llegados a este punto deberíamos reflexionar sobre los posibles ámbitos de colaboración entre la sanidad de propiedad privada y de propiedad pública.

No podemos olvidar que, en la actualidad, existen empresas privadas (en concreto, fundaciones privadas) que tienen su origen en una voluntad particular de realizar una misión social con unos valores y unos objetivos fundacionales (en su momento denominados de “beneficencia”), muy vinculados a la sociedad civil y a instituciones de ámbito religioso, aun cuando estos objetivos hayan podido relajarse ante un escenario de crecimiento de provisión pública en un entorno económicamente expansivo. Esta relajación ha sido causada, probablemente, por la falta de exigencia de responsabilidad patrimonial ante resultados negativos, así como por la transferencia del déficit económico hacia el Estado mediante contratos marco, a través de la tarifa concertada.

Ámbitos de colaboración

Antes de definir los ámbitos de colaboración, es necesario tener claros los participantes y las posibles variables, dado que de esta realidad surgen las diferentes opciones de colaboración.



- Existen proveedores sanitarios de propiedad pública que ofrecen provisión exclusivamente al sistema público y cuyo agente es el Servei Català de la Salut o un agente público.
- Existen proveedores sanitarios de propiedad y/o control mayoritariamente público (consorcios) que ofrecen provisión exclusivamente al agente público.
- Existen proveedores privados (*profit o non profit*) contratados de forma variable por agentes privados (mutuas, compañías de seguros y otros) y por agentes públicos (aseguradora pública). En los dos extremos de esta combinación encontramos, por un lado, a los centros que consideramos coloquialmente públicos –pues, al margen de su titularidad, ofrecen mayoritariamente provisión al agente público–, y, por el otro, a los centros privados, que ofrecen mayoritariamente provisión a los agentes privados.
- Para hacerlo más complejo, tenemos dos formas de relacionarse o dos instrumentos por parte del agente público con respecto a los proveedores privados: contratación estable con un área de referencia para la provisión, o bien mediante concursos de soporte complementario a la contratación estable.

Podemos intuir, así pues, la complejidad de un modelo que se ha ido definiendo durante los últimos años, que parte de un histórico determinado, con un número bastante estable de posibles proveedores, con áreas definidas y con un modelo de oferta de servicios creciente, dado que el beneficio social ha sido el principal motor de las ideas.

Podríamos considerar que, con respecto a su titularidad, podemos clasificar los centros en:

- Públicos
- Mayoritariamente públicos
- Privados *non profit*
- Privados *profit*

Para dar servicio a financiadores privados o clientes particulares y al financiador público a través de su aseguramiento público universal y gratuito.

De estas variables y su combinación pueden surgir los siguientes ámbitos de colaboración en función de la misión y las voluntades de los órganos de gobierno de cada institución, al margen de su titularidad:

- Ofrecer servicio exclusivamente a la aseguradora pública
- Ofrecer servicio exclusivamente a aseguradoras privadas y/o particulares directamente
- Ofrecer mayoritariamente servicio a la aseguradora pública y, en menor porcentaje, a aseguradoras privadas y/o particulares directamente
- Ofrecer mayoritariamente servicio a aseguradoras privadas y/o particulares directamente y, en menor porcentaje, a la aseguradora pública de forma coyuntural
- Ofrecer mayoritariamente servicio a aseguradoras privadas y/o particulares directamente, y, en menor porcentaje, a la aseguradora pública de forma estable en el tiempo y con un papel definido

Ahora analizaremos cada una de estas posibilidades en función de la propiedad y los instrumentos necesarios para hacerlas posibles, de forma que los órganos de gobierno de las instituciones puedan optar a ellas.

Ofrecer servicios exclusivamente a la aseguradora pública

Este es, tal vez, el arquetipo de la sanidad pública. Esta fórmula ha sido clásicamente desarrollada por las empresas o las instituciones de titularidad pública o mayoritariamente pública, si bien comienzan a existir en otras comunidades experiencias en las que la propiedad privada contribuye a la construcción, a la inversión tecnológica, a la gestión de las unidades de soporte o a la provisión asistencial, existiendo un gradiente de posibilidades al respecto, sin por ello dejar de ser una provisión exclusivamente para el agente público (financiador asegurador).

Estas fórmulas de colaboración público-privada (una entidad privada para realizar una provisión pública) han de garantizar la estabilidad en el tiempo, una mayor eficiencia de la provisión del servicio, un recambio y una actualización de la tecnología, generando un riesgo compartido entre la administración y la entidad privada, con un modelo transparente que busca soluciones a favor de la ciudadanía.

Salvando las distancias, podemos analizar experiencias ya existentes, como las oficinas de farmacia, un agente privado actuando como estructura de concesión administrativa (si bien a revisar, entre otras cosas, el ámbito de limitación de competencia que supone) o recordar que las empresas constructoras construyen edificios públicos y autopistas sin que el Estado tenga en su “nómina” ese tipo de servicios.

Aquí encaja el papel subsidiario del Estado con respecto a las necesidades de los ciudadanos. El Estado se reserva el papel de garantizar el servicio, financiándolo total o parcialmente, sin necesitar ser el prestador obligatoriamente.

Ofrecer servicios exclusivamente a aseguradoras privadas y/o particulares

Este es, tal vez, el arquetipo de la sanidad privada. Una empresa privada cuyo órgano de gobierno decide que su actividad se centrará en dar servicios a agentes privados y/o clientes particulares, asumiendo su propio riesgo y definición de negocio en este escenario de potenciales clientes.

¿Cuál es, entonces, la visión de colaboración público-privada en esta variante?

Si entendemos la prestación de servicios de salud a una población como un derecho universal a garantizar por el Estado, sin limitación de cobertura –que es el modelo actual en nuestro país–, cuando un paciente o cliente decide contratar una aseguradora o pagar directamente un servicio, está decidiendo libremente una opción. Una opción compartida por, aproximadamente, un 25% de la población catalana, que busca un valor añadido diferencial (accesibilidad, libre elección de profesional, tecnologías y procedimientos específicos, excelencia de trato y confort) que podría ser entendido como un copago voluntario, dado que, como ciudadano, entiende que desea tener un mayor grado de libertad en la prestación del mismo, y opta por un pago complementario para poderlo obtener de la forma que él escoja.

Su decisión permite –como efecto secundario positivo y no buscado por el ciudadano, pero conocido por el Estado y, en determinados momentos, incentivado fiscalmente–, no sobrecargar o descongestionar en mayor medida al agente público, y permite el desarrollo de un sector empresarial que aporta puestos de trabajo, *know-how*, motor económico a proveedores, innovación, imagen de país y riqueza al entorno, así como colaboración en la cohesión social.

Dado que en este escenario existe beneficio mutuo, es necesaria una complicidad, tanto del Estado como de las empresas, que permita clarificar escenarios en el tiempo y en el servicio para poder realizar proyectos estables y sólidos. La complicidad la podemos expresar en forma de conocimiento o de trabajo conjunto con respecto al plan de realización de infraestructuras de un área con un escenario temporal claro, así como una explícita definición de la cartera de servicios, conociendo lo que es una cartera de servicios garantizada y lo que es una cartera de servicios suplementaria sobre la que poder edificar un proyecto de valor añadido o diferencial en el servicio. Sobre este último concepto ampliaremos el foco más adelante, añadiendo la posibilidad de colaborar en el propio aseguramiento, sin alterar la financiación pública.

Ofrecer mayoritariamente servicio a la aseguradora pública y, en menor porcentaje, a aseguradoras privadas y/o particulares

Si partimos de la titularidad privada (con las precisiones conceptuales de dónde ubicar a las instituciones de teórica titularidad privada, pero que mantienen una mayoría accionarial o de control por parte de las administraciones públicas, como sucede en las empresas públicas y muchos consorcios), la situación puede ser clara solamente condicionada si se encuentra previamente dentro del sistema de utilización pública o no.

Si se trata de una organización privada en funcionamiento dentro del sistema, está implícito que el órgano de gobierno de la entidad decidió en su momento ofrecer servicios al agente público sin perder su concepto fundacional y sus orígenes. Es necesario definir unas condiciones de funcionamiento que permitan:

- Asegurar que el contrato del agente público cumple con lo acordado en todos sus términos, en situación equitativa con respecto a los prestadores de carácter público.
- Un flujo y un acceso diferenciados.
- Una clara comunicación al usuario por parte del centro, validada por el Departamento de Salud, que es quien supervisará la situación, lo cual implicará sanciones e incluso la pérdida del concierto.
- Un reglamento para los profesionales.

- La libre competencia en el entorno.
- Una política de inversiones al margen de la financiación de la actividad que permita imputar el coste de la inversión, su amortización y la infraestructura sobre la tarifa que se repercutirá al cliente o a la aseguradora privada, consiguiendo tarifas de mercado como cualquier otro proveedor.

No podemos obviar la dificultad que supone esta situación, pues exige unas condiciones claras de funcionamiento y transparencia que se deberían construir sobre un histórico determinado en curso y que se deben afrontar para poder ofrecer esta situación mixta, dado que existen beneficios para el sistema permitiendo una menor financiación con fondos públicos. Las experiencias desarrolladas hasta la fecha han generado malestar entre los prestadores privados que no tienen actividad pública, ya que la percepción es que buena parte de estos prestadores actúan *de facto* como una estructura soportada por los presupuestos del Estado, sin incurrir en riesgo empresarial real y, por tanto, compitiendo deslealmente.

Si se trata de una entidad privada que quiere acceder *ex novo* a ofrecer mayoritariamente su servicio a la aseguradora pública, habría que definir las formas o condiciones para realizar este paso.

Podríamos considerar necesario y, por tanto, que fuera una decisión a afrontar por el órgano de gobierno:

- Garantizar la coherencia con la planificación territorial de la provisión del servicio.
- Tener un escenario de estabilidad que permita asumir riesgos empresariales con instrumentos que se adapten a esta realidad.
- Participar del sistema plenamente asumiendo sus exigencias:
 - Acreditación
 - Historia clínica compartida
 - Transparencia de cuentas (auditorías)
 - Asunción de un convenio si no existen propios
 - Objetivos anuales
 - Sistema de tarifas y condiciones variables implantadas por la aseguradora pública en función de la variable país

Ofrecer mayoritariamente servicio a aseguradoras privadas y, en menor porcentaje, a la aseguradora pública, de forma coyuntural

Estamos pensando en una empresa privada cuyo órgano de gobierno tiene la voluntad estable de ofrecer servicios a aseguradoras privadas, si bien le parece adecuado, en determinados períodos de tiempo, ofrecer su capacidad a la actividad financiada y asegurada por el Estado.

Se trata, sin duda, de una colaboración público-privada, dado que, ante puntas de actividad o en determinados servicios, algunas entidades privadas pueden colaborar de forma coyuntural por un corto período de tiempo. Si bien es necesario definir las normas de juego, éstas han de ser flexibles y han de adaptarse en función de cada necesidad y servicio. Podríamos definirlo como un papel de ayuda, renovable cada año en función de las necesidades del agente público y de las posibilidades del proveedor privado.

Las variables clave a definir podrían ser las siguientes:

- Acreditación del centro como centro sanitario.
- Una tarifa adecuada al momento y al servicio, pactada.
- Agilidad, pues es una necesidad concreta, en tiempo y forma.

Es una colaboración público-privada que permite solucionar situaciones sin planificación y sin compromisos de futuro, y que evita las limitaciones de infraestructura o las rigideces en la tipología de contratación de los profesionales. En resumen, se trata de una colaboración centrada en una necesidad concreta del usuario, en tiempo y forma, que se resuelve con la ayuda de centros de titularidad privada que están dispuestos a colaborar, sin mayores compromisos en el tiempo.

Ofrecer mayoritariamente servicio a aseguradoras privadas y, en menor porcentaje, a la aseguradora pública, de forma estable en el tiempo y con un papel definido

Estamos pensando en un centro de titularidad privada que quiere llegar a un acuerdo estable con la Administración para dar salida a una necesidad estable que tiene la Administración en un entorno determinado y para una cartera de servicios determinada.

Esta colaboración público-privada permite, mediante un concurso público, establecer un acuerdo estable en el tiempo, que permita dar salida a unas necesidades definidas y estables en el tiempo, de forma que se puedan asumir riesgos de tecnología y conocimiento, coordinados en un entorno determinado de planificación que ha de ser respetado, dado que forma parte del sistema.

Los requerimientos deberían ser similares a los planteados para los centros privados del grupo: “Ofrecer mayoritariamente servicio a la aseguradora pública y, en menor porcentaje, a las aseguradoras privadas y/o particulares.”

Al margen de las fórmulas expresadas anteriormente, las situaciones, las sinergias y las oportunidades de colaboración se articulan en torno a una realidad asistencial compartida, en entornos de proximidad.

Estas situaciones, sustentadas en alianzas estratégicas y en las ganas de los equipos directivos, permiten establecer proyectos conjuntos para dar respuesta a necesidades, para poder ofrecer proyectos asistenciales atractivos para sus profesionales, y con el objetivo de proporcionar mayor seguridad y eficiencia por volumen y masa crítica. Nos referimos a equipos de especialistas que operan de forma conjunta en hospitales, al margen de su titularidad. Un potencial crecimiento y desarrollo de estas dinámicas, especialmente si se requiere la inversión tecnológica, obligará a valorar y a preservar la libre competencia y la correcta definición de las tarifas, respetando el origen de las inversiones, así como enmarcarlo en planteamientos territoriales de planificación y/o en proyectos de especialización, mediante una oferta de servicios más explícita. Si bien estas fórmulas buscan, en esencia, un beneficio para el paciente y para los profesionales, deben enmarcarse siempre dentro de contextos de legitimidad jurídica.

Otras posibilidades

Fuera de la categorización previa, si incluyésemos en la ecuación a resolver no solo la financiación y la titularidad de la prestación, sino también la función de aseguramiento, podría desarrollarse como solución un modelo de colaboración público-privada más amplia, que eliminaría la situación de “doble cobertura”, la cual, entre otras cosas, limita la capacidad de

crecimiento y la rentabilidad de las empresas privadas en el aseguramiento y la prestación de un servicio.

La posibilidad de definir una cartera de servicios por tramos permitiría definir un aseguramiento obligatorio y carteras de servicios, que posibilitarían que el usuario optará por el seguro privado o pudiera elegir libremente.

Pero el modelo de atención de salud del Estado se plantea como un aseguramiento obligatorio de una cartera amplia, aunque limitada, de servicios, garantizada por los presupuestos del Estado y financiada mediante un “cheque sanitario”, afiliándose libremente:

- A la aseguradora pública, que a su vez pueden contratar servicios a empresas públicas o privadas.
- A aseguradoras privadas (con las garantías patrimoniales adecuadas) que pueden contratar servicios a empresas privadas o públicas, indistintamente.

Adicionalmente, cada aseguradora, en libre competencia, podrá plantear hipotéticamente su propio sistema de “copago”, etc., así como la existencia de un mercado en competencia por los servicios no incluidos en la cartera obligatoria.

Conclusiones

La colaboración pública-privada es innata al modelo catalán de provisión de servicios de salud y, como efecto colateral, también ha descargado al Estado de una buena parte de su coste, al generar un alto nivel de doble cobertura.

La entidad jurídica privada con o sin ánimo de lucro en el entorno sanitario es una palanca que permite desbloquear situaciones y que puede constituir un revulsivo en el momento actual, si bien ha de formar parte del sistema, de forma clara e implicada, en beneficio de los usuarios.

La experiencia previa, donde posiblemente ha primado la politización excesiva sobre la eficiencia, hasta colocar el sistema en una posición muy delicada, nos indica que la iniciativa privada ha de colaborar y asumir un papel más decidido, sin que la prestación pública altere el mercado ni el usuario se sienta amenazado.

La colaboración público-privada debería ser una membrana permeable que permitiera el flujo en ambas direcciones, y el miedo de las partes o una práctica mal entendida de la política o del papel de la Administración pública no pueden convertirse en una barrera infranqueable.

Los temores de las partes se han de salvar con unas nuevas reglas de juego. Unas reglas de juego que preserven la libre competencia, eviten la histórica y frecuente contaminación de la inversión en la tarifa e impulsen la posibilidad de que participen más proveedores en el sistema para fomentar la competencia, en beneficio del usuario.

Hemos señalado la posibilidad de que entren agentes aseguradores privados en las garantías del Estado a los ciudadanos, que abran realmente el mercado, sin afectar la consideración de servicio público, total o parcialmente gratuito según una decisión política.

Para captar inversiones y desarrollar planes de negocio, se ha de favorecer la estabilidad del modelo y de los compromisos en el tiempo, para poder disminuir costes y aumentar la eficiencia de un sistema sanitario en el que caben todos los actores, que ya es eficaz pero que requiere ser repensado/actualizado ante el nuevo entorno, sin demagogia, en beneficio de todos los ciudadanos.

8. Infraestructuras, equipamientos y concesiones administrativas. ¿Qué papel ha de tener el sector público de salud?

Miquel Arrufat Vila¹

Introducción

Muchas ideas fracasan por falta de una planificación adecuada y, aun consiguiendo concretarla, no prosperan sin una buena ejecución. La motivación que inspira todo proyecto se convierte en desesperación cuando, pese a haber diseñado toda una metodología compleja para garantizar su éxito, no se consiguen llevar a cabo las acciones que se planificaron en el mismo.

A lo largo de este artículo, veremos cómo muchas de las experiencias de proyectos de financiación de infraestructuras públicas a través de sistemas de colaboración público-privada, a pesar de las ventajas que aportan, se impulsaron única y exclusivamente para situar fuera de las cuentas del sector público los endeudamientos que generaban. El uso de este tipo de proyectos, a veces indiscriminado y sin una justificación ni una planificación adecuadas, ha hecho que incluso aquellos gobiernos que fueron pioneros y los impulsaron de forma más decidida estén ahora replanteando los modelos y las metodologías para su consecución.

Los proyectos de colaboración público-privada pretenden evidenciar las ventajas que aporta la cooperación entre las administraciones públicas y el mundo empresarial para garantizar la financiación, la construcción, la renovación, la gestión o el mantenimiento de una infraestructura o la prestación de un servicio.²

¹ Gerente del Consorcio Sanitario Integral. También es vocal de la Central de Balances del Servei Català de la Salut y miembro del Comité Permanente de la Comisión de Economía de la Salud del Col·legi d'Economistes de Catalunya, así como coordinador de la Comisión Económica del Consorci de Salut i Social de Catalunya.

² Esta definición es la que figura en el *Libro verde sobre la colaboración público-privada y el derecho comunitario en materia de contratación pública y concesiones*, de la Comisión de las Comunidades Europeas COM (2004).

Todos estos proyectos suelen caracterizarse por una relación contractual que pretende regular una cooperación de larga duración, y también por la aportación de una financiación de cuantía relevante por parte del sector privado, que puede ser complementada por el sector público, por una definición clara de los roles asignados tanto al sector público (generalmente, los relacionados con la definición de los objetivos de interés público, calidad de los servicios que se contratan, política de precios y control del cumplimiento de los objetivos propuestos) como al sector privado (que pueden concretarse, según las modalidades, en actividades de diseño, realización, ejecución y financiación) y, finalmente, por un reparto preciso de los riesgos en función de las capacidades respectivas para evaluarlos, controlarlos y gestionarlos.

Las iniciativas de colaboración público-privada han experimentado, en las dos últimas décadas, un crecimiento exponencial en Europa, con el claro objetivo, por parte de los diferentes gobiernos, de conseguir renovar y ampliar de forma rápida las infraestructuras existentes y así mejorar la competitividad, fomentar la atracción de capitales, evitar la deslocalización de empresas y actividades económicas, favorecer incrementos de productividad y facilitar el crecimiento económico, mejorando la calidad de vida de los ciudadanos.

Para lograr con rapidez la renovación y la ampliación de las infraestructuras, era preciso solventar las limitaciones financieras y presupuestarias del sector público consiguiendo canalizar importantes cantidades de recursos financieros complementarios procedentes del sector privado sin que ello afectara las restricciones exigidas para garantizar la solvencia del sistema económico.

De entre las infraestructuras que se han llevado a cabo a través de estos proyectos de colaboración público-privada, destacan las que se concretan en el ámbito de la salud: la construcción y el equipamiento de hospitales, centros de atención primaria o centros de rehabilitación, entre otros.

A lo largo de este artículo, nos centraremos en dos tipos bien diferenciados de proyectos de colaboración público-privada en el ámbito de la salud, relacionados con la puesta en marcha de infraestructuras:

1. Aquellos que no comportan la prestación de servicios asistenciales (sanitarios) por parte de la empresa privada (como las iniciativas de financiación privada PFI del Reino Unido, a las cuales dedicaremos un amplio

apartado en este artículo, puesto que constituyen el referente y la base sobre los que se han inspirado (con mayor o menor fortuna) el resto de las experiencias similares que se han llevado a cabo en prácticamente todos los países europeos.

2. Aquellos proyectos de colaboración público-privada que prevén la prestación de servicios asistenciales. A mi entender, si se proyectan y se ejecutan adecuadamente, lo cual no ocurre en la mayoría de los casos, son los únicos en que existe una verdadera transmisión de riesgos para la entidad privada que los debe llevar a cabo, hecho que permite que no figuren en el endeudamiento de las administraciones públicas impulsoras.

El Tratado de Maastricht estableció el compromiso ineludible,³ para la consecución de la Unión Monetaria de los diferentes Estados miembros de la Unión Europea, de que el cociente entre el déficit público y el producto interior bruto a precios de mercado de cada país miembro no superara el 3% y que la deuda pública sobre la misma magnitud no fuera superior al 60%. Por tanto, se estaba limitando la capacidad de generar déficit público y, además, se establecía un techo de endeudamiento de las administraciones públicas.

Los elevados volúmenes de inversión que conllevan la promoción y la realización de infraestructuras requieren contar con una financiación suficiente, la cual, si no se dimensiona adecuadamente, podría poner en peligro la consecución de los objetivos de déficit público.

Los proyectos de colaboración público-privada permitirían conseguir limitar los efectos negativos sobre el déficit público y la estabilidad, así como el mantenimiento de los niveles adecuados de endeudamiento.

Proyectos de colaboración público-privada que no comportan prestación de servicios asistenciales por parte de la empresa privada

Como hemos dicho anteriormente, el Reino Unido fue el pionero en el impulso de proyectos que comportaban asociaciones entre el sector público y el privado (*public-private partnerships*, PPP) para el diseño, la construcción,

³ Artículo 104C del Tratado de la Unión Europea (Maastricht), DOCE, n.º C 191, de 29 de julio de 1992.

la operación y la financiación⁴ de infraestructuras públicas y la provisión de servicios a través de las iniciativas de financiación privada.

Estas iniciativas, que se conocen bajo las siglas PFI (*private finance initiative*), se empezaron a implementar en el Reino Unido para la construcción de autopistas durante el Gobierno de John Major en 1992⁵ y ya desde el principio fueron objeto de controversias, sobre todo por parte de los sindicatos y la oposición laborista, aunque esta última posteriormente también contribuyó a desarrollarlas, puesto que durante los gobiernos laboristas de Tony Blair y de Gordon Brown (1997-2010) se formalizaron la mayoría⁶ de las iniciativas PFI que todavía están en vigor.

Gracias a la absoluta transparencia, propia de los países anglosajones, es posible disponer, a través de la información publicada por HM Treasury,⁷ de toda la información debidamente clasificada de las diferentes iniciativas de financiación privada que se han ido formalizando en el Reino Unido desde el primer caso, que se concretó en 1992. De esta forma, hemos podido elaborar una tabla,⁸ a partir de los datos disponibles, en la cual se relacionan, por procedencia y ámbito, todas las iniciativas de financiación privada (PFI) —y no exclusivamente las del ámbito de la salud—, que han sido formalizadas hasta marzo de 2011 (la base de datos se actualiza cada primavera):

DEPARTAMENTO/ MINISTERIO	Nº de Iniciativas	Promedio de Años	Inversión (M libras)	Pagos 2011 (M libras)	Pagos 2012 (M libras)	% NV/Tot.	% Nº PFI / Tot.
Department of Health	116	30,08	11.931,79	1.523,60	1.643,07	21,99%	16,29%
Ministry of Defence	46	23,15	9.064,27	1.576,62	1.668,59	16,71%	6,46%
Department for Education	165	25,99	7.925,35	865,36	970,77	14,61%	23,17%
Department for Transport	62	25,90	7.052,56	1.099,39	1.179,89	13,00%	8,71%
Scottish Government	84	27,78	5.703,80	860,09	900,24	10,51%	11,80%
Dep. for Environment, Food and Rural Affairs	27	25,56	3.688,62	563,12	611,03	6,80%	3,79%
Dep. for Communities and Local Government	65	24,63	2.202,54	264,55	285,52	4,06%	9,13%
Northern Ireland Executive	38	22,03	1.816,91	201,55	191,99	3,35%	5,23%
Dep. for Work and Pensions	4	22,50	1.085,70	564,79	580,13	2,00%	0,56%
Home Office	25	27,12	848,18	123,86	128,15	1,56%	3,51%
Ministry of Justice	23	23,70	798,60	357,52	395,69	1,47%	3,23%
HM Revenue and Customs	8	20,88	622,00	263,62	267,29	1,15%	1,12%
Welsh Assembly	24	27,48	543,85	89,56	91,00	1,00%	3,37%
GCHQ	1	30,00	331,00	70,80	72,40	0,61%	0,14%
Dep. for Culture, Media and Sport	16	28,13	307,91	30,30	37,21	0,57%	2,25%
HM Treasury	1	36,00	141,00	19,75	20,32	0,26%	0,14%
Foreign and Commonwealth Office	2	20,00	91,00	29,90	8,90	0,17%	0,28%
Dep. for Business, Innovation and Skills	2	17,50	58,24	20,43	23,63	0,11%	0,28%
Crown Prosecution Service	1	13,00	18,20	37,73	33,39	0,09%	0,14%
Cabinet Office	1	30,00	12,00	2,10	2,20	0,02%	0,14%
Dep. for Energy and Climate Change	1	4,25	4,40	3,20	3,30	0,01%	0,14%
TOTAL	712	26,25	54.247,92	8.567,83	9.114,70	100,00%	100,00%

Podemos observar que algunas iniciativas, concretamente las relativas a la educación, son las más numerosas, seguidas de las relacionadas con las infraestructuras promovidas por el Department of Health⁹ (116 proyectos

⁹ Departamento de Salud. Cabe destacar que muchas de las iniciativas de proyectos PFI relacionados con infraestructuras de salud han sido impulsadas por otras administraciones, los gobiernos de Escocia, el País de Gales e Irlanda del Norte.

⁴ DBFO (Design, Build, Finance, Operate), diferentes combinaciones en los contratos PFI.

⁵ El primer proyecto PFI se formalizó el 1 de febrero de 1992 y fue el del tramo de la autopista de peaje M6 (Birmingham Northern Relief Road), con un importe de inversión de 485 millones de libras y por un plazo de 46 años.

⁶ El 95% de las iniciativas que se han formalizado hasta marzo de 2011 se han concretado en el período 1997-2010. Fuente: HM Treasury.

⁷ Departamento del Tesoro del Reino Unido.

⁸ Fuente: HM Treasury y elaboración propia.

formalizados), pero estas últimas superan ampliamente, en capital invertido, las cifras relativas de todos los demás ámbitos, con casi un 22% de los 54.300 millones de libras invertidos.

A estos contratos del ámbito de la sanidad, cabe añadir los promovidos por los gobiernos de Escocia, País de Gales e Irlanda del Norte, que configuran un total general de 147 proyectos y 13.122,46 millones de libras de inversión (el 24,2% del total).

La duración media de estos contratos relativos a las iniciativas de financiación privada se sitúa en los 26 años y, en los contratos relacionados con la salud, en los 30 años.

Merece especial significación la cifra económica que la Administración del Reino Unido destina en anualidades derivadas de las iniciativas de financiación privada. En este sentido, en 2011 el importe de los pagos ascendió a más de 8.500 millones de libras y los proyectados en términos nominales para 2012 ya se sitúan cerca de los 9.100 millones de libras. En el caso de los proyectos relacionados con la salud, los pagos anuales derivados de los contratos se concretaron, en 2011, en una cifra cercana a los 1.500 millones de libras, que para el año 2012 aumentará en unos 120 millones de libras más.

Todo ello nos da una idea muy clara de la importancia que esta vía ha supuesto para el despliegue de infraestructuras sanitarias, aunque ahora, como veremos más adelante, los compromisos económicos adquiridos a través de la misma constituyen una barrera muy importante en la lucha contra el déficit público.

Los pagos relacionados con los contratos PFI prevén no solo la devolución de las cargas financieras (amortización financiera e intereses) derivadas de la inversión, tanto en la construcción como en equipamientos (en muchos de los proyectos PFI en el ámbito de la salud, se incluye en la iniciativa la financiación del equipamiento) —esto es, el denominado *canon por disponibilidad*—, sino también el pago de las anualidades por prestación de servicios complementarios que normalmente acompañan estos proyectos de iniciativas (por ejemplo, en los proyectos de salud se incluyen habitualmente las prestaciones de servicios no asistenciales complementarios de limpieza, gestión de residuos, administración, lavandería, restauración, mantenimiento rutinario), esto es, el denominado *canon por servicios*.

No hay proyectos de iniciativas de financiación privada en el Reino Unido que contemplen la prestación de servicios sanitarios, ya que estos siguen quedando en manos de la Administración pública a través de los *trusts*. Estas entidades son corporaciones que forman parte del sector público y que prestan servicios sanitarios para el National Health Service (Servicio Nacional de Salud), para los diferentes gobiernos (Inglaterra, Escocia, Irlanda del Norte y País de Gales), y están diferenciadas según el ámbito de asistencia (atención primaria, atención especializada, salud mental).

Las entidades y las empresas que financian estas iniciativas condicionan la viabilidad de los proyectos al aseguramiento del canon por disponibilidad, que se concreta en una cantidad fija a la cual se da prioridad y una protección especial sobre el resto de pagos. Dicha cuantía también incluye las contraprestaciones por las reposiciones de obras e instalaciones por depreciación y obsolescencia de las infraestructuras realizadas, con el fin de mantenerlas en perfecto estado de operatividad.

El canon por servicios configura la contraprestación, por parte de la Administración (*trust*), de las denominadas *hard facilities* (como, por ejemplo, el mantenimiento rutinario) y *soft facilities* (como, por ejemplo, la restauración, la limpieza, la seguridad, los celadores, la administración de pacientes).

El modelo y la metodología que regulan y facilitan la concreción de contratos relativos a las iniciativas de financiación privada PFI han ido evolucionando con el tiempo.¹⁰ Encuentran sus orígenes en las Ryrie-Rules¹¹ de 1981, precursoras del primer modelo y de la metodología PFI desarrollada durante el Gobierno de John Major en 1992, pensadas para asegurar una adecuada distribución de riesgos entre el sector público y el privado con el fin de alcanzar el máximo *value for money*¹² (concepto clave en este modelo PFI para lograr el aprovechamiento de los recursos públicos obteniendo la mejor relación calidad/precio en los proyectos a desarrollar).

¹⁰ Para obtener información pormenorizada acerca de la evolución de las metodologías PFI, destacamos la publicación de la House of Commons Library: *The Private Finance Initiative (PFI), research paper* de 21 de octubre de 2003.

¹¹ Fueron formuladas en 1981 por el National Economic Development Council y establecían criterios para que la financiación privada pudiera ser introducida en las industrias nacionalizadas.

¹² La última guía de valoración *Value for Money Assessment Guidance* fue publicada en noviembre de 2006 por HM Treasury.

Es evidente la gran complejidad de esta metodología, que sustenta todo un largo camino que se concreta en un conjunto de requerimientos hasta la formalización de los contratos: desde fijar los objetivos que se persiguen al acometer la infraestructura para unas líneas estratégicas determinadas, pasando por evaluar las diferentes opciones para alcanzar los objetivos marcados; preparar un esquema de negocio completo (outline business case) y realizar la primera evaluación del Public Sector Comparator (PSC)¹³ —otro concepto clave en los modelos PFI para evaluar los mayores o menores “beneficios” que se consiguen mediante la realización del proyecto por parte de la iniciativa privada, frente al desarrollo del proyecto exclusivamente a través de medios públicos—; constituir un equipo de proyecto; decidir la táctica a seguir para la fase de selección de ofertantes, que incluya los pliegos de prescripciones, la licitación y su publicación en el Diario Oficial de la Unión Europea, la precalificación de los ofertantes y la preselección de los licitadores; reevaluar otra vez el PSC; realizar los trámites para la negociación con los licitadores preseleccionados, la recepción del licitador preferido y la evaluación final; adjudicar el contrato y realizar el cierre financiero, y establecer las normas para la ejecución y el seguimiento de los contratos. La actual versión de la guía para la estandarización de los contratos PFI¹⁴ ya es la cuarta y está disponible en la página web del HM Treasury.

El primer contrato PFI de envergadura¹⁵ en el ámbito de la salud fue el formalizado con la empresa privada The Hospital Company (Dartford) Limited, promovido por el Dartford and Gravesham NHS Trust, para el hospital de pacientes agudos Darent Valley el 30 de julio de 1997. Este hospital

entró en funcionamiento en septiembre de 2000, con una inversión próxima a los 94 millones de libras (su población de referencia es de cerca de 270.000 habitantes), la duración del contrato se estima en 32 años y los pagos realizados en el ejercicio 2011 derivados de la inversión y de la prestación de los servicios fueron de unos 24,8 millones de euros.

El número de contratos formalizados en iniciativas de financiación privada PFI en infraestructuras de salud ha evolucionado de forma creciente en los últimos años, especialmente en el período 2004-2007. El siguiente cuadro nos muestra la evolución de esta fórmula de colaboración público-privada a lo largo de los años:

AÑO	Nº de Iniciativas	Promedio de Años	Inversión (M libras)	Pagos 2011 (M libras)	Pagos 2012 (M libras)
1996	1	25,00	2,50	1,15	1,18
1997	6	23,67	215,65	60,75	60,87
1998	15	28,63	959,01	274,46	282,55
1999	19	27,74	689,17	175,38	178,99
2000	14	28,32	697,16	93,16	95,30
2001	6	31,53	324,55	71,16	72,94
2002	12	30,00	606,40	106,33	108,94
2003	11	27,91	732,30	112,62	116,01
2004	21	30,62	1.702,76	232,55	238,12
2005	9	30,72	1.111,35	138,00	142,16
2006	7	31,86	2.427,30	208,27	236,23
2007	18	30,08	2.428,51	202,92	263,08
2008	4	30,00	396,00	24,06	27,32
2009	3	30,00	411,91	9,23	33,81
2010	1	30,00	418,00	0,00	0,00
TOTAL	147	29,25	13.122,46	1.710,04	1.856,50

Un informe¹⁶ publicado en el Reino Unido en 2003 por la National Audit Office tras analizar 38 iniciativas PFI (11 de las cuales se correspondían a hospitales) destacaba que los contratos para la construcción de infraestructu-

¹⁶ PFI Construction Performance. Report by the Comptroller and Auditor General. NAO 5/02/2003.

¹³ Recoge no tan solo la valoración en la opción pública y en la opción privada de los flujos de pagos derivados de la financiación, actualizados a una tasa de descuento prefijada, sino también la valoración de los riesgos que implicarían si fuesen asumidos por el sector público o por el privado. Se trata de comparar si la iniciativa de financiación privada aporta mayor *value for money* en comparación con la provisión pública.

¹⁴ Se denomina SoPC y puede obtenerse en <www.hm-treasury.gov.uk/ppp_standardised_contracts.htm>.

¹⁵ Previamente a la formalización de este contrato, se firmaron tres más en Escocia e Irlanda del Norte, aunque de mucha menor envergadura: el de la Ferryfield House en Edimburgo (Escocia), formalizado el 28 de febrero de 1996, con una inversión de 2,5 millones de libras y 25 años de contrato, promovido por el Lothian Health Trust, la contratación del sistema de información hospitalario (HIS) para los hospitales del trust Yorkhill Hospitals NHS Trust en Glasgow (Escocia), con una inversión de 2,5 millones de libras, formalizado el 28 de febrero de 1997, y el del aparcamiento de vehículos del Royal Victoria Hospital en Belfast (Irlanda del Norte), firmado el 1 de mayo de 1997 por un plazo de 25 años, con una inversión de 4,5 millones de libras, promovido por el Belfast Health & Social Care Trust.

ras públicas bajo esta modalidad de colaboración entre el sector público y el privado contribuían a no generar sobrecostes para la Administración con respecto a la planificación proyectada (concretaba que en el 73% de los proyectos convencionales se registraban sobrecostes frente a los costes previstos, mientras que en las iniciativas PFI analizadas el porcentaje se reducía al 22% y, en la mayoría de los casos, la desviación tenía su origen en cambios en las especificaciones establecidas en los contratos) y el cumplimiento en los plazos de ejecución de las infraestructuras era mejor (destacaba que se experimentaban retrasos en un 70% de los proyectos convencionales, mientras que en las iniciativas PFI los retrasos en la entrega se reducían al 24%, y solo un 8% tuvieron un retraso superior a los dos meses); no obstante, el informe acababa diciendo que, a pesar de esas ventajas y de que la mayoría de los directores de proyecto se mostraban satisfechos con el diseño y la construcción realizada, no se podía afirmar con rotundidad que, si se hubieran utilizado las vías convencionales, no se hubiesen obtenido también esos resultados favorables.

Un estudio realizado por el Centre for International Health Policy de la Universidad de Edimburgo¹⁷ destaca que los costes del cargo por capital (compensación que los trusts que no gestionan proyectos de iniciativas PFI liquidan a HM Treasury por el uso de los terrenos, edificios y equipamientos públicos, y que constituye una especie de dividendo público que lleva a los trusts a generar un superávit financiero para poder liquidarlos), que comportaban ingresos para el sector público y un retorno para el contribuyente, se han visto sustituidos por compensaciones al sector privado a través de los cánones por disponibilidad.

Así mismo, este estudio destaca que las iniciativas PFI provocan déficits financieros en los trusts, ya que, dado que los cargos por disponibilidad son superiores a los cargos por capital, se ha derivado presupuesto de atención de salud a financiación de la infraestructura.

Los autores de este estudio señalan que, aunque el Department of Health no publica el desglose del canon (disponibilidad y servicios), un estudio de dicho departamento muestra que el canon por disponibilidad suele ser un 60% del cargo total.

También destacan que la complejidad inherente a la concreción de las iniciativas PFI (proyectos de financiación complejos, garantías aportadas, avances y proyectos realizados) conlleva, en muchos casos, la imposibilidad de introducir cambios en la proyección realizada inicialmente, orientados a racionalizar y optimizar los procesos asistenciales que se llevan a cabo en los hospitales, antes de la formalización definitiva de los contratos, lo cual finalmente encarece la inversión y, lo que es peor, genera una infraestructura sanitaria que no responde a las necesidades ni permite optimizar las actividades sanitarias que se desarrollan en los procesos.

Un estudio de la Universidad de Manchester¹⁸ analiza las doce primeras iniciativas PFI para la provisión de infraestructuras hospitalarias y concluye que, en diez casos, los cánones reales que se están pagando son superiores a los que se proyectaron en los contratos que regulaban los aspectos económicos de las iniciativas, con un sobrecoste superior a los 60 millones de libras anuales que condicionan la viabilidad de los presupuestos que los trusts gestionan.

Fuera cual fuera el origen del sobrecoste (incrementos en la actividad, modificaciones en las especificaciones de los servicios a prestar, errores en definición inicial), al tratarse de “clientes cautivos”, los trusts tuvieron que asumir probablemente costes más elevados en los cánones de los que se habrían obtenido en situación de concurrencia, es decir, licitando públicamente dichas contingencias.

Los motivos que originaron la utilización de estas iniciativas en el Reino Unido se están poniendo en entredicho puesto que, como consecuencia de una deficiente ejecución y planificación de este modelo de provisión de infraestructuras, el sistema está resultando caro e ineficiente.

Los motivos que impulsaron estas iniciativas son los que ahora se pretenden reconducir, puesto que se ha hecho un mal uso del modelo:

- Menor coste y mayor eficiencia en la utilización de los recursos, ya que canaliza la innovación, inherente al sector privado, tanto en el diseño como en la construcción de las infraestructuras, así como en la prestación de los servicios.

¹⁷ Hellowell, M., Pollock, A.M., *Private finance, public deficits: A report on the cost of PFI and its impact on health services in England*, 2007.

¹⁸ Shaoul, J., Stafford, A., y Stapleton, P., *The Cost of Using Private Finance to Build, Finance and Operate Hospitals*, abril de 2008.

- Posibilidad de acceder a un mayor abanico de posibilidades de financiación en el mercado que las utilizadas tradicionalmente por el sector público.
- Mayor equilibrio entre el riesgo y el beneficio para el sector privado.
- Mayor flexibilidad para adaptarse a las necesidades cambiantes del sector público a través del tiempo.
- Previsión de que el sector privado entregue la infraestructura a tiempo y en las condiciones de coste establecidas, así como transferencia del riesgo en el desempeño de los servicios complementarios contratados.
- Transparencia financiera.

En este sentido, el pasado 15 de noviembre de 2011, el propio *Chancellor of the Exchequer* del Reino Unido (equivalente al ministro de Economía en España), George Osborne, manifestó la necesidad de que HM Treasury revisara los actuales sistemas y modelos que regulan las iniciativas de financiación privadas PFI, y reconoció que se estaba haciendo un mal uso de ellos y que uno de los objetivos que se perseguían era la reducción de los costes para el contribuyente y la mejora de la transparencia.

Se trata de crear un modelo más barato para el sistema, que facilite el acceso a una más amplia gama de fuentes de financiación y que logre un mejor equilibrio de los riesgos entre el sector público y el privado. Para ello, se analizarán las experiencias del pasado, se corregirán los errores y se adoptarán las buenas prácticas y las experiencias exitosas.

Nada debe escaparse al control del déficit público y, como hemos visto en este artículo, el montante de los fondos de cánones anuales relativos a las iniciativas de financiación privada es tan relevante que plantear medidas de contención presupuestaria sin tener en cuenta los gastos derivados de dichas iniciativas PFI no sería entendible por parte del contribuyente.

Las medidas que inicialmente tomará el Gobierno británico se centran en reducir 1.500 millones de libras de los cánones anuales derivados de los proyectos PFI (fundamentalmente, a través de renegociaciones que comportarán alargar los plazos de concesión); revisar los criterios de cómputo de todos los proyectos actualmente existentes para determinar si han de figurar o no en el endeudamiento público para mejorar la transparencia;

fortalecer los procesos de aprobación de las iniciativas para asegurar que se impulsan las estrictamente necesarias, y eliminar los créditos presupuestarios específicos para crear igualdad de condiciones para todas las formas de contratación pública.

En diciembre de 2011, el HM Treasury publicó un informe¹⁹ a través del cual se promueven todo un conjunto de iniciativas para la reforma del actual modelo de iniciativas de financiación privada PFI.

En España, las iniciativas de financiación privada de infraestructuras públicas al estilo y a la manera de hacer del modelo británico PFI, es decir, sin incluir en la colaboración público-privada la prestación de los servicios sanitarios, tuvieron su primer ejemplo en el nuevo hospital de Majadahonda de la Comunidad de Madrid²⁰ (que comportaba un traslado de centro), ya que fue el primero en ser licitado aprovechando el entonces reciente cambio normativo en materia de contratación administrativa que supuso la promulgación de la Ley 13/2003, de 23 de mayo, que reguló el contrato de concesión de obra pública.

Paralelamente a esta licitación, se impulsaron seis proyectos más (Hospital de Henares en Coslada, Hospital Infanta Sofía en San Sebastián de los Reyes, Hospital Infanta Cristina en Parla, Hospital del Sureste en Arganda, Hospital del Tajo en Aranjuez y el Hospital Leonor en Vallecas). El primero de estos ocho en entrar en funcionamiento fue el Hospital de Henares, el 30 de marzo de 2008 (previamente, se había inaugurado otro, el Hospital Infanta Elena en Valdemoro, el 26 de noviembre de 2007, pero en este hospital se siguió el modelo de contratación de gestión de servicios públicos, ya que incluía la prestación de los servicios sanitarios).

El patrón básico de todos estos proyectos se sustentaba en el diseño (a excepción del Hospital de Majadahonda, en el resto de los casos la elaboración de los proyectos arquitectónicos se incluía en la licitación), la construcción, la dotación del equipamiento necesario de los servicios concesionados, así como del mobiliario general y clínico, la reposición, la financiación y la prestación de servicios complementarios, que en la mayoría de los casos se concretan en: servicio de limpieza, servicio de

¹⁹ *Reform of the Private Finance Initiative*. HM Treasury. Diciembre de 2011.

²⁰ Entró en funcionamiento en septiembre de 2008.

restauración, gestión de residuos urbanos y sanitarios, servicio integral de seguridad, servicio de mantenimiento integral del edificio, servicio integral de esterilización, servicio integral de lavandería, conservación de viales y jardines, servicio de gestión del archivo de documentación clínica y administrativa, servicio de almacenes y distribución, servicio de desinsectación y desratización, servicio de transporte interno, externo y gestión auxiliar, y servicios de gestión del personal administrativo de recepción e información y de centralita telefónica.

Así mismo, los contratos contemplan la explotación de determinados locales y servicios complementarios, como las tiendas; las máquinas expendedoras de sólidos y líquidos; los servicios de cafetería, bar y comedor; los servicios de aparcamiento, y servicios de teléfono y televisión en las habitaciones y zonas comunes por parte de la iniciativa privada.

No se encuentran recogidos en el contrato la prestación de servicios sanitarios ni las actividades de diagnóstico, provisión y mantenimiento del equipamiento clínico de alta tecnología, así como la provisión y el mantenimiento de las tecnologías de la información.

Todo ello, en el marco de un contrato de 30 años de duración.

Al finalizar el plazo de la concesión, la obra pública, las zonas complementarias y anexas, los bienes y las instalaciones revierten a la Administración pública, sin ninguna contraprestación adicional.

La base de retribución para la iniciativa privada establece un canon anual revisable según el IPC (el menor entre el estatal y el de la Comunidad de Madrid) que contiene una parte fija del 40% no sujeta al sistema de deducciones por ejecución de servicios y otra variable del 60% sujeta al mecanismo de deducciones recogidas en los pliegos de prescripciones técnicas de las licitaciones, que parten de la definición de un conjunto de indicadores que establecen los requerimientos de calidad y funcionamiento del servicio.

En otras comunidades autónomas, aunque en menor relevancia que en Madrid, también se han impulsado iniciativas de financiación privada en la construcción de infraestructuras públicas sanitarias (sin incluir los servicios sanitarios), como el Hospital Universitario Son Dureta en Son Espases (Mallorca), en Baleares; el Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi, en Cataluña (en este caso, aparte de la construcción y la financiación de la

infraestructura hospitalaria, los servicios objeto de contrato se redujeron solo a los de mantenimiento integral y suministros energéticos); el Hospital de Burgos, en Castilla y León, o el Hospital de Vigo, en Galicia.

Proyectos de colaboración público-privada que comportan la prestación de servicios asistenciales por parte de la empresa privada

Los nuevos hospitales públicos impulsados por la Comunidad Autónoma de Madrid (Valdemoro y Torrejón de Ardoz, ya en funcionamiento, y Collado Villalba y Móstoles, en fase de construcción) se proyectan por la vía del contrato de gestión de servicios públicos (incluyendo la prestación de servicios sanitarios), tras abandonar la vía de la concesión de obra pública de los primeros hospitales impulsados en esta comunidad.

Se trata de otra modalidad de colaboración público-privada (PPP) distinta a la de las iniciativas de financiación privada (PFI) ya que, a diferencia de esta, los proyectos comportan la prestación de servicios sanitarios por parte del sector privado.

La precursora de este tipo de colaboraciones entre el sector público y el privado en la gestión de servicios públicos sanitarios y en la construcción y financiación de infraestructuras hospitalarias fue la Comunidad Valenciana en 1999, con el Hospital de la Ribera, en la localidad de Alzira.²¹

Dicha experiencia inicial no estuvo exenta de problemas; no solo por las connotaciones que comporta todo lo relacionado con la privatización de los servicios públicos sanitarios, sino por no haber dimensionado adecuadamente las compensaciones al sector privado concesionario que le habrían permitido cubrir sus costes de explotación y por la deficiente definición de las prescripciones técnicas y administrativas de la licitación, razón por la cual en 2003 se tuvo que rescatar la concesión —con las importantes indemnizaciones que ello supuso— y, posteriormente, replantear las condiciones del modelo y volver a licitar, evidentemente con una mayor dotación de recursos y contrapartidas para el sector privado que fuesen lo suficientemente atractivas para conseguir concurrencia en el proceso de licitación.

²¹ De hecho, a estas modalidades se las conoce como “modelo Alzira” como consecuencia de que, en 1999, fue el primer hospital público que pasó a ser gestionado a través de esta modalidad de concesión administrativa.

Las administraciones que impulsan estos modelos destacan como “concepto clave” el hecho de que se trata de proyectos en los que la propiedad, la financiación y el control recaen en el ámbito del sector público, mientras que la prestación del servicio sanitario recae en el sector privado. La propiedad es pública, porque el objeto sobre el que se articula la concesión es un hospital público, perteneciente a la red de hospitales y centros públicos; la financiación es pública, porque se realiza un pago capitativo por parte de la Administración a la empresa concesionaria, que constituye una cantidad fija y anual preestablecida para cada uno de los habitantes del área de influencia del hospital; el control es público, porque el concesionario está sometido al cumplimiento de las cláusulas del contrato y la Administración controla, inspecciona y sanciona, si procede, la ejecución de los servicios según las especificaciones técnicas, cualitativas y de seguridad recogidas en los pliegos de prescripciones que forman parte del contenido del contrato. La prestación de los servicios sanitarios y no sanitarios la realiza el sector privado (concesionaria) en diferentes ámbitos (atención especializada, atención primaria, atención sociosanitaria, salud mental...) durante el tiempo establecido en el contrato.

Las concesionarias manifiestan que, a través de un buen diseño del modelo asistencial, de la adecuada inversión en tecnología y en sistemas de información y comunicación, de los sistemas de autogestión por parte de los profesionales y de la fijación de una política transparente de incentivos a los mismos, estos serán más productivos y gestionarán de forma más eficiente los recursos que se les asignen (actividades, materiales sanitarios y no sanitarios, fármacos, pruebas complementarias, tiempos de asistencia), lo cual les permite dar cobertura a los gastos que comporta la construcción de las infraestructuras, su financiación y la explotación de los servicios asistenciales de su área territorial, a unos costes unitarios por habitante sensiblemente inferiores a los que se producen cuando los servicios son gestionados por el sector público, y con niveles de satisfacción de los clientes superiores a los registrados por la provisión pública.

Desde la puesta en marcha del Hospital de la Ribera, la Comunidad Valenciana ha impulsado cuatro concesiones administrativas más: Torrevieja, Denia, Manises y Elche-Crevillente.

A través de este sistema, en esta comunidad se atiende la atención primaria y especializada de más de un millón de habitantes, con contratos que

tienen una duración de quince años y con la posibilidad de prorrogarlos por cinco años adicionales.

En la Comunidad de Madrid —ya hemos comentado el caso de los hospitales de Valdemoro, Torrejón, Móstoles y Collado Villalba— no se incluye la gestión de la atención primaria. La duración de las concesiones es de treinta años y la asignación capitativa se escinde en aquella parte que compensa la prestación de los servicios sanitarios y aquella otra que compensa la construcción, financiación y provisión de servicios no sanitarios.

En Baleares y en Castilla La Mancha,²² se está planteando la aplicación del modelo de concesión en determinadas áreas territoriales, con la particularidad de que las infraestructuras sobre las que se desarrollaría la concesión ya se encuentran construidas y se consideran fórmulas de lease-back para obtener recursos financieros adicionales para la Administración.

Financiación de infraestructuras públicas, cómputo en el endeudamiento público y transferencia de riesgos

El 11 de febrero de 2004, la Oficina de Estadística de la Unión Europea (EUROSTAT), a través de la STAT/04/18, formuló una instrucción concreta en torno al tratamiento contable, en las cuentas nacionales de los países de la Unión Europea, de los contratos de colaboración entre el sector público y el privado para la construcción y la financiación de infraestructuras.

Dicha instrucción está en línea con el European System of Accounts (Sistema Europeo de Cuentas, SEC95) y sigue la opinión del Comité de Estadísticas Monetarias, Financieras y de Balanza de Pagos (CMFB), foro de coordinación entre las entidades que elaboran las estadísticas de los países miembros, el EUROSTAT, el Banco Central y sus sucursales.

El EUROSTAT recomienda que los activos derivados de las colaboraciones público-privadas sean contabilizados fuera del balance de situación de la Administración pública si se dan las siguientes condiciones:

- El privado asume el riesgo de construcción.
- El privado asume, al menos, uno de los siguientes riesgos: el de demanda o el de disponibilidad.

²² Villarobledo, Almansa, Tomelloso y Manzanares.

Esta instrucción puntualiza que la contrapartida del activo, es decir, el pasivo (endeudamiento), en caso de no transferir los citados riesgos al privado, se computa en la Administración pública promotora del proyecto.

Es importante tener claro, para el cómputo o no de activo y del endeudamiento, si la entidad que establece la colaboración con el sector privado es realmente una entidad del sector público. Para ello, el SEC95²³ determina las condiciones que deben cumplirse para determinar si una entidad ha de incluirse o no en el sector de las administraciones públicas.

Una entidad no se considerará dentro del ámbito del sector público si es una unidad institucional pública productora de mercado.

Se considera unidad institucional aquella entidad (agente económico) que disfruta de autonomía de decisión en el ejercicio de su función principal, lo cual significa que puede disponer de los activos de que es titular y puede operar o intercambiar su propiedad con otras unidades institucionales, tiene capacidad para la toma de decisiones y para la realización de actividades económicas, para contraer deudas en nombre propio y para formalizar todas las operaciones que a tal efecto se requieran. Esa unidad institucional será considerada pública si es controlada por las administraciones públicas, es decir, si estas tienen capacidad para determinar su política general.

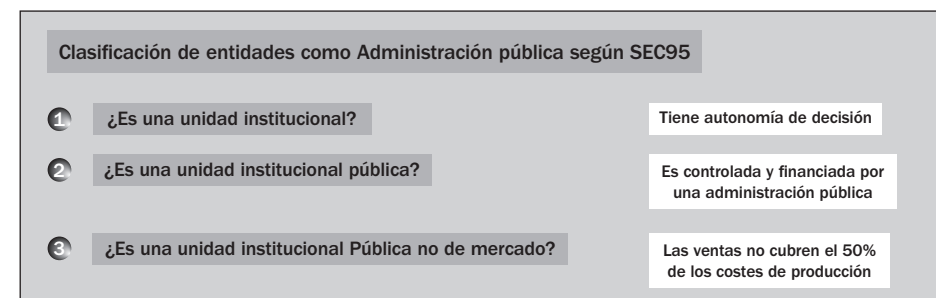
Cuando esta unidad institucional pública suministra su producción o sus servicios a un precio económicamente significativo, entonces se considera que es productora de mercado (el manual del SEC95 define que el precio es económicamente significativo cuando sus ventas —excluidos los impuestos indirectos—, analizadas durante un período razonablemente largo, suponen más de la mitad de sus costes de producción).

La instrucción del SEC95 cita expresamente que, en el caso de unidades institucionales públicas cuyos servicios estén relacionados con la atención sanitaria especializada (en concreto, hospitales), se entiende que, si el sistema de fijación de precios para la contraprestación de la asistencia es el mismo para los hospitales públicos que para los privados, estas contraprestaciones que percibe la unidad institucional pública pueden

²³ *Manual on Government Deficit and Debt. Implementation of ESA95*. 22 de septiembre de 2010, EUROSTAT (Comisión Europea).

considerarse ventas²⁴ y no coberturas de costes o subvenciones, por lo que el patrimonio de esta entidad no computaría en el de la Administración pública.

En consecuencia, si no cumple esos requisitos, la entidad debe incluirse en el sector de las administraciones públicas²⁵ y, por tanto, su endeudamiento (sin tener en cuenta las consideraciones de transferencias de riesgo a que antes hacíamos referencia) forma parte del sector público; en cambio, si se considera que es una unidad institucional pública que opera en condiciones de mercado, la infraestructura y el endeudamiento que de ella se derivan no computan en las cuentas del sector público, factor relevante en lo que dispone la normativa estatal y comunitaria en materia de estabilidad presupuestaria.



Merece la pena saber que, aunque la aplicación de los criterios del SEC95 para la determinación de las entidades que integran el sector público la realiza la Intervención General de la Administración del Estado (IGAE), en la práctica, se concreta en un grupo de trabajo formado por expertos del INE, del Banco de España y de la IGAE, que determinan la clasificación de las entidades públicas y el tratamiento contable, en las mismas, de aquellas operaciones económicas que generen dificultad en cuanto a su interpretación y vía de registro.

Por otro lado, y como hemos dicho anteriormente, independientemente de si la entidad está considerada administración pública y, por tanto, su

²⁴ Página 16 del citado Manual (apartado 1.2.4.4: "Application to hospitals").

²⁵ Salvo en el caso de las cuasisociedades, que son entidades de mercado con comportamiento económico y financiero similar a las sociedades.

endeudamiento formaría parte de las cuentas públicas, la normativa del SEC95 establece instrucciones específicas en el caso de las colaboraciones público-privadas que comporten la realización de infraestructuras públicas que se concretan en función de quien asume determinados riesgos (el riesgo de construcción o, al menos, uno entre estos dos riesgos: el de disponibilidad y el de demanda, el activo y el endeudamiento —aun tratándose de administraciones públicas, no figurarían en las cuentas públicas).

Podríamos afirmar que se transfiere al sector privado el riesgo de construcción cuando este sector ha de hacer frente a los sobrecostes derivados de las contingencias que puedan darse en el período constructivo, en su sentido más amplio (retrasos en la ejecución por el motivo que sea, mayores costes en los materiales o en los recursos utilizados, errores de diseño y corrección de deficiencias para el cumplimiento normativo y la obtención de licencias, efectos imprevistos en las diferentes fases constructivas de la ejecución de la obra y sus instalaciones (proyecto, movimiento de tierras, cimentación, construcción, instalaciones). Es decir, que en aquella parte del contrato que hace referencia a la construcción se especifica claramente que se realiza a riesgo y ventura de la entidad o de las entidades constructoras.

Las cláusulas de prescripciones técnicas y administrativas de las licitaciones públicas deben recoger con solvencia esta transferencia de riesgos y especificar, sin ninguna duda, ese “riesgo y ventura”, reforzado con penalizaciones por retrasos, cambios en las especificaciones, etc.

Es evidente que, si los sobrecostes se producen por cambios en las especificaciones realizadas por parte de la Administración, deben ser asumidos por la parte pública, y la inclusión de cláusulas en este sentido no tiene por qué cuestionar la adecuada transferencia del riesgo de construcción.

Sería recomendable que los proyectos de iniciativa de financiación privada se licitaran con los proyectos arquitectónicos ya realizados en su fase ejecutiva y que, además, en su concreción, la Administración pública hubiese incluido las especificaciones concretas en relación con el funcionamiento adecuado de los diferentes procesos que se desarrollan en el hospital, estudiando muy pormenorizadamente las circulaciones y conexiones entre los mismos y optimizando los tiempos de las actividades que en dichos

procesos se desarrollan. Consideramos que no se deben dejar en manos del contratista aquellos aspectos de diseño, dimensionamiento, calidades de los materiales a utilizar, productividad, eficiencia, funcionamiento y optimización de circuitos y procesos asistenciales, los cuales deben ser realizados por profesionales expertos en gestión hospitalaria y han de recoger las demandas de los servicios médicos, quirúrgicos, centrales y del personal multidisciplinario. En este sentido, el sector privado sí puede aportar mejoras funcionales, de innovación o de diseño en los procesos de licitación, las cuales, si son valoradas por la administración contratante, puedan posicionar mejor su licitación.

Podríamos afirmar que el riesgo de disponibilidad se transfiere si en los contratos en los que se prestan servicios complementarios se refleja, sin ninguna duda, que, en caso de que el licitador adjudicatario privado no pueda prestar el servicio en las condiciones mínimas requeridas en los pliegos de prescripciones técnicas (cantidad, especificaciones técnicas, seguridad, calidad), sobre él recaerán las penalizaciones que se determinen de forma automática y que reduzcan de forma significativa (es decir, que no sea algo simbólico) los pagos o los cánones establecidos como contraprestación para la prestación de esos servicios. Transferir el riesgo de disponibilidad de los servicios requiere que el pliego de prescripciones técnicas esté muy bien realizado y que contenga las especificaciones técnicas necesarias, y los indicadores de calidad y seguridad requeridos, con la fijación de los ámbitos temporales y las áreas del hospital con mayor o menor criticidad, y que sean fácilmente objetivables, así como que los mecanismos de deducciones y su determinación cuantitativa sean también objetivables, significativos, y se especifique el automatismo para su aplicación.

Podríamos afirmar que se transfiere el riesgo de demanda cuando, ante variaciones de la actividad que se realiza en el hospital con respecto a la planificada en el proceso de contratación administrativa, el licitador adjudicatario se hace cargo, en mayor o menor grado, de los sobrecostes que ello comporta (por ejemplo, si se incrementan las estancias hospitalarias y no se compensa al licitador por los mayores costes de servicios generales y hoteleros incurridos — pensiones alimenticias, limpieza, residuos...).

Recoger este riesgo de forma ilimitada sería abusivo y haría no “bancable” el proyecto por parte de la iniciativa privada —y, evidentemente, no se en-

contraría financiación para llevarlo a cabo. Sin embargo, esta transferencia de riesgo puede introducirse indicando tramos en los que se mantengan las contraprestaciones por parte del sector público, en caso de que los incrementos de actividad (nunca los decrementos) no sobrepasen un determinado porcentaje, con toda la sofisticación imaginable de mecanismos de concreción por ámbitos, criticidad, tipo de servicio, etc., que se pudieran establecer.

Aun fijando en los pliegos de prescripciones técnicas especificaciones muy precisas que intenten transferir los riesgos citados de forma clara al sector privado, siempre se van a producir incidencias en la ejecución de los contratos que, en función de cómo se resuelvan, constituirán precedentes para cuestionar si realmente aquello que se establecía en los pliegos de las licitaciones permite o no clasificar el endeudamiento fuera del sector público.

El rigor en el control y la ejecución, tanto en fase constructiva como en la fase de prestación de los servicios, es fundamental para ganar credibilidad en estos modelos. Bajo el paraguas de garantizar el equilibrio económico de la concesión, y según como se proceda en la ejecución de los contratos, se puede llegar a la conclusión de que no hay una verdadera transferencia de riesgos.

Pongo como ejemplo el escrito dirigido por la Asociación de Empresas Constructoras de Ámbito Nacional (SEOPAN)²⁶ en que, en nombre de las sociedades privadas accionistas que participan y lideran las siete concesiones hospitalarias de la Comunidad de Madrid (las comentadas anteriormente que han ido por la vía de la iniciativa de financiación privada PFI, es decir, sin prestación de servicios sanitarios), se intenta “transmitir” a la Administración pública la preocupación de que la falta de respuesta ante una veintena de recursos contencioso-administrativos interpuestos por sus asociadas pueda comportar la ruptura de los financiadores y el consiguiente colapso de las concesiones. Evidentemente, las reclamaciones son económicas, de decenas de millones de euros anuales, y, tal como concluye el escrito, con vistas a que la tasa interna de rentabilidad del accionista (TIR) se sitúe en los términos de la oferta adjudicataria.

²⁶ Carta e informe que la SEOPAN dirigió al consejero de la Comunidad de Madrid el 13 de abril de 2011.

Las diez claves para el éxito de la cooperación público-privada en la financiación de infraestructuras sanitarias

1. Cuestionar antes de empezar

Antes de iniciar cualquier proyecto de colaboración entre el sector público y el privado para la financiación de nuevas infraestructuras hospitalarias, es preciso que el sector público que lo impulsa, a través de sus departamentos o servicios de planificación sanitaria y de control de gestión, llegue a la conclusión de que es absolutamente imprescindible que esa infraestructura se lleve a cabo para resolver problemas de salud en una determinada área territorial.

Antes, debe cuestionarse si una reordenación de los dispositivos existentes, aunque comporte inversiones de readecuación, también permitirá solucionar la supuesta necesidad. Debe proyectarse siempre analizando los dispositivos existentes y los impactos que la nueva infraestructura pueda generar sobre los mismos (subrogar personal, trasladar equipos, evitar duplicidades, generar sinergias...). Una nueva infraestructura hospitalaria, si no se proyecta adecuadamente, comportará con toda certeza más costes (tanto de inversión como de explotación) y más necesidad de financiación por parte del sector público.

El tamaño del centro hospitalario ha de ser el adecuado y debe estar pensado para un desarrollo óptimo y eficiente de los procesos asistenciales y no asistenciales que en él se llevan a cabo. Se deben analizar los proyectos de inversión no atendiendo exclusivamente a criterios de rentabilidad social, sino también a criterios económicos y de sostenibilidad.

Es preciso también que, a semejanza de la experiencia PFI británica, exista una herramienta como el *Public Sector Comparator* (sin las limitaciones que tiene en ese país, donde no se valoran adecuadamente los riesgos), que permita, con un buen diseño, demostrar de forma objetiva las diferencias que existen si quien realiza el proyecto es el sector público o bien el privado, atendiendo a criterios de rentabilidad social y económica.

2. Definición exhaustiva previa

Una vez se tiene la certeza de que se cumple la condición sine qua non anterior, para el caso de las iniciativas con financiación privada, es preciso

que el sector público defina exhaustivamente el modelo de funcionamiento operativo del hospital (modelo asistencial, procesos que intervienen, sus interacciones...) para conseguir eficiencia, con una estructura de costes ajustada a las disponibilidades presupuestarias.

En este sentido, ya sea por medios propios o ajenos, la Administración pública deberá disponer del proyecto ejecutivo arquitectónico de la nueva infraestructura sanitaria, para cuya elaboración deberá contar con la participación de profesionales sanitarios expertos en cada uno de los procesos claves asistenciales y de asistencia, y proyectar su diseño para una futura licitación pública. Ello permitirá acotar el riesgo de construcción, evitar costes innecesarios y que la infraestructura no compute en el endeudamiento público por la no transferencia adecuada de los riesgos.

3. Transparencia

Es preciso que haya más transparencia en la información que se dispone sobre los proyectos de colaboración público-privada en la financiación de infraestructuras públicas en general (no solo las sanitarias). La información de que actualmente dispone el contribuyente a través del registro público de contratos no permite conocer cuántas licitaciones se han llevado a cabo a lo largo del tiempo por la vía de concesión de obra pública, de gestión de servicios públicos o de colaboración entre el sector público y privado (las tres vías más utilizadas en nuestro país para este tipo de proyectos), ni mucho menos su detalle (definición y cuantificación de la inversión realizada, pagos anuales que se derivan de las inversiones y los servicios, adjudicatarios, duración de los contratos). Muy lejos estamos todavía de los países anglosajones, que, en cuestión de transparencia, nos llevan muchos años de ventaja (como hemos visto en el artículo, en el Reino Unido esta información está disponible con todos los detalles necesarios).

4. Compartir y homogeneizar metodologías

Cada comunidad autónoma ha diseñado su propia metodología para impulsar proyectos de colaboración público-privada en infraestructuras sin que hayan habido iniciativas de coordinación que permitan aprovechar economías de alcance y de escala a la hora de establecer una metodología estandarizada común sobre cómo afrontar este tipo de proyectos y sobre

su solidez financiera y, sobre todo, jurídica. Todo ello comporta mayores costes para el contribuyente y más ineficiencia.

No existe una metodología común (aparte de la regulación jurídica de las modalidades de contratación administrativa a través de la Ley de Contratos del Sector Público) ni procedimientos estandarizados (en el Reino Unido, existe toda una metodología y modelos estandarizados que recogen el conjunto mínimo de requerimientos para plasmar los planes de negocio, los análisis de riesgos y la optimización del *value for money*).

5. Asegurar, con carácter previo, la adecuada transferencia de riesgos

Una buena definición y una metodología común en los proyectos de financiación de infraestructuras públicas debería permitir objetivar a la Intervención General del Estado o a los organismos delegados, antes de llevar a cabo las licitaciones públicas pertinentes, si se produce una adecuada transferencia de riesgos y si la propia administración impulsora tiene la clasificación de pública, y determinar, en consecuencia, si la infraestructura y el endeudamiento derivados de los proyectos computarán en las cuentas públicas.

Así mismo, se deberían implementar medidas, a través de los pertinentes organismos de control, para garantizar una ejecución posterior adecuada por parte de las administraciones públicas licitadoras de los contratos, según lo establecido en las prescripciones técnicas y administrativas, para evitar que se modifique la situación en lo referente a la transferencia de riesgos entre el sector público y el sector privado.

6. Prescripciones técnicas y administrativas detalladas y claras

En la línea de la argumentación anterior, es preciso que los pliegos de prescripciones técnicas y administrativas sean lo suficientemente exhaustivos para que el licitador pueda valorar adecuadamente los proyectos de inversión, financiación y provisión de servicios.

Estos pliegos han de destilar confianza. Nos gusta referirnos a este tipo de proyectos de colaboración público-privada de infraestructuras públicas como verdaderas alianzas estratégicas entre el sector público y el privado, por lo que las reglas tienen que estar muy claras, no solo en el momento inicial (período constructivo), sino también a lo largo de toda la vida del contrato (período de explotación).

Los pliegos de cláusulas deben permitir la “bancabilidad” de los proyectos, generando la confianza necesaria para conseguir financiación. Se trata de que todas las partes salgan ganando en un proyecto común. Una buena definición en los pliegos es imprescindible para todas las partes, no solo para delimitar los riesgos y hacer viables los proyectos, sino también para regular todas las contingencias, por una parte o por otra, que se darán con toda seguridad a lo largo de la vida del contrato.

7. Recoger en los pliegos la estrategia de política sanitaria

Lo anterior es todavía más evidente en lo que se refiere a los pliegos de prescripciones técnicas y administrativas de los proyectos de gestión de servicios públicos con provisión de infraestructuras y su financiación (concesión que incluye infraestructura, servicios sanitarios y no sanitarios). En ellos, se deben reflejar las estrategias de la política sanitaria de las administraciones impulsoras. Pero, como estas deben de revisarse con el tiempo para adaptarse a los objetivos de los planes de salud que sucesivamente se impulsen, las cláusulas deberán contemplar estas contingencias, derivadas de la evolución de las políticas sanitarias.

Los modelos de atención de los pacientes están en constante revisión y avanzan hacia alternativas a la hospitalización convencional mediante el desarrollo de soluciones que permiten una atención más personalizada y multidisciplinaria, a través de distintos dispositivos coordinados, para determinados grupos de pacientes que presentan unas características concretas, como es el caso de la atención a los enfermos crónicos complejos o a los pacientes frágiles.

No se puede seguir atendiendo a estos pacientes por los medios convencionales y, en este sentido, los contratos no pueden ser inmovilistas. La asignación capítativa como contraprestación por el servicio permite adaptarse a esa evolución constante, inherente a la prestación de los servicios sanitarios.

Los provisos privados pueden competir perfectamente con los públicos, de modo que el paciente reciba el mejor servicio posible, independientemente de qué sector lo preste. Se debe garantizar que se trata de proyectos en los que la propiedad, la financiación y el control recaen en el ámbito del sector público, y las cláusulas de los contratos así lo deben

contemplar. Evidentemente, salvaguardando las estructuras que puedan verse desplazadas por procesos de subrogación o por transmisiones patrimoniales compatibles con el ordenamiento jurídico vigente.

8. Delimitar los servicios a licitar

En el caso de las iniciativas de financiación privada (sin servicios sanitarios), acotar los servicios a prestar a los estrictamente necesarios puede favorecer la gestión de estos complejos contratos.

En la mayoría de los casos, las sociedades de iniciativa privada que licitan en estos proyectos generalmente están lideradas por entidades financieras y por grandes empresas constructoras que, además, gestionan facilities, pero que no son especialistas en la provisión de determinados servicios (que también figuran en los contratos y que deben subcontratar a otras entidades). Ello encarece los proyectos.

La gran cantidad de servicios que acaban “adornando” estos contratos, para hacerlos económicamente más atractivos, suelen ser después un factor de complejidad insalvable cuando la entidad pública tiene que supervisarlos y controlarlos.

En los contratos de concesión de obra pública, los servicios deberían limitarse a los propios relacionados con la construcción, la financiación, el mantenimiento (incluyendo la limpieza y la seguridad) de los edificios y la provisión de suministros energéticos. Quien construye, si después ha de mantener lo construido y proveer los suministros energéticos, incluirá mejoras en la construcción para facilitar una mayor rentabilidad del proyecto (ahorro energético, reducción de las tareas de mantenimiento correctivo). Además, un número excesivo de servicios atenta contra la libre concurrencia, ya que, como se trata de contratos de larga duración, se crean barreras de entrada para que otras iniciativas privadas puedan proveer sus servicios y garantizar un modelo mucho más transparente y económicamente viable.

9. Uso no indiscriminado

Como decía al principio del artículo, el uso a veces indiscriminado y sin una justificación y una planificación adecuadas de este tipo de proyectos de colaboración público-privada ha hecho que incluso aquellos gobiernos que

fueron pioneros y los impulsaron de forma más decidida ahora se estén replanteando sus modelos y metodologías.

Por tanto, es muy importante planificar y ejecutar correctamente estas vías para financiar infraestructuras privadas.

La Administración pública que recurra a estas soluciones ha de crearse el modelo y no considerarlo una simple vía para evitar el cómputo de un endeudamiento o para obtener un rédito político, ya que de este modo se “mata” toda la bondad que estos proyectos puedan comportar.

10. Participación activa de los profesionales

La voz y la participación de los profesionales sanitarios y no sanitarios en todos los modelos de colaboración público-privada es fundamental, especialmente en los modelos de concesión con prestación de servicios asistenciales, no tan solo en el diseño de las infraestructuras y su funcionalidad, sino sobre todo en la ejecución del día a día.

Una selección adecuada de los líderes y unos sistemas de corresponsabilización en todos los ámbitos, acompañados de sistemas que incentiven el desempeño, traerán como consecuencia infraestructuras con servicios más eficientes, más bien valorados por los ciudadanos y con mayores ahorros para el sistema sanitario.

Ello es independiente de lo público o lo privado. Además, está absolutamente demostrado que las organizaciones sanitarias funcionan mejor cuanto mejores son los índices de satisfacción y de motivación de los profesionales que desempeñan sus servicios en los diferentes procesos que constituyen ese gran mundo complejo que es la gestión sanitaria.

9. El modelo de autogestión en la provisión de servicios sanitarios públicos

Mónica Reig¹ / Roger Sunyer²

Autogestión y participación de los trabajadores en el sector de la salud

Para el desarrollo del presente artículo, utilizamos el término *autogestión* para designar aquel sistema de organización empresarial en que son los propios trabajadores –o una gran parte de ellos– quienes gestionan directamente el servicio. En el marco de una organización de la cual son propietarios, eligen a los cargos directivos, y ellos mismos participan activamente en la elaboración y la adopción de decisiones de todo tipo. Así pues, la empresa autogestionada se crea y se desarrolla con un régimen de organización y funcionamiento de una estructura de empresa, en que la gestión es desempeñada por el conjunto de los trabajadores.

Podemos definir la participación de los trabajadores de la empresa como la capacidad propia o delegada de opinión, acción o decisión sobre el funcionamiento actual o futuro de la organización. Se considera que participar es ser protagonista de lo que sucede en la organización, o bien el resultado de un proceso que permite a los trabajadores ejercer cierta

¹ Licenciada en Derecho y Diplomada en Dirección de Empresas por IESE (Universidad de Navarra). Actualmente, es directora asociada del Programa Partners del Instituto de Gobernanza y Dirección Pública de ESADE y consultora especializada en innovación pública y gestión de políticas sociales. Con anterioridad ha ejercido, entre otras responsabilidades, la dirección de CTF Servicios Sociosanitarios (actualmente, Suara Cooperativa), empresa dedicada a la prestación de servicios de atención a las personas.

² Licenciado en Ciencias Políticas y en Sociología por la UAB, ha cursado el Programa de Dirección de Empresas Cooperativas por ESADE. Fundó y codirigió la revista *Àmbits de Política i Societat*, del Colegio de Politólogos y Sociólogos de Cataluña. Ha sido impulsor de la introducción de la banca ética y los microcréditos en Cataluña, con la creación y codirección de FETS-*Finançament Ètic i Solidari*. Actualmente, compagina las actividades formativas, como la coordinación del módulo “La nueva economía urbana”, del Máster de Gestión de la Ciudad de la UOC, con la investigación en el ámbito de la gestión pública como colaborador académico del Instituto de Gobernanza y Dirección Pública de ESADE y como consultor en BoraKasi, SA Consultores en Gestión Pública.

influencia en relación con las propias condiciones de trabajo y/o sobre los resultados del trabajo.³

En un contexto de creciente complejidad, ninguna dirección, por buena que sea, puede saberlo todo. Cada nivel, cada órgano, debe buscar información y tomar decisiones adecuadas para adaptarse al medio. Ser competitivos significa ser capaces de desarrollar las competencias de cada una de las personas y de las interdependencias entre estas y la organización. Hay que ser más competitivos en nuevas realidades, y para ello es vital que los trabajadores aporten conocimientos para la innovación y la mejora de las actividades de la organización: producción ajustada, calidad total, gestión del conocimiento, *empowerment*, etc. La necesidad creciente de ser sostenibles y competitivos exige, pues, progresar continuamente y con rapidez, desarrollar ágilmente nuevos servicios y más variados, innovar, cuestionarse y mantener las calificaciones humanas en coherencia con los avances técnicos.

La participación conlleva una mayor productividad de los trabajadores, en la medida que se consigue una mayor identificación con la organización y se desarrolla un sentimiento de orgullo de pertenencia. Este sentimiento afecta también la rotación (disminución de los costes de formación, incrementos salariales, etc.). Una mayor identificación (motivación) conlleva mayor respeto a la organización (y a la dirección), menos resistencias a los cambios, actitudes más proactivas (y, por tanto, menos reactivas). Además, la participación tiende a incrementar la productividad cuando se combina con la participación en los beneficios, la ocupación garantizada a largo plazo, unos parámetros salariales relativamente ajustados y unos derechos laborales garantizados. Asimismo, el aumento de los incentivos no monetarios (satisfacción laboral por la aplicación de criterios de participación) supone una reducción de los incentivos monetarios y de los costes de influencia. El impacto sobre la productividad es aún mayor cuando los trabajadores están bien informados sobre los asuntos internos de la empresa, si existe una buena comunicación con la dirección y si los trabajadores participan en el gobierno de la empresa y en sus decisiones.

³ European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions / European Commission (2001): *Recent Trends in Employee Financial Participation in the European Union*. Literalmente, dice: "We will define participation as a process which allows employees to exert some influence over their work, over the conditions under which they work and over the results of their work."

Estas ventajas afectan la empresa como organización y también a sus trabajadores. El efecto que puede tener dicha participación para los propios trabajadores se puede concretar en: percepción de mejores resultados personales, más sentido de lo que se hace en la empresa, mayor grado de autonomía, incremento de la autorrealización, mayor reconocimiento, mayor profesionalidad y, por tanto, mayor empleabilidad. Además, se pueden considerar ventajas también los beneficios derivados de la marcha más favorable de la empresa: estabilidad en el empleo, participación económica en los resultados, así como la fuerza y el entusiasmo que se derivan de formar parte de un equipo embarcado en un proceso de estas características.

En el plano empírico, los efectos de la eficacia de una mayor participación de los trabajadores ha sido objeto de numerosas investigaciones.⁴ Un estudio llevado a cabo por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos en 1973 concluye, con relación a este aspecto: "En ninguno de los casos de los que tenemos constancia, el esfuerzo por aumentar la participación del trabajador ha producido un descenso, a largo plazo, de la productividad."⁵ Nueve años más tarde, tras analizar su recopilación de estudios empíricos, Jones y Svejnar⁶ concluyen que parece que existe un apoyo consciente a la postura que señala que la participación de los trabajadores en la dirección origina una mayor productividad. Este resultado viene avalado por diversas aproximaciones metodológicas, que manejan diversos datos durante períodos de tiempo diferentes. Alan Blinder⁷ ha publicado un conjunto de investigaciones que apoyan esta tesis y llega a la misma conclusión. Levine y Tyson,⁸ por ejemplo, resumen sus análisis de unos cuarenta y tres estudios distintos con estas palabras:

⁴ Kruse y Blasi (1995) revisaron 27 estudios sobre productividad y eficiencia y no observaron ninguna relación automática entre la participación (en el trabajo y en el capital) y una mayor productividad. Sin embargo, mientras algunos indicaban unos mejores resultados, ninguno señalaba una correlación entre la participación y los resultados negativos. Véase European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions / European Commission (2001): *Recent Trends in Employee Financial Participation in the European Union*, donde se cita Kruse, D.; Blasi, J.R. (1995); *Employee Ownership, Employee Attitudes, and Firm Performance: A Review of the Evidence*, NBER Working Paper Series 5277, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.

⁵ U.S. Department of Health, Education and Welfare (1973).

⁶ Jones, D., C.; Svejnar, J. (eds.), "Participatory and Self-Managed Firms", Lexington Books, Lexington, Mass, 1982.

⁷ Blinder, A., *Paying for Productivity: A look at the evidence*, Washington: Brookings Institution, 1990.

⁸ Levine, D., Tyson, L., "Participation, Productivity and the Firm's Environment". En: Blinder, A., 1990.

“Nuestra valoración global de la literatura empírica de la economía, de las relaciones industriales, de la conducta organizativa y de otras ciencias sociales es que la participación normalmente conduce a unas pequeñas mejoras a corto plazo en la realización y, a menudo, a mejoras significativas y sostenidas a largo plazo. Casi nunca hay un efecto negativo.”⁹

La acción y el efecto de tomar parte en algo incrementan la productividad y, en consecuencia, la competitividad, tanto del partícipe como de la organización, debido al efecto de la implicación con la organización, al compromiso que conlleva. Por esta razón, muchos sistemas de incremento de la productividad han propuesto sistemas de participación más o menos sofisticados.¹⁰

Hay muchas maneras de ordenar y clasificar los distintos tipos de participación de los trabajadores en el seno de una empresa: en función del sujeto que participa (tipo de trabajador, cargo), en función de la fase donde se produce (en el origen de los procesos o bien en fases posteriores). Nosotros, en este artículo, optamos por entenderla en su nivel más alto, por el hecho de que implica participar tanto en el gobierno de la empresa como en la toma de decisiones sobre los beneficios de la misma (organizaciones con ánimo de lucro y sin ánimo de lucro).

Modelos de autogestión en el sector de la salud

Los países occidentales que disponen de una atención primaria fuerte vertebran los servicios de salud en torno a ella: trabajo en equipo, multidisciplinario, capacidad de gestión transferida a los equipos, puerta de entrada al sistema y amplia cartera de servicios.¹¹ La relación contractual que se establece con los profesionales con el sistema público de salud es un instrumento clave para desarrollar dinámicas participativas y mejorar, en consecuencia, tanto la eficiencia de los servicios como la satisfacción de las expectativas de ciudadanos y profesionales. Por ello, algunos

⁹ Morales Gutiérrez, A., “La empresa participativa”, *Revista CIRIEC*, núm. 40. 2002.

¹⁰ Gutiérrez Fernández, C., “La empresa de participación: características que la definen. Virtualidad y perspectivas en la sociedad de la información”. *Revista CIRIEC*, núm. 40, donde se citan: *Informe sobre el Empleo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico de 1985* y Martín Beichman de la Universidad de Harvard.

¹¹ Ledesma, A., “¿Autogestión o autonomía de gestión? Informe SESPAS 2012”. *Gaceta Sanitaria*, 26(1): 57-62. 2012.

países optan por contratar directamente a los profesionales de forma individual o bien a través de entidades profesionales autogestionadas.

En España, sólo Cataluña ha hecho posible la contratación de entidades de profesionales para proveer servicios sanitarios públicos, mediante formulas mercantiles y, por tanto, en una relación competitiva de mercado. Esta relación permite utilizar los mecanismos de gestión empresarial sin someterlos a los controles de la intervención del Estado.¹²

Modelos de gestión en atención primaria por comunidad autónoma				
Comunidad	Gestión pública	Modelos de Gestión	Gestión privada	Modelos de gestión
Andalucía	Si	Unidades de gestión clínica	No	No
Aragón	Si	Sectores sanitarios: gerencia única	No	No
Asturias	Si	Unidades de gestión clínica	No	No
Cantabria	Si	Tradicional	No	No
Castilla-La Mancha	Si	Modelo de descentralización y gerencia única	No	No
Castilla-León	Si	Descentralización de la toma de decisiones	No	No
Cataluña	Si	Equipos autogestionados	Si	EBA, entidades privadas y mixtas
Ceuta	Si	Gerencia única: modelo tradicional	No	No
Extremadura	Si	Gerencia única	No	No
Galicia	Si	Gerencia de atención: modelo tradicional	No	No
Islas Baleares	Si	Descentralización de la gestión	No	No
Islas Canarias	Si	Gerencia única: modelo tradicional	No	No
La Rioja	Si	Gerencia única: modelo tradicional	No	No
Madrid	Si	Gerencia única: descentralización de la gestión	No	No
Melilla	Si	Gerencia única: modelo tradicional	No	No
Murcia	Si	Gerencia única: descentralización de la gestión	No	No
Navarra	Si	Descentralización de la gestión: modelo tradicional	No	No
País Vasco	Si	Unidades clínicas	No	No
Valencia	Si	Unidades de gestión unificadas	Si	Entidades privadas, modelo integrado

Fuente: Ledesma, A.: “¿Autogestión o autonomía de gestión? Informe SESPAS 2012”. *Gaceta Sanitaria*, 26(1): 57-62.

¹² Las otras fórmulas de gestión promovidas en España para evitar los controles de la intervención pública estatal, fundaciones o consorcios, no han logrado este objetivo, excepto las de la Comunidad Valenciana y alguna de la Comunidad de Madrid. Véase Ledesma, A. (2012): “¿Autogestión o autonomía de gestión? Informe SESPAS 2012”. *Gaceta Sanitaria*, 26(1): 57-62.

En 1995, Cataluña legisla la posibilidad de contratar empresas de profesionales por parte del CatSalut, con el fin de proveer servicios sanitarios¹³ con las siguientes fórmulas jurídicas: sociedad anónima, sociedad limitada, sociedad cooperativa y sociedad cooperativa laboral.

De estos modelos de autogestión para la provisión de servicios sanitarios públicos, la fórmula jurídica más utilizada hasta ahora es la sociedad limitada profesional propiedad de los profesionales. Actualmente, en Cataluña hay 10 EBA, que gestionan 12 zonas básicas de salud, con 350.000 ciudadanos atendidos, y una cooperativa de pediatras en una zona del Pirineo catalán (Pediatría del Pirineu).

Otra cuestión es la de la cooperativa SCIAS-Hospital de Barcelona, que si bien constituye un caso excepcional –en su doble sentido, de interés y de dificultad para su réplica– consideramos que merece la pena mencionarlo también como modelo de autogestión, en la medida que es una cooperativa de consumo de servicios sanitarios.

A continuación, detallamos estos modelos de autogestión.

Las entidades de base asociativa (EBA)

Las entidades de base asociativa (EBA) son empresas de profesionales sanitarios integradas en el sistema público de salud para prestar los servicios de atención primaria a la población de referencia. Cada uno de los centros constituidos como EBA tiene el objetivo de encargarse de la atención primaria de la población integrada en su área básica de salud (ABS).

Las EBA nacieron en Cataluña con el objetivo de que equipos de médicos y enfermeras¹⁴ con amplia experiencia en atención primaria proporcionaran los servicios de atención primaria reformada a un determinado número de habitantes del territorio.¹⁵ Queriendo el CatSalut plantear una alternativa profesional a la provisión de atención primaria por parte de las empresas

hospitalarias, en 1994, la Dra. Elena Ris, directora de los Servicios Sanitarios del Servei Català de la Salut, desarrolló un proyecto que permitiera a los profesionales sanitarios convertirse en proveedores de servicios sanitarios públicos en atención primaria.

Para liderar esta iniciativa, se propusieron diferentes profesionales con amplios conocimientos y experiencia en el sector de la atención primaria. La condición era dejar la plaza de funcionario o de estatutario de la Seguridad Social con garantías de retorno por medio de una excedencia.

Después de realizar algunas pruebas piloto, estas sociedades se crearon mediante un contrato con el CatSalut, de modo que actúan bajo su supervisión. La creación de entidades de base asociativa como empresas proveedoras de servicios de salud está supeditada a la Ley de Sociedades Profesionales, que afecta a los profesionales que ejerzan la actividad de forma conjunta con otros profesionales. La adjudicación y la contratación de los servicios de atención primaria por parte del CatSalut se rigen por la normativa legal que enmarcan los concursos públicos que convoca la Administración.¹⁶ La Administración sanitaria establece unos criterios de

¹⁶ La Ley 15/1990, de ordenación sanitaria de Catalunya (LOSC) (DOGC núm. 1324, de 30 de julio de 1990, pp. 3660-3673) separa claramente las funciones de asegurador público (financiación, compra y planificación) de las de proveedor de servicios sanitarios. Mediante esta ley, se regula el acceso a la provisión de servicios de todos los agentes sanitarios. No refleja, sin embargo, la posibilidad de que los profesionales sanitarios accedan a la provisión. El Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya, mediante el Servei Català de la Salut (SCS), ha impulsado, entre otros, un modelo de gestión en el cual los médicos y los enfermeros adquieren la condición jurídica de entidad proveedora de servicios.

La Ley 11/1995, de modificación parcial de la LOSC, aprobada por el Parlament de Catalunya el día 29 de septiembre de 1995 (DOGC núm. 2116, de 18 de octubre de 1995, pp. 7538-7540). En esta Ley, el modelo conocido como «autogestión» toma cuerpo legal. http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/ql23_LOSC.pdf.

Decreto 309/1997, de 9 de diciembre, que establece los requisitos de acreditación de las entidades de base asociativa para la gestión de centros, servicios y establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria (DOGC núm. 2539, de 16 de diciembre de 1997, p. 14558).

Por la compra de servicios de salud, en los contratos de atención primaria el CatSalut establece el cumplimiento de los siguientes objetivos comunes:

- 1) Alcanzar un determinado porcentaje mínimo de pacientes atendidos de 35 a 74 años y con colesterolemia total > 200 mg/dl, con cálculo del riesgo cardiovascular.
- 2) Alcanzar un determinado porcentaje mínimo de pacientes con cardiopatía isquémica y con tratamiento antiagregante indicado, que lo reciben adecuadamente.
- 3) Alcanzar un determinado porcentaje mínimo de población asignada y atendida mayor de 14 años, con cribado sobre el consumo de alcohol.
- 4) Alcanzar un determinado porcentaje mínimo de población de 0 a 14 años asignada y atendida, correctamente vacunada.
- 5) Conseguir que un determinado porcentaje mínimo de los pacientes incluidos en el protocolo PREALT tengan un contacto con el EAP dentro de las 48 horas posteriores al alta.
- 6) Conseguir que la prescripción de envases de nuevos medicamentos con valor añadido limitado se sitúe por debajo de un determinado porcentaje máximo.
- 7) Alcanzar un determinado porcentaje mínimo de prescripción de especialidades farmacéuticas genéricas.

¹³ Ley 11/1995, de 29 de septiembre, de modificación parcial de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña. Decreto 309/1997, de 9 de diciembre, por el que se establecen los requisitos de acreditación de las entidades de base asociativa para la gestión de centros, servicios y establecimientos de protección de la salud y de la atención sanitaria y sociosanitaria. DOGC, núm. 2539.

¹⁴ Actualmente, la Asociación Catalana de Entidades de Base Asociativa (ACEBA) integra a 450 profesionales en plantilla, que dan servicio a los diferentes centros del territorio catalán.

¹⁵ Según el Registro Central de Personas Aseguradas (RCA) del CatSalut, en 2010 ACEBA dio cobertura sanitaria a 248.660 personas.

control y seguimiento para conocer la calidad del trabajo desarrollado en las EBA. Los centros renuevan anualmente el contrato con el CatSalut para continuar ofreciendo servicios de salud a la población de referencia. Según este contrato, la Administración establece unos objetivos, que a su vez se convierten en parámetros de análisis y evaluación de los servicios prestados. Los porcentajes de cumplimiento de estos objetivos son indicadores de la eficiencia y de la calidad de los servicios de cada centro.

Este modelo, escogido por el Servei Català de la Salut para prestar asistencia sanitaria pública a la población, promueve la implicación, la motivación y el desarrollo profesionales. El funcionamiento autogestionado otorga un importante margen organizativo, con mucha agilidad en la toma de decisiones, ya que son los mismos profesionales los que hacen las tareas asistenciales, los que deciden en el día a día cuáles son las mejores formas de atender las necesidades de salud de la población.

El abanico de gestión es amplio y abarca todos los ámbitos de la empresa: desde la gestión de los recursos humanos hasta la negociación con los proveedores, pasando por las pruebas diagnósticas (análisis, radiología, ecografía) y la prescripción farmacéutica. También son responsables del mantenimiento del CAP, de la informatización y de la puesta en funcionamiento de las nuevas tecnologías.

La atención primaria absorbe un importante porcentaje del presupuesto sanitario designado. En esta línea, el gasto en atención primaria y salud comunitaria ha experimentado un importante crecimiento en los últimos años. Según datos de la Dirección General de Planificación y Evaluación del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, durante el período 2005-2008 el gasto en los equipos de atención primaria creció un 40% más que el gasto en el resto de servicios de salud. La atención primaria y la salud comunitaria, incluida la farmacia, representan actualmente cerca del 37,7% del gasto total del CatSalut. Excluyendo el gasto farmacéutico, el porcentaje se sitúa en torno al 18,4%.

Los datos demuestran que las EBA de Catalunya han hecho un uso más eficiente de los recursos que las demás, que mejora la calidad de la atención que se da a los ciudadanos, ya que promueve la responsabilización y una vinculación más directa entre los profesionales y los pacientes. Finalmente, mejoran la satisfacción de los profesionales, con unos resul-

tados comparables en términos de salud. Los datos publicados en los estudios de economía de la salud elaborados por la Dirección General de Planificación y Evaluación del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, presentados en la Jornada del II Plan de Innovación en Atención Primaria, reflejan que el coste medio de la atención primaria en Cataluña en 2008 por habitante y año es de 459 euros en concepto de farmacia y atención primaria. Siguiendo estos mismos parámetros, los datos del coste medio de las 10 EBA en 2009 es de 329 euros por habitante y año, un 28% inferior a la media catalana. A pesar de la reducción del gasto, el modelo organizativo de los equipos autogestionados obtiene las mejores puntuaciones en los resultados asistenciales, en la satisfacción de los ciudadanos y en la satisfacción de los propios profesionales. Teniendo en cuenta estas cifras, si el gasto medio en atención primaria de toda la población de Cataluña hubiera sido el equivalente al de los usuarios de las EBA, es decir, un 28% inferior, el ahorro total generado sumaría algo más de 900 millones de euros al año. Por tanto, podemos afirmar que las EBA han demostrado su sostenibilidad al ofrecer servicios sanitarios públicos de igual o mayor calidad a un coste inferior que otros servicios de atención primaria públicos.

La cooperativa Pediatría dels Pirineus

La iniciativa de Pediatría dels Pirineus se ha vehiculado a través de una entidad de base asociativa organizada en forma de cooperativa de trabajadores,¹⁷ fruto de un convenio de colaboración entre cuatro entidades: la Fundació Sant Hospital de La Seu d'Urgell (FSH), el Institut Català de la Salut (ICS), el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona (HSJD) y el Departament de Salut.¹⁸

Los pediatras constituyeron una cooperativa con el objetivo y el encargo de garantizar una atención pediátrica, en primaria y hospitalaria, de calidad, sostenible y eficiente en la comarca catalana de L'Alt Urgell. Pediatría dels

¹⁷ Sociedad Cooperativa Catalana Limitada Profesional.

¹⁸ El proyecto ha sido dirigido conjuntamente con el Hospital Sant Joan de Déu y operativizado a través de una concertación con el Departamento de Salud. Ha sido posible gracias a la cesión de la gestión de la Fundació Sant Hospital y del Institut Català de la Salut (ICS) y se ha vehiculado a través de la Sociedad Cooperativa Catalana Limitada Profesional, nuevo modelo también de entidad de base asociativa (EBA) en nuestro país, con socios colaboradores y socios trabajadores, todos partícipes del proyecto.

Pirineus representa, pues, un modelo de atención que tiene el objetivo de garantizar la calidad y la sostenibilidad de la prestación de la atención pediátrica integral en la comarca de L'Alt Urgell, donde tradicionalmente la cobertura ha sido difícil, tanto por la ausencia de profesionales especialistas en pediatría como por las características geográficas de la zona.

Entre los objetivos secundarios de Pediatría dels Pirineus, destacan garantizar la minimización de las incidencias con el máximo control de costes, ajustar los recursos a las necesidades reales y crear un modelo homogéneo con disminución de la variabilidad. Igualmente, Pediatría dels Pirineus ha consolidado su proyecto dentro de una red asistencial y docente muy relacionada con los hospitales de referencia (en este caso, los hospitales universitarios Arnau de Vilanova de Lleida y Sant Joan de Déu de Esplugues de Llobregat) y ha mantenido la capacitación profesional en el tiempo con los espacios requeridos de docencia, en el territorio y fuera de él. Pediatría dels Pirineus promueve la coordinación con y entre especialidades pediátricas, y el contacto telemático entre diferentes profesionales del territorio que puedan atender la pediatría (fundamentalmente, enfermería pediátrica y medicina familiar y comunitaria), mejorando el *continuum* asistencial entre la atención pediátrica de cabecera y la hospitalaria.

Es un proyecto innovador, que se ubica en la comarca de L'Alt Urgell y que genera un nuevo modelo de atención profesional, en este caso pediátrico, que incluye la asistencia primaria (pediatría de cabecera en los diferentes CAP de las ABS de la zona) y la asistencia hospitalaria en la Fundació Sant Hospital (FSH), hospital de referencia del territorio.

El objetivo principal es garantizar la calidad y la sostenibilidad de la prestación de una atención pediátrica integral en una zona del país donde tradicionalmente ha sido difícil la cobertura, tanto por la falta de profesionales especialistas en pediatría como por la situación geográfica de la zona de prestación, caracterizada por una población dispersa en áreas de no fácil acceso, especialmente en invierno.

Este es un modelo de atención profesional en salud que puede reproducirse en prácticamente todos los ámbitos profesionales y también en la gran mayoría de ámbitos geográficos. Tiene como garantía el traspaso de la gestión de la prestación propiamente dicha, utilizando los circuitos ya definidos tanto por la atención primaria de salud como por la atención

especializada hospitalaria, tanto en la programación y en el registro de la actividad asistencial, como en la generación de peticiones de productos intermedios y en la derivación de pacientes, sin gestionar los costes de estas prestaciones (pruebas complementarias, farmacia, material sanitario y otros homólogos).

El grupo de profesionales que integran la EBA cooperativa ha logrado mejorar la accesibilidad de la población de este territorio, cubrir el 100% de la asistencia pediátrica y disminuir en un 30% las visitas pediátricas al Servicio de Urgencias de la Fundació Sant Hospital. Se ha objetivado observado una disminución del 33% de las derivaciones a centros fuera de la comarca y del 41% de los traslados interhospitalarios. En el ámbito docente, se han consolidado las sesiones en el territorio y se ha mejorado la asistencia de los profesionales a los cursos formativos (una media de 6,5 cursos/profesional en el año 2010 y de 5,6 en 2011).

Para los profesionales integrantes de este proyecto,¹⁹ el nuevo sistema ha permitido seguir un programa de formación continuada en el Hospital Sant Joan de Déu, formación que después ha repercutido en la asistencia en el territorio, así como adaptar el horario laboral según las necesidades del territorio y considerando las circunstancias personales, lo que permite conciliar mejor la vida familiar y la laboral. Con ello, se ha conseguido fidelizar en el territorio a excelentes profesionales, y asegurar la calidad y la sostenibilidad de la atención.

SCIAS - El Hospital de Barcelona

SCIAS - Hospital de Barcelona constituye un caso muy especial, en la medida que es la única cooperativa de usuarios de la sanidad en Cataluña, aunque precisamente su excepcionalidad es indicativa de la dificultad de replicar el modelo.

SCIAS representa un grupo empresarial constituido por una cooperativa de consumo, en cooperación con una cooperativa de trabajo asociado

¹⁹ Con una estructura de siete trabajadores (un director gerente que actúa como interlocutor con el CatSalut, la FSH, el ICS y el HSJD y coordinador con el HSJD; un responsable de calidad, gestión de personal y presupuesto; un director asistencial que organiza, monitoriza la calidad, realiza el seguimiento y asistencia y es, a la vez, jefe del Servicio de Pediatría de la FSH; el resto dan cobertura pediátrica a los distintos contingentes y realizan guardias en la FSH), Pediatría dels Pirineus es la primera entidad de base asociativa organizada en forma de cooperativa de trabajadores.

que constituye el conglomerado de cooperativas más importante en el ámbito europeo en el sector sanitario. La cooperativa de consumo se configura a partir de toda la base de socios o usuarios de los distintos servicios que ofrece. Por otro lado, la cooperativa de trabajo asociado la configuran el conjunto de médicos profesionales que prestan el servicio.²⁰

A finales de los años sesenta, el sector público había comenzado tímidamente a desarrollar la red pública de hospitales a través de la Seguridad Social. En el caso de Barcelona, existía el Hospital Vall d'Hebron. A medida que la población incrementa sus niveles de renta, se consolidan sectores con capacidad y voluntad para sufragar los gastos derivados de una asistencia sanitaria de mayor calidad y confort. Cabe tener presente que en la década de los años setenta los servicios asistenciales en Barcelona no cubrían aún las necesidades sociales existentes que se requerían.

En este contexto, el doctor Josep Espriu, presidente de la compañía de seguros Assistència Sanitària Col·legial (ASC), un médico de cabecera que desde la consulta privada de su domicilio advirtió los cambios que experimentaba la población con relación a la demanda sanitaria durante los años sesenta, lideró el proyecto de un conjunto de ciudadanos, vinculados a la compañía de seguros, que planteaban crear una cooperativa de consumo de servicios sanitarios con la idea de recibir servicios asistenciales –principalmente, camas hospitalarias– y, al mismo tiempo, participar en la gestión de dichos recursos.²¹

De este modo, la cooperativa SCIAS (Instalaciones Asistenciales Sanitarias, SCCL) vio la luz en 1974 y, unos años después, en 1989, se puso en funcionamiento el Hospital de Barcelona. En este sentido, SCIAS aparece en un momento clave: justo antes de que se desarrolle la Seguridad Social y en el momento en que la población ya ha accedido a unos niveles de renta que hacen viable organizar la sanidad privada.

Es importante mencionar que, a lo largo de los quince años transcurridos desde la constitución de la cooperativa hasta la puesta en marcha del hospital, los socios y las socias de la cooperativa hicieron aportaciones

que permitieron financiar su construcción y el inicio de la actividad. Las aportaciones de estos socios hicieron posible que los miembros de ASC pudieran tener su propia estructura de asistencia, con elevados estándares de calidad.

La filosofía de la cooperativa, que no tiene ánimo de lucro, es la reinversión de los excedentes, para mejorar las instalaciones y los equipamientos y, por tanto, los servicios a los asociados. Si, en un primer momento, la cooperativa fue únicamente de socios de consumo, en la actualidad el número de socios y socias de trabajo de la cooperativa supera las 700 personas, sobre un total de más de 800, mientras que el número de socios y socias de consumo/usuarios supera las 160.000 personas.²²

En 1989, la cooperativa tomó la decisión de que los trabajadores pudieran ser socios de trabajo, con lo que la cooperativa podía ser mixta, de trabajo y de consumo.²³ En la actualidad, para poder alcanzar la condición de socio de trabajo, se abonan las mismas cuotas que los socios de consumo, y la capitalización de las prestaciones básicas por desempleo se aporta al fondo económico específico de los socios de trabajo, o bien, si no es posible capitalizar el paro, se efectúa una contribución de 60 euros. Cabe mencionar que, si un socio de trabajo se da de baja, puede recuperar las aportaciones que haya efectuado a este fondo.

A partir de la iniciativa del Dr. Espriu en este terreno, a lo largo de los años han surgido tres cooperativas: una cooperativa de trabajo de médicos de la provincia de Barcelona, Autogestión Sanitaria Sociedad Cooperativa, que agrupa a más de 5.000 socios y que es propietaria de la aseguradora médica Assistència Sanitària Col·legial, SA (ASC); una cooperativa de consumo, la Sociedad Cooperativa de Instalaciones Asistenciales y Sanitarias (SCIAS), que reúne a más de 160.000 usuarios de la medicina de la provincia de Barcelona, y, finalmente, una cooperativa de médicos de ámbito estatal, Lavinia Sociedad Cooperativa, que agrupa a más de

²² Ahora, estos aportan 30 euros recuperables al capital social, una cuota de entrada de 12 euros no retornables y una cuota mensual de 3 euros. Los socios, a la vez asegurados de Assistència Sanitària Col·legial, son atendidos en el hospital sin tener que pagar facturas.

²³ La Asamblea General se lleva a cabo a partir de la celebración previa de asambleas preparatorias sectoriales, donde se designan los delegados que irán a la Asamblea General con los votos recogidos en cada reunión. Una de estas asambleas preparatorias es específica de los socios de trabajo. Esto permite ponderar el peso diverso de los socios de consumo, evidentemente mucho más numerosos que los de trabajo.

²⁰ Generalitat de Catalunya (2001): *Llibre blanc de l'economia social*. Departament de Treball.

²¹ Martí, G., (2008): SCIAS - "Hospital de Barcelona: una experiencia singular". CIES.

20.000 médicos y es propietaria de la aseguradora Asistencia Sanitaria Interprovincial, SA (ASISA).

Beneficios y retos de la autogestión en la provisión de servicios sanitarios públicos

Principales beneficios de la autogestión en la provisión de servicios sanitarios públicos

- **El ciudadano en el centro de la organización.** Estos modelos parten de una clara estructura organizativa de orientación al “cliente”. Sus procesos de trabajo se construyen partiendo de la identificación de las necesidades del usuario del servicio y de cómo satisfacerlas de forma eficaz y eficiente. Esta orientación como eje central del sistema organizativo permite incrementar los niveles de satisfacción de los usuarios del servicio y de los profesionales sanitarios que realizan la atención.
- **Innovación.** El nuevo paradigma del sector sanitario se caracteriza por un concepto de la gestión según el cual el conocimiento debe circular dinámicamente y el rol de la dirección va asociado no solo al valor añadido, sino también a los ámbitos de la innovación y los valores. Los modelos de autogestión parten de un modelo favorable a la creación de este tipo de dinámicas. La participación de los profesionales en la toma de decisiones de la organización facilita la gestión del conocimiento y, consiguientemente, la innovación de procesos, sistemas y servicios. Solo ante elevados y continuados grados de autonomía, los trabajadores tienen energía para combinar conocimientos e ideas y, por tanto, para crear nuevos conocimientos a través del aprendizaje. Autonomía e identidad corporativa deben combinarse de modo que se cree el equilibrio adecuado.
- **Productividad.** Incrementar el sentido de “propiedad” sobre los servicios, los procesos y los proyectos por parte de las personas que los realizan. El trabajo enajenado, aquel que no se siente parte de la organización, que no tiene significado para quien lo realiza, solo tiene efectos negativos, que se traducen para el trabajador en insatisfacción, desmotivación y pérdida de sentido, y para el empresario, en pérdida de

productividad del trabajador, porque no “aporta” nada más. Así pues, las empresas –sea cual sea su fórmula jurídica– deberían articular dinámicas basadas en la “apropiación” del trabajo, y la asunción de poder y responsabilidad por parte del trabajador. En este sentido, los modelos de autogestión parten inicialmente de un modelo formal que vincula trabajo y propiedad, el cual, bien aplicado en la práctica, les otorga cierta ventaja competitiva.

- **Eficiencia.** En las organizaciones tradicionales, la “construcción de la estrategia” es un ejercicio de la dirección. Los procesos de selección, interpretación y decisión son llevados a cabo principalmente por la cúpula directiva, de modo que toda la información es filtrada e interpretada a través de los conocimientos, los modelos mentales, las experiencias previas, las necesidades y los intereses personales de los integrantes de esta cúpula. En las empresas que aplican en la práctica la autogestión, la fusión entre capital y trabajo permite ampliar el número de personas de la organización capaces de atribuir significado, lo cual, gestionado adecuadamente, otorga mayores posibilidades de captar información relevante y darle significado, mejorar la capacidad de decisión y, en consecuencia, mejorar la eficiencia de la empresa.
- **Posibilidad de selección de los recursos humanos desde los propios equipos de trabajo.** En el modelo de autogestión, un elemento clave es la composición de los profesionales que lo integran. Por este motivo, la capacidad para seleccionar perfiles adecuados es determinante para el éxito del proyecto empresarial. Los perfiles profesionales de estos modelos van más allá de las tradicionales competencias técnicas. Es necesario, además, valorar otras competencias, que serán cruciales en el desarrollo de la vida profesional en el modelo de autogestión: la alineación con los valores corporativos, el nivel de implicación, compromiso, participación, vocación de servicio, etc.

Son precisamente estas fortalezas y la posibilidad de que en estos momentos, el impacto de la crisis económica sobre el personal sanitario puede facilitar cambios hacia los modelos de autogestión aportando una perspectiva profesional más favorable, una mejor remuneración económica y una mayor autonomía en el puesto de trabajo, lo que nos lleva a señalar algunos elementos tructores que entendemos son necesarios para replicar

y desarrollar con éxito estos modelos de gestión avanzada. En este sentido, apuntamos algunos aspectos en los que se podría centrar la atención.

Principales retos del modelo de autogestión en la provisión de servicios sanitarios públicos

- **Promover y consolidar la capacitación en management.** Una característica que suele ser común en la creación y el desarrollo de proyectos empresariales basados en los modelos de autogestión es que la formación de los profesionales que integran el modelo está mayoritariamente orientada a la formación técnico-operativa y, en mucho menor grado, a la empresarial y a la societaria. Así pues, incrementar la capacitación en estas dos últimas dimensiones resulta clave para poder aportar valor añadido al modelo y ganar en competitividad. Por ello, consideramos adecuado promover la formación ejecutiva y de gestión del entorno político entre los cuadros directivos. Asimismo, parece conveniente promover la formación financiera y en gestión de recursos humanos.

Dicha formación debería relacionar la gestión de los recursos humanos con políticas activas de consolidación de los puestos de trabajo, de atracción y retención del talento, políticas salariales vinculadas y de apoyo a la estrategia de la organización y que refuercen la gestión del rendimiento, que incentiven la consecución de resultados –retribución variable, que refuerce la cultura corporativa y que reconozca la diversidad de las necesidades de los profesionales que la integran.

- **Gestión de las relaciones laborales y societarias.** Debería profundizarse en la mejora de la gestión de los recursos humanos, con el objetivo de mejorar la gestión de la política retributiva, las políticas activas de prestaciones sociales para aportar valor añadido y competitividad, las políticas de consolidación de puestos de trabajo y las acciones destinadas a la atracción y retención del talento. Igualmente, sería oportuno promover, mediante acciones formativas, o bien mediante la visualización de experiencias y la difusión de buenas prácticas de gestión de relaciones laborales y societarias:
 - El fomento y apoyo a la implantación de planes y manuales de incorporación de los profesionales a la organización.

- La implantación de planes de formación societaria para los profesionales.
- El fomento y apoyo a la elaboración de planes de carrera corporativos.
- La mejora de la competitividad de la política retributiva: políticas retributivas vinculadas y de apoyo a la estrategia de la corporación, políticas salariales que refuercen la gestión del rendimiento.
- La incorporación de políticas proactivas de atracción del talento mediante otros atributos laborales (flexibilidad, dinámica de trabajo, etc.).
- El incremento de la competitividad mediante la cooperación empresarial.

Finalmente, el desarrollo y la consolidación de los actuales modelos de autogestión requieren promover y difundir los modelos de autogestión exitosos que permitan incorporar las mejores prácticas para ganar competitividad. En esta línea, también se deberían impulsar programas de fomento y apoyo a la planificación estratégica, con visión de cooperación empresarial.

En entornos cambiantes y dinámicos como los actuales y los que nos encontraremos cada vez más, la presencia intensa de formas autoorganizativas está muy relacionada con la capacidad competitiva de la organización. Por ello, las organizaciones han de tender a constituirse no solo como “centros productivos”, sino también como “centros de aprendizaje”. Por consiguiente, la atención primaria en España ha de promover un nuevo tipo de vínculo entre la organización y la persona que la integra o la integrará, de manera que ésta no pertenezca a la organización y asuma sus valores unilateralmente, sino que ambas partes saquen provecho y se transformen a partir de su mutua interacción. Las empresas de autogestión disponen de estos elementos en su *corpus* teórico y han demostrado que incrementan la eficiencia y la satisfacción.

10. La compra pública innovadora y la salud. Instrumento de colaboración para los nuevos escenarios

Joan Guanyabens¹ y Ramon Maspons²

Salud, innovación y compra pública

La **compra pública innovadora** (CPI) como procedimiento de contratación pública puede ser un instrumento muy útil para favorecer la aparición de soluciones comerciales innovadoras que satisfagan las necesidades concretas de los demandantes, especialmente cuando estas soluciones no existen en el mercado. Mediante la compra pública, las administraciones pueden presentar una amplia descripción de las necesidades y los requerimientos para que los proveedores puedan desarrollar y ofrecer productos y servicios específicos, que den respuesta a los problemas planteados.

El sector salud, además de su dimensión humana individual (como derecho) y, también, desde la vertiente de ser una responsabilidad social colectiva, genera y moviliza todo un macrosector conformado por múltiples actores de los ámbitos administrativo, profesional y empresarial, los cuales trabajan para satisfacer las necesidades de salud de las personas. El sector salud también es un motor de crecimiento, de innovación y de generación de puestos de empleo cualificados. La actividad que se genera a su alrededor también tiene un fuerte impacto en la economía de los países y en sus presupuestos públicos.

Los sistemas de salud son un terreno propicio para la aparición de soluciones innovadoras. El alcance del propio sector, la incidencia que tiene en las personas y en nuestra sociedad, y su dinamismo provocan la constante apari-

¹ Consejero delegado de la Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) y coordinador general de las TIC del Departamento de Salud.

² Ingeniero Industrial. Programa de Doctorado en Administración de empresas. Socio fundador de las empresas Iale Tecnología, dedicada a la inteligencia competitiva y la vigilancia tecnológica y de la empresa Montanyanes. Actualmente es coordinador de innovación de la AIAQS.

ción de nuevas problemáticas bastante complejas y variables, que requieren nuevas soluciones. Por ejemplo, solo debemos recordar el impacto que tiene sobre los sistemas de salud el continuo envejecimiento de la población, que conlleva una mayor demanda en cuanto a sus necesidades sociosanitarias.

Los sistemas de salud actúan en un entorno en el que las posibilidades de mejora de la salud son infinitas, dado el carácter multidimensional de la salud —no solo la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también el bienestar físico, mental y social. Por contra, los recursos, a pesar de que se vayan incrementando, no pueden aguantar el mismo ritmo de crecimiento sin amenazar el equilibrio económico del sistema. En consecuencia, este contexto de tensión y presión continuas obliga los sistemas de salud a introducir instrumentos y mecanismos para garantizar la calidad de la asistencia, la eficiencia y la sostenibilidad del sistema.

La innovación, la tecnología, la investigación y la evaluación de los resultados en términos de salud o económicos se convierten, entonces, en disciplinas principales por su capacidad de generar conocimiento y nuevas soluciones para contribuir a la mejora, el mantenimiento y la transformación de los sistemas de salud. Para facilitar el “diálogo” entre estas disciplinas que se retroalimentan mutuamente, disponemos de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y los sistemas de información. Las TIC, en salud —también conocidas como eSalud o eHealth—, tienen un rol primordial en cuanto a acelerar y facilitar los procesos asistenciales y organizativos, y proporcionar nuevas formas de actuar —e, incluso, nuevas formas y culturas organizativas.

Las TIC presentan una doble vertiente en el ámbito sanitario. Por un lado, tienen la capacidad de recopilar, gestionar, explotar y consultar datos e información que se podrán convertir en conocimiento para tomar mejores decisiones, más objetivas y racionales. La información proporcionada por herramientas como las historias clínicas electrónicas de los centros sanitarios —que convergen en la historia clínica compartida en Cataluña—, la receta electrónica, el portal web Canal Salut o la carpeta personal de salud de la ciudadanía son algunos de estos ejemplos. Por otro lado, las TIC también tienen una vertiente de facilitadoras de la provisión de asistencia sanitaria, como es el caso de la telemedicina o la teleasistencia. Las bondades de las TIC como palanca de cambio se extienden también a ámbitos como la coordinación, la integración entre niveles asistenciales,

la accesibilidad y la equidad en la atención a los pacientes e, incluso, en la aparición de nuevos modelos asistenciales.

La transformación de los sistemas de salud propiciada por la implantación de las nuevas tecnologías se está haciendo de forma más lenta que en otros sectores. Sin embargo, seguro que los cambios serán muy profundos. Las explicaciones de este atraso se pueden hallar, en parte, en el hecho de que estamos frente a un sector en el que la Administración pública tiene un gran peso. Esta relevancia se denota, por un lado, en una elevada regulación administrativa pública y, por el otro, en la naturaleza de buena parte de la provisión de servicios —realizados también por la propia Administración. Esta singularidad se refleja en que la competencia, como motor de cambio, acostumbra a tener una incidencia menor de la que tiene en otros ámbitos. Si el marco para la competencia es limitado y puede dificultar los procesos de innovación, se deberá contar con otros instrumentos que puedan paliar este déficit, y la compra pública innovadora es uno de ellos.

La compra pública innovadora y el fomento de la innovación

Los procesos de compra pública representan un porcentaje importante del PIB en los países desarrollados. Según los *Public Procurement Indicators 2010* publicados por la Comisión Europea el noviembre de 2011, la contratación pública representó, en 2010, el 19,7% del PIB de la Unión Europea (UE) y, en el caso del Estado español, el 16,1%. Desgraciadamente, en la UE, la Administración no consume lo que subvenciona en I+D. El gobierno de los Estados Unidos de América (EE. UU.), en cambio, actúa como cliente para estos resultados, de forma que el sector público de los EE. UU. gasta 20 veces más en compras de I+D que la UE (si se excluye la compra de I+D militar, los EE. UU. destinan 4 veces más a compras de I+D que la UE). Esto representa la mitad del diferencial Estados Unidos-UE de gasto en I+D total. Las compras públicas, pues, apalancan la política de innovación.

En el Estado español, la compra pública ha dispuesto de un marco legislativo que se ha orientado especialmente a la minimización del gasto público y la preservación de los principios de transparencia, concurrencia y no discriminación. Ello ha dificultado en gran parte el uso de los procesos de compra para impulsar la innovación.

Los cambios en la legislación de la contratación pública española y, especialmente, el impulso de la Comisión Europea al fomento de la compra pública innovadora, abren nuevas posibilidades. Así, por ejemplo, el 8 de julio de 2011, el Consejo de Ministros del Estado español aprobó la regulación de la compra pública innovadora, por la cual todos los ministerios y organismos públicos estarán obligados a especificar en sus presupuestos y en los diferentes programas de actuación plurianuales las cantidades destinadas a esta modalidad de contratación, con el objetivo de que, en 2013, la compra pública innovadora represente el 3% del presupuesto de la Administración General del Estado.

La compra pública innovadora es una actuación administrativa de fomento de la innovación orientada a potenciar el desarrollo de nuevos mercados innovadores desde la demanda, mediante el instrumento de la contratación pública.

Engloba dos ámbitos distintos: la **compra pública de tecnología innovadora** y la **compra pública precomercial**.

En el caso de la compra pública de tecnología innovadora, el objeto de la compra será un producto o servicio que no existe en el momento en el que se realiza la compra, pero que se puede desarrollar en un plazo de tiempo razonable, a partir del desarrollo de una tecnología nueva o mejorada de acuerdo con los requerimientos del comprador. Si en el mercado no existe la solución comercial, el comprador público —mediante una amplia descripción de sus necesidades y requerimientos— fomenta que los proveedores puedan desarrollar productos y soluciones al problema planteado. El resultado es que el comprador público dispone de soluciones más innovadoras y ajustadas a sus requerimientos, y el apoyo que el mercado absorba nuevos productos y servicios.

En el caso de la compra pública precomercial, los órganos públicos contratarán servicios de I+D en los cuales no se reservarán los resultados para su uso exclusivo, sino que compartan el riesgo.

El desarrollo de la compra pública innovadora plantea varias situaciones inexistentes en los procesos de compra ordinarios. En primer lugar, la necesidad de que se dé lo que se conoce como primera demanda. Para poder concretar esta primera demanda, el comprador público deberá tener la capacidad de caracterizar las necesidades tecnológicas y de innovación.

En las administraciones públicas, la inteligencia de mercado y la inteligencia tecnológica son bajas y no sistemáticas, con poca evidencia del conocimiento implicado en las convocatorias. Por otro lado, no se puede olvidar que las administraciones se encuentran en una situación de creciente presión para actuar de forma socialmente responsable y ambientalmente sostenible. Esta presión, no obstante, no existe cuando se trata de innovación. Entonces, la compra se realiza bajo criterios de eficiencia y no de innovación.

En segundo lugar, la necesidad de identificar el valor de la oferta. La definición del valor está cambiando. El valor no se mide solo mediante el precio de compra, sino también por la sostenibilidad de la inversión, incluidos los costes del ciclo de vida y los impactos sociales y ambientales. Esta identificación de valor choca con el hecho de que la contratación pública no se dirige desde ámbitos de la Administración que entienden o dominan la aplicación de la innovación. La primera demanda obliga a que los proveedores de las etapas iniciales tengan habilidad para trasladar el impulso a la innovación desde el sector público hacia la cadena de valor.

Finalmente, se deben sopesar los beneficios de la agregación de la demanda. La gran oportunidad es buscar soluciones creativas, que impliquen una combinación de empresas en las que el reto pasa por incrementar las oportunidades de negocio para las pequeñas y medianas empresas (pymes) y permitir al sector público beneficiarse de su innovación y flexibilidad. Ello obliga a una alineación de las estrategias de la Administración y con las estrategias de las empresas.

Todo ello favorece que, desde algunos entornos, no resulte evidente el beneficio a corto plazo para los actores públicos de los procesos de compra pública innovadora, y permite concluir que la fase de preparación de los procesos de compra pública innovadora es crítica.

De forma práctica, el desarrollo de procesos de compra pública innovadora exige al sector público disponer de respuestas para preguntas del tipo:

- ¿Cómo se desarrollan o se preparan las descripciones detalladas de las necesidades que se pretenden cubrir?
- ¿Cómo se legitiman estas descripciones para asumir el riesgo implicado en la innovación de las empresas y premiar aquellas que lo hacen bien?

- ¿Cómo crear o disponer de una mejor comprensión del mercado, de cómo funciona, y de qué se espera del producto o servicio?
- ¿Cómo llegar a una decisión bien informada de qué actores incluir en el proceso de compra pública?
- ¿Cómo desarrollar y describir ejemplos buenos y útiles?
- ¿Cómo aumentar el apoyo a la gestión y la implicación?
- ¿Cómo concebir criterios de selección de productos o servicios innovadores? (En caso afirmativo, ¿en qué vías se priorizan el precio, la función, las prestaciones o la innovación?)
- ¿Cómo mejorar las habilidades y capacidades de los compradores?
- ¿Cómo desarrollar y establecer esquemas de comunicación e información que refuercen el diálogo entre los actores?

La compra pública innovadora se debe convertir en una actividad estratégica y, como tal, debe formar parte de la planificación estratégica y debe alinearse con los sistemas de salud para hacer frente a los retos que se plantean. No sorprende, pues, por ejemplo, que la iniciativa de mercados líderes de la Unión Europea identifique la eSalud como ámbito clave en el desarrollo de procesos de compra.

Nuevos modelos de partenariado público-privado

La puesta en funcionamiento de políticas de desarrollo de procesos de compra pública innovadora debe ser paralela al desarrollo de nuevos modelos de partenariado público-privado.

Los mecanismos actuales de decisión de financiación y fijación de precios de fármacos, por ejemplo, presentan limitaciones instrumentales. Existe un cambio de modelo: de políticas farmacéuticas basadas en la regulación de precios se va hacia nuevas políticas farmacéuticas fundamentadas en la racionalización y el coste-efectividad. Este nuevo modelo ofrece ventajas tanto al comprador (accesibilidad y control de los gastos) como al vendedor (reducción del riesgo) incrementando el conocimiento real de la efectividad del producto y cambiando la forma de pago tradicional. En proyectos de nuevas tecnologías y nuevos servicios, también es posible desarrollar nuevos mode-

los de partenariados y nuevas formas de financiación que reduzcan el riesgo y favorezcan el control de los gastos y la introducción de innovaciones.

Una de las fórmulas innovadoras que se proponen son los **contratos de riesgo compartido** (CRC), que se definen como cualquier tipo de acuerdo que distribuya los riesgos asociados a los resultados de una relación entre las partes implicadas, de modo que, ante las incertidumbres derivadas de una relación, las partes implicadas, la que paga y la que cobra, compartan beneficios y riesgos. Estos mecanismos de relación son extensibles a las nuevas tecnologías y a los nuevos servicios. En el concepto CRC, se incluyen un conjunto de mecanismos mediante los cuales el financiador y el proveedor comparten el riesgo.

Es cierto que instrumentos como los acuerdos de garantía de indicación (si no se utiliza bien, no se paga) o de garantía de resultados (si no cura, no se paga) presentan una complejidad muy alta en cuanto a que requieren predefinir resultados aceptables, pero, especialmente, medir los resultados de la aplicación. La aparición de la medicina individualizada y su introducción en el sistema público harán necesario el desarrollo de nuevos modelos de partenariados. Posiblemente, los instrumentos disponibles actualmente no son los correctos para enfrentarnos a estos retos, y su aplicación generará más problemas que beneficios a todas las partes. Los CRC ofrecen un escenario que, aunque no es fácil de implementar, puede ayudar a que las incertidumbres asociadas a los nuevos productos sean compartidas por las partes, que se beneficiarán y aprenderán de esta relación.

Retos, respuestas y conclusiones

Los nuevos escenarios piden nuevos modelos de colaboración, contruidos desde la confianza, desde el compromiso y desde el desarrollo de habilidades, para:

- Identificar qué necesidades se pueden satisfacer mediante la compra de innovación.
- Especificar la innovación desde el punto de vista técnico.
- Organizar el aprendizaje interactivo entre los socios.
- Suministrar incentivos a los proveedores (acceso a los mercados) y a los clientes (costes compartidos).

- Incluir criterios de innovación en los procesos de compra, del desarrollo de herramientas e instrumentos que faciliten la tarea.
- Evaluar el impacto de las acciones desarrolladas.

En síntesis, el sector salud debe promover más la innovación, la investigación, la implantación de las TIC y la evaluación de los resultados y, especialmente, debe fomentar que estas actividades se traduzcan en indicadores de mejora tangibles.

Por ejemplo, la productividad científica de los investigadores catalanes en el ámbito de las ciencias de la salud es ingente. Esta investigación se publica en artículos de revistas científicas de prestigio internacional, con unos resultados equiparables a los países más avanzados a escala mundial. Cataluña dispone de especialistas de primer orden que colaboran e interactúan con otros investigadores de todo el mundo. No obstante, nuestro país sigue sin aprovechar plenamente todo el valor de los resultados de esta investigación. A menudo, los hallazgos científicos publicados en revistas científicas de prestigio internacional no pasan de ser una aportación más de conocimientos y de ideas que no se acaban de consumir en una aplicación real en nuestro entorno, pero sí que, en muchas ocasiones, son recogidas y aprovechadas por otros.

Debemos ser conscientes, pues, de que el valor de la idea per se es relativo y limitado si no se aprovecha toda su potencialidad. El verdadero valor de la idea es su capacidad de ser convertida en una realidad tangible que aporte valor al sistema de salud, a sus profesionales, a las organizaciones y a los proveedores que participan en este, así como, obviamente, a la ciudadanía.

En definitiva, queremos terminar remarcando nuevamente que la compra pública innovadora debe convertirse en una actividad clave y, como tal, debe formar parte de la planificación estratégica de los sistemas de salud, en clara alineación con sus objetivos, facilitando la inducción de productos y servicios innovadores que se orienten hacia la investigación de soluciones concretas y específicas, que se adapten a las necesidades reales de los distintos agentes de los sistemas de salud, para que estos puedan continuar mejorando la salud de la ciudadanía mediante una asistencia de calidad, accesible, equitativa y sostenible.

Bibliografía

- Observatori d'Innovació en Gestió de la Sanitat a Catalunya. En: Observatori del Sistema de Salut de Catalunya [sitio web en internet]. Barcelona: Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya; 2012. [fecha de consulta: 3 de julio de 2012]. Disponible en: www.observatorisalut.gencat.cat
- Canal TicSalut. Canal Salut [sitio web en internet]. Barcelona: Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya; 2012. [fecha de consulta: 3 de julio de 2012]. Disponible en: www.ticsalut.gencat.cat
- EU Task Force on eHealth. Redesigning health in Europe for 2020 [monografía en internet]. Bruselas (Bélgica): Comisión Europea. Unión Europea; 2012. [fecha de consulta: 3 de julio de 2012]. Disponible en: www.ec.europa.eu/information_society/activities/health/policy/ehtask_force/index_en.htm
- Public Procurement - Public purchasers as launching customers. En: Enterprise and Industry [sitio web en internet]. Bruselas (Bélgica): Comisión Europea; 2012. Disponible en: www.ec.europa.eu/enterprise/policies/innovation/policy/lead-market-initiative/public-proc_en.htm
- European Commission. Public Procurement Indicators 2010 [monografía en internet]. Bruselas (Bélgica): Comisión Europea. Unión Europea; noviembre de 2011. [fecha de consulta: 3 de julio de 2012]. Disponible en: www.ec.europa.eu/internal_market/publicprocurement/docs/indicators2010_en.pdf
- Compra Pública Innovadora [página web en internet]. Madrid: Ministerio de Economía y Competitividad. Gobierno de España. [fecha de consulta: 3 de julio de 2012]. Disponible en: www.idi.mineco.gob.es/portal/site/MICINN/menuitem.8ce192e94ba842bea3bc811001432ea0/?vgnnextoid=f31a43df25682310VgnVCM1000001d04140aRCRD
- Acuerdo del Consejo de Ministros de 8 de octubre de 2010, aprobado el 8 de julio de 2011, por el que se determina el procedimiento de articulación de la compra pública innovadora en los departamentos ministeriales y sus organismos públicos [documento en internet]. Madrid: Ministerio de Economía y Competitividad. Gobierno de España. [fecha de

consulta: 3 de julio de 2012]. Disponible en: <http://www.idi.mineco.gob.es/stfls/MICINN/Innovacion/FICHEROS/Políticas_Fomento_Innv./Auerdo_Consejo_Ministros_8-7-11_CPI.pdf>

ESADE

Universidad Ramon Llull

INSTITUTO DE
GOBERNANZA
Y DIRECCIÓN
PÚBLICA



Programa PARTNERS

Más información:

Programa PARTNERS, ESADE
Avda. Pedralbes, 60-62
08034 Barcelona, España

Persona de contacto:
Srta. Ruxandra Radulescu
Teléfono: +34 93 495 20 83
ruxandra.radulescu@esade.edu

www.esade.edu/igdp

Son promotores de PARTNERS:

