

LAS NUEVAS FORMAS DE
GESTIÓN SANITARIA
EL MODELO ALZIRA

RESUMEN DEL INFORME DEL INSTITUTO DE
ESTUDIOS ECONÓMICOS

knowsquare .

Privado y Confidencial

Prohibida su Distribución sin Autorización Expresa del Autor
y Know Square S.L.

¿Qué tiene de interesante? ¿Para quién es?

El debate sobre sanidad pública *versus* sanidad privada se retomará en 2012 con fuerza. Por este motivo el Consejo Editorial de Know Square les presenta esta hagiografía del Hospital de la Ribera, primer hospital en explotar el modelo de concesión privada, conocido como el “*modelo Alzira*”. De esta forma los suscriptores tendrán nociones para juzgar adecuadamente este modelo y tener una información y opinión sólida de cara al debate sobre la sanidad.

El modelo Alzira es un modelo de concesión por el cual la Administración paga al Hospital una cantidad fija por cada paciente censado.

El problema de la Sanidad privada es la tendencia a aumentar los beneficios bajando la calidad. Para controlar esto hay varias cláusulas:

- Se implanta el principio de “*el dinero sigue al paciente*”, por lo que si el paciente censado no escoge el hospital se pierde el dinero y si un paciente no censado decide acogerse al hospital sólo se percibe el 80%. A largo plazo, si el tratamiento es malo, el hospital se hunde.
- La rentabilidad máxima está fijada en el 7,5%.
- Hay una comisión de seguimiento y control público (para evitar traslado de los pacientes más “*caros*” a otros hospitales).

Por supuesto, esto no es suficiente, ya que no hay competencia (el hospital más cercano está a 50 km.) y además la comisión de control, de carácter político, siempre tiene interés en que el proyecto salga adelante aunque en cualquier caso es esencial un control público eficaz de esa calidad.

El primer punto, la existencia de monopolios, es irresoluble en zonas no urbanas apartadas.

Resumen-crítica

“¿Quién le iba a decir a los habitantes de la ribera del Júcar, que iban a afectarles las teorías económicas de un profesor de Chicago?”

“Para la Administración, la concesión supuso un coste fijo e inferior en un 20% al actual”

“Hay cláusula de rentabilidad máxima: El concesionario no podrá obtener una rentabilidad superior al 7.5%”

El modelo Alzira es un modelo de gestión privada del servicio público sanitario, que constituye una interesante innovación en la Comunidad Valenciana.

Participan distintos autores en los capítulos que desarrolla el Informe.

- **D. Rafael Blasco Castany, consejero de Sanidad de la Comunidad Valenciana:**

- El hospital de la Ribera (departamento 11 de Salud – Alzira) es un centro de construcción y de propiedad pública y gestión privada.
- Modelo alternativo al tradicional. En el modelo tradicional la propiedad, la gestión y la atención al ciudadano recaían única y exclusivamente sobre la Administración. El sistema público en exclusiva se había convertido en una entealequia.
- Frente a éste, el sistema estadounidense se basaba en la eficacia única y exclusivamente, donde al final priman los beneficios sobre la atención, que poco después se extendería a la atención primaria.
- Ante estas dos opciones, la Comunidad Valenciana impulsó un modelo mixto: se apuesta, por tanto, por la calidad en la atención mediante una serie de cláusulas que debe atender el gestor para garantizar la atención con parámetros de calidad a los ciudadanos, y se da respuesta al principio de cercanía de los servicios sanitarios.
- Se puso en marcha en 1999 (el informe es de 2007). Son hoy casi ocho años de experiencia.

- **Dr. D. Federico Martínez Roda, Secretario General de la Universidad CEU Cardenal Herrera**, sobre las formas jurídicas de gestión sanitaria:

- La Constitución Española de 1978, en su artículo 41, afirma que «los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos» y, en su artículo 43, además de reconocer el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos, establece que la competencia de organizar y tutelar la salud pública es de los poderes públicos.
- Históricamente, trazamos la Seguridad Social a las leyes de seguros sociales alemanes del último tercio del siglo XIX. Estos seguros sociales, que se financiaban con las cuotas de trabajadores y empresarios por riesgos aislados, se extenderán en los países europeos occidentales.
- En 1935, una ley en Estados Unidos adopta el nuevo término «*Seguridad Social*», pero, sobre todo, será la formulación del británico Beveridge el que confirme el término y el cambio ideológico.
- Desde Beveridge las propuestas de sanidad se caracterizan por la universalidad y gratuidad de la sanidad financiada fundamentalmente por los impuestos generales. Esta formulación fue convenciendo cada vez más a sectores amplios de la opinión, de manera que, a pesar de la expansión de un comunismo aparentemente triunfante, la socialdemocracia fue el pensamiento político con mayor aceptación después de la Segunda Guerra Mundial.
- Pero si tuvo tanta aceptación, fue porque lo asumieron otras muchas formaciones políticas europeas tanto democráticas, como el gaullismo o la democracia cristiana, como autoritarias, como el franquismo.
- Keynes tuvo un influjo trascendental.
- «*Tras la guerra –nos recuerda Sáenz Díez–, todos los gobiernos occidentales habían aceptado una doble obligación del Estado: el pleno empleo y la redistribución de la riqueza (...). La trayectoria del influjo de Keynes llegó a su culmen con la elección de Kennedy a la presidencia norteamericana, ya que su equipo de consejeros económicos estaba absolutamente imbuido de las teorías keynesianas, que fueron proclamadas cuasi oficiales*».
- No es de extrañar, por tanto, que la ley de bases de la Seguridad Social sea de 1963, en pleno franquismo.
- Las crisis del petróleo de los setenta y la stagflación (falta de crecimiento, con inflación y paro), dio paso a la Escuela de Chicago, a cuya cabeza se encontraba Milton Friedman. Según ellos, la labor del Estado no es la de gestor, sino que debe limitarse, en materia económica, a controlar la política monetaria.

- El presidente de los Estados Unidos, Ronald Reagan, expresaba claramente los postulados del paradigma friedmaniano, el 7 de mayo de 1985, con estas palabras: “Llegamos al convencimiento de que el Gobierno no era la solución, sino el problema”.
- Ya por 1962 Friedman había publicado “Capitalism and Freedom” en la University of Chicago Press pero como siempre ocurre, tuvieron que ser los hechos, no los razonamientos, los que convencieran a los responsables políticos.
- Friedman sostenía que si vas a hacer un regalo, la calidad importa menos pero también se procura obtener buen precio; cuando paga otro, como en las comidas en las que paga la empresa, el precio se dispara pero la calidad es buena. Un servicio es caro y además de pésima calidad cuando se paga a un tercero para que dé un servicio a otro; entonces no importa ni la calidad, ni el precio. Y esto es justamente lo que ocurre con los servicios públicos gestionados por el Estado; paga éste para que se atienda a terceras personas, de ahí que el gasto esté disparado y la satisfacción de los usuarios sea ínfima.
- El informe de la Comisión Abril, en 1991 asumía algunas tesis de Friedman.
- Ante la crisis del Estado-Gestor, va tomando forma la idea (antes absolutamente impensable) de mantener el nivel asistencial de la población, incluso mejorarlo, pero sin ser un organismo público el que presta el servicio.
- Es la Ley 15/1997, de 25 de abril, la que abra la posibilidad de que los servicios sanitarios sean prestados por personas jurídicas privadas con dos limitaciones totalmente lógicas: Mantener el servicio público asistencial y mantener la naturaleza pública en cuanto a la responsabilidad última.
- A esto se añade la Ley 6/1997 de 14 de abril, de Organización y funcionamiento de la Administración Civil del Estado (LOFAGE).
- A partir de 1997, a los modelos tradicionales de gestión directa a través de una Administración Pública sin crear entes con personalidad jurídica propia, o creándolos bajo distintas formas, hay que añadir los nuevos modelos, entre los que destacan:
 - La Administración independiente,
 - Los Entes atípicos
 - El Consorcio
 - La Fundación privada creada por una entidad pública y
 - La Fundación Pública Sanitaria.
 - Y hay que añadir las formas de gestión indirecta: cooperativa, sociedad laboral, sociedad mercantil de titularidad privada y fundación privada;
 - Las formas de gestión mixta (gestión interesada y sociedad de economía mixta).
 - Las formas de vinculación (convenio, concierto, concesión y arrendamiento).
- El modelo concesional ha sido bastante frecuente en España en la construcción de autopistas, pero se introduce por primera vez con el modelo Alzira.
- En el caso del hospital de la Ribera, se realiza como una concesión administrativa, pero con una importante salvedad: en la concesión, el concesionario cobra a los particulares a cambio de la prestación del servicio (el peaje de la autopista); en este caso, este supuesto era imposible, ya que una de las limitaciones legales en la prestación de servicios sanitarios por entidades privadas era el mantenimiento del servicio público asistencial gratuito. Por lo tanto, será la Generalitat Valenciana la que pagará a la empresa adjudicataria una cantidad fija y preestablecida por cada usuario.

Velarde ya anunciaba un tercer viraje en la Seguridad Social en España. El modelo Alzira lo consuma, teniendo presente los riesgos de la sanidad privada:

- El capital privado tenderá a maximizar su beneficio, lo que provocará un conflicto con la satisfacción de la necesidad pública «sanidad» que tiene a su cargo.
- La presión para obtener beneficios originará finalmente reducciones en la calidad de los servicios prestados.

Estos riesgos, según el profesor Barea, se *«eliminarían al establecer un mercado competitivo mixto (privado-público) de la Sanidad y otros (como la calidad de la prestación) son cuestiones que afectan al marco que debe establecer el sector público, dentro del cual el sector privado ha de desenvolverse con mayor eficacia, respetando las reglas del juego»*. Hoy por hoy no está ocurriendo, por lo que puede ocurrir que cada hospital actúe con carácter de monopolio en su área, con los consiguientes riesgos.

• **D. Alberto de Rosa Torner, Director Gerente de La Ribera Departamento 11 de Salud**, explicando el funcionamiento del modelo Alzira:

- La prestación del servicio público, integral, universal y gratuito de salud exige a las Comunidades Autónomas destinar altísimos porcentajes de sus presupuestos anuales al mantenimiento de los diferentes servicios de salud.
- La consejería de Sanidad de la Comunidad tiene unos 5.000.000 de «*clientes*» potenciales, con la mayor plantilla (45.000 profesionales), una red de más de 1.000 centros y un presupuesto de más de 4.500 millones de euros, lo que significa casi el 40% del presupuesto total de la Generalitat Valenciana.
- Así, las instituciones sanitarias públicas ven cómo sus costes de personal suponen más de la mitad de su presupuesto, o cómo carecen de flexibilidad para incorporar nueva tecnología, a lo que se une el problema del envejecimiento de la población, con un incremento del porcentaje de personas mayores y de la esperanza de vida, lo que representa un incremento del gasto sanitario y un descenso de la población activa encargada, con sus impuestos, de mantener en funcionamiento el servicio público de salud.
- En el modelo Alzira, la Generalidad Valenciana paga al concesionario una cantidad anual por cada uno de los habitantes del departamento de salud incluidos en el sistema de información poblacional para que sean atendidos. Este sistema permite a la Administración conocer el coste anual exacto del Departamento.
- Pero además, como criterio corrector, se sigue el principio del “Dinero sigue al paciente”. Los ciudadanos tienen la posibilidad de elegir centro sanitario. En esta situación, la empresa concesionaria está obligada a pagar las asistencias realizadas a cualquiera de los ciudadanos del departamento en otros centros al 100% del coste medio de GRD (coste por paciente). Por el contrario, si algún ciudadano de otros departamentos decide acudir al hospital concesionario, la Administración sólo pagará a dicho hospital el 80% del coste medio de GRD.
- Es por tanto, del interés del Hospital que los pacientes no vayan a otros centros y que su centro obtenga una fama tal que otros pacientes acudan a su hospital.
- Para evitar el desvío de pacientes “caros” se crea un control público a cargo de un comisionado de la Consejería de Sanidad con capacidad de control, inspección, facultad normativa y sancionadora.
- El hospital es de propiedad pública, es un hospital público, construido sobre suelo público y perteneciente a la red de hospitales públicos de la Consejería de Sanidad. Aunque la inversión inicial para su construcción y dotación de recursos materiales y humanos parte íntegramente de las empresas que forman la empresa concesionaria, dicho hospital revertirá íntegramente a la Generalitat cuando expire el plazo de la concesión.
- El adjudicatario de la concesión administrativa en Alzira resultó una Unión Temporal de Empresas (UTE) que presenta la siguiente estructura: Adeslas (Grupo Agbar) es el socio

mayoritario, con el 51%, Bancaja y la Caja de Ahorros del Mediterráneo (CAM), poseen el 45% y las dos constructoras responsables de la construcción del hospital el 4% restante: Dragados, 2% y Lubasa, 2%.

- El Hospital cubre a cerca de 240.000 habitantes. El departamento 11 coincide casi con exactitud con la comarca valenciana de La Ribera, cuya capital es Alzira. Este departamento era el único de la Comunidad Valenciana que no disponía de hospital, por lo que los ciudadanos se veían obligados a desplazarse hasta Valencia, distante en algunos casos en más de 50 kilómetros, para recibir atención hospitalaria.
- El hospital se constituyó en el centro de gran parte de las miradas, más o menos disimuladas, del conjunto de la sanidad pública.
- Suponía también superar de un salto el debate sanidad pública versus sanidad privada, buscando la complementariedad de ambos sistemas para lograr la prestación de un servicio público eficiente y de calidad. La cuestión se trasladaba así del «*quién*» al «*cómo*» se gestiona.
- Si la calidad hubiera sido baja, un elevado número de pacientes, manteniendo la inercia histórica, habrían seguido acudiendo a sus hospitales de referencia en Valencia en detrimento del Hospital de La Ribera, un hecho que habría generado grandes tensiones económico-financieras para el modelo, de acuerdo con el sistema de pago capitativo y con la filosofía de que el dinero sigue al paciente.
- Además, la cuantía de la prima capitativa es muy ajustada, sustancialmente inferior al coste medio por cada ciudadano de la Comunidad Valenciana en virtud de los presupuestos de la propia Consejería de Sanidad.
- Y para culminar, el plazo de concesión es muy corto, de sólo diez años. Diez años para recuperar una inversión de las empresas de la UTE superior a los 10.000 millones de las antiguas pesetas.
- Otros factores importantes fueron:
 - La convivencia de personal estatutario con contratados laborales.
 - La implantación de un nuevo sistema retributivo por objetivos.
- Estratégicamente:
 - El Hospital de La Ribera apostó por ofrecer una amplia cartera de servicios, superior a la de cualquier hospital público de sus dimensiones y que superaba su carácter comarcal inicial.
 - Diferenciación, mediante la habitación individual: el acompañante actúa de prescriptor o futuro paciente...
 - Flexibilidad, gracias a la amplitud de horarios de atención y la facilidad para conseguir cita.
 - Tiempo, planificando la actividad para que no existan listas de espera: la planificación trimestral de la actividad y la observación diaria de la evolución de la actividad permiten controlar las listas de espera y los tiempos de demora. Se asignan mayores recursos a quien más los necesita.
- **Dr. D. Manuel Marín Ferrer, Comisionado de la Consejería de Sanidad para La Ribera Departamento 11 de Salud**, sobre el control público:
- La comisión mixta de Consejería, formada por representantes de la UTE y de la Consejería, reunidos con una periodicidad trimestral, velan por el cumplimiento de las cláusulas de explotación, aportando soluciones a problemas operativos y de facturación, así como el seguimiento de los indicadores asistenciales y económicos, el control de las plantillas de personal y la definición de los controles de calidad.

- Entre esas funciones destacan:
 - Controlar, aceptar y denegar las propuestas de ingreso programado de los enfermos no pertenecientes a la población de referencia.
 - Ordenar el traslado de pacientes en casos de ingresos de otras demarcaciones que considere deben ser remitidos al hospital de referencia de su zona de residencia.
 - Vigilar la conservación de las obras del equipamiento sanitario.
 - Recibir quejas, sugerencias...

- - **D. Santiago Ribelles Arellano, Director Adjunto del Área Económica de La Ribera,** sobre el régimen económico:
 - Para la Administración, la concesión supuso un coste fijo e inferior en un 20% al actual.
 - Con la inversión incluida en la concesión.
 - Con personal estatutario dependiente de la Administración cuyo coste asume la concesión. Estos servicios se facturan al concesionario al coste total del sueldo más la Seguridad Social.
 - Servicios sanitarios prestados. Si el hospital no ofreciese el servicio, bien, serán remitidos directamente por el concesionario porque su cartera de servicios no cubre el servicio que precise (ej. trasplantes).
 - Al Hospital se le paga una cápita por ciudadano censado, revisado anualmente e incrementado en el IPC.
 - El censo se factura de forma mensual. Como población se aplica el número de personas correspondiente al censo a 30 de septiembre del año anterior.
 - El concesionario factura los servicios prestados, en el ámbito de especializada, a los pacientes acreditados que no pertenecen a su departamento. La tarifa aplicada es el 80% de la publicada en la Ley de Tasas de la Generalitat Valenciana.
 - El concesionario podrá facturar, como otro ingreso adicional, el 30% de los ahorros formados por la diferencia entre el presupuesto asignado a su departamento para prestaciones farmacéuticas ambulatorias y el gasto real.
 - Hay cláusula de rentabilidad máxima: El concesionario no podrá obtener una rentabilidad superior al 7.5%.

 - **D. Eduardo Taberero Alba, Director de Recursos Humanos de La Ribera,** sobre la gestión de recursos humanos:
 - Hay tres direcciones médicas y una de enfermería.
 - El área de gestión médica asume la actividad de hospitalización y urgencias, estructurándola en función de los procesos clave;
 - El área de gestión quirúrgica se responsabiliza de la coordinación y supervisión de las diferentes especialidades y servicios quirúrgicos;
 - El titular del área de gestión de servicios centrales se encarga de los departamentos ligados a pruebas diagnósticas y hospital de día.
 - El personal de enfermería se estructura sobre la base de áreas funcionales del hospital con dependencia directa de la dirección de enfermería.
 - Hay planificación de carrera y desarrollo de competencias.

 - **Dr. D. Tomás Quirós Morató, Director Médico del Área de Servicios Centrales y de Calidad,** sobre la medición de calidad en el Hospital:

- Satisfacer y fidelizar a la población constituye el eje fundamental de actuación del modelo, y para ello es prioritaria la implantación de un adecuado plan de calidad.
- Se implantan modelos ISO, evaluaciones EFQM.
- Tradicionalmente, la medida del producto sanitario ha ido enfocada a la cuantificación de los inputs o recursos estructurales consumidos durante la asistencia (plantilla, dotación tecnológica, número de camas, etc.) o bien de los productos intermedios generados en la misma (número de estancias, número de TAC, número de altas de hospitalización, número de consultas externas, etc.), sin tener en cuenta ni las características de los pacientes ni los resultados finales del proceso de atención. De esta manera, la medida del producto se limitaba a cuantificar el número de inputs y de los productos intermedios consumidos en la asistencia. Hoy en día, gracias a la implantación del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitalización (CMBDH) (sistema de registro de altas implantado en la totalidad de los hospitales de la red pública del Sistema Nacional de Salud), se dispone de información acerca del proceso asistencial o producto final, gracias a los sistemas de clasificación de pacientes, de tal manera que podemos distinguir o clasificar las altas en función del proceso asistencial realizado. Así, ya no hablamos simplemente de alta de hospitalización; hablamos de alta por parto, por cesárea, apendicectomía o por hernia inguinal, en función del GRD resultante.
- La institución participa regularmente en el programa de *benchmarking* asistencial «Hospitales TOP 20 para la Excelencia», estando clasificada dentro de la categoría grandes hospitales generales, habiendo sido distinguido como el mejor Gran Hospital General de España durante cuatro veces de forma consecutiva en los últimos 5 años, con la estancia media más baja del SNS (4,7 días), habiendo atendido una complejidad un 14% superior.
- Se mapean los procesos del hospital, sus seis procesos clave y un protocolo de actuación a través de guías clínicas (existen 40 implantadas).

- **D. Santiago Delgado Izquierdo y D. Manuel Bosch Arcos, Director y responsable de Comunicación y Marketing de La Ribera, respectivamente, sobre la comunicación:**

- La Comunicación depende exclusivamente de la gerencia.
- El contexto era de oposición política y oposición sindical.
- Inicialmente, fue duro, ya que Los ciudadanos ligaron el nombre de Hospital de La Ribera a privatización de la sanidad, con los argumentos subordinados siguientes: prima la actividad por encima de la calidad, se busca la rentabilidad económica y la empresa quiere hacer negocio a costa de la salud de los ciudadanos.
- Se abordó un programa de re-posicionamiento, con el paciente como eje del sistema.
- Desde este punto de vista, el Hospital de La Ribera entendió que era necesario ofrecer una serie de ventajas no presentes en otros hospitales, como las habitaciones individuales.
- Se orientó la comunicación hacia la excelencia asistencial, para cambiar la percepción de los ciudadanos.
- Se eludió la controversia política (privado contra público) y el protagonismo de los políticos.
- Se creó revista del Hospital, página web, cuñas publicitarias, etc.

Nota

Recordamos que el presente Informe se confeccionó en 2007 por lo que las personas y cargos que se citan son los que había en dicha fecha.

Transparency vow

El autor de este resumen no conoce a los autores ni tiene relación con el Instituto de Estudios Económicos.

Sobre el Instituto de Estudios Económicos

El Instituto de Estudios Económicos fue fundado el 9 de mayo de 1979 por un grupo de destacados empresarios españoles para promover, realizar y difundir trabajos e investigaciones sobre materias económicas y sociales, en especial las que afectan a España con objeto de impulsar empresa privada y al mercado como mecanismo eficiente de creación y asignación de recursos.

El IEE es una asociación privada sin ánimo de lucro ni finalidad política, que se financia fundamentalmente mediante aportaciones anuales de las empresas asociadas, junto a ingresos por la venta de sus publicaciones.

Acerca del libro

Título: "Las nuevas formas de gestión sanitaria – El Modelo Alzira"

Editorial: Instituto de Estudios Económicos

Autores: Varios. Coordinan Manuel Marín Ferrer y Alberto de Rosa Torner

1ª edición: 2007

76 páginas

Precio: Gratuito

