

# **El papel de la financiación público-privada de los servicios sanitarios**

**A. Prieto Orzanco, A. Arbelo López de Letona  
y E. Mengual García**

Documento de trabajo 99/2006



## **Asunción Prieto Orzanco**

Médica de familia. Coordinadora de EAP en Madrid. Ha sido presidenta de la Sociedad Española de Medicina de Familia (SEMFYC) y miembro de la Junta Directiva en la Federación de Asociaciones Científico-Médicas de España (FACME). Adjunta a la DG de Insalud (1989-90), subdirectora de Información en la DG de Planificación del Ministerio de Sanidad (1991-96) y asesora de la DG de Muface para sistemas de información (1996-97). Actualmente es miembro del Grupo de Trabajo OCDE sobre Coordinación de la Asistencia Sanitaria.

## **Antonio Arbelo López de Letona**

Médico pediatra (neonatología). Jefe de sección hospitalario en Madrid. Experiencia en gestión sanitaria como director médico (1986-91), director gerente (1991-93 y 1996-2003), subdirector general de Atención Especializada y director provincial de Insalud (1993-96). Ha realizado diversas publicaciones y comunicaciones en la doble vertiente pediátrica y gestora.

## **Enrique Mengual García**

Economista. Funcionario en excedencia, ha desempeñado funciones en la Administración Pública (Trabajo y Sanidad), como director general adjunto del Inem y asesor de la Secretaría General de Asistencia Sanitaria. Tiene publicaciones en el ámbito de la economía de la salud y en relación con el empleo. Actualmente dedicado a RR HH en el ámbito privado.

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas

© Fundación Alternativas

© A. Prieto, A. Arbelo y E. Mengual

ISBN: 84-96653-22-6

Depósito Legal: M-36174-2006

## Contenido

<b>Resumen ejecutivo</b> .....	<b>5</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Modalidades de gestión sanitaria en España</b> .....	<b>9</b>
1.1 Gestión directa .....	9
1.2 Gestión indirecta .....	11
<b>2 Concesión de obra: la experiencia PFI en el Reino Unido</b> .....	<b>13</b>
2.1 ¿Es la PFI más cara o más barata que otras formas de financiación? .....	14
2.2 ¿En qué medida se produce una transferencia de riesgos al sector privado? .....	15
2.3 ¿Se obtiene mayor valor por el mismo precio ( <i>value for money</i> )? .....	16
2.4 ¿Cuál ha sido la repercusión en la planificación y en la gestión de los servicios sanitarios? .....	18
2.5 Cambios recientes en el RU en relación con la PFI .....	22
<b>3 Concesiones administrativas y de obra en el Sistema Nacional de Salud de España</b> .....	<b>24</b>
3.1 Concesiones de obra en la Comunidad de Madrid .....	25
3.2 Concesiones de obra en otras comunidades autónomas .....	28
3.3 Otras opciones de financiación de grandes infraestructuras sanitarias públicas en España .....	29
3.4 Repercusiones en el sistema sanitario .....	30
<b>4 Consideraciones sobre las concesiones de obra en España desde el punto de vista económico</b> .....	<b>32</b>
<b>5 Propuestas</b> .....	<b>36</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>40</b>

### Siglas y abreviaturas

BOOT	Construcción, Propiedad, Operativo y Transferencia
BOT	Construcción, Operativo y Transferencia
CC AA	Comunidades Autónomas
CO	Concesión de Obra
CPAG	Grupo Asesor de Prioridades de Capital
DBFO	Diseña, Construye, Financia y Opera
EBA	Entidades de base asociativa
EM	Estancia media
FMI	Fondo Monetario Internacional
INP	Instituto Nacional de Previsión
Insalud	Instituto Nacional de la Salud
IO	Índice de Ocupación
IPC	Índice de Precios al Consumo
IR	Índice de Rotación
LCAP	Ley de Contratos de la Administración del Estado
LOFAGE	Ley de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado
NAO	Oficina Nacional Auditora del Reino Unido
NHS	Servicio Nacional de Salud británico
PFI	Iniciativa de Financiación Privada
PMS	Performance Measurement System
PPP	Sociedad Público Privada
PSC	Comparador del Sector Público
RMN	Resonancia magnética nuclear
RU	Reino Unido
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPV	Vehículos de intención especial
SS	Seguridad Social
TC	Tomografía computerizada
TFT	Comité del Tesoro
UTC	Unidad Técnica de Control
UTE	Unión temporal de empresas

## El papel de la financiación público-privada de los servicios sanitarios

**A. Prieto Orzanco**

Médica de familia

**A. Arbelo López de Letona**

Médico pediatra

**E. Mengual García**

Economista

El límite de endeudamiento público recogido en los criterios de convergencia en el ámbito de la Unión Europea plantea dificultades cuando se precisan nuevas infraestructuras públicas. Esto ha llevado a distintos países a buscar formas de financiación privada para poner en funcionamiento sus nuevas infraestructuras, a fin de evitar la contabilización de la inversión como gasto público. En 2005 se introduce con fuerza en el sistema sanitario español una nueva forma de financiación-gestión que busca este efecto contable, y que conlleva la concesión de explotación de servicios, por un período de treinta años, a las empresas que hayan efectuado las inversiones necesarias para la puesta en marcha de un nuevo hospital público. Pasado el período de concesión, inmuebles y equipamientos quedarán en propiedad del servicio sanitario público. Bajo esta modalidad de construcción-gestión se están construyendo nuevos hospitales en la Comunidad de Madrid, además de otros en Burgos, Mallorca y Madrid para sustituir a los grandes centros hospitalarios actualmente existentes.

El referente principal para este sistema es la experiencia del Reino Unido, que utiliza desde hace más de una década el sistema Private Finance Initiative (PFI, Iniciativa de Financiación Privada) para la realización de obra pública en distintos sectores, habiendo sido su uso en la construcción hospitalaria el que mayores controversias ha levantado. La polémica en el Reino Unido obedece a que el sistema PFI tiene un coste total mayor que el endeudamiento público directo, a la opacidad y dificultad de control en todas las fases de desarrollo y a la existencia de mercados secundarios (que logran articular mecanismos para evitar la penalización por incumplimiento y la quiebra). El gasto actualmente extrapresupuestario del NHS en PFI asciende a unos cinco mil millones de libras esterlinas. Recientemente se viene valorando la posibilidad de que dicho gasto sea finalmente contabilizado como gasto público por el Sistema Europeo de Cuentas.

En España el sistema equivalente recibe la denominación de concesión de obra, siendo también justificada su introducción en el sector sanitario por los límites de endeudamiento público. La concesión comprende la construcción y mobiliario básico (dotación inicial y reposición) y no incluye en general la tecnología informática ni médica. Incluye también la prestación por contrato global a 30 años de servicios no sanitarios, que en líneas generales coinciden con los que habitualmente se externalizan en centros gestionados por sistema tradicional.

La experiencia británica muestra que la gestión de este tipo de modelos contractuales es compleja, con altos gastos de transacción. En las concesiones de obra efectuadas en España es también factible el cambio de accionariado y la creación de mercados secundarios, al igual que ocurre en el Reino Unido. Se podría evitar, sin embargo, en España, en mayor medida que en el Reino Unido, la falta de visión de sistema, al ser los servicios regionales de salud y no los propios hospitales quienes realizan la definición de necesidades.

Es necesario apuntar que si bien las concesiones han sido en ocasiones presentadas como una especie de solución mágica para los problemas de puesta en funcionamiento rápido y eficiente de infraestructuras sanitarias, el análisis de la información disponible no nos permite estar de acuerdo con una visión tan simple. Más bien, sería necesario considerar en cada caso cuál puede ser la mejor opción. Y si se opta por un sistema de concesión resulta necesario, como con cualquier otro, tener en cuenta sus limitaciones y la capacidad real de control de los posibles riesgos para el sector público.

Aunque la opinión favorable o contraria al sistema de concesiones de obra tiene componente ideológico, tanto defensores como detractores ven en esta modalidad un paso intermedio hacia un sistema de concesión administrativa (modelo Alcira), lo que parece indicar que se considera en cualquier caso como un sistema de transición.

La concesión de obra resulta atractiva porque ofrece rapidez para poner en funcionamiento nuevas infraestructuras. Pero la valoración de necesidades puede quedar en un segundo plano de importancia, ante la falta aparente de costes iniciales para el sector público. Se produce así una especie de incentivo perverso para la inversión.

Uno de los argumentos para defender la pertinencia de las concesiones (y de las PFI) en un servicio nacional de salud se basa en que, aunque no conste en el presupuesto público, el financiador y responsable final de la prestación sigue siendo público. También los bienes retornarán al sector público al acabar la concesión. Por ello, previsiblemente, la controversia sobre la forma de contabilizar estas inversiones aumentará en el futuro.

Cuando el sistema PFI parece entrar en decadencia, al menos en lo que a infraestructuras sanitarias se refiere, se inicia su auge en nuestro país. Parece recomendable reflexionar en qué medida ese declive obedece a razones también aplicables a la realidad española.

## Introducción

Las nuevas fórmulas de gestión de los servicios sanitarios públicos han sido valoradas en el Laboratorio de Alternativas, en términos generales (J. J. Martín Martín, 2003), y también en alguna de sus formas específicas (M. Sánchez Bayle y M. Martín García, 2004).

Pero las reformulaciones no cesan de producirse, y así en 2005 se introduce con fuerza en el sistema sanitario público español una nueva forma de financiación que lleva incorporada la gestión indirecta de parte de los servicios necesarios para el funcionamiento, bajo la fórmula contractual de concesión de explotación a las empresas que hayan efectuado la totalidad de inversiones necesarias (construcción y equipamiento con arreglo a un programa funcional definido por el correspondiente Servicio de Salud) para la puesta en marcha de un nuevo hospital público.

La justificación principal de esta modalidad no ha sido la búsqueda de una nueva forma de gestión, sino la obtención de un sistema de financiación que permita acometer la dotación de nuevas infraestructuras, sin rebasar los límites de endeudamiento admitidos por los criterios de convergencia en la Unión Europea.

Pero el resultado es, sin embargo, algo más, y puede considerarse sin duda como una nueva modalidad de gestión, ya que se basa esencialmente en la explotación privada de determinados servicios (en principio enunciados como actividades no sanitarias que se desarrollan en las instituciones hospitalarias) por períodos prolongados de tiempo (hasta 30 años). Las anualidades correspondientes, que se aplican a partir del momento de entrada en funcionamiento del hospital, incluyen tanto el pago por los servicios prestados como, lógicamente, el correspondiente a la inversión efectuada por las empresas concesionarias para la construcción y equipamiento. Pasado el período de concesión, inmuebles y equipamientos quedan en propiedad del servicio sanitario público.

Los referentes más inmediatos de esta modalidad de gestión son en España la experiencia de Alcira (en la que la concesión afecta en la actualidad a la totalidad de los servicios sanitarios y no sanitarios) y las ya amplias experiencias del Reino Unido, que utiliza desde hace más de una década el sistema Private Finance Initiative (PFI) para realizar inversiones tanto en el sistema sanitario como educativo, en el sector de transportes y otros.

También otros países europeos están empleando actualmente estas modalidades de presupuestación, con el objetivo final de hacer compatible el desarrollo de nuevas infraestructuras públicas con los criterios y sistemas europeos de cuentas.

Recientemente en España a la experiencia de Alcira se han unido la construcción y próxima entrada en funcionamiento del Área de Torrevieja y las convocatorias para nuevos hospitales en Denia y Valdemoro, también según el mismo esquema. Hay que añadir los concursos para la construcción y equipamiento de siete hospitales más en la Comunidad de Madrid y, con esquema similar, Castilla y León y Baleares tienen en marcha sendos proyectos: el Hospital General Yagüe y Son Dureta.

Es lógicamente en el Reino Unido, el país con mayor y más prolongada experiencia en este aspecto, en donde se han realizado hasta el momento los análisis, tanto desde ámbitos científicos como profesionales y sindicales, de este tipo de opciones. La previsión es que en 2008 existan 42 nuevos hospitales de acuerdo con la fórmula PFI (Editor's choice BMJ, 2002), si bien algunas dificultades observadas recientemente pueden suponer un freno a la expansión prevista.

En este trabajo se pretende analizar la evidencia disponible en ese país y en el nuestro, con los distintos grados de desarrollo alcanzados, para valorar los resultados esperables de esas nuevas formas de gestión tanto desde el punto de vista económico como en términos de prestación de servicios, así como su posible trascendencia sobre el funcionamiento del sistema sanitario público español descentralizado.

## 1. Modalidades de gestión sanitaria en España

Desde el sistema de gestión más tradicional del extinto Insalud y las instituciones sanitarias de la antigua red de la Seguridad Social hasta las últimas iniciativas de gestión y provisión privada se han ido introduciendo progresivos márgenes de autonomía de gestión, para ir transfiriendo riesgos al proveedor de servicios.

La búsqueda de esa transferencia de riesgo y con ella de una mayor eficiencia en la producción de servicios es la razón de los sucesivos intentos de modificación de la gestión. Este interés por modificar la mesogestión, buscando la mayor eficiencia, ha sido aplicado por todos los partidos políticos que han tenido o tienen responsabilidades de gobierno a nivel central o autonómico.

Así, y recopilando las sucesivas experiencias incorporadas desde la década de los años noventa, se obtiene una panorámica amplia de las distintas iniciativas de gestión actualmente presentes o en curso de implantación en el sistema sanitario español. Entre otras, está la excelente revisión y actualización efectuada por J. J. Martín Martín (2003), de la que extraemos a continuación algunas de las características principales de todas ellas.

Recordemos que la Ley 15/1997, sobre nuevas formas de gestión del SNS, no excluye ninguna forma jurídica, siempre y cuando esta tenga naturaleza o titularidad pública y mantenga el carácter de servicio público de la asistencia. La Ley General de Sanidad también prevé las formas de gestión indirecta.

### 1.1 Gestión directa

Las modalidades de gestión directa en la sanidad española se pueden regir por el Derecho público o bien por el Derecho privado.

Las formas de gestión que se rigen por Derecho público implican restricciones de tipo administrativo garantes de la legalidad de forma prioritaria frente a la eficiencia, como son, por ejemplo, las siguientes:

a) Sistema estatutario-funcionario tradicional, sin personalidad jurídica propia ni autonomía de gestión (gestión desde servicios centrales): así es el sistema de gestión de las instituciones sanitarias procedentes de la red de la SS –extintos INP, Insalud–, que constituyen ejemplos históricos de las burocracias centralizadas.

b) Agencias e instituciones con autonomía de gestión sin personalidad jurídica propia: Servei Valencià de Salut, Agencia de Evaluación Tecnológica de Andalucía, Institutos y Unidades Clínicas. Son entidades territoriales de gestión directa que prestan servicios públicos, sin patrimonio propio. Contratan de acuerdo con la LCAP (RDL 2/2000).

c) Organismo autónomo administrativo: con personalidad jurídica y patrimonio propio: Servicio Andaluz de Salud, Osasunbidea, Sergas. Actúan descentralizadamente, administrando un servicio público con fondos y bienes. Constituyen el modelo predominante de gestión pública sanitaria de forma directa. Se crean por ley y aprueban sus estatutos por decreto. Contratan según LCAP y poseen patrimonio propio o cedido al igual que las tres formas que siguen.

Las formas de gestión que se rigen por Derecho privado son:

a) Fundaciones, con personalidad propia, pública o privada, sin ánimo de lucro y regidas por un patronato. A estas instituciones, con personal laboral, pertenecen en el campo de la sanidad los hospitales de Verín, Alcorcón, Manacor, Cieza, Calahorra y Arriondas. Su patrimonio está afectado para la realización de objetivos de interés general y realizan sus contratos, salvo excepciones, según el Derecho privado.

b) Ente público: los entes de derecho público han sido derogados por la LOFAGE, si bien siguen en vigor en las CC AA. Tienen capital mayoritariamente público, personalidad jurídica propia, y la gestión de recursos, sometida a Derecho privado, es para la prestación de un servicio público. Con personal laboral trabajan instituciones como los hospitales de Poniente, Costa del Sol, Andújar, Emergencias Sanitarias de Andalucía, Servei Català de Salut, Osakidetza, Servicio Madrileño de Salud (Sermas, Hospital de Fuenlabrada).

c) Consorcio: entidad con responsabilidad jurídica y patrimonio propio público que admite la asociación de entidades de la administración y privadas sin ánimo de lucro. Los consorcios están regidos por el Consejo de Gobierno; tienen personal funcionario o laboral y generalmente son de carácter territorial; su regulación es mínima, pudiendo incluir grandes variaciones. Las sinergias público-privadas son no lucrativas, y su contratación se rige por el Derecho privado, con principios de publicidad y concurrencia. Instituciones de esta modalidad son el Consorcio Hospitalario de Cataluña y los consorcios municipales de Vic, Barcelona y Mataró.

## 1.2 Gestión indirecta

Propias de gestión indirecta son las modalidades que a continuación se especifican:

a) Personal médico y de enfermería contratado como autónomo (urgencia domiciliaria en el País Vasco).

b) Sociedades limitadas y cooperativas: los profesionales que la conforman se convierten en gestores y poseen como mínimo el 51% del capital social. La infraestructura es cedida por la Administración sanitaria. Así ocurre, por ejemplo, en las entidades de base asociativa en la atención primaria de Cataluña (EBA): cooperativas de atención primaria en Cataluña. El proceso de establecimiento de esta modalidad de gestión supone un contrato de gestión con acreditación previa, proyecto de gestión, adjudicación pública, con control y auditoría de la Administración sanitaria. Se contempla que 126 de las 360 zonas básicas de salud catalanas sean gestionadas por este tipo de entidades. Poseen importantes incentivos de políticas de ahorro.

c) Contratación de entidades privadas: se trata de sociedades mercantiles (entidades lucrativas) que reciben una cesión de la Administración sanitaria pública para la gestión y provisión de servicios no sanitarios y/o sanitarios para una población. Tienen personal laboral y la sociedad realiza una subcontratación de actividades. La titularidad es por lo general privada. Existen varias modalidades de esa gestión por contratación de sociedades privadas:

- Externalización de servicios no sanitarios: contrataciones de cafetería, restauración, lavandería, limpieza, seguridad, mantenimiento u otros en instituciones sanitarias bajo cualquiera de los regímenes de gestión.
- Concursos regulados para la prestación de servicios sanitarios y convenios singulares.
- Concesiones de obra pública: contratación de construcción y gestión del edificio sanitario y provisión de servicios no sanitarios, considerando el pago por canon anual durante 30 años (para amortizar costes de capital simultáneamente al pago por prestación de servicios). Por esta modalidad de concesión se están realizando siete hospitales de Madrid, actualmente en construcción. También Burgos y Mallorca tienen proyectos únicos.
- Concesiones administrativas, concesiones de gestión privada: construcción y gestión del edificio sanitario y provisión de servicios sanitarios y no sanitarios, para una población definida, geográficamente delimitada, con pago *per cápita*.
  - Área de Alcira: 1999. Para este área se ha hecho una concesión a una unión temporal de empresas (UTE) formada por Adeslas, cajas de ahorro y constructoras. Inicialmente la concesión fue para atención especializada, y actualmente es para

especializada y atención primaria. El pago se realiza *per cápita* inicial de 224 euros, actualizado a 450 por persona y año (sin gasto en farmacia), con revisión según índice de precios al consumo (IPC) o gasto del Estado en sanidad, y aplicado a toda la población empadronada en el área. El control público lo lleva a cabo una comisión mixta y un comisionado puestos para la inspección y control por la Consellería Valenciana. Existen incentivos para el rendimiento y ahorro farmacéutico. Desde su constitución, tanto los detractores como los defensores de la privatización del sistema sanitario han considerado al área de Alcira un prototipo de referencia en nuestro país, cuya reproducción llevaría a una profunda privatización del servicio sanitario público.

- Hospitales de Denia (atención especializada y sociosanitaria), Torrevieja (primaria y especializada) y Valdemoro (especializada), aún pendientes de entrada en funcionamiento.

Como puede verse, existen instituciones que emplean actualmente prácticamente todas las modalidades de gestión en España, con mayor o menor amplitud territorial y poblacional, y en general con una evaluación de sus resultados económicos y sanitarios que, si es escasa en las formas más tradicionales de gestión, lo es aún más en las modalidades más novedosas, en las cuales se utiliza habitualmente la opinión y no la evaluación, como medida de su relevancia.

De hecho, sólo una de las modalidades, la concesión de obra, no cuenta aún con ninguna institución en funcionamiento con dicho esquema, al encontrarse actualmente en fase de construcción los hospitales que adoptarán esta forma de gestión. Sin embargo, existe en otros países, y singularmente en el Reino Unido, una amplia experiencia respecto de las utilidades y limitaciones de los aquí llamados sistemas de concesión de obra, que son habitualmente denominados en la literatura anglosajona como sistemas PFI (Iniciativa de Financiación Privada). Esta modalidad de gestión-financiación será prioritariamente analizada en el presente trabajo.

Las fórmulas de asociación público-privadas (PPP en sus siglas inglesas) incluyen las PFI y tienen tres tipos de variantes con diferentes funciones (Gaffney *et al.*, 1999c, Reyes, 2002, UNISON, 2004). Se han extendido a nivel mundial bajo diferentes formas. La fórmula DBFO incluye diseño, construcción, financiación y operativo. La BOOT, construcción, propiedad, operativo y transferencia, y la BOT, únicamente construcción, operativo, y transferencia. Una diferencia básica radica en el propietario último de los bienes. Las concesiones de obra en España serían una modalidad tipo DBFO.

La PFI se atiene íntegramente a los programas de ajuste estructural del FMI y el Banco Mundial, siendo un prerequisite el uso de esta forma de financiación para los préstamos a países en vías de desarrollo. La Comisión Europea promueve las fórmulas PPP con avales de los gobiernos, habiéndose incrementado el número de proyectos de 12.000 en 1987 a 200.000 en 1999.

## 2. Concesión de obra: la experiencia PFI en el Reino Unido

El sistema PFI es el habitualmente utilizado en el Reino Unido (RU) desde hace más de diez años para la realización de obra pública. El sector de transportes, infraestructuras viarias, prisiones e infraestructuras educativas, además de los hospitales, han sido y son realizadas mediante PFI (DBFO) u otras modalidades de PPP. Actualmente el NHS es el mayor cliente de PFI en el RU. Sin embargo, y a pesar de la fuerte reglamentación y ya larga experiencia, son los sistemas PFI aplicados al sistema sanitario y, en menor medida, educativo, los que han conllevado y siguen despertando las mayores dudas en círculos académicos, profesionales y sindicales.

El sistema PFI es empleado en el RU por los *trusts* hospitalarios para realizar un nuevo hospital, sustitutorio o no, y todo cambio o ampliación de su infraestructura, desde la ampliación del edificio hospitalario hasta la renovación o ampliación de unidades de diagnóstico y tratamiento (diagnóstico por imagen, radioterapia u otras). El *trust* paga el canon anual a la empresa PFI con sus propios presupuestos y, si es necesario, mediante la venta de sus activos, por ejemplo, terrenos del propio hospital. También existen fórmulas mixtas con participación de otros *trusts* ajenos al principal, hospitalarios o de atención primaria (NAO 2005b).

El NHS compra los servicios del PFI-*trust* mediante concesión administrativa adjudicada a través de concurso público. Se establece un plan de negocio básico (estudio de viabilidad), y se invita al sector privado a participar para seleccionar el consorcio, que será adjudicatario durante 25 ó 30 años.

Los *trusts* hospitalarios según su tamaño pueden abordar proyectos de diferente cuantía, hasta un millón de libras. Los proyectos entre uno y diez millones de libras deben contar con la Autoridad Sanitaria Regional, y los superiores a esta cifra competen a los servicios centrales del NHS y el Departamento del Tesoro (Reyes, 2002).

Para aproximarnos a la experiencia del RU, intentaremos responder a una serie de preguntas que pueden ser de interés para el desarrollo de la experiencia en España.

## 2.1 ¿Es la PFI más cara o más barata que otras formas de financiación?

Los sistemas PFI parecen suponer, en el Reino Unido, un coste total mayor que el endeudamiento público directo para la puesta en marcha de una nueva infraestructura (Pollock *et al.*, 1999, UNISON, 2004). La TFT (Comité del Tesoro) reconoce también mayores costes, que podrían justificarse por ventajas y ahorros posteriores.

Este coste aumentado se mantiene incluso cuando se emplea para el cálculo la tasa de descuento del 6% (tasa definida políticamente), que ha sido valorada como excesivamente alta por distintas instancias académicas y económicas. La tasa de descuento se utiliza para contabilizar como ventaja económica la disponibilidad que ofrece el sistema PFI respecto del sector público por la mayor rapidez en la ejecución y puesta en funcionamiento de la nueva infraestructura.

El motivo del mayor coste del PFI para el sector público parece responder fundamentalmente a que el presupuesto público ha de financiar tanto la obra como el margen de beneficios de la empresa concesionaria, y también los mayores intereses cobrados por la banca a la empresa privada, dado el menor nivel de solvencia (categoría BBB de las empresas PFI, frente a la AAA del Estado). También los costes de elaboración y gestión de ofertas por los licitadores influyen, ya que han llegado a alcanzar cerca del 3% de los costes totales del proyecto. Los contratos por sí mismos son complejos y caros (el *trust* de Bromley gastó tres millones de libras en su consecución y planificación), y ha sido un reto la agilización de trámites y su simplificación.

Los mayores costes deben quedar compensados por otras ventajas, como son:

a) No se contabiliza la nueva inversión como deuda a efectos del sistema europeo de cuentas de Eurostat. Esta forma de contabilización del gasto parece encontrarse en gran medida en la base de la decisión de financiar infraestructuras públicas por sistema PFI. En definitiva, mediante PFI es posible realizar una obra pública sin exceder el límite de endeudamiento público admisible por la UE. Para evitar la contabilización como deuda pública debe existir riesgo real en la inversión efectuada por las empresas privadas. Esta ventaja presupuestaria indudable puede desaparecer en el futuro inmediato (Plumridge, 2006).

b) Se consideró que, aunque los costes aparentemente resulten mayores, lo obtenido en servicio es también mayor mediante este sistema de financiación: mayor valor por el dinero (*value for money*), por evitar demoras en la disponibilidad de la nueva infraestructura en caso de realizarse la obra por el sector público, por costes de funcionamiento evitados y por el coste de los riesgos transferidos a la empresa concesionaria.

Otros sistemas de PPP serían el equivalente a las denominadas concesiones administrativas en España (Alcira, Denia, Torrevieja, Valdemoro), que incorporan al canon, además

de la construcción y el funcionamiento de los servicios generales, una cuota por prestación de servicios sanitarios, sociales, educativos, etc., a una población predefinida. Hay que advertir que esta prestación específicamente sanitaria, educativa, viaria, etc., los diferenciaría de los sistemas PFI. No se ha dado por el momento este tipo de participación privada en el NHS, aunque sí en otros sectores de actividad del RU. La concesión administrativa es, por tanto, una combinación de concesión de obra más un contrato de gestión de un servicio público para proporcionar una prestación esencial pública, financiada públicamente, pero con gestión y provisión privada a un mercado cautivo.

Sí se han producido, sin embargo, en el NHS y en el marco del sistema PFI concesiones para explotación de algunos servicios sanitarios específicos, bien dentro del propio edificio hospitalario (cuidados intensivos, instalaciones radiológicas) o mediante externalización física de determinadas actividades (centrales de análisis clínicos fuera del hospital), como forma de compensar parte del pago anual al concesionario de la obra.

## 2.2 ¿En qué medida se produce una transferencia de riesgos al sector privado?

Los riesgos que se busca transferir a cambio del sobrecoste son, por una parte, el riesgo de realizar la construcción en el tiempo y forma convenidos (obtención de crédito, construir y equipar) y, por otra, el riesgo de puesta y mantenimiento en función de la instalación con arreglo a unos parámetros de calidad, cuyo incumplimiento conlleva sanciones económicas.

La empresa concesionaria realiza la obra a su propio coste y riesgo, de forma que el inicio de los pagos no se comienza hasta que la entrega del edificio en situación operativa no se ha producido. Por lo tanto, la fase de construcción es la fase de mayor riesgo, dada la complejidad de una construcción hospitalaria (UNISON, 2004). Precisamente la gestión financiera de la brusca disminución de riesgo que se produce al iniciar el funcionamiento es uno de los puntos de mayor obtención de beneficio. El alto margen de ganancia en estas refinanciaciones de crédito al acabar la construcción ha llevado a buscar formas de acuerdo entre los *trusts* y las PFI para compartir en algún grado el beneficio generado (NAO, 2005a y b). Esta refinanciación aumentó en algún caso los beneficios del contratista hasta en un 80% (UNISON, 2004). Actualmente los beneficios se reparten teóricamente al 50%. No obstante, los accionistas en varios casos han obtenido una *ratio* de devolución hasta un 60% mayor respecto del contrato inicial.

Existe un tipo de riesgo que, siendo considerable, no se transfiere. Se refiere a posibles cambios en el uso de unos determinados servicios, por incremento o reducción en el uso (espontáneo o provocado), sin que esto conlleve forzosamente ajustes de pagos de cuotas de funcionamiento (Boyle y Harrison, 2000).

También los cambios necesarios de tecnología (cambios de uso de servicios por evolución tecnológica), como podría ser la disminución de uso de un tipo de instalación de diagnóstico por imagen incluida en la financiación (con la consiguiente disminución de costes de mantenimiento) y su sustitución por otra (con necesidad de reposición antes de la amortización teórica), comportarían posibles riesgos transferidos, si dichos tipos de equipamientos fueron contratados inicialmente al concesionario. No existe riesgo si la sustitución se realiza por una tecnología no contratada inicialmente (con pagos extras al contrato PFI por parte del *trust* como nueva prestación). El riesgo que se considera más inequívocamente unido al mantenimiento del hospital como edificio sería el relativo a los cambios en tecnologías de la información (Boyle, 1997).

En aquellas situaciones en que la empresa concesionaria de una infraestructura (de transporte, educativa, sanitaria, etc.) se ha mostrado incapaz de hacer funcionar o mantener la infraestructura al precio pactado, el sector público ha rescatado el servicio, incurriendo en nuevos costes, ya que es el garante de la prestación de los servicios esenciales (UNISON, 2004; Pollock *et al.*, 2002). Y éste, que es sin duda el riesgo más evidente y cuantioso, es también el menos contabilizable.

### 2.3 ¿Se obtiene mayor valor por el mismo precio (*value for money*)?

La evaluación de proyectos PFI en funcionamiento fue realizada por la TFT en 2001 mediante un método de análisis frente a un Public Sector Comparator (PSC), utilizando seis puntos-guía (riesgo transferido, costes durante toda la duración del contrato, competencia, especificaciones de resultados, mediciones de proceso e incentivos y habilidad gestora del sector privado). La TFT se inclinó entonces por una respuesta favorable a los PFI, si bien llama la atención la laxitud en el método de estimación de riesgos teóricamente transferidos (que lastra al PSC con un sobrecoste del 12% sin confirmación empírica), sobre todo porque, al constatarse unos mayores costes de capital, es precisamente el riesgo transferido el elemento determinante para emitir una evaluación favorable a los PFI en funcionamiento en 2001. Esta falta de comprobación empírica pudo deberse en parte a que el propio informe de evaluación recoge la imposibilidad de cuantificar económicamente el riesgo realmente transferido al PFI en casi la mitad de los 29 casos estudiados. En los casos en que la transferencia de riesgo fue cuantificable, correspondió mayoritariamente a sobrecostes de construcción.

La valoración de ahorros en los costes de mantenimiento dio como resultado un ahorro del 17% en PFI “con 100% de éxito”, ahorro que disminuía o desaparecía cuando había surgido algún tipo de problema.

A pesar de la positiva valoración realizada por la TFT en 2001, con pormenorizadas respuestas a las críticas, sobre todo económicas, recibidas por los sistemas PFI, el pro-

pio Departamento del Tesoro revisó en 2003 el sistema de cálculo empleado para aceptar o rechazar un proyecto PFI. El resultado fue concluyente: los estudios previos habían infravalorado claramente el coste de las opciones PFI tal y como indicaban los críticos (Pollock *et al.*, 1997), y algunas de las opciones aceptadas por ofrecer un mejor valor neto actual que el PSC de referencia resultaron ser, de acuerdo con los nuevos cálculos, considerablemente más costosas. El caso del Hospital Middlesex Oeste (Blalock, 2003) es especialmente ilustrativo, con una infravaloración de coste de un 47% en 2001 y una clara desventaja económica respecto de su PSC al repetir el cálculo en 2003.

En definitiva, la información disponible respecto al RU es sumamente interesante e invita a la reflexión, aunque deja dudas en aspectos importantes, ya que, aun con una metodología de valoración no demasiado exigente, no resulta indudable que se obtenga el objetivo del PFI explicitado como *value for money*. Esto parece deberse en parte al hecho de que el sobrecoste sólo quedaría compensado por una amplia transferencia de riesgos, transferencia que parece ser menos constatable en la realidad que en la teoría. Las ventajas en eficiencia teóricamente obtenibles por la participación del sector privado en la realización de actividades no sanitarias se podían ya obtener en el NHS bajo criterios de competencia y control (incluidas penalizaciones por falta de calidad e incumplimiento) desde años antes de los PFI, y esto ha podido hacer que en el sector sanitario sean obtenibles menores ganancias de eficiencia.

La opacidad del sistema, dado su carácter comercial, dificulta la posibilidad de evaluar el objetivo *value for money*, y existen repetidas referencias a la falta de transparencia en los correspondientes comités de la Cámara de los Comunes y en la Guía Ejecutiva del NHS. Esta falta de transparencia se ve acrecentada por la existencia de mercados secundarios (UNISON, 2004), mecanismo por el cual los inversores iniciales venden sus acciones de empresas PFI, frecuentemente a fondos de inversión, garantizando así ingresos a aseguradoras y fondos de pensiones durante otros 25 años. Las compañías denominadas SPV (vehículos de intención especial) licitan por las PFI, y los organismos públicos contratan legalmente con estas compañías, que pueden carecer de bienes propios. Los accionistas de las SPV son múltiples: constructores, gestores de servicios, quizá inversores del proyecto y, además, en el caso de algunas PPP, el organismo público que adjudica. La ventaja es que no existe responsabilidad financiera al poseer menos del 50% de la SPV, logrando así su “alejamiento de la quiebra” en el supuesto de fracaso comercial. Incumplen de esta forma contratos difíciles o no beneficiosos y es imposible la penalización al carecer de bienes.

Una amplia valoración de los sobrecostes del sistema PFI, y de las dificultades para estudiarlos, fue analizada en el informe ACCA (2004), una de cuyas conclusiones, además de la opacidad, es la dificultad para que el sistema sea sostenible, no sólo para el *trust* o la autoridad local, sino también para el propio Departamento del Tesoro. Este exhaustivo informe de los expertos contables contiene la más completa evaluación económica encontrada en la bibliografía respecto de los PFI hospitalarios.

## 2.4 ¿Cuál ha sido la repercusión en la planificación y en la gestión de los servicios sanitarios?

La introducción de PFI en la sanidad del RU se realizó a través de los *trusts* hospitalarios, de forma que el carácter local de expansión de la propia actividad del *trust* predominó sobre cualquier consideración. La utilización de la venta de terrenos por los *trust* para pagar los costes producidos significa que es la capacidad para asumir costes localmente y no las prioridades nacionales del sistema lo que determina la inversión, por lo que a este proceso se le ha atribuido mayor componente de oportunismo político que de estrategia planificadora. Boyle y Harrison (2000) reflexionan sobre cómo los proyectos están enfocados a hospitales individuales, lo que es incompatible con la visión de “todo el sistema”, del que los hospitales sólo constituyen una parte. Con la introducción de los *trusts* en los años noventa y la PFI, la planificación de la autoridad regional desaparece.

En 2000, la Encuesta Nacional de Camas estimó que el Departamento de Salud había sancionado la inversión de 1.400 millones de libras esterlinas en hospitales sin ninguna consideración sobre su utilidad estratégica en el futuro, y recomendó una valoración de las inversiones con visión de sistema, lo que se intentó a través de Strategic Outlines Cases, que debían ser valorados por el Grupo Asesor de Prioridades de Capital (CPAG). Sin embargo, la capacidad para obtener los planes, dado el carácter comercial de los proyectos PFI, ha sido limitada (Boyle y Harrison, 2000).

Es lógico que el socio privado fundamente sus decisiones en la rentabilidad económica de cada proyecto, sin referencia a objetivos en salud. Las autoridades sanitarias deberían asegurar esto último, pero no es fácil, ya que el proceso está envuelto en sensibilidades comerciales que dificultan la evaluación independiente. Además, pueden introducirse cambios en el proyecto y la composición del consorcio puede variar, una vez acordado el contratista.

Al ser realizados los proyectos por un determinado *trust*, no se valoran interacciones con los proyectos de otros. No se tiene en cuenta tampoco a otros proveedores de servicios, como la atención domiciliaria, los médicos de familia o los servicios sociales. En definitiva, la PFI ha acentuado una planificación menos abierta que no considera el largo plazo.

Gaffney *et al.* (1999a) mantienen que la fórmula PFI distorsiona la planificación y reduce el personal y los servicios, no aportando más dinero al sector público y propiciando una absorción de recursos que lleva a la reducción de hospitales de media y larga estancia, así como las prestaciones odontológicas, ópticas y de cirugía electiva, por lo que consideran que la PFI es un instrumento regresivo que puede aumentar la inequidad en salud. Se citan impactos negativos en prevención, rehabilitación, salud mental y cuidados prolongados. Estos últimos han sido transferidos al sector privado, si bien el 71% es fi-

nanciado por el sector público (autoridades locales, seguro de salario mínimo, NHS). Los diez servicios comunitarios privados principales obtienen beneficios del 28%, en parte atribuibles a que los trabajadores de los servicios comunitarios privados reciben salarios inferiores a la mitad de los del sector público.

Un hospital PFI sustituye a lo que en el sistema de planificación plurianual del NHS hubieran sido dos hospitales, se construye en la periferia, con menos coste, menos camas y utilizándose ventas de terreno y subvenciones para los pagos (Pollock *et al.*, 2002; y Dunningan y Pollock, 2003). Los proyectos consideran reducciones de camas de agudos del orden del 25 al 30%, no planificándose específicamente el número de camas, sino el nivel de actividad clínica esperado, lo cual *a priori* no carece de lógica (Pollock *et al.*, 1997). Hay datos contrastables que evidencian cómo los proyectos PFI siempre tienden a disminuir la capacidad instalada, ya que el exceso de demanda es menos problemático que el exceso de oferta.

Pero los planes teóricos de actividad clínica e índice de rotación anual sobre los que se basan y, consecuentemente, el número de camas finalmente resultante no tienen en cuenta las proyecciones de las autoridades sanitarias y tampoco se fundamentan en la participación de clínicos o profesionales de la sanidad pública. El socio privado invitado sugiere el número de camas y los servicios no clínicos que considera apropiados, y es apoyado por el *trust*, que, cuando ha elegido a su socio, lo que persigue es que la autoridad sanitaria apruebe el desarrollo. El código de prácticas abiertas del NHS requiere que los *trusts* proporcionen información de los servicios, pero no se conocen los resultados de aplicación del código.

Con la fórmula de la PFI el sector público no compra fundamentalmente bienes, sino servicios, y financia esa compra de servicios mediante la venta de patrimonio. El sector privado es responsable para decidir cómo suministrar estos servicios y qué inversión se requiere para mantenerlos.

Además de mediante la venta de propiedades, el mayor programa de construcción hospitalaria de la historia del RU se ha financiado mediante el mayor programa de cierres hospitalarios y reducción de servicios (Gaffney *et al.*, 1999b) y, tras más de diez años de experiencia sanitaria, sigue vigente la percepción de que invariablemente la PFI aporta menos medios que aquellos que reemplaza (Atun y McKee, 2005). El efecto más visible es la reducción de la disponibilidad de camas, con disminuciones de 35.000 y 5.065 camas (25,3% y 24,3%) en Inglaterra y Escocia, respectivamente.

La cuestión no sería, en todo caso, si la forma de financiar o de resolver la adaptación del NHS a las nuevas necesidades es o no teóricamente correcta, sino más bien si dicha forma tiene o no repercusiones indeseables en la gestión y actividad de los servicios.

Si bien el índice de ocupación ya no se registra como tal en Inglaterra, se conoce que este ha superado el 100% en muchos hospitales en momentos de máxima demanda. Aun

cuando se continúen utilizando distintos indicadores, como la estancia media (EM), es el índice de rotación (IR) el mejor monitorizado y más habitualmente empleado como indicador resumen, al medir el número de episodios ingresados por cama y año, y reflejar directamente la carga de trabajo sobre camas y personal.

La disminución del número de camas totales, el acortamiento de la EM y el aumento del IR se habían iniciado en Inglaterra y Escocia a partir de 1985, mucho antes de la introducción de la PFI. Es, sin embargo, la magnitud, ritmo y sentido global de estos cambios desde la introducción de PFI, en situaciones que muchos ya consideraban límite para proveer los servicios adecuados, lo que suscita controversia, ya que “la PFI prevé una productividad heroica, que convierta al hospital en una fábrica con asistencia en cinta transportadora” (Pollock, 1999).

La PFI justifica las reducciones de camas por la disminución de ingresos inadecuados y por el control de retrasos en las altas que aumentan la estancia media. Sin embargo, al revisar estos aspectos, los días de estancia por ingresos evitables eran inferiores al 4% sobre el total, y los retrasos en el alta se debían a falta de alternativas para la atención (Pollock *et al.*, 1999). La Encuesta Nacional de Camas del año 2000, ya mencionada, mostraba que, para el principal grupo de usuarios a ingresar (población mayor), la presión sobre el hospital depende de forma muy importante de los recursos disponibles fuera de él.

Las proyecciones para 2001 en los esquemas PFI incluían aumentos del IR desde un 25% en agudos hasta el 100% en la evaluación geriátrica, pero no se consideraban en la rotación los casos de día. De acuerdo con estas proyecciones, en su momento Pollock y sus colaboradores valoraron que el proyecto de Lothian (entre otros estudiados simultáneamente) se basaba en indicadores que sobrepasaban ampliamente las tendencias reales y, por tanto, creaba inquietud el efecto de la saturación sobre la calidad, y la posible incapacidad para prestar una asistencia racional a la comunidad, dada la reducción de camas e instalaciones prevista.

Dunnigan y Pollock vuelven a estudiar en 2003 los resultados tras la reforma llevada a cabo en los hospitales de Lothian, comparándolos con el resto de hospitales de Escocia. Los ingresos en servicios de agudos habían descendido en los hospitales de Lothian un 20% comparado con el resto. Los casos de día en agudos y cirugía de agudos descendieron, y la proporción de altas con retraso había aumentado en los hospitales PFI un 15% frente a un 12% en el resto de Escocia. La EM en cirugía e intensivos subió un 8,7% y un 23% en los Lothian, frente a una caída en el resto de Escocia. Globalmente los hospitales de Lothian cumplen el proyectado cierre de camas, habiéndose cerrado 409 camas. Pero no se tuvo en cuenta que la reducción no permitiría aumentar los ingresos el 21% previsto. Así, los ingresos quirúrgicos disminuyeron un 13% frente al incremento previsto de un 8%. Pese a la reducción de camas, el *trust* de Lothian tiene serios problemas de financiación. En enero de 2003 el auditor general anunciaba un déficit para el periodo 2002-06 de 95 millones de

libras. Recomendaba la máxima flexibilidad posible, proponiendo trasladar la responsabilidad a las autoridades sanitarias u oficinas regionales de NHS, para que realizasen inversiones regionales y no locales con un enfoque global, así como para lograr la mejora del proceso de planificación.

Para mantenerse dentro de los límites del presupuesto, parte del cual debe ser transferido anualmente al PFI, los *trusts* reducen el número de camas disponibles, aumentando el IR y la actividad de hospital de día. Todo ello muy deseable para una mayor eficiencia. Pero, dado que no existe un auténtico controlador externo del proceso asistencial, que salvaguarde en alguna medida las necesidades del paciente, y dado que el contrato PFI es rígido durante sus treinta años de vigencia y no permite suficientes ajustes, adecuarse al presupuesto se puede producir limitando los ingresos y estancias más caros. Esta selección adversa creada por el mercado pondría en grave peligro la equidad del sistema. A este respecto, llama la atención la carencia de datos sobre la casuística mediante grupos de diagnóstico relacionados u otros sistemas de clasificación de pacientes según complejidad (Fries *et al.*, 1994).

Otros aspectos de gestión sujetos a controversia –de los que no se dispone de información– son la omisión de criterios de calidad en su desarrollo (la saturación asistencial con reducción del personal puede conllevar riesgos en los estándares asistenciales). La existencia de camas privadas en los mismos centros es otro factor polémico, aunque se contemplan en reducido número, su existencia puede crear distorsiones, dado que es una fuente de financiación.

En cuanto a la organización interna de los hospitales PFI, su gestión requiere precaución y asesoramiento ya en la fase de concurso. Frente a las ventajas de mayor autonomía, negociación, incentivos por resultados y “libertad de movimientos”, la gestión requiere una gran implicación. El seguimiento de los contratos con indicadores de cumplimiento, según estándares, y las penalizaciones por eventuales fallos en el servicio no deberían permitir subjetividades ni tampoco dilución de responsabilidades ni pérdida del sentido de pertenencia (NAO, 2005b). Los *trusts* utilizan para lo anterior escalas de medida de la gestión: el PMS (Performance Measurement System), que incluye baremo e indicadores de cumplimiento. Algunas áreas no son penalizables como seguridad externa y aparcamiento, pero las incluidas lo son, según escala, a partir de un cumplimiento inferior al 95%, 75% (posible cambio de contrata) y 70% en dos meses sucesivos (reemplazamiento del servicio deficitario). Antes se daban créditos por cumplimiento que podían compensar penalizaciones, pero actualmente el NHS no los aconseja. El *trust* puede rescindir el contrato a la compañía si ha tenido que pedirle la sustitución de cuatro subcontratas en un periodo de tres años. La Organización Auditora Nacional recomienda taxativamente que la gestión sea liderada por “gerentes senior”, ya que por las características de la relación no se libera tiempo de gestión y, además, es necesaria una gran comunicación, más abordajes conjuntos, objetividad y neutralidad en la resolución de problemas (NAO, 2005b; Arbelo, 2002).

Los contratos PFI no incluyen el servicio principal, es decir, la asistencia. Sin embargo, existen implicaciones en el desarrollo clínico. Aunque la concesionaria se ajuste, en algunos casos ha habido que renegociar términos y precios. Algún *trust* ha tenido que pagar cantidades extra importantes (del presupuesto que inicialmente no estaba destinado al pago del canon) por variaciones, como puede ser el cambio de uso de una zona o por servicios adicionales en invierno por alta ocupación. El *trust* contempla esto como una progresión natural del contrato (NAO, 2005a).

En 1999 el Secretario de Estado de Sanidad indicaba que la reducción de camas podría haber ido demasiado lejos, planteándose aumentar en 3.000 las camas, el personal médico en 7.000 y en 15.000 el de enfermería.

El Comité de Contabilidad Pública, el Comité de Sanidad de la Cámara de los Comunes y la Asociación Médica Británica han solicitado evaluaciones independientes (Kunkler, 2005).

## 2.5 Cambios recientes en el RU en relación con la PFI

Uno de los promotores de la iniciativa PFI en el NHS en 1994, T. Sackville, entonces viceministro de Sanidad del gobierno conservador, daba hace menos de un año en España su visión actualmente negativa sobre la PFI, que valora como económicamente cara, financieramente cuestionable, con penalizaciones que podrían incluirse en un contrato convencional de gestión y con imposibilidad para realizar una comparación real de valor respecto del sector público en cuanto a riesgo transferido. Sackville (2005) se inclinaría por reservar al sector público el papel de financiador y garante de acceso, quedando la gestión y provisión del servicio sanitario en manos privadas, como en el modelo Alcira.

En los últimos meses diversos documentos del gobierno laborista (White Paper, Plan de gestión 2006/2007 del Departamento de Salud) afianzan la idea de un declive de los PFI, al menos en lo que a grandes proyectos se refiere, de forma que deberán valorarse “a la luz del programa de reformas” y “considerando cuidadosamente la abordabilidad a largo plazo”. Proyectos ya aprobados y adjudicados, como el de St. Bartolomew de Londres, han sido por el momento paralizados hasta su reconsideración, a pesar de comportar dicha paralización importantes costes.

Se estima que puede producirse un recorte amplio (40%) en los PFI planeados para los próximos años. La evaluación de NAO de la refinanciación del PFI de Norfolk-Norwich (con beneficios totales de 80 millones de libras para la PFI) y la auditoría del PFI de Woolwich por Pricewaterhouse Coopers, ambas realizadas en 2005 sobre PFI considerados maduros en cuanto a su desarrollo, han desatado las alarmas sobre la sostenibilidad a largo plazo y la inflexibilidad que durante unos treinta años lastrará a estos y al resto de

hospitales PFI, dificultando su incorporación a la estrategia de pago por resultados puesta en marcha por el Departamento de Salud.

También el criterio contable, beneficioso al no incluirse la inversión mediante sistema PFI como gasto público, está sujeto en el momento actual a controversia, al mantener el International Accountancy Standards Board que un bien sujeto a control del Gobierno y que pueda revertir a propiedad pública debe aparecer en los balances. El gasto actualmente extrapresupuestario del NHS en PFI asciende a unos cinco mil millones de libras (Plumbridge, 2006).

### **3. Concesiones administrativas y de obra en el Sistema Nacional de Salud de España**

La gestión privada con financiación pública de un área de salud completa (fórmula denominada “concesión administrativa”) se ha producido en España con anterioridad a las concesiones de obra actualmente en curso.

El denominado “modelo Alcira” se inició con la concesión administrativa para la construcción y equipamiento del hospital y la gestión y provisión de servicios hospitalarios a la población de la comarca de Alcira, y pasando después, tras una renegociación entre la empresa aseguradora privada y la correspondiente administración sanitaria (Agencia Valenciana), a una concesión para la prestación completa de servicios sanitarios tanto de atención primaria como hospitalaria. La gestión del gasto en farmacia no está incluida en dicho contrato.

El futuro hospital de Valdemoro (Madrid) sigue los mismos principios que el contrato inicial de Alcira, y comprende tanto la construcción y equipamiento completos como la gestión y provisión de servicios hospitalarios (sanitarios y no sanitarios), siendo valorado como una fase de transición hacia el “modelo Alcira”, tanto por los detractores como por los defensores de este tipo de opciones.

Con más experiencias en curso en Denia y Torrevieja, ambos con provisión y gestión de servicios sanitarios por proveedores privados, en las CC AA gobernadas por el Partido Popular se va abriendo paso la idea de avanzar hacia el “modelo Alcira”, que supone en definitiva el traspaso de la gestión y provisión de servicios sanitarios al sector privado, quedando el sector público como financiador. Recientes declaraciones del Consejero de Sanidad de Madrid (Lamela, 2006), así como la valoración, realizada por las aseguradoras privadas, de las actuales concesiones de obra como un paso intermedio hacia una futura concesión administrativa (Murillo, 2005), hacen pensar que el modelo Alcira se extenderá en un futuro, al menos en Madrid, a través de las concesiones de obra (CO) actualmente en curso.

Por el momento la CO es la más frecuente opción con participación privada. Aunque es considerada por responsables de aseguradoras privadas como una opción tímida, puede ser un primer paso en el sentido “correcto” a juicio de dichas empresas. Llama la atención de que tanto los defensores (algunas CC AA, aseguradoras privadas, em-

presas constructoras, PP) como los detractores (otras CC AA, CGT, algunos sectores del PSOE, IU) estiman que este tipo de opciones tiene un sentido privatizador de la sanidad pública, pero sus opiniones difieren al valorar la bondad o no de dicha privatización.

La CO financiera y poblacionalmente más importante corresponde a las iniciativas de la Comunidad de Madrid. Respecto de esta iniciativa, se compararán a continuación tanto otras concesiones de obra en España, como otras formas de gestión de la inversión en nuevos hospitales.

### 3.1 Concesiones de obra en la Comunidad de Madrid

La Comunidad de Madrid, además de la adjudicación del hospital de Valdemoro mediante la fórmula de concesión administrativa, ha realizado durante 2005 los concursos para siete concesiones de obra, por un importe de construcción de 641 millones de euros. La dotación prevista de camas es de 1.800, 700 de ellas para la sustitución del actual Hospital Puerta de Hierro (Comité de Redacción, 2005). Una parte importante de la población madrileña (1,8 millones de personas, alrededor de un tercio del padrón) se prevé que recibirá atención en estos nuevos hospitales. Se cuenta, además, con la ampliación en otras 500 camas en los próximos diez años.

Está previsto que las instalaciones estén en funcionamiento en el año 2007, lo que conllevaría un tiempo de concurso y ejecución muy breve, de aproximadamente dos años, que reduce en forma muy considerable los tiempos de puesta en funcionamiento de hospitales construidos con los sistemas de concurso público tradicional y que resultaría también mucho más rápido que las concesiones de obra PFI del RU.

Las empresas concesionarias de estos hospitales en la Comunidad Autónoma de Madrid recibirán, en conjunto, un canon anual de 125,5 millones de euros durante 28 años, y una cantidad de unos 100 millones de euros durante el primero y el último año de la concesión.

En conjunto, los pagos anuales diferidos hasta 2037 supondrán, de partida, unos 3.700 millones de euros actuales, a los cuales habrá que añadir la inflación anual y, en su caso, y tal y como ha ocurrido generalizadamente en el RU, ampliaciones de concesión por nuevos servicios o cambios en los inicialmente contratados.

El canon anual cubre los pagos por los costes de construcción y el equipamiento de mobiliario inicial, así como su renovación contemplada en los contratos. También comprende la prestación de servicios considerados no sanitarios y que la Comunidad de Madrid ha enumerado de la siguiente manera:

- mantenimiento integral del edificio;
- gestión de residuos urbanos y sanitarios;
- servicio integral de seguridad;
- servicio integral de lavandería;
- transporte exterior/interior y gestión auxiliar;
- servicio de desinsectación y desratización;
- gestión de archivo de documentación clínica y administrativa;
- servicio de gestión de personal administrativo de recepción, información y centralita telefónica;
- conservación de viales y jardines;
- servicio de limpieza;
- servicio integral de esterilización;
- gestión de almacenes y distribución;
- gestión de restauración.

El funcionamiento de estos servicios no sanitarios viene a suponer entre el 5% y el 10% de los gastos corrientes de un hospital, y su coste será abonado conjuntamente con la construcción mediante el canon global. El 90%-95% restante del gasto corriente hospitalario continúa siendo gestionado por el sector público.

No se encuentra incluida en la concesión la adquisición ni renovación de alta tecnología, que será adquirida y renovada directamente por la Comunidad de Madrid. Tampoco el equipamiento médico normal, que será también adquirido y renovado por la Comunidad. La tecnología de información está también excluida de la concesión y precisará una inversión inicial de 80 millones de euros (Lamela, 2006).

Respecto de aspectos no sanitarios, el contrato de concesión no incluye la gestión energética del edificio.

La *ratio* inicial de camas/población 2007 en las zonas afectadas oscilará con los nuevos hospitales entre 1,32 por mil, en el caso del nuevo Puerta de Hierro-Majadahonda, a 0,68

por mil en Arganda, con una relación media para la población asignada a estos hospitales de 1,02 camas por mil (muy similar al del área de Alcira). El índice general de camas en la CAM pasará de 2,22 a 2,52 camas por mil habitantes. Parece que en este sentido, y dado que la situación regional se puede mantener, podrían quedar suficientemente controlados los graves efectos de reducción de camas que se han observado en el RU y de los cuales se ha aprendido la experiencia, ya que resultaría catastrófica en la actual situación española, y más específicamente madrileña, de fuertes incrementos poblacionales y sometida a una tremenda presión asistencial (León *et al.*, 2006).

La adaptación en cantidad y proximidad de los recursos disponibles a la población es indudablemente positiva, pero algunas dudas surgen al analizar la planificación global del proyecto de estas CO:

- La valoración de los instrumentos de asistencia diferentes de la hospitalización de agudos no ha sido considerada, al igual que ocurriera en el RU. Ni la atención primaria ni la media estancia parecen tenerse en cuenta como componentes necesarios, con una única excepción: la atención primaria pública del área de Valdemoro está sujeta a un proceso piloto con nueva dotación de medios materiales, humanos y tecnológicos, y adecuación de procesos. Este inicio de pilotaje ha coincidido en el tiempo con la adjudicación de la concesión administrativa del hospital. No se han producido pilotajes ni cambios de recursos similares en los dispositivos de atención primaria de ninguna otra zona de Madrid.
- El nuevo mapa sanitario y la correspondiente zonificación serán una consecuencia de la existencia de los nuevos hospitales más bien que la base para su planificación, al estar actualmente en elaboración. Llama la atención de que el análisis de los flujos previstos de enfermos y su consecuencia en volúmenes de actividad no haya actuado como condicionante clave en la planificación para asegurar estándares de calidad, precisamente en una Comunidad que por su poca extensión y altísima densidad de población presenta unas condiciones especialmente favorables para ello. Así queda de manifiesto al comprobar que tres de los nuevos hospitales darán cobertura a una población inferior a 100.000 habitantes, lo que augura bajas casuísticas locales en la práctica diaria con riesgo conocido para garantizar que los equipos responsables puedan alcanzar los estándares deseables.
- En relación directa con esta insuficiente valoración de flujos y necesidades, dos situaciones que afectan fundamentalmente a los extremos de la vida son *a priori* perceptibles:
  - a) Los niños en Madrid pasarán a nacer en 18 hospitales ligados a la red pública, en lugar de en diez hospitales (Arbelo *et al.*, 1986). Hasta ahora, el volumen de atención en cada uno de los hospitales públicos hacía factible la atención con pocos traslados entre ellos por tener en general capacidad suficiente cada institución para atender una parte de ese 10% de partos en que son necesarias asistencias maternas y, sobre todo, perinatales complejas. El mayor volumen de traslados se recibía en los gran-

des hospitales públicos procedentes de hospitales privados (habitualmente de pequeño tamaño, como los nuevos hospitales públicos), que seguirán realizando dichos traslados, pero a los que habrá que añadir el traslado de otros 800 recién nacidos al año. La previsión de dichos nuevos traslados interhospitalarios perinatales no parece adecuadamente garantizada, pudiendo tener esta carencia un efecto específico en forma de aumento de mortalidad perinatal (Grupo de Trabajo de la Viceconsejería de Asistencia e Infraestructuras Sanitarias, 2005).

b) En el otro extremo de la asistencia, entre los nuevos proyectos no se ha valorado opción alguna para un tipo de atención de frecuente necesidad, sobre todo para los pacientes de más edad y, en general, para aquellos que no cuentan con dispositivos de apoyo familiar adecuados para permitir la continuación de la asistencia sanitaria en el domicilio, o que simplemente pueden necesitar una hospitalización de recuperación de una discapacidad provisional. En los hospitales de agudos de Madrid se producen anualmente más de 22.000 altas con estancias hospitalarias superiores a 30 días, con un alto coste e inadecuación del tipo de atención recibida, que correspondería en muchos casos a una atención de media estancia, considerablemente más económica y eficaz (Peiró *et al.*, 1996 y Galindo *et al.*, 2002). La entrada en vigor de la Ley de Dependencia aliviará solo parcialmente el problema, al facilitar un mayor soporte sociofamiliar en el domicilio, pero los centros geriátricos-rehabilitadores o de ME para la dependencia transitoria con el aumento de morbilidad previsible (Martín *et al.*, 2004) suponen un serio déficit general, y más específico en las áreas este y sur de Madrid (Arbelo, 1989, 1999, 2002 y 2005).

- La planificación de personal sanitario de los nuevos hospitales queda pendiente de definición mediante un proceso no especificado en el cual confluirán en proporciones no definidas la movilidad desde los hospitales actuales tanto de la Comunidad de Madrid como de otras regiones y mediante formas de contratación diversas, incluido el sistema estatutario.
- La gestión de este tipo de modelos contractuales es compleja, con mayores gastos de transacción, ya que, aunque debieran evitarse en aras de la eficiencia, han de emplearse dobles o triples controles (concesionario, dirección de gestión y unidad técnica de control de servicios centrales), cuyos costes y sistemas de funcionamiento tendrán que irse desarrollando por el propio devenir de las experiencias (Barea *et al.*, 2005).

### 3.2 Concesiones de obra en otras comunidades autónomas

Los nuevos hospitales de Son Dureta (Baleares) y Burgos (Castilla y León), ambos sustitutorios de las instalaciones actualmente existentes, serán también ejecutados y puestos en funcionamiento bajo la modalidad de CO. Pero, incluso bajo un mismo modelo de concesión, existen algunas diferencias.

En estas dos concesiones el pago de los costes energéticos corre íntegramente a cargo del concesionario, mientras que en Madrid el pago de la energía se realiza por la Comunidad. Esto supone tanto una menor transferencia de los riesgos de mantenimiento derivados de la calidad y tipo de construcción realizados, como también menor implicación del servicio de mantenimiento en el ahorro de energía del hospital.

Castilla y León incluye en el concurso la dotación y reposición del mobiliario y equipamiento básico, el equipamiento médico, instrumental y la alta tecnología.

En Baleares, se incluye la dotación y reposición del mobiliario y equipamiento básico, y también el equipamiento médico y el instrumental (que en Madrid no se incluye en la concesión), y excluye como Madrid la alta tecnología y los sistemas de información.

Las penalizaciones por posibles fallos de servicio pueden llegar al 100% del canon en Madrid, pero no en Castilla y León y Baleares.

La gestión del almacén de suministros es retenida por el IBSalut en el caso de Baleares, al ser considerado como un aspecto estratégico en la gestión del servicio sanitario hospitalario no dejar parte de la cadena de aprovisionamiento en manos de terceros.

### **3.3 Otras opciones de financiación de grandes infraestructuras sanitarias públicas en España**

Además del sistema tradicional de gestión directa de las inversiones en nuevas infraestructuras, que continúa siendo el empleado por diversas CC AA, dos han buscado fórmulas de intermediación financiera que buscan hacer compatibles los límites de endeudamiento público con el control público de la inversión. Así, Asturias (gobernada por el PSOE), para el nuevo Hospital Central, y Murcia (gobernada por el PP), para los hospitales de Cartagena y Mar Menor, han buscado una fórmula de financiación a través de empresas públicas gestoras de infraestructuras sanitarias (Gispasa y Giscarinsa, respectivamente), que actúan como un PFI y construyen el hospital mediante recursos propios y mediante créditos tanto de entidades privadas como del Banco Europeo de Inversiones.

El único accionista de estas gestoras de infraestructuras es la administración pública. Al igual que en el modelo PFI, recuperan mediante un canon a 30 años la inversión efectuada y, en su caso, el coste de los servicios no sanitarios, que serán externalizados por la concesionaria, con una diferenciación de ambos componentes (construcción y servicios) en el canon.

También, al igual que ocurre actualmente con el sistema PFI, no existe seguridad completa de que el gasto no sea finalmente contabilizado por el sistema europeo de cuentas como deuda pública.

### 3.4 Repercusiones en el sistema sanitario

Por lo que respecta al impacto en la planificación global del sistema sanitario, en el caso de España no se trata, por el momento, de que instituciones hospitalarias importantes similares a los *trusts* modifiquen a su conveniencia sus infraestructuras.

No conviene, sin embargo, olvidar que la creación de redes privadas prestadoras de servicios sanitarios públicos con asignación de población de referencia lleva a la creación de mercados cautivos en los cuales el concesionario resulta insustituible y, por lo tanto, se sitúa en una posición de mayor poder. Esto puede abocar a una situación similar a los *trusts* (un caso actual sería la presencia de IDC-Capio en el concierto singular de la Fundación Jiménez Díaz y, además, en el futuro hospital de Valdemoro, ambos en Madrid). Así, lo que en principio pudiera suponer una ventaja, dada la mayor solidez y experiencia de empresas en el sector, puede convertirse finalmente en un inconveniente para la administración pública responsable final del servicio, quedando la planificación sujeta en mayor medida a intereses que pueden ser legítimos para la empresa privada, pero que resultan espurios respecto de la responsabilidad del garante del derecho. Este posicionamiento de dominio que facilita el planteamiento de renegociaciones del tipo “todo o nada” por parte de las corporaciones hospitalarias es ya conocida en EE UU.

En cualquier forma, y dado que serían actualmente y en nuestro caso los servicios de salud de las CC AA los que tomarían decisiones sobre qué tipo de servicios son necesarios, sería en principio factible mantener una planificación estratégica del sistema sanitario a nivel regional. Sin embargo, un elemento de distorsión a nivel local en el RU, como era la desaparición de otras prioridades por el pago al PFI, parece mantenerse en la más amplia experiencia actual en España a nivel regional. Es decir, si en los *trusts* hay cambios en la asistencia sanitaria para hacer frente a los pagos, ¿cuáles serán los cambios, por ejemplo, en Madrid con ocho facturas insoslayables, ya que son pagos por servicios y no por bienes, correspondientes a las concesiones? Hay que considerar necesariamente que dichos pagos no constituyen la mayor parte del gasto corriente de los nuevos hospitales, sino sólo una pequeña parte. Convertir en gasto fijo el gasto variable es una opción interesante que aporta estabilidad. Pero, si es necesario un ajuste, éste deberá producirse forzosamente en todos los demás gastos que sí son variables, al ser gestionables por la propia Comunidad: aprovisionamiento y pago a proveedores de bienes sanitarios, personal sanitario de atención primaria y hospitalaria, inversiones y mantenimiento de las instituciones gestionadas directamente, sean de atención primaria, hospitalaria o urgencias.

Incluso el riesgo teóricamente evitado a nivel regional de ajustar el número de camas y características de actividad a las posibilidades del concesionario no debe ser olvidado o considerado como inexistente, ya que la evaluación de cuatro fundaciones públicas frente a tres hospitales públicos, todos ellos en Galicia (Sánchez y Martín, 2004), muestra este tipo de efectos de disminución de camas, además de una producción ajustada por complejidad un 45% inferior y una derivación interhospitalaria un 37% superior en las fundaciones respecto de los hospitales tradicionales, aspectos estos que pueden ser el efecto de una selección de riesgos.

Las necesidades de personal sanitario de los nuevos hospitales pueden conllevar también efectos globales sobre el sistema sanitario, aunque en este caso no sean atribuibles al sistema de financiación.

- El efecto de atracción que pudiera producirse sobre miembros de equipos asistenciales sofisticados no ha sido explícitamente valorado, por lo que se desconoce su capacidad de ejercer efectos no deseados sobre la actividad de transplantes, radiología intervencionista u otros, tanto en Madrid como en el conjunto del sistema.
- La capacidad para atraer personal sanitario de todo tipo no parece que en cualquier caso vaya a basarse tanto en las elevadas retribuciones, como en las posibles oportunidades teóricas que el ejercicio profesional en Madrid ofrecería, por comparación con otras CC AA. Dada la actual situación de emigración masiva de profesionales sanitarios españoles (unos 1.000 médicos de atención primaria y hospitalaria formados durante nueve o más años emigran cada año) por sus mejores perspectivas en otros países de la UE, la competición por los recursos humanos más cualificados dentro del Sistema Nacional de Salud, que ya se produce, se verá razonablemente incrementada en una proporción no definible en el momento actual.

## 4. Consideraciones sobre las concesiones de obra en España desde el punto de vista económico

La adjudicación de hospitales por la concesión a empresas privadas de la prestación de servicios no sanitarios comporta dos fases económicamente diferenciables, ya que, aunque se traduzca en el abono de un canon único por parte de la Administración, lo que se paga es una prestación de servicios del concesionario y, simultánea e indiferenciadamente, la propia construcción y equipamientos efectuados por ese mismo concesionario.

Se podría, por tanto, considerar un doble contrato: por una parte, la construcción del hospital, y, por otra, la prestación de los servicios. Y debería hacerse así, porque son en realidad dos partes de diferente naturaleza y características, que, además, no tienen una coincidencia en el tiempo en cuanto a la generación de gasto.

En primer lugar, la construcción de un hospital se realiza bajo presupuesto, siguiendo un diseño previamente elaborado y en un tiempo relativamente corto, por lo que su coste es en principio predecible, sin que existan circunstancias desconocidas que puedan alterar el coste previsto, salvo las específicas de cualquier gran construcción. Asimismo, la recuperación del coste (amortización) por parte de la constructora vendrá determinada por el tipo de interés existente en cada periodo.

No es así, en cambio, en lo que se refiere a la prestación de los servicios, que se inicia temporalmente cuando ha quedado finalizada la fase de inversión, y en la cual, dado el extenso período que abarca, es *a priori* impredecible la influencia de una serie de factores, entre los que cabe señalar:

- El componente principal del coste en la prestación de servicios corresponde a gastos de personal, aunque también existan bienes duraderos amortizables. Es difícil predecir los gastos de personal, con una perspectiva de 30 años, dado que vendrá determinada no sólo por el IPC, sino por otros factores no recogidos en la actualización del precio, tales como cambios en la jornada máxima, convenios, mecanización de tareas hoy manuales u otros con influencia en el aumento o disminución de costes de personal.
- La vida de los bienes de inversión (a efectos de amortización) puede venir determinada no sólo por el uso del bien, sino por la aparición de tecnologías que lo hagan obsoleto, por lo que es difícil planificar el coste durante un periodo de 30 años.

- La oferta de servicios debe adaptarse a su demanda, por lo que cualquier cambio en esta última, aunque sea un cambio temporal, debería incidir en la oferta y, por tanto, en el coste.

La separación de ambos conceptos y riesgos ha sido ya puesta en práctica en Cataluña para la construcción de infraestructuras judiciales mediante concesión, sin incluir la prestación de servicios. También recientemente Barea (2005) compartía la opción de diferenciar la construcción de la prestación de servicios, y esta diferenciación está también presente en la inversión-prestación a través de empresas gestoras de infraestructuras.

En relación con la construcción, el cálculo del coste correspondiente es en principio abordable y sujeto a tipos de riesgo conocidos. La concesión de algunos servicios de mantenimiento de la obra realizada, incluido el coste energético, puede introducir una mayor responsabilización del concesionario en la calidad de la obra entregada, aunque no serían previsiblemente necesarios treinta años de concesión para obtener este efecto. En cualquier caso, la propia construcción y equipamiento mediante concesión parece en principio más cara que el de gestión directa, ya que los beneficios marginales que obtiene el concesionario en la adquisición de inversiones no se descuentan del precio y el coste se ve incrementado por el beneficio industrial del concesionario.

En lo que respecta a la prestación de servicios, el precio que puede ser razonable actualmente puede, como ya se ha dicho, que no lo sea dentro de diez años, bien a la baja o al alza. En el caso de que fuere a la baja, ¿cómo se actualiza?, ¿qué sucede si ciertos servicios quedan obsoletos y dejan de prestarse? Este tipo de situaciones se tienen en alguna consideración en los correspondientes contratos, pero la experiencia británica y la de las actuales externalizaciones de servicios en nuestro propio sistema sanitario no permiten asumir que este tipo de problemas esté *a priori* resuelto, sino más bien lo contrario. Es, sin embargo, previsible que, en el caso de que aparezca la necesidad de nuevos servicios, esta se resolvería mediante una nueva concesión o ampliación de la existente. Es decir, parece *a priori* factible ampliar el monto económico final de la concesión (el volumen económico concedido), pero no aparece igualmente visible algún sistema para hacer retornar al presupuesto del sistema público alguna parte de las posibles eficiencias generadas por la gestión privada de los servicios.

Si la empresa no cumple el servicio de una forma adecuada, las penalizaciones previstas en forma general para las contrataciones de servicios parecen haber tropezado con problemas de aplicación en las actuales externalizaciones, a pesar de tener plazos de concesión muy inferiores y posibilidades de concurrencia más amplias. Se han encontrado también aplicaciones muy limitadas de las penalizaciones en los contratos PFI en el RU, aun contando con un entramado jurídico sólido. Los propios concesionarios en España aceptan la grave dificultad que puede conllevar la modificación del canon por penalizaciones (Barea, 2005). Queda, sin duda, para la evaluación empírica comprobar cómo podrá resolverse esa grave dificultad, dado que la extensión de la experiencia hace previsible que no todas las contrataciones y subcontrataciones serán igualmente exitosas.

Si el garante final del servicio es la Administración sanitaria, parece lógico que en España, como ya ha ocurrido en el RU, sea la propia Administración la alternativa final (por prestación o por nueva contratación a un precio superior) ante fallos serios en la prestación de los servicios estratégicos. Pero esta alternativa, siendo realista, conlleva dudar del riesgo económico realmente transferido en las concesiones.

Es en cualquier caso asumido (por Administraciones y concesionarios) que se necesitará un importante gasto en personal para el seguimiento y evaluación y una labor de coordinación especialmente intensa entre los concesionarios y los equipos de gerencia hospitalaria, ya que sus necesidades e intereses pueden resultar más contrapuestos que el objetivo compartido del correcto funcionamiento del hospital. Los costes que este control y coordinación puedan conllevar no han sido por el momento contabilizados, y la participación de los concesionarios en la definición de los mecanismos de control invita a pensar que, o bien el control será laxo en la práctica y, por lo tanto, barato, o bien, si se opta por un control más estricto y, por lo tanto, caro, los costes de control serán asumidos por el sector público como un gasto añadido.

En definitiva, el funcionamiento de una empresa privada consiste en la prestación de servicios con el fin de obtener un beneficio, de forma que en su esquema de gastos actuará, en última instancia, de la siguiente forma: del precio de la concesión descuenta el beneficio industrial, siendo el resto la cantidad que está dispuesto a dedicar a la prestación del servicio. No puede tener pérdidas (de forma que el riesgo no es trasladable), porque dejaría de prestar el servicio, de forma que la mayor o menor fortuna en la presupuestación para el canon de concesión determinará el servicio.

Por otra parte, se está contratando ciertos servicios con empresas que, en principio, no están cualificadas para tal prestación, al conceder, entre otros, la prestación de servicios de hostelería a empresas de construcción, lo que traerá consigo la subcontratación correspondiente. Problemas adicionales, como pueden ser la justificación legal para conceder servicios de prestación de comidas a empresas no homologadas como tales (la Comunidad de Madrid viene exigiendo dicha homologación para este servicio en sus centros), tendrán que ser superados. En cualquier caso, pequeñas y medianas empresas, especializadas en la prestación de este u otros servicios, han visto impedida la posibilidad de acceder a su prestación de una forma directa, pero su beneficio industrial al ser subcontratadas se añadirá a su vez al de la constructora concesionaria.

Como conclusión, en lo que se refiere a la prestación de servicios, cabe deducir un encarecimiento de su coste, al tener que montar la Administración unos departamentos paralelos para el seguimiento y el control del servicio, y el riesgo de una disminución en su calidad, al concedérsele a empresas no especializadas, y que probablemente habrán de subcontratarlos.

Siendo importantes estas consideraciones económicas relativas a la construcción y prestación de los servicios, existe otro aspecto menos visible en el momento actual (ya que

aún no se encuentran en funcionamiento las obras contratadas), pero que puede repetir en forma mimética uno de los mayores problemas encontrados en el Reino Unido y que no ha sido resuelto en los contratos españoles: la creación de mercados secundarios y cambios de accionariado son igualmente factibles en las CO de España que en las PFI inglesas, siendo éste un procedimiento constatado para evitar los efectos económicos adversos para las empresas ante contratos de complicado cumplimiento (véase el apartado 2.3).

## 5. Propuestas

Como cuestión general, es necesario apuntar que, si bien las concesiones han sido en ocasiones presentadas como una especie de solución mágica y moderna para los problemas de puesta en funcionamiento rápido y eficiente de infraestructuras, el análisis de la información disponible no nos permite estar de acuerdo con una visión tan simple. Más bien, sería necesario considerar en cada caso cuál es entre las posibles la mejor opción. Si se opta por un sistema de concesión, resultaría necesario tener en cuenta como con cualquier otro sistema sus limitaciones y la capacidad para controlar en forma efectiva los posibles riesgos para el sector público.

Las propuestas concretas de futuro deben también considerar el grado de desarrollo de cada experiencia concreta, y su peso dentro del servicio de salud correspondiente. Por lo tanto, la valoración debería realizarse caso por caso y no globalmente.

Algunas opciones a valorar en cada caso podrían ser:

a) Sin modificar el esquema básicamente empleado para las CO actuales: si se optara por sistemas similares en un futuro, debería procurarse la diferenciación entre gasto correspondiente a amortización del edificio y gastos por prestación de servicios no sanitarios. El gasto de construcción del edificio a 30 años, por el concepto de *renting* o *leasing*, tiene los mismos efectos presupuestarios en cuanto a déficit, y su cuantificación resulta fácil. La prestación de servicios se puede hacer por periodos mucho más cortos, cuya duración máxima vendría determinada por el periodo de amortización de la maquinaria y el utillaje necesario. Esto supondría retener la capacidad para contratar con diferentes proveedores especializados en servicios, en lugar de actuar forzosamente con un solo proveedor (en realidad un intermediario para subcontratas), y fomentar la competencia privada, ya que existiría mayor número de proveedores potenciales para la prestación de los servicios. Al ser el periodo más corto, permite ir modificando las sucesivas concesiones, según la experiencia del periodo anterior, y considerar asimismo la evolución de las necesidades, por lo que las Administraciones públicas tendrían mayor margen de manobra para modificar el sistema de prestación de servicios en caso de que apareciera alguna forma mejor de prestarlos.

b) Modificando únicamente el concesionario hacia empresas públicas gestoras de infraestructuras (sistema de Asturias y Murcia), produciría teóricamente los mismos efectos que una concesión de obra a constructoras privadas, incluidas las dudas sobre la for-

ma de contabilizar los gastos de capital. Serían recomendables iguales cautelas respecto de los plazos de contratación, y en principio permitiría limitar los sobrecostes (recuperación de beneficios a través de empresa pública y reinversión).

c) Para las CO ya efectuadas, con contratos únicos para amortización y prestación de servicios en vigor para los próximos treinta años, existirían en principio dos opciones de factibilidad a evaluar en cada caso concreto:

- si la Administración correspondiente considerara a lo largo de ese largo periodo la necesidad de recuperar la gestión completa del hospital, cabría la renegociación del contrato, incluida su sustitución por la prestación de otros servicios para el pago, es decir, la externalización de servicios concretos sanitarios y no sanitarios a cambio de la recuperación del control global de la institución, como ya hacen los *trusts* británicos para pagar sus facturas PFI, podría ser una opción;
- si se hubiera realizado una replanificación de necesidades que conlleve distinta utilización de servicios, sin desear la Administración el control completo de la gestión, podría volverse a negociar sobre la base del contrato existente, modificando prestaciones del concesionario por otras equivalentes asumibles;
- si ninguna de las opciones anteriores resultara factible y se optara por una rescisión del contrato de amortización y servicios, esto supondría, previsiblemente, estar dispuesto a pagar por servicios que no se van a recibir, en cantidad variable, según el tiempo transcurrido desde la concesión y según la posición de dominio del concesionario, que le permitirá mantener intactas o incrementadas sus aspiraciones de beneficios, o, por el contrario, mostrar alguna disponibilidad para renunciar a alguna parte de ellos.

Según algunos expertos, el abordaje moderno del tema rechaza antiguos dogmas. El mercado europeo y la globalización favorecen el desarrollo de estas fórmulas, cuya evaluación comparativa es insuficiente. La pugna sobre la fórmula PFI tiene una fuerte carga ideológica, tanto en aquellos que la defienden como en sus detractores. Ambas posiciones acusan al contrario de esta ideologización, pero ninguna lo quiere admitir (Godlee, 2005).

Como todo proceso en evolución, no cabe duda de que tanto las comisiones mixtas y la dirección a nivel de hospital como los servicios centrales, el concesionario y las denominadas unidades técnicas de control tendrán que hacer camino al andar, al optar por la presupuestación privada, presupuestación con la que, según las Administraciones autonómicas correspondientes, se consigue una serie de beneficios, que en ningún caso suponen perjuicio para el usuario y que consisten básicamente en el no déficit presupuestario como consecuencia de la gran inversión y en mejoras económicas en la gestión de los servicios. Efectivamente, no puede afirmarse que este modelo vaya a tener consecuencias negativas para el usuario final de los servicios ni para el personal prestador, dado que en

España no se tiene experiencia al respecto. Pero, lógicamente y por la misma razón, tampoco puede decirse que vaya a ser beneficioso, y la amplia experiencia del RU ofrece bastantes sombras.

La concesión de obra ofrece indudablemente agilidad en la construcción y puesta en funcionamiento de nuevas infraestructuras. Esto la hace muy atractiva para la presentación de resultados entre dos citas electorales. Pero, por esta misma razón, permite que la valoración de necesidades reales quede en un segundo plano de importancia, pues se puede prometer y cumplir la promesa de una infraestructura cuya necesidad podría ponerse en tela de juicio, ante la falta aparente de costes iniciales para el sector público. La adjudicación de una concesión hospitalaria comporta un compromiso de gasto público de unas seis veces el coste de inversión inicial, a precios del año de construcción, coste que queda para ser afrontado prácticamente en su totalidad por sucesivos gobiernos. Se produciría así una especie de incentivo perverso para la inversión.

Las controversias sobre si finalmente se contabilizará o no como gasto público la inversión efectuada mediante CO y PFI está actualmente presente en un doble sentido. Por una parte, puede ser aceptado o no por la UE que el nivel efectivo de riesgo haya llegado realmente al 50% de los gastos de capital requerido. El reciente ejemplo de Emintra ilustra bien este tipo de problema. Previsiblemente, llegado este caso, las administraciones correspondientes (particularmente la de Madrid en sus nuevos hospitales) procurarán llegar a ese 50%, transfiriendo a la iniciativa privada más prestación de servicios, que tendrían que ser ya los estrictamente sanitarios. Estaríamos, por tanto, en el tránsito, anunciado por las aseguradoras privadas, hacia el modelo Alcira. Este planteamiento deja al descubierto cómo la justificación contable y de financiación puede ser finalmente un medio para producir una profunda modificación en la gestión y prestación de los servicios, la introducción de un sistema sanitario diferente sin modificar leyes, tanto o más que una finalidad en sí misma.

Por otra parte, existe una segunda controversia más conceptual que ya se ha planteado respecto al RU, y no precisamente por detractores del sistema PFI, y es en qué grado es contablemente aceptable que no aparezca en los balances un bien sujeto a control del Gobierno y que puede revertir a propiedad pública.

Esta controversia, en principio contable, nos ha llevado a titular este trabajo “presupuestación público-privada” y no “financiación privada”, ya que la razón por la cual los defensores de las CO y concesiones administrativas (o de las PFI y sistemas PPP) consideran que no tendrá efectos negativos en la prestación y que es aceptable en un servicio nacional de salud es porque el financiador y responsable final sigue siendo público, y los bienes retornarán al sector público al acabar la concesión. Y, efectivamente, es de los impuestos de donde finalmente se obtiene la financiación para hacer frente a los pagos, que constan como deuda sólo en los presupuestos de las empresas privadas concesionarias, pero no, al menos por el momento, en los presupuestos del sector público.

No deja en cualquier caso de resultar llamativo que cuando los sistemas PFI parecen entrar en decadencia en su país de origen, al menos en lo que a infraestructuras sanitarias se refiere, se inicie su auge en nuestro país. Quizá, como indican Atun y Mckee (2005), “si el PFI muere en el Reino Unido, puede tener todavía vida más allá de sus costas (...). Una vez más el Reino Unido podría al menos tener éxito exportando sus fracasos cuando suceden”.

## Bibliografía

- ACCA (2004), Research report N.84 by Edwards P, Shaoul J, Stafford A, Arblaster L. Evaluating the operation of PFI in roads and hospitals. pg 133-205. The Association of Chartered Certified Accountants. [www.accaglobal.com/research/publications/summaries/rr-084](http://www.accaglobal.com/research/publications/summaries/rr-084).
- Arbelo, A., *et al.* (1986), Asistencia pediátrica de Madrid 1985, *An. Esp. Pediatr.*, 25:227-39.
- Arbelo, A., *et al.* (1989), Demografía Sanitaria de la Ancianidad, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- Arbelo, A., y Martín, R. (1999), Asistencia Geriátrica Hospitalaria en la Comunidad de Madrid 1997: Recursos y Actividad. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 34:255-65.
- Arbelo, A., y Martín, R. (2002), Hospitales geriátricos y/o larga estancia: presente y futuro, *Gest. y Eval. Cost. Sanit.*, 3:107-11.
- Arbelo, A. (2002), La rotación de directivos en el marco INSALUD, *Gest. y Eval. Cost. Sanit.*, 3 (monográfico) 23-5.
- Arbelo, A. (2005), Insuficiente asistencia sanitaria al mayor en la Comunidad de Madrid, *Gest y Eval. Cost. Sanit.*, 6:81-4.
- Atun, R.D., y Mckee, M. (2005), Is the private finance dead? *BMJ* 331:792-3.
- Barea, J., *et al.* (2005), El Modelo PFI, *Gest, y Eval. Cost. Sanit.*, 6:77-87.
- Blailock, M. (2003), Costs of PFI have been underestimated, *BMJ*, 327:395.
- Boyle, S., y Harrison, A. (2000), Private finance and service development, *Health Care U.K.* (Autumn), 55-63.
- Boyle, S. (1997), The private finance initiative undermines rational planning of health services, *BMJ*, 314:1214-5.
- Comité de Redacción (2005), Iniciativas sobre el desarrollo de infraestructuras sanitarias. Plan 2004-7 de la Comunidad Autónoma de Madrid, *Gest. y Eval. Cost. Sanit.*, 6:11-23.
- Dunnigan, M. G., y Pollock, A. M. (2003), Downsizing of acute inpatient beds associated with private finance initiative: Scotland's study case, *BMJ*, 326:905.
- Editor's choice (2002), Miopia and PFI, [bmj.com](http://bmj.com), 18 mayo.
- Fries, B. E., *et al.* (1994), Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource utilization groups (RUG III) *Med Care* 32:668-85.

- Gaffney, D., *et al.* (1999a), The politics of private finance initiative and the new NHS, *BMJ*, 319:249-53.
- Gaffney, D., *et al.* (1999b), NHS capital expenditure and the private finance initiative-expansion or contraction?, *BMJ*, 319:48-51.
- Gaffney, D., *et al.* (1999c), PFI in the NHS- is there an economic case?, *BMJ*, 319:116-9.
- Galindo, M., *et al.* (2002), Impacto de la problemática social sobre actividad y costes en centros de media y larga estancia, *Gest. y Eval. Cost. Sanit.*, 3:331-43.
- Godlee, F. (2005), Evidence not Ideology, *BMJ*, 331:8, octubre, [bmj.com](http://bmj.com).
- Kunkler (2005), Time for Of Health, *BMJ*, 331:965.
- Lamela, M. (2006), La sanidad madrileña del futuro. Encuentro PricewaterhouseCoopers.
- León, A., *et al.* (2006), Nuevos hospitales: un reto de contratación, construcción y gestión, *Gest. y Eval. Cost. Sanit.*, 6:59-76.
- Ley de Contratos de la Administración del Estado. RDL2/2000.
- Martín, J. J. (2003), Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias. Laboratorio Alternativas 14. Madrid.
- Martín, R. (2004), Implantación de un programa de rehabilitación (S.D.F.) en un hospital de media estancia. XLVI Congreso Español de Geriátrica y Gerontología, Las Palmas de Gran Canaria.
- Murillo, J. (2005), Modelos de colaboración: PFI, Valdemoro y Alcira, Foro Sanitario Adeslas.
- NAO (2005a), The refinancing of the Norfolk and Norwich PFI hospital: how the deal can be viewed in the light of the refinancing. H.C. 78 session, 10 de junio.
- NAO (2005b), Darent Valley Hospital: The PFI contract in action. H.C. session 209, 10 de febrero.
- Peiró, S., *et al.* (1996), Validez del protocolo de evaluación del uso inapropiado de la hospitalización, *Med. Clin.*, 107:124-9.
- Plumridge, N. (2006), Poor prognosis for the PFI?, en [www.publicfinance.co.uk](http://www.publicfinance.co.uk).
- Pollock, M. A., *et al.* (1997), What happens when the private sector plans hospital services for the NHS, *BMJ*, 314:1266-71.
- Pollock, M. A., *et al.* (1999), Planning the “new” NHS: downsizing for the 21st century, *BMJ*, 319:179-84.
- Pollock, M. A., *et al.* (2002), Private finance and “value for money” in NHS hospitals: a policy in search of rationale?, *BMJ*, 324:1205-9.
- Reyes, F. (2002). Experiencia de la inversión privada en los hospitales públicos del Reino Unido: una visión crítica del PFI, *Todo Hospital*, 516-20.
- Sackville, T. (2005), Intervención en Foro Sanitario Adeslas.

Sánchez, M., y Martín, G. (2004), Nuevas fórmulas de gestión: Las fundaciones sanitarias en Galicia, Laboratorio Alternativas 43, Madrid.

Sussex, J. (2002), Making the best of the PFI in the NHS OHE laulsford@ohe.org.

UNISON. Gosling, P. (2004), PFI: Against the public interest. Why “a licence to print money” can also be a recipe for disaster, [www.unison.org.uk/PFI](http://www.unison.org.uk/PFI).

Viceconsejería de Asistencia e Infraestructuras Sanitarias Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de Madrid. (2005). Informe del Grupo de Trabajo para la Regionalización de las Necesidades de Asistencia Neonatal en los Hospitales Públicos de la Comunidad Autónoma de Madrid.

## Documentos de trabajo publicados

- 1/2003. **Servicios de atención a la infancia en España: estimación de la oferta actual y de las necesidades ante el horizonte 2010.** María José González López.s
- 2/2003. **La formación profesional en España. Principales problemas y alternativas de progreso.** Francisco de Asís de Blas Aritio y Antonio Rueda Serón.
- 3/2003. **La Responsabilidad Social Corporativa y políticas públicas.** Alberto Lafuente Félez, Víctor Viñuales Edo, Ramón Pueyo Viñuales y Jesús Llaría Aparicio.
- 4/2003. **V Conferencia Ministerial de la OMC y los países en desarrollo.** Gonzalo Fanjul Suárez.
- 5/2003. **Nuevas orientaciones de política científica y tecnológica.** Alberto Lafuente Félez.
- 6/2003. **Repensando los servicios públicos en España.** Alberto Infante Campos.
- 7/2003. **La televisión pública en la era digital.** Alejandro Perales Albert.
- 8/2003. **El Consejo Audiovisual en España.** Ángel García Castillejo.
- 9/2003. **Una propuesta alternativa para la Coordinación del Sistema Nacional de Salud español.** Javier Rey del Castillo.
- 10/2003. **Regulación para la competencia en el sector eléctrico español.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 11/2003. **El fracaso escolar en España.** Álvaro Marchesi Ullastres.
- 12/2003. **Estructura del sistema de Seguridad Social. Convergencia entre regímenes.** José Luis Tortuero Plaza y José Antonio Panizo Robles.
- 13/2003. **The Spanish Child Gap: Rationales, Diagnoses, and Proposals for Public Intervention.** Fabrizio Bernardi.
- 13\*/2003. **El déficit de natalidad en España: análisis y propuestas para la intervención pública.** Fabrizio Bernardi.
- 14/2003. **Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias.** José Jesús Martín Martín.
- 15/2003. **Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores.** Sebastián Sarasa Urdiola.
- 16/2003. **El Ministerio Fiscal. Consideraciones para su reforma.** Olga Fuentes Soriano.
- 17/2003. **Propuestas para una regulación del trabajo autónomo.** Jesús Cruz Villalón.
- 18/2003. **El Consejo General del Poder Judicial. Evaluación y propuestas.** Luis López Guerra.
- 19/2003. **Una propuesta de reforma de las prestaciones por desempleo.** Juan López Gandía.
- 20/2003. **La Transparencia Presupuestaria. Problemas y Soluciones.** Maurici Lucena Betriu.
- 21/2003. **Análisis y evaluación del gasto social en España.** Jorge Calero Martínez y Mercè Costa Cuberta.
- 22/2003. **La pérdida de talentos científicos en España.** Vicente E. Larraga Rodríguez de Vera.
- 23/2003. **La industria española y el Protocolo de Kioto.** Antonio J. Fernández Segura.
- 24/2003. **La modernización de los Presupuestos Generales del Estado.** Enrique Martínez Robles, Federico Montero Hita y Juan José Puerta Pascual.
- 25/2003. **Movilidad y transporte. Opciones políticas para la ciudad.** Carme Miralles-Guasch y Àngel Cebollada i Frontera.
- 26/2003. **La salud laboral en España: propuestas para avanzar.** Fernando G. Benavides.
- 27/2003. **El papel del científico en la sociedad moderna.** Pere Puigdomènech Rosell.
- 28/2003. **Tribunal Constitucional y Poder Judicial.** Pablo Pérez Tremps.
- 29/2003. **La Audiencia Nacional: una visión crítica.** José María Asencio Mellado.
- 30/2003. **El control político de las misiones militares en el exterior.** Javier García Fernández.
- 31/2003. **La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica.** Jesús Ruiz-Huerta Carbonell y Octavio Granado Martínez.

- 32/2003. **De una escuela de mínimos a una de óptimos: la exigencia de esfuerzo igual en la Enseñanza Básica.** Julio Carabaña Morales.
- 33/2003. **La difícil integración de los jóvenes en la edad adulta.** Pau Baizán Muñoz.
- 34/2003. **Políticas de lucha contra la pobreza y la exclusión social en España: una valoración con EspaSim.** Magda Mercader Prats.
- 35/2003. **El sector del automóvil en la España de 2010.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 36/2003. **Publicidad e infancia.** Purificación Llaquet, M<sup>a</sup> Adela Moyano, María Guerrero, Cecilia de la Cueva, Ignacio de Diego.
- 37/2003. **Mujer y trabajo.** Carmen Sáez Lara.
- 38/2003. **La inmigración extracomunitaria en la agricultura española.** Emma Martín Díaz.
- 39/2003. **Telecomunicaciones I: Situación del Sector y Propuestas para un modelo estable.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 40/2003. **Telecomunicaciones II: Análisis económico del sector.** José Roberto Ramírez Garrido y Álvaro Escribano Sáez.
- 41/2003. **Telecomunicaciones III: Regulación e Impulso desde las Administraciones Públicas.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 42/2004. **La Renta Básica. Para una reforma del sistema fiscal y de protección social.** Luis Sanzo González y Rafael Pinilla Pallejà.
- 43/2004. **Nuevas formas de gestión. Las fundaciones sanitarias en Galicia.** Marciano Sánchez Bayle y Manuel Martín García.
- 44/2004. **Protección social de la dependencia en España.** Gregorio Rodríguez Cabrero.
- 45/2004. **Inmigración y políticas de integración social.** Miguel Pajares Alonso.
- 46/2004. **TV educativo-cultural en España. Bases para un cambio de modelo.** José Manuel Pérez Tornero.
- 47/2004. **Presente y futuro del sistema público de pensiones: Análisis y propuestas.** José Antonio Griñán Martínez.
- 48/2004. **Contratación temporal y costes de despido en España: lecciones para el futuro desde la perspectiva del pasado.** Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 49/2004. **Propuestas de investigación y desarrollo tecnológico en energías renovables.** Emilio Menéndez Pérez.
- 50/2004. **Propuestas de racionalización y financiación del gasto público en medicamentos.** Jaume Puig-Junoy y Josep Llop Talaverón.
- 51/2004. **Los derechos en la globalización y el derecho a la ciudad.** Jordi Borja.
- 52/2004. **Una propuesta para un comité de Bioética de España.** Marco-Antonio Broggi Trias.
- 53/2004. **Eficacia del gasto en algunas políticas activas en el mercado laboral español.** César Alonso-Borrego, Alfonso Arellano, Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 54/2004. **Sistema de defensa de la competencia.** Luis Berenguer Fuster.
- 55/2004. **Regulación y competencia en el sector del gas natural en España. Balance y propuestas de reforma.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 56/2004. **Propuesta de reforma del sistema de control de concentraciones de empresas.** José M<sup>a</sup> Jiménez Laiglesia.
- 57/2004. **Análisis y alternativas para el sector farmacéutico español a partir de la experiencia de los EE UU.** Rosa Rodríguez-Monguió y Enrique C. Seoane Vázquez.
- 58/2004. **El recurso de amparo constitucional: una propuesta de reforma.** Germán Fernández Farreres.
- 59/2004. **Políticas de apoyo a la innovación empresarial.** Xavier Torres.
- 60/2004. **La televisión local entre el limbo regulatorio y la esperanza digital.** Emili Prado.
- 61/2004. **La universidad española: soltando amarras.** Andreu Mas-Colell.
- 62/2005. **Los mecanismos de cohesión territorial en España: un análisis y algunas propuestas.** Ángel de la Fuente.

- 63/2005. **El libro y la industria editorial.** Gloria Gómez-Escalonilla.
- 64/2005. **El gobierno de los grupos de sociedades.** José Miguel Embid Irujo, Vicente Salas Fumás.
- 65(I)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. I.** José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.
- 65(II)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. II (Anexos).** José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.
- 66/2005. **Responsabilidad patrimonial por daño ambiental: propuestas de reforma legal.** Ángel Manuel Moreno Molina.
- 67/2005. **La regeneración de barrios desfavorecidos.** María Bruquetas Callejo, Fco. Javier Moreno Fuentes, Andrés Walliser Martínez.
- 68/2005. **El aborto en la legislación española: una reforma necesaria.** Patricia Laurenzo Copello.
- 69/2005. **El problema de los incendios forestales en España.** Fernando Estirado Gómez, Pedro Molina Vicente.
- 70/2005. **Estatuto de laicidad y Acuerdos con la Santa Sede: dos cuestiones a debate.** José M.<sup>a</sup> Contreras Mazarío, Óscar Celador Angón.
- 71/2005. **Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada.** Carmen Tomás-Valiente Lanuza.
- 72/2005. **Tiempo de trabajo y flexibilidad laboral.** Gregorio Tudela Cambroner, Yolanda Valdeolivas García.
- 73/2005. **Capital social y gobierno democrático.** Francisco Herreros Vázquez.
- 74/2005. **Situación actual y perspectivas de desarrollo del mundo rural en España.** Carlos Tió Saralegui.
- 75/2005. **Reformas para revitalizar el Parlamento español.** Enrique Guerrero Salom.
- 76/2005. **Rivalidad y competencia en los mercados de energía en España.** Miguel A. Lasheras.
- 77/2005. **Los partidos políticos como instrumentos de democracia.** Henar Criado Olmos.
- 78/2005. **Hacia una deslocalización textil responsable.** Isabel Kreisler.
- 79/2005. **Conciliar las responsabilidades familiares y laborales: políticas y prácticas sociales.** Juan Antonio Fernández Cordón y Constanza Tobío Soler.
- 80/2005. **La inmigración en España: características y efectos sobre la situación laboral de los trabajadores nativos.** Raquel Carrasco y Carolina Ortega.
- 81/2005. **Productividad y nuevas formas de organización del trabajo en la sociedad de la información.** Rocío Sánchez Mangas.
- 82/2006. **La propiedad intelectual en el entorno digital.** Celeste Gay Fuentes.
- 83/2006. **Desigualdad tras la educación obligatoria: nuevas evidencias.** Jorge Calero.
- 84/2006. **I+D+i: selección de experiencias con (relativo) éxito.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 85/2006. **La incapacidad laboral en su contacto médico: problemas clínicos y de gestión.** Juan Gervas, Ángel Ruiz Téllez y Mercedes Pérez Fernández.
- 86/2006. **La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social.** Francisco Sevilla.
- 87/2006. **El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia.** Pilar Rodríguez Rodríguez.
- 88/2006. **La desalinización de agua de mar mediante el empleo de energías renovables.** Carlos de la Cruz.
- 89/2006. **Bases constitucionales de una posible política sanitaria en el Estado autonómico.** Juan José Solozábal Echavarría.
- 90/2006. **Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España.** Beatriz González López-Valcárcel y Patricia Barber Pérez.
- 91/2006. **Agencia de Evaluación: innovación social basada en la evidencia.** Rafael Pinilla Pallejà.
- 92/2006. **La Situación de la industria cinematográfica española.** José María Álvarez Monzoncillo y Javier López Villanueva.

- 93/2006. **Intervención médica y buena muerte.** Marc-Antoni Broggi Trias, Clara Llubia Maristany y Jordi Trelis Navarro.
- 94/2006. **Las prestaciones sociales y la renta familiar.** María Teresa Quílez Félez y José Luis Achurra Aparicio.
- 95/2006. **Plan integral de apoyo a la música y a la industria discográfica.** Juan C. Calvi.
- 96/2006. **Justicia de las víctimas y reconciliación en el País Vasco.** Reyes Mate.
- 97/2006. **Cuánto saben los ciudadanos de política.** Marta Fraile.
- 98/2006. **Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social.** Albert J. Jovell y María D. Navarro.