

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.