

As Fundacións sanitarias como instrumento da nova xestión pública

Constenla Acasuso, F.J.; Santana Suárez, M.

Membros do Consello de Contas de Galicia

CAD. ATEN. PRIMARIA 2004; 11: 46-51

ANTECEDENTES E CONTEXTO SOCIO ECONÓMICO

Segundo os datos contidos no informe difundido en outubro do 2003 en París pola OCDE, España ocupa o penúltimo lugar da Unión Europea na media do gasto de saúde por habitante. Atribúeselle un gasto sanitario de 1.600 \$ por habitante, menos que Portugal e só por riba de Grecia con datos homologados do 2001.

A parte do PIB adicada á saúde -un 7,5% no caso español- tamén supón unha comparación desfavorable para España, xa que a media para os países desenvolvidos sitúase no 8,4%. Máis preocupante resulta o feito de que España aumentou o seu gasto sanitario en 0,8% puntos do PIB desde 1990, fronte a unha media do 1,1% no conxunto dos países desenvolvidos, un crecemento moi modesto fronte a outras alzas selectivas como os 3 puntos do PIB en Portugal, no mesmo período.

É dicir, a brecha non se acurta, senón que pola contra agrándase cada vez máis. Cómpre salientar que o estudo constata que o financiamento da sanidade pública continúa sendo maioritariamente público nos países da OCDE coa excepción dos EEUU, Corea e México. A parte da sanidade pública financiada en España polo sector público é do 71,4%, neste caso coincidente aínda case, coa media da OCDE.

A pregunta ten que ser ¿cal será a evolución do financiamento e do subministro do gasto sanitario nos próximos anos diante dun escenario complexo e diante das presións que supoñen o aumento da esperanza da vida das persoas e loxicamente o previsible aumento da demanda de coitados sanitarios? ¿estarán o sector público estatal e o autonómico en condicións de satisfacer tales esixencias?.

Cando menos cabe expresar unha certa inquietude agravada por feitos recentes que teñen acontecido no noso ámbito, como por exemplo a apelación polo executivo autonómico de promover a finais do ano 2002 unha lei de tramitación urxente, que polo tanto requiría o plácet do resto dos grupos parlamentarios, para sufragar o déficit do gasto farmacéutico con apelación a un novo endebedamento. Nótese que o déficit de financiamento acumulado de 21.000 millóns de pesetas constatado polos informes do Consello de Contas desde 1996 non se restrinxía tan

só ao gasto en farmacia, senón tamén ó resto dos provedores do Servicio Galego de Saúde.

¿Cál debe ser polo tanto a resposta? Baixo unha inspiración marcadamente neoliberal, os autores dun estudo dirixido por Guillem López Casasnovas (2003)¹ sobre os novos instrumentos da xestión pública, publicado pola Caixa de Cataluña, afirmaban que quizáis "cumpriría replantear o modelo tradicional de xestión pública por pura hixiene..." e continuaban, "a revisión imponse contra as inercias e hábitos adquiridos na xestión pública que co tempo deixan de responder ás necesidades que plantexa un contexto cambiante para adecuarse a intereses corporativos e do statu quo".

Baixo o noso punto de vista, a preocupación pode semellar pertinente se non estivera lastrada por un conxunto de eivas que a poden converter en falaz, porque ó elaborar a súa preocupación, implicitamente centran os males e as ineficiencias no funcionamento do actual sistema de saúde, sen facer fincapé nas súas principais causas e sen elaborar unha análise real que permitise obter un catálogo de defectos susceptibles de ser superados dentro do actual marco organizativo. Fórmulas como a autonomía orzamentaria e funcional por centros de prestación de servicios; a elaboración de contratos programa cos xestores para comprometelos e responsabilizalos da súa xestión; ou o fomento de climas e relacións laborais que incentiven a adicación e o altruísmo dos facultativos, desbótanas aprioristicamente para centrar as súas propostas en **modelos de xestión empresarial importantes da parte privada da economía, ós cales lle atribúen tódolos bens (eficacia, economía e eficiencia) que categoricamente lle negan as actuacións públicas.**

¿Semella polo tanto tal visión unha aportación sincera e positiva? ¿Porque se enuncia agora? No cóctel débese introducir o contexto neoliberal no que se move o sistema económico e tamén un cambio de estrutura do mesmo que fai que determinadas actividades non rendibles no pasado para os grupos económicos influíntes o sexan na actualidade (Educación e Sanidade), promovéndose así un crecente movemento de desregulación e de reprivatización de servicios públicos esenciais que non semella ter fin.

Cómpre reseñar e recoñecer non obstante, que na actualidade as tradicionais funcións do sector público cando

asume a intervención na actividade económica, sobre todo nas cuestións asignativas están a ser modificadas e que xunto coas súas actuacións en materia de formación de capital público productivo, materializadas na creación de infraestruturas, equipamentos e outras substitutivas do capital privado; e en materia de fomento do potencial humano como a educación e a sanidade. O seu foco de atención preferente sitúase na actualidade no incremento do capital social, entendido como o entramado de relacións sociais e de reciprocidade e confianza que se xera entre os membros dunha comunidade, recolléndose así, que no novo contexto socioeconómico, a vida flúe a un ritmo diferente (transaccións de capital, bursátiles, de divisas, globalización comercial, fluxos migratorios) ó que foi habitual nas últimas décadas. Neste contexto, paradoxalmente adquire relevancia o novo papel do sector público como responsable de prover o marco ou contorno xeral para o desenvolvemento económico e a creación de capital social, e elúdese así unha das finalidades que sempre estivo presente na literatura que xustificaba a actuación do Estado, non era outra que o seu obxectivo de equidade e redistribución.

Xustifícase así o novo papel do sector público capaz de favorecer a estabilidade institucional, a credibilidade dos compromisos entre os distintos sectores económicos, e ó que sosteñen os neoliberais nun sentido máis ideolóxico, favorecer as condicións da competencia que serva para a igualación de oportunidades e para o establecemento de redes de salvagarda que lexitimen os resultados de competencia (corrupción, atraso administrativo, etc.). É dicir, reclaman do Estado actuacións que servan para fortalecer un mercado disfuncional con orixe na propia lóxica de acumulación desigual do modelo de mercado que eles mesmos contribuíron a crear.

Este último rasgo, positivo a priori, pode encubrir tamén un sesgo favorecedor do abandono de actividades básicas do sector público cara un maior protagonismo do privado cos riscos que tal deriva contén. Como apuntamos antes, tal programa insiste en enfatizar acerca das condicións de competencia, en favorecer a seguridade da mesma, en definitiva, na mercantilización dos servizos públicos baixo a falsa hipótese de que a competencia supón algunha caste de vantaxe respecto doutro valor positivo que como a cooperación tildan de ser un rasgo do pasado.

A EVOLUCIÓN XURÍDICO-INSTITUCIONAL DAS FUNDACIÓNS SANITARIAS

Nese contexto enmárcase o fenómeno da creación de entes instrumentais suxeitos ó dereito privado para desenvolver competencias e obxectivos das Administracións

públicas que xa non é tan novo. As fundacións cualificadas agora como públicas só constitúen un dos últimos eslabóns dunha cadea de formas organizativas, que con ese propósito se iniciou polos anos corenta coa creación das empresas nacionais, ás que seguiron os organismos autónomos, as sociedades estatais e os entes de dereito público. A finais dos anos 90, a coñecida Lei de Organización e Funcionamento da Administración Xeral do Estado (LOFAXE) tratou de ordenar e simplificar todas aquelas formas tradicionais, pero xa unha nova, a das fundacións, tiña emerxido, de forma nada pacífica, no ámbito sanitario.

Esta proliferación de entes responde a pretendidas necesidades de evitar rixideces e, de paso, tamén os controles existentes na xestión pública tradicional. Sen embargo, a evolución destas formas empeza a mostrar, nos últimos anos, tintes preocupantes ó xurdir entidades sen encaixe nin no dereito público nin no privado.

Se ben a xustificación inicial foi a busca dunha simple técnica organizativa para xestionar certos servizos públicos económicos, para os que a estrutura burocratizada da Administración non se vía adecuada, enseguida aquela se estende a outros ámbitos na procura da autonomía financeira, para seguir cunha **fluxida xeneralizada do dereito administrativo e, nalgún caso, de toda regulación xeral**. O marco regulador destas entidades quedaba definido por uns estatutos a través dos que se excepciónaban os principios substanciais do dereito administrativo en materia de persoal, contratación e, por suposto, en materia financeira.

Escapar ou liberarse da "técnica da legalidade" -o que non está permitido pola lei está prohibido- que rexe na Administración, e acercarse á liberdade da xestión dos negocios de calquera propietario privado, é a tentativa común.

As institucións sanitarias non foron alleas a este proceso e, inicialmente, de forma xeneralizada acudiron a fórmulas organizativas que, se ben respondían á especialización por razóns de eficacia, permanecían esencialmente reguladas de forma similar á Administración pública. En efecto, constituídos os servizos de saúde, como se fixo, coa forma de organismos autónomos, seguiron suxeitos ós controles administrativos que priorizaban fundamentalmente a legalidade fronte á eficiencia.

O alarmante crecemento do gasto público en materia sanitaria situou sen embargo como prioridade absoluta a busca da eficiencia. O tradicional marco regulador existente tiña xerado déficits sistemáticos nos orzamentos da sanidade, co que os centros sanitarios, a pesar dos controles organizativos, funcionaban á marxe desa legalidade orzamentaria.

A regulación estatutaria viuse como un hándicap non só para limitar ese efecto, senón para buscar calquera tipo de medida que puidera incentivar a eficiencia e que visualizara a nivel clínico esas restriccións orzamentarias. As rixideces das plantillas, a ausencia da mobilidade que permitira reordenar excedentes de persoal en determinados centros, e as dificultades para desenvolver sistemas retributivos que incentivasen resultados determinados eran importantes manifestacións dese marco legal.

Empezan a buscarse entón cambios no marco institucional con formas novas sometidas ó dereito privado que posibilitaban sobre todo trasladar ós profesionais -médicos-, como decisores do gasto clínico, as restriccións e limitacións orzamentarias.

Os novos esforzos organizativos oríentanse cara ó que se coñece como competencia xestionada², na que as organizacións sanitarias e os profesionais teñan estímulos e incentivos para un comportamento eficiente. Para iso, recórrase a novas formas organizativas que, desvinculadas do dereito público e sometidas ó dereito privado e laboral, puideran aportar maior flexibilidade na organización e na xestión dos centros sanitarios pensando nun aumento da eficiencia e no control dos custos. As fundacións sanitarias en Galicia, os consorcios en Cataluña ou os entes públicos en Andalucía, respondían a estas novas formas de xestión.

De todas elas as fundacións eran as que presentaban maiores problemas xurídicos. A doutrina máis autorizada -Piñar Mañas (1998)³- entendía que no contexto no que nacían -ó abeiro da normativa privada de fundacións- tratábase dunha forma xurídico-privada que non podía ser de titularidade nin de natureza pública.

Na Administración do Estado o Real decreto lei 10/1996, do 17 de xuño, convalidado pola Lei 15/1997, do 25 de abril, consolidaron a nivel central esta estratexia. As fundacións "Hospital Manacor" e "Hospital Alcorcón" foron constituídas ó amparo deste real decreto. Ese camiño cara ó entorno privado que se vislumbra coas primeiras fundacións pronto se viu recortado con outra Lei, a 50/1998⁴, do 30 de setembro, que devolvía ás futuras fundacións ó réxime dos organismos públicos acercando o seu marco ó establecido na LOFAXE para as entidades públicas empresariais, deixándoas, sen embargo, con máis autonomía polo feito de poder ser creadas e dotadas dunha regulación específica polo Consello de Ministros, e non pola lei como se exige para as entidades públicas empresariais. Este feito, xunto co da regulación por unha lei de acompañamento á de orzamentos, substraendo, polo tanto, o debate parlamentario específico para a súa aprobación, suscitou un

recurso diante do Tribunal Supremo que, resolto pola sentenza do 27.01.03, entende que non se vulneraba o principio de reserva de lei na creación destas fundacións, nin que a tramitación da norma fora impropia dunha lei de acompañamento á de orzamentos ó estar amparadas agora pola lexislación citada anteriormente.

Así, as características básicas que configuran o réxime xurídico das novas fundacións, establecidas por esa Lei 50/1998, son o seu carácter público; a necesidade dun plano inicial de actuación como garantía de que os obxectivos perseguidos e os recursos asignados permitirán unha mellora da xestión do hospital que redunde en melloras para a atención da poboación; a preservación do réxime estatutario do persoal; o sometemento da contratación á LCAP e a actuación económico-financeira ós controles establecidos na Lei Xeral Orzamentaria.

Este movemento pendular de fuxida inicial do ámbito público e posterior recondución ó mesmo, maniféstase con máis intensidade na nosa Comunidade Autónoma. Como se sabe, **a Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia foi pioneira na constitución de fundacións sanitarias**. Xa antes de que o Estado habilitara legalmente a creación destas figuras en 1996, no ano 1994 constituíuse a primeira fundación hospitalaria en Galicia. O seu marco regulador eran os seus Estatutos, que sen prexuízo dalgunha remisión ás normas públicas, marcaban a flexibilización pretendida: réxime de persoal laboral, contratación á marxe da Lei de Contratos das Administracións públicas, e ausencia absoluta de controles públicos.

Os resultados desta xestión foron recollidos nun informe do Consello de Contas de Galicia⁵ no que se destacaba, entre outras conclusións, en materia de selección de persoal, que a falta de control facilitou a pouca transparencia e a escasa efectividade na aplicación dos principios de publicidade, mérito e capacidade. Que en ocasións, o recurso a persoal sanitario que prestaba servizos en institucións públicas provocaba situacións de pluriemprego incompatibles coa normativa pública. Que o ánimo de configurar ós facultativos como clientes da entidade levou a regular os seus servizos a través dun contrato mercantil que non resulta conciliable coa nota típica da natureza laboral que caracteriza a súa relación. Que a outra alternativa de relación laboral con incentivos de actividade non se amosou efectiva ó tender a converterse estes últimos nun complemento fixo por actividade. Que tampouco as retribucións dos directivos aparecían vinculadas parcialmente ó aforro xerado nos recursos que xestionan, que se postulaba como unha fórmula novedosa da fundación para a xestión efi-

ciente dos mesmos. Antes ben, parte das súas retribucións acostumaban a vincularse a uns obxectivos que non estaban claramente definidos.

A primeira reacción ó que podía supoñer esta contundente fuxida do ámbito público marcouna a Lei 10/1996, de actuación de entes, que suxeitaba o seu réxime de actuación ós principios da normativa pública en materia de contratación, persoal e control financeiro. Con posterioridade, a Consellería de Economía puxo en marcha un sistema de control permanente para estas fundacións e outras entidades.

Por último, de forma similar ó acontecido antes no Estado, na Comunidade Autónoma a Lei 5/2000, do 28 de decembro, de medidas fiscais e réxime orzamentario e administrativo, operou un cambio no modelo ó pasar as fundacións sanitarias dende un réxime xurídico privado a outro público.

Este cambio supón a súa consideración como ente público vinculado á Administración e a volta a pautas públicas da instrumentalización da xestión, que aínda que sexan, ó noso modo de ver, insuficientes, rectifican a tendencia inicial do recurso ás formas privadas.

As notas que configuran o réxime xurídico deseñado nesa lei son: a consideración como entidades de titularidade e natureza pública para tódalas fundacións sanitarias constituídas; a posibilidade de creación por Decreto do Consello da Xunta; o réxime de contratación seguindo a Lei de Contratos das Administracións públicas; a relación xurídica co persoal, sometido ó dereito laboral e ás prescricións da Lei 10/1996, de actuación de entes; a posibilidade de ter bens cedidos pola Comunidade Autónoma; a consideración de ingresos de dereito público dos seus recursos económicos e o sometemento ó Decreto legislativo 1/1999 en materia financeira, orzamentaria e de control.

BALANCE DO SEU FUNCIONAMENTO

A pesar desta involución no avance inicial, o réxime de suxeición ó dereito privado aínda segue sendo a ferramenta clave na súa xestión.

Tal e como vimos argumentando, quizáis a razón determinante da aparición das fundacións e as outras formas privadas de xestión era a de flexibilizar o réxime de persoal.

A eficiencia do sistema búscase, en boa medida, tanto na redución dos gastos de persoal como na actuación eficiente destes profesionais cando deciden o gasto sanitario.

A fórmula do recurso ó réxime laboral tampouco é novedosa no ámbito da Administración. Hoxe en día é xeneralizado o baleirado do réxime funcional da función pública a través de normas de organización con entes instru-

mentais creados conforme a esquemas de dereito privado. Cada vez son, e serán, menos os empregados públicos ós que se aplica a normativa funcional. A conclusión que se obtén dende a experiencia fiscalizadora dunha institución como o Consello de Contas de Galicia é que fronte ós límites establecidos legalmente para a creación de prazas e reordenación de efectivos nos órganos administrativos, estas fundacións teñen unha boa cota de liberdade para dotar e incrementar os cadros de persoal, determinar e modificar as súas condicións retributivas, sobre todo nos equipos directivos, que quedan fóra da aplicación dos convenios colectivos, e unha ampla marxe de discrecionalidade na selección de persoal.

A pesar das prescricións legais -Lei 10/1996-, que establecen o sometemento da selección de persoal ós principios de igualdade, mérito e capacidade, os procesos de selección móstranse con carácter xeral pouco transparentes para garantir a súa efectividade. A introducción de entrevistas con elevado peso nestes procesos selectivos e a cualificación de determinados postos como directivos sen ser tales -pero permitindo con esta catalogación a incorporación de persoal sen proceso selectivo- abren vías importantes para a discrecionalidade, introducindo cotas de influencia política, amiguismos e outros abusos.

Outra das argumentacións defendidas para xustificar un réxime de persoal laboral diferente do estatutario foi a posibilidade de establecer un sistema retributivo que incentivase comportamentos eficientes ligados á redución do gasto clínico polo persoal médico, e que, conseguintemente, trasladase ás súas retribucións os riscos derivados dunha xestión ineficiente.

Como se sabe, os profesionais médicos son os que deciden e determinan as demandas de cuidados que se prestarán ós pacientes. Estes últimos, carentes da información necesaria, delegan o seu poder de decisión no médico, establecéndose o que se coñece como unha relación de axencia. Son estes profesionais, en definitiva, quen deciden o gasto sanitario.

Sabemos que a ética profesional fará que a calidade do diagnóstico ou da actuación médica dependa máis da capacidade profesional que das propias retribucións, e neste sentido o sector público garantizará en maior medida, a través da regulación do sector, esa capacitación e esa independencia do que pode esperarse do sector privado, no que os incentivos están claramente ligados ó beneficio empresarial. En calquera caso, o risco destes estímulos retributivos é que se traduzan en prestacións sanitarias insuficientes.

Tamén neste punto a experiencia dos controles efectuados

polo Consello de Contas é de que non existe unha cultura de fixación de obxectivos e de métodos de medición dos mesmos, polo que tamén para as fundacións estes incentivos acaban convertíndose sempre nun complemento retributivo lineal máis.

A pretensión de trasladar os riscos do maior gasto ós profesionais presenta sen embargo aspectos contradictorios con outro dos obxectivos destas fórmulas de xestión, como é a subcontratación de determinados servizos a empresas privadas. A subcontratación pode implicar que sexan estas últimas as que determinen a cantidade de coidados médicos que reciben os individuos, e posto que o prezo dos seus servizos dependerá deste factor, existen uns estímulos claros para que se tenda a un exceso deses coidados médicos e, conseguintemente, se aumente o gasto sanitario.

Este último aspecto sérvenos para traer a colación outro dos ámbitos nos que a flexibilización do dereito público foi enerxicamente buscada: o da contratación. Era tradicional a consideración de que resultaba practicamente imposible xestionar de forma minimamente eficiente unha función tan complexa e diversificada como son as compras dos centros sanitarios desde a Lei de Contratos das Administracións Públicas.

Despois de recorrer certo camiño de flexibilización e distanciamento dos procedementos desta norma, na actualidade tanto a Lei 50/1998 -para a Administración do Estado- como a Lei 5/2000 -para a Comunidade Autónoma- establecen que o réxime de contratación destas fundacións sanitarias respectará, en todo caso, os principios de publicidade e concorrência e rexerá polas previsións contidas ó respecto na lexislación de contratos das Administracións públicas. O Decreto 276/2001, do 27 de setembro, de adaptación das fundacións á disposición adicional sétima da Lei 5/2000, establece o sometemento ós mesmos principios, que se materializarán "consonte ó disposto na Lei 10/1996, do 5 de novembro". O decreto, polo tanto, apártase neste precepto de forma clara do establecido na lei, e pretende un réxime máis flexible para a contratación có establecido na mesma coa súa remisión á LCAP.

Outra figura ou instrumento que sempre se destaca como propio do ámbito de actuación destas fundacións é a do contrato-programa. A súa filosofía está na creación de mercados internos separando as funcións de comprador e provedor do servizo. A Administración -SERGAS-, sería o comprador dos servizos médicos e a Fundación o subministrador dos mesmos. Como se sabe, cos contratos-programa

tentábase de garantir a autonomía de xestión das empresas públicas, delimitando claramente as responsabilidades e compromisos tanto do Estado como de áquelas. Tamén, facer explícita a finalidade económica da empresa, establecendo as decisións que dependían do seu equipo xestor, daquelas que eran impostas por razóns de política económica e social. Propoñer un plano de actuación, donde a equipa rectora se comprometía a acadar uns obxectivos cuantificados e seguir de forma continuada a execución do contrato.

Para o seu eficaz funcionamento tiñan que darse dúas condicións: previamente mellorar a información -dado o seu carácter asimétrico entre o principal e o axente- sobre a empresa pública e sobre o mercado no que opera, para permitir certeza respecto da consecución de obxectivos, e que os gobernos respectivos teñan capacidade de compromiso (responsabilidade) para levar a cabo as penalizacións ou retribucións extra que se establecen no contrato. Porque se existen problemas contractuais relativos á asimetría de información entre o goberno e as empresas, un sistema de incentivos débil ou á falta de capacidade de compromiso por parte do goberno, resultará difícil que a introducción dun contrato-programa sexa efectiva. A interrogante é obvia ¿é posible garantir estas condicións para as Fundacións públicas como institucións de titularidade pública, distintas, polo tanto, das empresas públicas?.

Débase recordar que dentro da propia Administración sanitaria tradicional xa existían antecedentes, como os concertos específicos con centros sanitarios privados e algunhas experiencias nos hospitais públicos do País Vasco ou Cataluña. Desde sempre véñse recoñecendo que se trata dunha ficción legal que non é máis ca unha estratexia da dirección por obxectivos, para a que non se necesita, polo tanto, unha forma organizativa sometida ó dereito privado. As avaliacións das experiencias realizadas sinalan unha tendencia á mellora da eficiencia, certa corrección de déficits orzamentarios e unha tímida implicación dos profesionais na súa xestión, pero sen chegar a trasladar de forma significativa os riscos, incentivos e penalizacións nin ás organizacións nin ós directivos nin ós profesionais.

A limitación do financiamento por esa vía non pode ter outra virtualidade que un mecanismo ó servizo desa dirección por obxectivos. Na medida en que o servizo de saúde actúe como garante da prestación de servizos pola fundación, non pode deixar de atender as obrigas económicas derivadas das prestacións sanitarias que dispense aquela e ten que asumir os gastos presentados -estean dentro ou fóra do contrato programa- a través de subvencións,

ampliacións da dotación fundacional ou incluso asumindo a través da rede pública prestacións que están na carteira de servizos do contrato.

Quizáis un último aspecto que mereza a atención é a utilización por estes centros de bens de dominio público -instalacións hospitalarias- para a consecución dos seus obxectivos. O problema queda xuridicamente xustificado coa cualificación como entes públicos -en definitiva, Administración Pública- das fundacións sanitarias. Con anterioridade, coa súa consideración como entidades privadas, esta utilización presentaba serias incompatibilidades coa normativa pública.

Na hora da xustificación das novas fórmulas de xestión pública sanitaria e especialmente no caso das Fundacións, **cabe afirmar que a consecución dos obxectivos de eficacia, eficiencia e xestión está aínda por probar, e, paradoxalmente, o que sí está demostrado é que a flexibilización do réxime-xurídico público facilitou a ausencia dun control eficaz do gasto público, e unha desregulación que favoreceu a fuxida do dereito privado.** Aspectos estes que obrigaron a unha marcha atrás por parte dos poderes públicos na súa regulación a finais dos noventa e principios do século XXI. Temos ó respecto que glosar o debate que se recollía neste mesmo ano no nº 6 da revista do IGAE(2003)⁶, no que as argumentacións dos defensores das Fundacións públicas sanitarias non eran tales, senón tan só un panexírico de vantaxes non demostradas a maior gloria deste instrumento de xestión. Pola contra, Marciano Sánchez Bayle ofrecía un breve catálogo de perigos e derivas que lle obrigaban a advertir que o recurso ás Fundacións sanitarias "está relacionado co modelo que se persigue, que non é outro que o da privatización e o do establecemento dun mercado de servizos sanitarios", e continuaba, tamén "porque é evidente que este sistema crea un entramado de beneficiarios que favorece o clientelismo".

O certo é que a década dos noventa, a diferenza das anteriores, caracterízase pola introducción da idea dun novo reparto de tarefas e responsabilidades entre o Estado, a Sociedade e o mercado, pola orientación dos servizos hacia o cidadán-cliente e pola incorporación de mecanismos concorrenciais na súa provisión.

Despois da experiencia vivida no funcionamento das novas fórmulas organizativas, cabe expresar a dúbida permanente e lexítima acerca de si a eficiencia serve ós obxectivos socialmente desexados e, polo tanto, cabe plantexarse se unha solución técnica a tal tipo de control é suficiente.

Doutro xeito, os resultados da acción pública, entendidos

en termos de utilidade social, non parecen ser susceptibles de standarización, pretender obxectivar a relación entre produtos e resultados con técnicas de control público non garante a formulación ex-ante de recomendacións para a adopción de políticas públicas correctas. Debemos contentarnos con que a súa análise por contradicción serva tan só para probar a inadecuación de determinados instrumentos con determinados obxectivos. Feito que obriga a que cada vez máis debamos trasladar a valoración de efectividade das políticas á opinión, á decisión e á elección que sobre elas fagan os usuarios.

Como consecuencia desta aseveración, haberá que acostumbrarse a recoñecer que o efecto do output público nos resultados, dependerá tamén en boa medida da propia actuación do usuario, porque, o impacto dunha boa docencia, dunha boa prevención ou dun bo tratamento o pode malograr o propio usuario se non adecúa o seu comportamento na consecución do resultado esperable. Deste xeito cabería preguntarse ¿ata que punto poderíamos penalizar por iso ó prestador do servizo público? Tal reto obriga a permitir certas cotas de diversidade e de descentralización da responsabilidade -outorgando máis autonomía e esixindo rendición de contas- no subministro dos servizos públicos.

Semella que a responsabilidade das ineficiencias anteriores, a nova visión tenta de trasladalas paradoxalmente ós usuarios, esquecendo no traslado a natureza do servizo público sanitario que dificilmente ten acomodo no ámbito do mercado.

Santiago de Compostela, novembro de 2003.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LÓPEZ CASASNOVAS, G., e outros. Los nuevos instrumentos de la gestión pública. Ed. "la Caixa". Barcelona, 2003, páx. 12.
2. Separación do financiamento-regulación da provisión de servizos.
3. PIÑAR MAÑAS, J.L. "Fundaciones constituidas por entidades públicas. Algunas cuestiones". Revista española de derecho administrativo, nº 97, xaneiro-marzo, 1998, páx. 37-63.
4. Lei 50/1998 do 30 de setembro, sobre Medidas Fiscais Administrativas e de Orde Social (Artigo 111).
5. Vid. MATEO FERNÁNDEZ, M^a T., MEANA GONZÁLEZ, A. e SANTANA SUÁREZ, M. "Hacia una nueva configuración del sector público: las fundaciones". Aspectos jurídico-económicos de las fundaciones. Ed. EGAP. Santiago de Compostela, 2001, páx. 403-421.
6. A debate: Las fundaciones sanitarias públicas. Cuenta con IGAE nº 6, 2003, páx. 55-58.