

---

## ¿Es conveniente regular las externalizaciones? ¿Es factible una regulación de las externalizaciones?

*Asunción Prieto-Orzanco*

*Coordinadora EAP. Centro de Salud General Ricardos. Madrid.*

Se entiende por regulación la creación de mecanismos que permitan a los gobiernos definir la conducta de proveedores externos de bienes y servicios para garantizar que los objetivos gubernamentales se cumplan<sup>1</sup>, o no sean puestos en riesgo por actuaciones de los mercados. La regulación puede adoptar diversas formas, incluida la existencia de organismos externos al propio gobierno. En ámbitos externos al sistema sanitario en nuestro país es bien conocida la capacidad de intervención por parte de organismos parcial o totalmente independientes del gobierno, dotados de poderes que les permiten inspeccionar los organismos no gubernamentales e intervenir si se dan determinadas situaciones (reguladores en el mercado de valores, en el energético y en las telecomunicaciones).

La regulación puede tener un carácter previo y normativo respecto de los servicios y bienes a proveer (regu-

lación ex-ante), con el objetivo de evitar conductas o resultados adversos, siendo típica la licencia a proveedores de servicios antes de su entrada en mercado. Cuando se detecta una infracción o problema se precisa la existencia de mecanismos reguladores ex-post para controlar efectos indeseables ya producidos<sup>1,2</sup>.

El objetivo habitualmente perseguido en la externalización de servicios en todas sus formas y grados en el sector sanitario es la obtención de aumentos, a veces en efectividad y siempre en eficiencia. Aceptado este objetivo se pretende a continuación valorar en qué medida una regulación general de las externalizaciones, o específica para aquellas modalidades de contratación externa más complejas, puede facilitar o dificultar su objetivo primordial y hacer compatible que la mejora de eficiencia buscada en la parte externalizada no actúe en detrimento de

la eficiencia y equidad globales del sistema en conjunto.

Para realizar una valoración general sobre el tema conviene a mi juicio basar la reflexión en los ejemplos prácticos que existen en los sistemas sanitarios, incluido el nuestro, y especialmente en aquellas externalizaciones con mayor complejidad y, por lo tanto, teóricamente más precisadas de unas reglas de juego (regulaciones) que las doten de transparencia y de eficiencia (objetivo buscado por el correspondiente gobierno), controlando efectos perversos como la selección adversa o disminuciones de equidad en general (no poner en riesgo el cumplimiento de otros objetivos gubernamentales), por su capacidad de repercusión sobre el conjunto del sistema. No precisa la misma regulación un concierto para un proceso quirúrgico o para la realización de pruebas, o la contratación de un servicio de *catering* que el seguimiento de un socio privado encargado del funcionamiento completo de un hospital, incluida su documentación clínica o incluso la atención clínica. Sin duda es más complejo esto último y tiene también mayores riesgos.

En España las materias hasta ahora objeto de regulación en las contrata-

ciones de servicios lo han sido con carácter global (normativa general sobre los conciertos tradicionales) o bien muy específico, siendo en este caso casi completamente carentes de regulaciones generales y basándose en la *a priori* más normal forma de control de la externalización: la firma de un contrato que bajo dicha denominación o bajo el nombre de “concierto sustitutivo”, y sin contravenir la normativa legal aplicable, se ajuste a la necesidad de contratante y contratado. Por ejemplo las recientes y masivas externalizaciones que han unido en contratos únicos la construcción, dotación, puesta en marcha y externalización de servicios no sanitarios, y en algunos casos también sanitarios en las comunidades de Madrid y Valencia, no han precisado aparentemente regulación alguna en ninguno de los pasos de su puesta en práctica, basándose exclusivamente en el contrato firmado entre las partes. Pero la ausencia de dicha regulación ¿puede beneficiar o perjudicar a contratante y contratado?

La amplia experiencia del Reino Unido arroja alguna información al respecto:

I. La contratación de los *partners* en los *Project Financial Initiatives* (PFI)

está fuertemente regulada, requiriéndose complejos estudios de viabilidad y comparabilidad previos a la decisión y, una vez tomada ésta, una documentación y trámites administrativos que a pesar de haber sido modelizados y simplificados continúan siendo complejos con un desembolso económico importante, con especificaciones muy pormenorizadas sobre aspectos que el *partner* público consideraba guías clave en el contrato. Este hecho encarece los presupuestos del proceso de externalización previamente a su consecución (hasta 3% del coste total) y es uno de los factores de su mayor coste global<sup>3,4</sup>.

**2.** La regulación de la supervisión del socio privado (el seguimiento del contrato) y la evitación de distorsiones entre objetivos de los socios público y privado requiere no sólo la aplicación de listas de chequeo e instrumentos de medida pactados antes de la firma de contratos, sino además importantes esfuerzos de equipos gestores experimentados por parte del socio público<sup>5</sup>. Este hecho encarece el proceso de externalización una vez realizada la contratación.

**3.** La aplicación de las sanciones previstas en los contratos ante incum-

plimientos de calidad o cantidad fijados se ejecuta finalmente con dificultades por el socio público, de forma que es habitualmente constatada por los estudiosos del sistema cierta “impunidad”. En todo caso, los problemas previstos, con mayor o menor dificultad, encuentran alguna salida conforme a la regulación prevista y el contrato firmado. Pero cuanto mayor es el nivel de fracaso mayores dificultades de aplicación de las sanciones, dado que en caso de entrar en quiebra el socio privado por aplicación de las mismas, el socio público incurre en nuevos gastos, ya que debe en cualquier caso continuar proporcionando servicio<sup>6,7</sup>.

**4.** Ni la amplia normativa previa ni los exhaustivos contratos y seguimiento por el socio público han impedido la aparición de efectos indeseados en cuanto a creación de mercados secundarios (convirtiendo en ficticia la transferencia de riesgo). Tampoco han impedido distorsiones en el resto de servicios provistos directamente por el sector público<sup>8-10</sup>.

Si el efecto de las regulaciones “*ex-ante*” aplicadas en el Reino Unido hubiera resultado eficaz en cuanto a mejorar la selección o supervisión de los socios privados, los problemas

de control por el sector público no se hubieran producido tan reiterada y en ocasiones dramáticamente tras la firma de los contratos PFI, ya que previsiblemente ese era el efecto que buscaban evitar.

En España la ausencia de regulación “ex-ante” no ha sido sin duda obstáculo para realizar las concesiones administrativas ni de obra, y está por ver el efecto de ello. Se ha conseguido a cambio de la no regulación previsiblemente una disminución de costes de contratación inicial, y en todo caso una considerable disminución de los tiempos de puesta en servicio de las nuevas infraestructuras obtenidas mediante este sistema. Y la regulación aplicable es en consecuencia, en cada caso, el contrato firmado entre partes, lo cual sí es finalmente el mismo sistema que en el PFI del Reino Unido, puesto que externalizar es precisamente en sí mismo contratar con alguien externo lo que no conviene o no se puede producir. Sí es necesario señalar que en el caso de España los sistemas de control posterior resultan endebles para el volumen y complejidad contratados (figura del comisionado en Alzira) o inciertos (concesiones de obra y administrativa en la Comunidad de

Madrid, en la que la decisión de cómo evaluar se produce por acuerdo entre las partes con el contrato de concesión ya adjudicado)<sup>11</sup>.

Pero si el sistema sanitario británico con sus regulaciones no consiguió evitar los riesgos (sobre todo los que no preveía), que se hicieron visibles tras unos pocos años de funcionamiento, quizás convenga valorar en qué medida los efectos indeseados hubieran sido evitables con regulaciones de otro tipo, menos miméticas de la experiencia general de externalización en otros sectores (que han resultado mucho menos problemáticas en el propio Reino Unido) y en consecuencia más adaptadas al sector sanitario. Quizás el considerar como punto de partida el hecho de que el sector sanitario es un sistema especialmente complejo en el cual la modificación de uno solo de sus elementos organizativos y financieros tiene capacidad para producir efectos no buscados en otras partes del sistema y, por otra parte recordar que el garante de las prestaciones (el sector público) será el valor último ante la incapacidad del socio privado para cumplir el contrato y su capacidad para evitar la plasmación de riesgos asumidos (po-

sibilidad de producir un mejor equilibrio-efectividad frente a eficiencia que mediante la provisión directa si el riesgo es real y no evitable) hubieran permitido plantear las PFI sanitarias bajo otros sistemas de regulación. En este sentido:

– La variabilidad en el tiempo del uso de los servicios sanitarios tiene mayores incertidumbres que los de otros sectores, de forma que los periodos muy prolongados de externalización se basan en supuestos de cualidad e intensidad de uso difícilmente concretables en la realidad de los amplios periodos contratados. Estos prolongados plazos están presentes en los contratos tanto en los PFI del Reino Unido como en las concesiones en España, y teóricamente previstas ciertas posibilidades de adaptación en ambos casos que han resultado insuficientes cuando se han precisado emplear en el Reino Unido, conllevando para mantener la viabilidad de los contratos lo que se han denominado “maduraciones” de los contratos iniciales (un equivalente serían las modificaciones surgidas en el tiempo de contrato del inicialmente hospital y posteriormente área de Alzira). Una regulación genérica que tuviera en cuenta

una separación de las contrataciones de las obras y equipamientos respecto a las de los servicios sería probablemente un instrumento útil en este sentido<sup>11</sup>.

– Ausencia de blindaje del resto del sistema sanitario respecto a los ajustes de la contratación producidos a lo largo del tiempo por “maduraciones”, inflación u otros: el dinero de la contratación se ha ajustado obteniéndolo de donde es posible, es decir, del resto del sistema que no está sujeto al contrato. Este efecto producido patentemente en el Reino Unido no ha sido tampoco considerado en España a pesar de la muy posterior introducción de las externalizaciones masivas, por lo que en ausencia de regulación es previsible que se produzca en igual forma.

– La no previsión de los efectos de los cambios del accionariado en los concesionarios: previsión sin duda de difícil si no imposible regulación, pero que se ha mostrado como elemento clave en la experiencia del Reino Unido para soslayar la ejecución de riesgos, cuando tras un período breve con relación a la duración total del contrato, el socio privado inicialmente firmante ha sido sustituido por un conjunto más disperso de actores.

– Ausencia de transparencia: el gran globalizador que facilita los tres tipos de problemas anteriormente señalados se concreta en la carencia de control externo en las fases de implantación, y la dificultad y consiguiente coste de auditoría y control posterior (más allá de los elementos simples de recuento de actos, reclamaciones etc., contemplados en los contratos), que permitan dilucidar, por ejemplo, en qué grado las mejoras de eficiencia se producen y en qué proporción quedan en poder de qué socio; efecto también encontrado en el Reino Unido, a pesar de la existencia de escalas específicas de medida, y que ha ocasionado tanto duras críticas como infructuosos intentos de solución, al menos para las PFI ya establecidas.

Quizás sean necesarias regulaciones sobre la información pública de actividad y resultados (incluidos la auditoría de procesos que requieren la actuación concatenada o simultánea de recursos de los socios público y privado de la externalización), regulación de la limitación de mercados secundarios en las grandes externalizaciones sanitarias que comprometan la permanencia del socio privado en el tiempo, regu-

laciones sobre la forma de construcción que faciliten radicalmente y sin costes añadidos los cambios de uso y modalidades de contrato que diferencien claramente la provisión de infraestructuras respecto de la prestación de servicio, así como regulaciones que impongan límites a la financiación de las actualizaciones y maduraciones de contrato. Aunque no necesariamente sean factibles sin asumir costes elevados (control externo sólido), o simplemente precisen reformas legales inviables en un sistema de mercado (control de accionariado). Las condiciones de contratos con amplios márgenes para cambio de uso y con diferenciación de contratación infraestructura-servicios no serían ya aplicables a lo realizado, aunque sí a nuevas iniciativas. Tampoco es irrefutable que regulaciones en los sentidos señalados lleven a un éxito seguro para el control de los principales factores de encarecimiento ni distorsión que las PFI han supuesto en el Reino Unido y en otros países. Quizás la precaución recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2006<sup>12</sup>, tomando precisamente como una de sus referencias para hacer la recomendación el mo-

delo Alzira, hubiera sido conveniente aplicarla antes de ejecutar las grandes externalizaciones en nuestro país.

Y es precisamente el modelo Alzira y similares en los que se produce una externalización de los servicios *core* y de la propia noción de aseguramiento, el que en mayor medida precisaría de sistemas de garantías (regulaciones) hoy inexistentes con un carácter más externo y global que el individual acuerdo entre los contratantes. En este sentido ¿es asumible carecer de instrumentos públicos de garantía de calidad y equidad para la población que actúa como mercado cautivo de este tipo de experiencias? Podría argumentarse que no existen tampoco sistemas potentes en estas materias para el conjunto de la población provista mediante servicios públicos. Pero es razonable contraargumentar que en las experiencias en las que servicios estratégicos y *core* son externalizados, la población atendida queda afectada no sólo por las propias incertidumbres de la asimetría de información, sino además por una estructura gestora y aseguradora cuyo cometido fundamental es el mantenimiento de un nivel de beneficios económicos suficiente.

Es justamente en este tipo de externalizaciones en las que una regulación es más necesaria, en las que las dificultades para proporcionar un marco regulador suficiente son más difíciles de proporcionar y los costes de transacción son mayores<sup>2</sup>. Así, en los 4 casos estudiados por el King's Fund<sup>1</sup> respecto a la regulación de la asistencia sanitaria en sistemas con provisión externalizada (Alemania, Holanda, Nueva Zelanda y asistencia hospitalaria en Cataluña) se comprueba cómo en todos ellos existen dificultades para la regulación cualitativa, siendo más compartida la forma en que se regula la cobertura (regulación normativa más o menos concreta de las prestaciones y presencia de agencias asesoras para nuevas tecnologías), y difiriendo ampliamente en lo que a garantía y control de calidad y habilitación de la capacidad de elección se refiere, en las que se produce gran variabilidad y cambios recientes. Se identifican en los distintos sistemas:

1. Exigencia de sistemas externos de garantía de calidad supervisados por un regulador público y capacidad de elección de hospital (mediada por el médico ambulatorio). No se publican datos ni infor-

mes comparativos que permitan fundamentar la elección (Alemania).

**2.** Supervisión por la inspección sanitaria de 50 indicadores de mala calidad hospitalaria y otros temas puntuales, con capacidad de intervención en caso de incidentes y reclamaciones. Capacidad de elección de aseguradora, algunas de las cuales tienen restricciones de elección de hospital. La autoridad sanitaria emite informes sobre los hospitales accesibles al público *on-line* anuales (Holanda).

**3.** Provisión pública directa de los servicios de internamiento de agudos y con información pública *on-line*, además de un informe anual sobre calidad, gastos y resultados. No hay capacidad de elección de hospital. El sistema de inspección es independiente y capacidad de elección para los servicios externalizados, básicamente ambulatorios (Nueva Zelanda).

**4.** Posibilidad de elección de médico de Atención Primaria, pero no de especialista ni hospital. La información hospitalaria no se hace pública (Cataluña).

Hay dos elementos comunes a estos 4 casos estudiados: los sistemas de acreditación para quienes quieren ofrecer sus servicios con financiación públi-

ca (acreditación por organismos públicos o por instituciones profesionales según los casos y países) y sistemas voluntarios de garantía de calidad. También parece existir una tendencia a limitar la elección y una pérdida de valor de la competencia, a la cual probablemente no es ajena la dificultad empírica para llevar el mercado hasta sus últimas consecuencias (la quiebra real de un servicio externalizado), ya que el problema creado al contratante es mayor que el producido al contratado al no haber capacidad de sustitución (Holanda busca procedimientos en este sentido, con resultados aún no conocidos).

Los investigadores británicos del King's Fund que buscaban tendencias aplicables para la regulación del propio sistema sanitario británico acabaron concluyendo que no existen evidencias claras ni grandes tendencias generales que sean directamente trasladables de uno a otro sistema, ya que la historia de cada uno de ellos marca en gran medida sus posibles estrategias. Aun con esa indudable necesidad de pensar las soluciones desde nuestra propia realidad, aportan algunos elementos que pueden ser de interés para España, ya que ha sido constatada en distintas eta-

pas de nuestra historia sanitaria, incluso en la más reciente, la amplia influencia de los sucesivos modelos británicos en nuestro propio sistema; quizás las reflexiones sobre hacia dónde pueden orientarse sus nuevas estrategias de regulación nos sean de utilidad:

– Si se pretende una gran competencia con un auténtico mercado, quizás la mejor opción sean reguladores independientes, como en otras esferas de actividad, que basen su actuación en un sistema de reglas que hagan su actuación transparente y predecible. Aunque, advierten, ningún gobierno se ha mostrado capaz de evitar su implicación en el sistema sanitario dada su repercusión en la población, con lo que la independencia del regulador (requisito indispensable para su utilidad) se ve comprometida.

– Si la competencia va a resultar marginal y no un elemento central del sistema, la mejor opción puede ser un ajuste de los poderes reguladores (Monitor y Comisión en el caso del *National Health System*, sin equivalentes a mi juicio en el Sistema Nacional de Salud).

– Valorar la concreción de normas de calidad básica en los contratos (delegación), aunque dado el poco impacto habido hasta el momento con este procedimiento, sobre todo en lo referido a los hospitales, consideran que basar la regulación en este procedimiento no estaría exento de riesgos.

– Redefinir los papeles de las autoridades sanitarias (gestión de mercado y protección) y de los órganos de gobierno de los hospitales (participación de la ciudadanía local en la gobernanza).

En fin, que la opción hasta ahora tomada en España parece alejada de lo que la experiencia propia y ajena parecen aconsejar: la falta de regulación de las externalizaciones comporta riesgo para el sistema sanitario público, tanto mayor cuanto mayor es la complejidad del servicio externalizado y tanto en aspectos financieros como sanitarios, al conseguir el proveedor un poder estratégico (posición dominante, negociaciones tipo “todo o nada” e incapacidad de sustitución por un proveedor alternativo). Fijar las reglas generales del juego puede no ser fácil, pero es a mi juicio imprescindible.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Lewis R, Álvarez A, Mays N. ¿Cómo puede regularse la asistencia sanitaria en Inglaterra? Una perspectiva internacional. Londres: King's Fund; 2006. Traducción disponible en: [www.fsis.org](http://www.fsis.org)
2. Repullo J. Externalización, eficiencia y calidad (partes I y 2). Rev Cal Asist. En prensa 2008.
3. Pollock AM, Dunnigan MG, Gaffney D, Price D, Shaoul J. Planning the "new" NHS: downsizing for the 21st century. BMJ. 1999;319:179-84.
4. Edwards P, Shaoul J, Stafford A, Arblaster L. Evaluating the operation of PFI in roads and hospitals. Research report N.84. The Association of Chartered Certified Accountants; 2004. p. 133-205. Disponible en: [www.accaglobal.com/research/publications/summaries/rr-084](http://www.accaglobal.com/research/publications/summaries/rr-084).
5. National Audit Office (2005). Darent Valley Hospital: The PFI contract in action. H.C. session 209.
6. Gosling P. PFI: Against the public interest. Why "a licence to print money" can also be a recipe for disaster. UNISON; 2004. Disponible en: [www.unison.org.uk/PFI](http://www.unison.org.uk/PFI)
7. Pollock AM, Shaoul J, Vickers N. Private finance and "value for money" in NHS hospitals: a policy in search of rationale? BMJ. 2002;324:1205-9.
8. Boyle S, Harrison A. Private finance and service development. Health Care U.K.; 2000. p. 55-63.
9. Gaffney D, Pollock AM, Price D, Shaoul J. The politics of private finance initiative and the new NHS. BMJ. 1999;319:249-53.
10. Dunnigan MG, Pollock AM. Downsizing of acute inpatient beds associated with private finance initiative: Scotland's study case. BMJ. 2003;326:905.
11. Prieto A, Arbelo A, Mengual E. El papel de la financiación público-privada en los servicios sanitarios. Documento de trabajo n° 99. Laboratorio Fundación Alternativas; 2006. Disponible en: [www.falternativas.org/base/download/ff71\\_13-12-06\\_Doc99.pdf](http://www.falternativas.org/base/download/ff71_13-12-06_Doc99.pdf)
12. McKee M, Edwards N, Atun R. Public-private partnerships for hospitals. Bull World Health Organ. 2006; 84(11):890-6. Disponible en: [www.who.int/bulletin/volumes/84/11/06-030015.pdf](http://www.who.int/bulletin/volumes/84/11/06-030015.pdf)