

---

# La sostenibilidad y los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud: el modelo de concesión administrativa de la Comunidad Valenciana

*Luis Rosado Bretón*

*Secretario Autonómico de Sanidad. Conselleria de Sanitat.  
Generalitat Valenciana. Valencia.*

Es un hecho reconocido que la gestión sanitaria en el sector público requiere la colaboración del sector privado para su sostenibilidad.

Tradicionalmente, introducir elementos de gestión empresarial en el sector público se ha considerado un elemento dinamizador de la medicina pública que introduce factores de competitividad y eficiencia que, en un pasado no demasiado lejano, parecían no tener un valor importante. Los inicios de la gestión empresarial en la sanidad pública coinciden con la separación de la financiación (Poder Ejecutivo nacional o autonómico) del provisor de servicios (agencias o servicios de salud). En nuestro país, este hecho es evidente desde la creación del INSALUD y las primeras transferencias a las comunidades autóno-

mas y puesta en marcha de los primeros servicios de salud.

## **Entorno actual del sector público sanitario**

---

Si buscáramos cuáles son las características que definen las organizaciones sanitarias públicas desde el punto de vista de las políticas de recursos humanos, encontramos:

- Un sector tradicionalmente poco competitivo.
- Bajo nivel de exigencia asistencial por parte de los usuarios.
- Direcciones poco profesionalizadas. Escasa formación gerencial.
- Menoscabo de la carrera profesional al asumir funciones directivas.
- Escasa autonomía de gestión.
- Complejidad organizativa.

- Coexistencia de colectivos con elementos que provocan falta de cohesión.

- Arco laboral rígido y restrictivo.

La definición de una visión de la organización y su estrategia, la profesionalización de los gestores, la aparición de contratos de gestión basados en el cumplimiento de objetivos, el aplanamiento de las estructuras jerárquicas en todo tipo de organizaciones, el desplazamiento de la toma de decisiones a mandos intermedios por la tecnología de la información y la creación de los servicios de documentación clínica, así como los primeros pasos en la concepción de la calidad asistencial, fueron verdaderas “piedras de toque” que vislumbraron los inicios de la gestión sanitaria moderna basada en un modelo empresarial.

Las organizaciones sanitarias inicialmente basadas en un modelos científico-administrativo al más puro estilo tayloriano (donde la producción se estructura en compartimentos estancos con una gran verticalidad y una gran especialización, o de Fayol, en donde a mayor trabajo mayor producción), se transformarán en organizaciones donde la productividad y las relaciones humanas están

unidas y donde se pueden alcanzar simultáneamente los objetivos del individuo y la organización (dirección de las relaciones humanas de Mayo y Bernard). La dirección amistosa y relajada genera mayor productividad, y el elemento clave es la motivación de las personas orientada al trabajo en equipo.

Se trata de una transformación desde la burocracia como elemento para controlar la complejidad a la orientación al proceso y las personas hacia un modelo de dirección de los recursos humanos. En la siguiente tabla podemos observar claramente las diferencias entre las organizaciones públicas y privadas a pesar de la lenta transformación que están sufriendo las organizaciones sanitarias (tabla I):

### **Introducción de nuevos modelos de gestión**

---

En los últimos años, las organizaciones sanitarias han buscado esta aproximación a los modelos de recursos humanos con el fin de mejorar la productividad de sus actividades entendida como el aumento de los rendimientos por elementos motivadores. Como se refiere en la tabla anterior, es probable que las organi-

<b>Políticas de personal</b>	<b>Administraciones públicas</b>	<b>Instituciones sanitarias</b>	<b>Empresas privadas</b>
Contratación	Regulada	Regulada	Libre
Relaciones laborales	Rígidas	Bastantes rígidas	Flexibles
Retribuciones	Reguladas y rígidas	Bastante reguladas y rígidas	Libres y flexibles
Incentivos	Prácticamente inexistentes	Poco extendidos	Libres y muy variados
Motivación	Prácticamente inexistente	Poco extendida. En proceso de desarrollo	Desarrolladas muchas herramientas
Formación	Poco ligada al desarrollo profesional	Ligada la desempeño profesional. Normalmente orientada a la actualización	Plan de formación diseñado por la empresa para lograr objetivos
Formación de directivos	Muy poca formación específica	Formación específica a posteriori	Formación específica a priori y posteriori
Promoción	Criterios políticos o administrativos	Criterios profesionales	Criterios empresariales
Selección	Regulada y rígida	Regulada y algo flexible	Libre
Planes de carrera	Inexistentes o poco desarrollados	En desarrollo	Muy desarrollados
Evaluación del desempeño	Prácticamente inexistente	Poco desarrollado	Muy desarrollado
Comunicación interna	Inexistente o poco desarrollada	Tendencia a desarrollo de experiencias interesantes	Muy desarrollada
Estudios de clima laboral	Prácticamente no existente	Tendencia a su desarrollo	Muy desarrollados
Cultura corporativa	Inexistente o poco desarrollada	Clara tendencia a su desarrollo	Muy desarrollada

**Tabla I.** Diferencias entre las organizaciones públicas y privadas.

zaciones públicas sanitarias hayan evolucionado hacia modelos de gestión de recursos humanos más cercanas a la moderna gestión empresarial sin embargo el salto definitivo no se ha producido principalmente por el lastre impuesto por un modelo funcional o derivado del mismo (estatutario) extremadamente regulado.

Probablemente, se trate de uno de los elementos que influyen más negativamente al valorar la eficiencia de la sanidad pública caracterizada por los siguientes elementos: a) rigidez laboral; b) baja productividad; c) mala formación de mandos; d) ausencia de compromiso institucional; e) elevados niveles de absentismo laboral, y f) des-

conocimiento de la visión, valores y objetivos de la organización.

Los modelos de externalización de servicios (*outsourcing*) ha sido un elemento de gestión introducido en los servicios públicos para los elementos indirectos diferentes del proceso principal de actividad o “corazón del negocio” (*core bussines*). Su fundamento no es otro que: a) reducción y/o control del coste; b) concentración del negocio y disposición más apropiada de los recursos debido a la reducción o no uso de éstos en funciones no relacionadas con la razón de ser de la actividad; c) manejo más fácil de las funciones difíciles o que están fuera de control; d) disposición de personal altamente capacitado y, en definitiva, e) mayor eficiencia.

Nadie duda de que parte del éxito del *outsourcing* estribe en la capacidad de contratar servicios no marginales al negocio principal, independientemente de las relaciones de personal del proveedor del servicio. Las instituciones sanitarias contratan servicios de forma generalizada por este modelo de contratación eficiente: lavandería, limpieza, seguridad, mantenimiento o logística son hoy modelos de contratación externalizada (hasta en el ejército se con-

trata seguridad externa tal como avanzaba la prensa recientemente). Podría afirmarse que empresas y organizaciones públicas coinciden en evitar la dependencia directa de trabajadores no relacionados directamente con la actividad principal en una búsqueda de mayor eficiencia y productividad. ¿Es esto suficiente?

Las organizaciones sanitarias se enfrentan no sólo a la necesidad de mejorar la productividad y la eficiencia, sino al reto de lograr la sostenibilidad del sistema sanitario. El aumento de la población, la mayor esperanza de vida, el crecimiento tecnológico y la mejora de las expectativas del ciudadano en un modelo que hasta ahora se ha mostrado ilimitado (universal, de servicios no limitados y de frecuentación no controlada), coincidiendo con la limitación de ingresos de carácter estructural y coyuntural, han obligado a remarcar elementos de contención del gasto. Se ha actuado sobre el coste de la sanidad y sobre los mecanismos de financiación, pero existe un gran recorrido para actuar sobre los aspectos antes señalados en las políticas de recursos humanos.

En el momento actual la colaboración público-privada, que se pone

de manifiesto en los nuevos modelos de gestión, permite mejorar sustantivamente la eficiencia (ayudando a la sostenibilidad o solvencia del sistema), aplicando elementos de contratación de carácter mercantil y prácticas empresariales basadas en modelos de dirección de recursos humanos que todavía lastran la contratación pública.

La Ley 15/1997, de 25 de abril, abre la posibilidad en España de que los servicios sanitarios sean prestados por personas jurídicas privadas compatibles con la Constitución y la Ley General de Sanidad al mantener el servicio público asistencial y su naturaleza pública haciendo a la administración titular y responsable del servicio prestado.

Con esta ley se abre la posibilidad de que existan distintos modelos de provisión de servicios sanitarios, mientras que anteriormente sólo se contemplaba la posibilidad de que los servicios públicos fueran gestionados directamente por Administraciones públicas, fueran territoriales o no. A partir de 1997, a los modelos tradicionales de gestión directa a través de una Administración pública sin personalidad jurídica propia, hay que añadir los nuevos modelos,

entre los que destacan: la Administración independiente, los entes atípicos, el consorcio, la fundación privada creada por una entidad pública y la fundación pública sanitaria. Se prevén, además, formas de gestión indirecta: cooperativa, sociedad laboral, sociedad mercantil de titularidad privada y fundación privada; formas de gestión mixta (gestión interesada y sociedad de economía mixta) y formas de vinculación (convenio, concierto, concesión y arrendamiento).

### **El modelo de concesión administrativa**

---

El modelo concesional había sido bastante frecuente en España en la construcción de infraestructuras de uso público voluntario, pero no se había utilizado en España la concesión como fórmula de gestión de servicios públicos. Sin embargo, tal como antes expresamos, la tendencia a la huida del derecho público en que, desde hace dos décadas, está inmersa, no ya nuestra sanidad, sino todo el sector público, llevo a pilotar este modelo en el ámbito de la provisión de servicios sanitarios. Efectivamente, a finales de 1996, la Conselleria de Sanitat de la Gene-

ralitat Valenciana decidió que la construcción y explotación del Hospital de La Ribera, en Alzira, se realizara como una concesión administrativa, pero con una importante diferencia: en la concesión, el concesionario cobra a los particulares a cambio de la prestación del servicio (el peaje de la autopista); en este caso, este supuesto era imposible, ya que una de las limitaciones legales en la prestación de servicios sanitarios por entidades privadas era el mantenimiento del servicio público asistencial gratuito y universal.

Por lo tanto, será la Generalitat Valenciana la que pagará a la empresa adjudicataria una cantidad fija y preestablecida por cada usuario. Como podemos observar, este sistema de contraprestación aproxima este tipo de concesión al modelo de concierto sanitario.

El modelo de cápita por prestación sanitaria multiplicado por la población asignada será implantado en toda la Comunidad Valenciana, en departamentos sanitarios de gerencia única con gestión directa o en régimen de concesión, con rentabilidad para la administración: la corrección en un 20% menor para los departamentos de régimen conce-

sional, que además se ven gravadas por la necesidad de inversiones en infraestructuras, la percepción del 85% del coste de los procesos transferidos al departamento frente al 100% de los que se transfieren desde los departamentos en concesión a los de gestión directa y la limitación del beneficio en el 7,5%. Por otra parte, los departamentos están obligados a mantener su funcionamiento en parámetros similares al resto de los departamentos de gestión directa.

Los orígenes de las concesiones administrativas fueron controvertidos. Para algunos, la colaboración público-privada se interpretó como un modelo privatizador, produciéndose una carga sobreañadida de politización que evidentemente no favoreció su implantación inicial.

Todavía hoy, más de diez años después de su inicio, existen controversias para algunas posiciones ideológicas que ven en el modelo una cesión de la administración al capital privado. Sin embargo, no hay nada más alejado de la realidad según se desprende de las siguientes consideraciones: a) nadie discute la actual distribución del gasto público, que utiliza en torno al 70% para compras de produc-

tos y servicios; b) tampoco se discuten las actividades complementarias que supone la contratación de servicios concertados que obtienen beneficio del mayor número de pacientes derivados, al contrario que los sistemas de cápita que basan su beneficio en la promoción de la salud (a modo de aseguradoras); c) se debe tener en consideración la necesidad de modelos eficientes que facilitan la sostenibilidad del sistema, sobre todo basándose en los aspectos, antes citados, sobre la rigidez laboral de la administración pública; d) los que hablan de privatización de la sanidad pública olvidan que el modelo concesional mantiene la titularidad pública y el servicio es gratuito y universal, confundiendo en la AVS con equidad entre toda la comunidad; se trata más bien, de gestionar de forma privada el objeto público en aras de una mejor eficiencia; e) quien propugna que es un modelo más caro no sabe la importante diferencia entre la cápita de la concesión y la cápita por habitante (descontando el gasto farmacéutico y el transporte sanitario, no incluido), superior en un 25%, independientemente de la inversión en infraestructuras (hecho que nadie duda); f) el modelo capitativo transfiere los ries-

gos al proveedor (de demanda, de infraestructuras y financieros) y se asegura por diferentes órganos de control, como el comisionado, que permiten la intervención previa y posterior de la administración antes y durante la liquidación de la concesión, y g) con frecuencia se afirma que es un modelo no evaluado, sin embargo, al margen de consideraciones económicas, es un modelo evaluado. La AVS establece acuerdos anuales de gestión que se aplican a todos los departamentos de gestión directa o régimen concesional basados en el cumplimiento de objetivos que son marcados por la gerencia de la AVS con indicadores de cumplimiento de carácter objetivo. Pues bien, en el último año evaluado (2009) el primero, tercero y quinto puesto dentro de los 23 departamentos evaluados correspondió a concesiones que, por otra parte, repiten desde el año 2001 hasta la actualidad galardones como hospital *top 20* de su categoría (clasificación objetiva de funcionamiento hospitalario).

En resumidas cuentas, las claves del éxito del modelo concesional son: a) no competir con el sistema, sino fundirse en él (las empresas concesionarias pondrán competir para cap-

tar mercado entre las administraciones, y los departamentos en concesión competirán con los demás para mejorar su poder de atracción, pero el ciudadano debe percibir la excelencia en el sistema público, que al fin y al cabo es el contratante del servicio concesional); b) la concesión debe intentar promover la salud de la población bajo su cápita, como elemento de coincidencia con la administración, pero también como factor de beneficio económico (el que representa mejorar el nivel de salud y, por tanto, disminuir la necesidad de recursos ligados a la enfermedad); la compra de servicios crece de forma paralela a la enfermedad, mientras que en la concesión el beneficio corre parejo a la salud); d) Ser eficiente: mejorar los servicios, la calidad y la accesibilidad supone aumentar el poder de atracción, pero además supone mejorar los resultados económicos al mejorar la precisión y excelencia, y e) la integración de niveles es necesaria. No podría lograrse un modelo eficiente basado en la promoción de la salud y uso adecuado de los recursos si no se dispone del control único de la atención primaria y la asistencia especializada, entendiendo que la modulación de

la demanda y el ajuste de la oferta deben estar en el mismo elemento gestor.

Después de introducir el funcionamiento de las concesiones, la justificación como modelo de aplicación y la respuesta a algunas controversias que se han planteado sobre ellos falta por responder a una pregunta clave: ¿cómo es posible conjugar el beneficio de la empresa concesionaria y de la administración en términos económicos y también de cumplimiento de del objeto contratado (asistencia sanitaria de calidad en una población dada)? Sólo hay una respuesta: la capacidad concesional para gestionar los recursos humanos según desgranaremos en los siguientes apartados.

### **Introducción y análisis del entorno laboral**

---

Los profesionales que integran la red sanitaria pública de la Comunidad Valenciana son la pieza clave para la consecución de los objetivos establecidos. La calidad asistencial, la cercanía al paciente y el trato humano dependen, en gran medida, de cada una de las personas que forman parte de las instituciones sanitarias.

Esta premisa no es distinta dentro de los departamentos de salud gestionados a través de concesiones administrativas sanitarias y, por ello, deben implantarse políticas de gestión de personas que faciliten la consecución de estos retos.

Para definir estas políticas es necesario analizar el entorno actual, algo que nos influirá en la toma de decisiones respecto a los principios de las relaciones laborales. Algunos de estos aspectos, son:

- Se trata de un sector intensivo en conocimiento y mano de obra cualificada. Una gran parte de los estamentos que forman los centros sanitarios requieren de una alta formación y especialización.

- La creciente demanda de servicios sanitarios ha traído consigo una escasez de profesionales cualificados, lo que incide en ofertar, no sólo estabilidad laboral y sistemas retributivos atractivos, sino también el implantar modelos de carrera y desarrollo profesional, potenciar la formación, la investigación y la docencia así como beneficios sociales, horarios flexibles para la conciliación de la vida familiar y profesional, etc.

- Ante la globalización de los mercados, tiene una especial relevancia

la gestión de la multiculturalidad, a través de la potenciación de la gestión del conocimiento entre los miembros de la organización y de otras organizaciones sanitarias.

- La sostenibilidad del sistema sanitario público hace que se busquen fórmulas de colaboración entre los distintos centros, que van desde la creación de servicios únicos que den cobertura a más de un departamento de salud, así como compartir profesionales, infraestructuras, sistemas de información, etc.

## **Reclutamiento y selección de personal**

---

Las concesiones administrativas han optado por realizar procesos de selección abiertos y públicos para completar sus plantillas de profesionales. Como ejemplo, la última concesión que inició su actividad, Vinalopó Salud, que gestiona el nuevo departamento de salud de Elche-Crevillente, contó con un total de 36.600 candidatos para ocupar las 820 plazas que se generaron con la apertura del nuevo hospital.

El proceso de selección se compone de distintas fases en las que se valoran competencias técnicas,

profesionales y personales de todos los candidatos inscritos. Este sistema posibilita la provisión de plazas inicialmente, así como contar una bolsa interna de candidatos evaluados para las futuras necesidades de plantilla que surgen en el departamento de salud.

### **Relaciones laborales**

---

Es importante destacar que en los departamentos de salud gestionados a través de este modelo existe una convivencia entre personal estatutario y personal laboral, algo en lo que se centran esfuerzos para hacer ambos regímenes totalmente compatibles al regirse por normativa laboral diferente.

El personal laboral cuenta con una vinculación con la sociedad que viene determinada por la legislación laboral vigente para trabajadores por cuenta ajena que tiene su máximo exponente en el Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. Esta es la norma básica que se complementa con otras disposiciones en materia laboral y convenios colectivos, ya sean sectoria-

les o de empresa, que rigen las relaciones laborales en el ámbito de la organización. En este sentido, nos encontramos con situaciones diferentes en cada concesión, dependiendo sobre todo del tiempo que éstas están en funcionamiento. Así, por ejemplo, el departamento de La Ribera tiene ya vigente el tercer convenio colectivo de empresa, el departamento de Torrevieja, está adherido al Convenio colectivo de sanidad privada de la provincia de Alicante, etc.

Los contratos de trabajo utilizados para oficializar las relaciones laborales son los que dispone estas normas jurídico-laborales, el contrato de trabajo por tiempo indefinido se utiliza para cubrir los puestos que conforman la estructura de plantilla de cada centro. Este tipo de contrato ofrece estabilidad a los profesionales de la organización, moviéndose en *ratios* de más del 85% del personal indefinido.

### **Modelo retributivo**

---

Las concesiones administrativas determinan sistemas retributivos acordes a su sistema organizativo y su modelo de gestión. Todas mantienen en común sistemas mixtos entre retri-

bución fija a la que se adiciona una retribución variable en función de objetivos que cada departamento de salud determina.

Este sistema de retribución orienta al profesional hacia los objetivos de cada organización y le estimula para lograr su cumplimiento. Los objetivos varían en función de las necesidades de cada departamento de salud y se compagina la retribución por la actividad realizada con los índices de calidad asistencial y, por supuesto, sin olvidar los objetivos definidos en los acuerdos de gestión establecidos por la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana y que rigen para todos los departamentos de salud, sea cual sea el modelo de gestión.

### **Carrera y desarrollo profesional**

---

En 2006 entró en vigor la carrera profesional para los profesionales sanitarios de la Comunidad Valenciana. Desde aquel mismo momento, las concesiones administrativas han dado cabida en sus políticas de personal a este sistema de evaluación del desempeño, formación y promoción profesional persiguiendo el reconocimiento de los profesionales y orientando la trayectoria profesio-

nal de cada uno de ellos dentro de la propia organización.

El sistema de carrera y promoción profesional viene determinado por la compatibilidad de la misma dentro de la red sanitaria pública de la Comunidad Valenciana, algo que exige unos principios básicos adecuados a la carrera profesional aprobada por la Conselleria de Sanitat. Estos principios básicos son:

1. Implantación de una carrera profesional para profesionales sanitarios y desarrollo profesional para el resto de los profesionales no sanitarios que integran las organizaciones sanitarias.

2. Grados de carrera profesional: los grados son 5; un grado inicial 0 y un último grado 4.

3. El tiempo trabajado exigible en cada grado son idénticos que los establecidos por la carrera profesional para el personal estatutario.

4. Los pilares básicos son similares:

– Objetivos científicos: vienen a evaluar las tareas relacionadas con la investigación, la docencia y la calidad, que lleven a cabo los profesionales.

– Objetivos de calidad asistencial: valoración de los objetivos de cali-

dad asistencial que se evalúan de manera periódica.

– **Objetivos de compromiso con la organización:** basado en un sistema de evaluación por competencias de cada puesto de trabajo. Mide los conocimientos, las habilidades y las actitudes de los profesionales.

– **Retribución económica.** La consecución de cada grado de carrera supone una retribución adicional para los trabajadores que va incrementándose a medida que se pasa de grado.

### **Políticas de formación**

---

En cada una de las concesiones, existen comités encargados de gestionar las políticas de formación, docencia e investigación, algo que en el sector sanitario no puede quedarse en el olvido. Las concesiones albergan una vocación formativa y docente, algo que queda reflejado en la acreditación del Hospital de La Ribera como hospital universitario y que viene a refrendar una labor desarrollada durante más de 9 años y que ya hoy es una realidad. El Hospital de Torrevieja ya cuenta desde el segundo año de apertura con resi-

dentos médicos en varias especialidades, algo que facilita el reclutamiento de profesionales, estimula a los médicos con mayor experiencia e incentiva a toda la organización para estar en la vanguardia de los avances constantes de la sanidad.

Por lo tanto, la apuesta por la formación, la docencia y la investigación forma parte de la columna vertebral de las concesiones administrativas y se apuesta decididamente por ello. Formación subvencionada por la propia empresa, a todos los niveles, con la intención de atraer y retener a los profesionales mejor preparados, estar a la vanguardia de los avances en salud y lograr el reconocimiento de la sociedad científica.

### **Beneficios sociales**

---

Un aspecto clave en la atracción de profesionales son, sin duda, los beneficios sociales que estas organizaciones ofrecen a sus empleados. Desde la subvención de comidas y guarderías, pasando por la modelos de retribución flexible que aportan un valor añadido al profesional que se integra en este tipo de organizaciones.