

MESA DE TRABAJO

“LA HUIDA AL DERECHO PRIVADO EN EL MOMENTO ACTUAL”

Josep Lluís Lafarga Traver

PRESENTACIÓN

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS), prevee dos únicas formas de gestión de los servicios sanitarios. La gestión directa por los servicios de salud, a través de las áreas de salud (art. 56) y la gestión indirecta mediante el establecimiento de conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos (art. 90) y convenios de carácter singular mediante los cuales los hospitales generales del sector privado son vinculados a la red de hospitales del sector público de manera estable (art. 67).

Contrariamente a lo que algunos autores sostenían (Garrido Falla), en el sentido de que a la Administración prestacional no le eran aplicables los modos de gestión indirectos establecidos en la legislación sobre contratos del Estado, sino que tan sólo le cabía la gestión directa (a través de entidades gestoras u organismos autónomos) y, de forma residual, la gestión indirecta mediante concierto o convenio singular, el legislador catalán –llamado a desarrollar la LGS en cumplimiento de lo establecido en la disposición transitoria 3ª.2 de la LGS- entendió que las previsiones de esta Ley eran perfectamente compatibles con otras leyes administrativas sectoriales como el texto refundido de la Ley General Presupuestaria, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1098/1988, de 23 de septiembre (1) –que preveía la existencia de entes de derecho público y entidades públicas con formas societaria-, la Ley del Parlamento de Cataluña 4/1985, de 29 de marzo, del Estatuto de la Empresa (2) –que contemplaba la existencia de entes sometidos al Derecho privado, organismos autónomos de carácter industrial o financiero y entidades públicas con forma societaria-, la Ley catalana 13/1989, de 14 de diciembre, de Organización, Procedimiento y Régimen Jurídico de la Administración de la Generalidad de Cataluña –que contemplaba los consorcios públicos-, así como la Ley de Contratos del Estado –que contemplaba otras formas de gestión indirecta como la concesión adminis-

trativa, la gestión interesada y la empresa de economía mixta, entre otras- o, dicho de otro modo, que las previsiones de la LGS, a la hora de abordar su desarrollo, había que integrarlas con las restantes leyes administrativas sectoriales. A este efecto incorporó un precepto en la Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña –tardía pero marcadamente innovadora- según el cual la Administración sanitaria de la Generalidad podía gestionar los centros, servicios y establecimientos sanitarios y las prestaciones del sistema sanitario público:

Directamente, a través del Servicios Catalán de la Salud.

Indirectamente, mediante acuerdos, convenios, conciertos y cualesquiera otras modalidades contractuales, y

Mediante la constitución de consorcios y empresas públicas o cualesquiera otras formas de gestión previstas en el ordenamiento jurídico, a cuyo efecto el Gobierno de la Generalidad, a propuesta del Departamento de Sanidad, con el informe previo del Departamento de Economía, puede crear los entes u organismos que tenga por conveniente, incluidas cualesquiera otras modalidades de personificación jurídica previstas en el Estatuto de la Empresa Pública Catalana o en cualquier otra norma legal.

Con ello se pretendía modernizar la gestión de los servicios sanitarios públicos mediante la introducción de instrumentos de gestión privada que hiciera posible una ejecución de dichos servicios más eficaz, más eficiente y de más calidad.

Con el mismo objetivo, Galicia, por su parte, al amparo de la Ley 11/1991, de 8 de noviembre, de reforma de la Ley 7/1983, de 22 de junio, de régimen de las Fundaciones de Interés Gallego, creó diversas fundaciones sometidas a dicha Ley para la gestión de servicios sanitarios de titularidad pública.

Haciendo suyas estas iniciativas, el Real Decreto ley 10/1996, de 17 de junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del INSALUD, vino a establecer que la gestión de los centros sanitarios de esta entidad gestora

podía llevarse a cabo, no sólo directamente, sino indirectamente mediante cualesquiera entidades admitidas en Derecho, así como a través de la constitución de consorcios, fundaciones u otros entes dotados de personalidad jurídica, pudiéndose establecer, además, acuerdos o convenios con personas o entidades públicas o privadas, y fórmulas de gestión integrada o compartida. Las previsiones de este Real Decreto ley, mediante el que se pusieron en marcha algunas iniciativas en materia de gestión de servicios sanitarios en el ámbito del INSALUD como son diversas fundaciones de naturaleza o titularidad pública para la gestión de nuevos hospitales, fueron convalidadas por la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.

Dichas formas de gestión fueron desarrolladas en virtud del Real-Decreto 28/2000, de 14 de enero, que además de una serie de disposiciones comunes a estas nuevas formas, reguló con detalle todas ellas cuales son las fundaciones constituidas al amparo de la Ley 30/1994, de 20 de noviembre; los consorcios; las sociedades estatales y las fundaciones públicas sanitarias, éstas últimas previstas en la Ley 50/1998, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social.

Con estas disposiciones legales y reglamentarias estatales venía a darse cumplimiento al Acuerdo adoptado por el Congreso de los Diputados en su sesión de 18 de diciembre de 1997, por el que se aprobó el Informe de la Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud, en cuyas conclusiones se dice que en materia de organización y gestión es preciso, entre otras medidas, impulsar la autonomía de la gestión sanitaria, potenciando la separación de las funciones de planificación, financiación, compra y provisión de servicios, configurando los centros asistenciales como organizaciones autónomas, con facultades de decisión efectivas y responsables, dotándoles de órganos de gobierno operativos y participativos, facilitando la extensión de las nuevas formas de gestión a toda la red de asistencia pública y compatibilizando el establecimiento de garantías en la correcta prestación del servicio público con la aplicación de mayores cuotas de autonomía.

A la consecución de estos objetivos tendían las normas señaladas –autonómicas y estatales– que, si bien han supuesto desde el punto de vista cualitativo un hito importante en cuanto a la modernización del modelo de gestión de los servicios sanitarios públicos, desde el punto de vista cuantitativo apenas han tenido efectividad práctica como mecanismo de transformación real del sistema sanitario público, cuyo dispositivo sigue gestionado en muy buena medida por los servicios de salud autonómicos de forma

indiferenciada y, de manera residual, por los convenios singulares y los conciertos.

Con todo, las disposiciones a las que hemos hecho referencia con anterioridad configuran un mosaico de formas de gestión que desde un punto de vista cualitativo entraña un gran interés como instrumento de modernización del sistema sanitario público, identificado con la estrategia llamada de *“huída hacia el Derecho Privado”*, cuya ejecutoria en el pasado y virtualidad en el futuro como auténtico instrumento de transformación del Sistema nos toca ahora analizar conjuntamente.

CONCLUSIONES

Los asistentes a la Mesa de Trabajo *“La Huída al Derecho Privado en el momento actual”*, después de una intensa y esclarecedora discusión, han llegado a las siguientes conclusiones:

- 1) Hay que promover procesos de descentralización en la provisión de los servicios sanitarios públicos configurando unidades productivas dotadas de personalidad jurídica propia y con la naturaleza jurídica que sea más idónea con arreglo a las circunstancias concurrentes en cada caso, que permitan el eficaz ejercicio de la función de gobierno, la corresponsabilidad de los profesionales en la gestión de los servicios, el rendimiento de cuentas en relación con el cumplimiento de los objetivos fijados en todos los niveles de la organización, el establecimiento de líneas de colaboración entre los distintos centros para mejorar su capacidad de resolución y eficiencia de acuerdo con criterios de planificación, y la flexibilización de los modelos retributivos para estimular la productividad y la calidad de la asistencia.
- 2) Demandar una mayor valentía a los políticos y, en especial, a los que ostentan responsabilidades de gobierno en las Comunidades Autónomas, auténticos ejes del Sistema Nacional de Salud, para que impulsen procesos de descentralización en la gestión del sistema sanitario público, y un mayor grado de congruencia a los agentes sociales para que asuman un papel proactivo y de corresponsabilidad en la implantación de dichos procesos ordenados a la modernización de los instrumentos de gestión del Sistema.
- 3) Maximizar el cuidado y actuar con prevención ante la introducción de mecanismos de corresponsabilización de los entes locales en el establecimiento de políticas y la planificación de los servicios sanitarios que desdibujan los roles y empañen la claridad de las funciones y responsabilidades establecidas en la Ley General de Sanidad.