

## El welfare-mix español durante la crisis y la privatización del riesgo social: los casos de la sanidad, los servicios sociales y la atención a la dependencia

Fernando Alrico

*Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Spain*

Email: [Fernando@gmail.com](mailto:Fernando@gmail.com)

### Abstracta

En las dos décadas anteriores a la llegada de la crisis, numerosos países comenzaron a poner en marcha iniciativas que implicaban la participación de otros actores distintos al sector público en el Gobierno y la gestión de las políticas sociales. La difícil situación económica de los últimos años ha revivido el debate sobre las fórmulas del welfare-mix, acerca de cuál deba ser su alcance y, especialmente, sobre sus consecuencias en políticas que, como las sociales, tienen un fuerte impacto entre los ciudadanos en épocas de crisis. El análisis de tres políticas sociales en el caso de España permite observar que el welfare-mix se ha transformado de distintas maneras durante la crisis, atendiendo a diversos motivos, incluida la percepción por parte de los responsables públicos de que se estaba produciendo cierta privatización del riesgo social.

**Palabras clave:** Servicios Públicos; Servicios Sociales; Política Social; Bienestar Social; Asociación Público Privada; Privatización; Riesgo; España.

### A. INTRODUCCIÓN

La utilización de estos mecanismos de política pública para proveer servicios se explica, como se apreciará, por diferentes factores institucionales, socio-económicos y políticos (véase Gingrich, 2011; Greve, 2015; Klenk y Pavolini, 2015; Moulaert, 2013; Krumm, 2016). Uno de los más frecuentes desacuerdos entre quienes desean impulsarlos y sus detractores está relacionado con el efecto de la aplicación de esquemas de welfare-mix sobre la ciudadanía. Mediante prestaciones y servicios públicos, las políticas sociales han logrado en gran medida desmercantilizar y socializar las situaciones de necesidad asociadas con, entre otras, la enfermedad, el desempleo o la vejez, de modo que los individuos no dependan completamente de su participación en el mercado laboral para cubrirlas. Desde algunas posiciones políticas se cuestiona que los cambios en la gobernanza del sistema de protección social, especialmente los relacionados con la introducción de instrumentos organizativos o de gestión propios del sector privado, puedan revertir o afectar a estos procesos de desmercantilización y socialización de los riesgos, especialmente en un contexto de crisis, en el que pueden aumentar las situaciones de vulnerabilidad (Esping-Andersen, 1990; Offe, 1984; Seeleib-Kaiser, 2008b; véase la revisión de Gingrich, 2011).

No está claro si durante la crisis, la participación de otros actores en la gobernanza del sistema de protección ha continuado o, por el contrario, ha retrocedido. Siguen vigentes los factores que explican el progresivo desplazamiento de responsabilidades desde las instituciones públicas. Sin embargo, en un contexto de crisis, los gobiernos parecen sentir la necesidad de controlar más estrechamente las actividades que realizan y sus efectos, lo que puede llevarles a intentar recuperar parte de las responsabilidades sobre el sistema de protección social. El propósito de este artículo es analizar hasta qué punto el welfare-mix se ha transformado en los últimos años, mediante qué formulas, con qué consecuencias para la ciudadanía y en qué medida las decisiones de cambio se han visto afectadas por el funcionamiento de tales experiencias, especialmente durante la crisis, período en el que las políticas sociales adquieren más relevancia. Algunos estudios han analizado la evolución del uso de este tipo de instrumentos de política pública y los factores que lo explican en diferentes sectores, pero son escasos los que se han centrado en las políticas sociales con una perspectiva micro como la que se requiere en un estudio interesado en los resultados de este tipo de fórmulas y su interacción con las decisiones sobre su transformación (véase por ejemplo, Krumm, 2016; Klenk y Pavolini, 2015). En este trabajo se estudian tres casos en el sector de las políticas sociales españolas (servicios sociales, atención a las personas en situación de dependencia y sanidad). En todos se explora un servicio atendido en un esquema de welfare-mix, en el que actores distintos además de la administración pública tienen diferentes grados de participación.

Aunque con estos tres casos no se agotan todos los tipos de cambios que pueden producirse en la gobernanza de un sistema de protección social (véase, por ejemplo, Powell, 2008), acá se trata de compensar el reducido número de estudios con un análisis detallado de cada uno durante un largo período de tiempo. Se han realizado cuarenta entrevistas en profundidad sobre los motivos que impulsaron cambios en el welfare-mix, sus características y efectos alrededor de varias dimensiones relacionadas con la privatización de los riesgos. Se entrevistó a decisores públicos, empresarios y organizaciones del tercer sector, así como usuarios y trabajadores de los servicios. Estas entrevistas, que han sido explotadas por dos investigadores, tuvieron una duración media de una hora y se han realizado a lo largo de casi tres años, lo que ha permitido observar cambios en las decisiones adoptadas por los gobiernos. Como anticipo de las conclusiones puede adelantarse que el welfare-mix español ha sufrido cambios a lo largo de la última década, a veces en direcciones opuestas, impulsados por motivos diferentes con consecuencias de distinto alcance en lo que se refiere a la privatización de los riesgos.

El artículo se organiza en varias secciones. En la segunda se revisa la literatura y se presenta un marco analítico. En el apartado tercero se describe la evolución del welfare-mix español en relación con los casos que van a estudiarse y se analiza cada caso con una perspectiva temporal

que llega hasta el momento de terminar este trabajo en el verano de 2016. Finalmente, el último sintetiza las principales conclusiones y presenta sus implicaciones.

## **B. REVISIÓN DE LITERATURA**

En particular, España es uno de los países europeos que más apuestan por la fórmula de la CPP desde que a finales de los años 90 los gobiernos de los tres niveles comenzaron a utilizarla (Allard y Trabant, 2008: 3; Krumm, 2016). Este instrumento facilita el que el sector privado pueda hacerse cargo de diversas tareas que van desde el diseño, la financiación y la gestión. Entre 1998 hasta 2006, el 69% de los proyectos de CPP terminados correspondían a las administraciones autonómicas, concentrándose la mayoría en Madrid, Cataluña, Andalucía y Valencia (Allard y Trabant, 2008). A diferencia del Reino Unido, donde el grueso de las CPP se produce en educación y sanidad, en España es en el sector de las infraestructuras en el que más se ha recurrido a esta fórmula, sumando más de la mitad del total de CPP (Allard y Trabant, 2008). Aun así, desde 2000 se ha producido una gran diversificación de los sectores (energías renovables, defensa, prisiones o servicios de empleo, por ejemplo), siendo ya importante en el caso de la sanidad. En las últimas dos décadas, la CPP ha incrementado su importancia en este sector, especialmente en algunas regiones como Valencia, donde el 20 por ciento de la población recibe atención sanitaria a través de esta fórmula (Mendoza García, 2013: 86), como se apreciará en el caso del Hospital de la Ribera. Algunos autores han contado alrededor de 25 experiencias de CPP en España entre 1995 y 2012 (Acerete, Stafford y Stapleton, 2011).

En 2008, un informe advertía que España mantenía una visión cortoplacista interesada especialmente en el cálculo presupuestario, escaso interés por la evaluación e incluso ausencia de instituciones de control y del expertise suficiente en las administraciones y especialmente en las regionales en relación con la CPP. En comparación con el Reino Unido, el proceso español es menos riguroso en cuanto a la evaluación, no solo al final del proceso sino en la fase de comparación de las ofertas. Allard y Trabant comparan la situación en España con una serie de criterios que la Comisión Económica para la Europa de las Naciones Unidas sugirió en 2005 para fomentar y gestionar efectivamente los proyectos de CPP y acaban concluyendo que “es evidente que en España el gobierno no ha asumido un papel mínimo” (Allard y Trabant, 2006: 84). Por ejemplo, se ponía de manifiesto la práctica de las bajadas temerarias, según la cual se rebaja agresivamente el precio de las ofertas (hasta un 35%) y una vez ganado el proyecto, la empresa renegocia. Un estudio del Instituto de Estudios Fiscales (IEF) recomendó despolitizar el equipo de adjudicador. En el ámbito de las políticas sociales, en España existen muy pocos análisis sobre los efectos de unos u otros modelos de welfare-mix en los ciudadanos o los trabajadores, con la excepción quizá del ámbito educativo, donde se ha comparado el rendimiento escolar de los

alumnos de distintos tipos de colegios, por ejemplo. En sanidad, los estudios existentes no parece avalar diferencias claras entre las distintas fórmulas de gestión (Sánchez Martínez, Abellán Perpiñán y Oliva Moreno, 2013). Todo ello hace necesario profundizar en el análisis.

El primer Gobierno que hizo uso de la Ley de 1997 de Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del SNS fue el de la Comunidad Valenciana con la puesta en marcha en 1999 del llamado Modelo Alzira, que toma su nombre del Hospital de la Ribera construido en la ciudad de Alzira. Se utilizó la entonces novedosa fórmula de CPP a través de una concesión administrativa. A diferencia de otros modelos de CPP, como las Concesiones de Obra Pública (en inglés, Private Finance Initiative, PFI) en las que el ente concesionario construye la infraestructura a cambio de la gestión de los servicios no asistenciales (como limpieza, lavandería o aparcamiento), en las concesiones administrativas el sector privado construye y gestiona el hospital, incluidos los servicios de bata blanca por un período determinado, tras el cual el edificio revierte al Estado en propiedad.

Según los defensores de este modelo, en un contexto general de escasez de recursos, el Gobierno regional podría afrontar la construcción de infraestructuras y la provisión de ciertos servicios muy apreciados por los ciudadanos transfiriendo costes a períodos posteriores; además, a la potencial capacidad de modernización de la gestión y la innovación que esta iniciativa podía suponer; sin embargo, la evidencia empírica sobre el resultado de otras experiencias era escasa.

De forma inmediata se abrió otro proceso de adjudicación. Como en el primer proceso, se presentó el mismo grupo de empresas en solitario. Este proceso obligaba al depósito de la elevada cantidad de 72 millones de euros (Acerete, Stafford y Stapleton, 2011). El nuevo contrato cubría la atención primaria así como la especializada, esta vez mediante una cápita de 379 euros (en 2015 ascendió a más de 737 euros). El Gobierno autonómico y la propia UTE justifican la resolución de primer contrato debido a su propósito de mejorar la eficiencia, lo que a su juicio iba a conseguirse incluyendo en la concesión también la atención primaria, puesto que la concesionaria tendría un incentivo para el cuidado integral de la salud. Además, atribuyen los problemas existentes al proceso de aprendizaje alrededor de una experiencia pionera como el Modelo Alzira.

La participación de un número reducido de empresas en este tipo de procesos de externalización sanitaria llevada a cabo por los gobiernos regionales españoles se ha denunciado en un informe realizado por la Comisión Nacional de la Competencia: “en la amplia mayoría de procedimientos analizados desde 1997, se presentó un único candidato”. Se alerta de que en ocasiones se solicitan requisitos de acceso innecesariamente exigentes y se han identificado numerosos casos de aplicación de criterios “ad hoc”, que solo algunas empresas concretas pueden cumplir, cerrando así el mercado (Urbanos y Meneu, 2015). Por ejemplo, en los pliegos de Cláusulas Administrativas Particulares del Área de Salud de la Ribera se recoge como uno de los criterios de solvencia técnica

para la construcción del hospital, el haber sido adjudicatario con anterioridad para la construcción de obra pública de características similares del futuro hospital.

Respecto al coste, recientemente Arenas (2013) concluye que la media del gasto sanitario en atención primaria y especializada en las concesiones durante 2012 fue menor a la de la gestión directa, hasta en un 11,7%, aunque algunos departamentos de gestión pública tienen un gasto per cápita menor que el de las concesiones (dos de diecinueve). Desde Ribera Salud sostienen que si pudieran calcularse estas diferencias superarían el 25% de ahorro. Finalmente, algunos análisis han sugerido cómo podría realizarse este cálculo pero enumeran serias dificultades para realizarlo (Caballer Tarazona y Vivas Consuelo, 2016), la primera de las cuales consistiría en “contar con datos veraces de ambas partes”, tal y como reconoce un entrevistado en la administración en 2016.

Además de la escasez de datos públicos y de la dificultad de control de la facturación intercentros, algunos trabajos sugieren otros problemas sustantivos como los grandes costes ocultos del sistema, derivados de su supervisión, que no pueden ser contabilizados adecuadamente: la carencia en las concesiones de los servicios clínicos especializados que suelen ser los más caros y el hecho de que en la cápita no se incluyan algunos costes como la farmacia o el transporte sanitario. Caballer Tarazona y Vivas Consuelo (2016) creen que los datos no son concluyentes como para recomendar un tipo u otro de gestión, teniendo ambos inconvenientes y debilidades. Peiró y Meneu (2012) afirman que en las concesiones administrativas sanitarias en Valencia no hay evidencia clara de que estas puedan mejorar los costes de la hospitalización que tienen los hospitales de gestión directa (véase Abellán Perpiñán, 2013; sobre CPP en otros lugares véase Alonso Alonso, Clifton y Díaz Fuentes, 2015; IASIST, 2012; McKee, Edwards y Atun, 2006; Sánchez Martínez, Abellán Perpiñán y Oliva Moreno, 2013). Acerete ...[et al] (2011) afirman que “los datos disponibles nos llevan a la conclusión de que el segundo contrato [en el caso de Alzira] no es un buen trato para la Consejería de la Salud del Gobierno de Valencia, tal y como pretende la narrativa oficial”.

Aunque parte del accionariado del hospital está actualmente en manos de la empresa Centene, multinacional especializada en salud, todos los entrevistados han estado de acuerdo en el creciente riesgo que supone la elección de partners estables en las concesiones administrativas, ya que es frecuente que estas empresas de salud pueden terminar vendiendo su parte del negocio a fondos de capital riesgo, como ocurre en la actualidad en algunas concesiones valencianas.

Finalmente, el Modelo Alzira arrastra el estigma de sus primeros años. En todo este tiempo, el proyecto ha sido objeto de un fuerte rechazo desde la oposición política y entre buena parte de los pro-fesionales sanitarios valencianos. Esta situación hizo que en cierto modo el Gobierno valenciano se encontrara de algún modo capturado y le ha sido difícil reconocer abiertamente los

problemas que se han producido. Tras las elecciones regionales de 2015, el nuevo Gobierno de izquierdas no parece tener la voluntad de prorrogar el contrato que finaliza en 2018, aunque en el momento de escribir este texto (verano de 2016) no se tenga todavía clara qué fórmula se utilizará para seguir prestando los servicios.

Los copagos son una práctica habitual en algunas áreas del espacio socio-sanitario español, como la compra de medicamentos o los servicios sociales (Montserrat Codorníu, 2009). En el caso concreto de la política de atención a las personas en situación de dependencia que se plasmó en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, promulgada en 2006 y que puso en marcha el Sistema de Atención a la Dependencia (SAAD), se preveía que al menos un tercio de sus necesidades de financiación se cubrirían con la aportación de los usuarios al pago de servicios (Montserrat Codorníu, 2007), mientras que el resto de los recursos provenían de las administraciones central y regional (Rodríguez Cabrero y Marbán Gallego).

El acceso al SAAD es un derecho subjetivo a un nivel básico de protección y se produce por la solicitud del beneficiario. Cada beneficiario es evaluado conforme un baremo por parte de la administración pública, la cual le reconocerá un grado de dependencia. Cada grado de dependencia da derecho a una serie de servicios y prestaciones. Es la administración junto al propio beneficiario o su familia quienes deciden qué tipo de prestaciones (por ejemplo, el pago de servicios, ayuda a domicilio, teleasistencia, residencias o centros de día) tendrán a su disposición.

Los cálculos iniciales sobre los potenciales usuarios del SAAD fueron desbordados por la realidad y empezó a necesitar más recursos de los previstos. Además, el fuerte impacto de la crisis se tradujo en importantes recortes que retrasaron la plena implementación de la ley que estaba prevista para 2015, se endurecieron los requisitos para acceder a las prestaciones y servicios, se redujeron las cuantías, al menos un 15%, y la intensidad, al ponerse en marcha un sistema de incompatibilidades entre servicios y prestaciones, que antes resultaban compatibles, y se incrementó la aportación de los usuarios (Moreno Fuentes, 2015; Del Pino, 2013; Rodríguez Cabrero y Marbán Gallego, 2013).

En la ciudad de Madrid, algo más de un 9% y casi un 20% de los mayores de 65 años se benefician en 2015 de dos servicios del SAAD: el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) y la Teleasistencia (según datos del Área de Gobierno de Equidad, Derechos Sociales y Empleo del Ayuntamiento). Ambos servicios representan un porcentaje modesto (28,6%) de las prestaciones de servicios asociados a la dependencia en España (CES, 2014), pero se trata de servicios muy apreciados por los ciudadanos, porque les permiten continuar en su hogar con cierto grado de autonomía.

Los servicios de teleasistencia y SAD van dirigidos a discapacitados y a personas mayores de 65 años que por su estado de salud, soledad y aislamiento los necesiten. La teleasistencia consiste en



un dispositivo tecnológico conectado a la red telefónica que permite la comunicación manos libres desde el domicilio del usuario con una central de atención que funciona las 24 horas del día, los 365 días del año. El terminal se complementa con una unidad de control remoto en forma de colgante o pulsera, que al pulsarlo se conecta inmediatamente con la central de atención. En algunos casos ofrece, además, dispositivos periféricos como detectores de gas o humo, entre otros. En el SAD, una persona especializada como auxiliar domiciliario se hace cargo de: 1) la atención personal, incluyendo apoyo en la higiene personal, apoyo en la movilización dentro del hogar, ayuda en la toma de medicamentos y acompañamientos puntuales fuera del hogar; y 2) la atención doméstica, que puede ir desde la limpieza cotidiana de la vivienda a la preparación de comidas.

### C. MÉTODO

El Ayuntamiento tenía un sistema de copago de los servicios sociales que prestaba que, en opinión de sus responsables técnicos, contribuía a la sostenibilidad del sistema y a la responsabilización de los usuarios con su uso. En marzo de 2013, con el Partido Popular (conservador) en el Gobierno, el Ayuntamiento de Madrid justificó el incremento del copago como una medida necesaria dada la situación de crisis y la aplicación de las medidas de ajuste decididas por el Gobierno de la nación (aunque esta normativa no fue aplicada en otros gobiernos). En parte, estas medidas fueron revertidas después por el mismo equipo de Gobierno al aproximarse las elecciones, lo que fue tachado de electoralismo por la oposición.

En cuanto al servicio de teleasistencia, en los últimos años ha habido tres modificaciones respecto a su precio. Hasta marzo de 2013, solo pagaban por este servicio que prestaba el Ayuntamiento, los pensionistas que cobraban la pensión máxima contributiva (de alrededor de 2.500 euros) y tenían menos de 80 años. Los mayores de esta edad, aunque contaran con rentas elevadas, estaban exentos de pagar. Sin embargo, desde marzo de 2013, el copago se aplicó también a los nuevos usuarios debido a la adaptación de un decreto nacional de 2012 (que implementaba una modificación del copago establecido en la Ley de 2006). Aquellos que ya venían usando el servicio y percibían una pensión superior a los 460,29 euros, también comenzarán a pagar un copago que se articula en cinco tramos a partir de enero de 2014. Esta medida afectó al 66% de los pensionistas usuarios del servicio. En tercer lugar, a partir de octubre de 2014 se aplicó una exención a aquellos con ingresos por debajo de 614,29 euros, que continúa en verano de 2016.

Por lo que se refiere al SAD, el Ayuntamiento venía prestándolo desde los años 80 y siempre con copago en función de la renta. Los beneficiarios del servicio prestado por el propio Ayuntamiento ascendían a alrededor de 50.000 en 2013. A ellos se unieron cerca de 4.000 usuarios que se incorporaban por la vía de la Ley de Dependencia y hasta entonces eran atendidos por el

Gobierno regional. Para algunos de estos últimos, el paso de un sistema a otro podía suponer un incremento sustantivo del copago puesto que el Gobierno regional cobraba 1,31 euros por la hora de atención y en el Ayuntamiento puede variar entre 0,57 y 7,31 euros, en función de los ingresos de perceptor que se organizan en catorce tramos, estando exento el grupo que percibe ingresos inferiores a 460,29 euros. En los casos en que los usuarios son atendidos durante un elevado número de horas (puede llegar a ser 70 horas por mes) en función de su grado de dependencia, el coste puede ser significativo. Es casi imposible estimar el impacto del copago en atención a la dependencia a nivel nacional. Un informe del Tribunal de Cuentas (2014) detectó que numerosos gobiernos regionales no habían adaptado sus normativas a los principios establecidos por la legislación del Estado central, que existía una gran variedad de regulaciones sobre tarifas y acerca de cómo establecer la capacidad económica de los usuarios de los servicios, y que muchos gobiernos regionales no proporcionan información o no lo hacen con suficiente calidad sobre estos aspectos. Además, los municipios pueden también establecer copago por los servicios de proximidad (la teleasistencia y el SAD) (Montserrat Codorniu y Montejo Sarrias).

El Ayuntamiento reconoce que se produjeron bajas debido al copago y que algunos usuarios redujeron el número de horas en que utilizaban el SAD. Sin embargo, no es posible conocer cuántas de estas bajas se debieron al incremento del copago. De las casi 8.000 bajas en 2013 (cifras similares a 2014), un 21% se debió a que el usuario rechazó el servicio, pero el Ayuntamiento no recoge información sobre los motivos de este rechazo. Sin datos seguros, la entonces responsable del servicio estimaba que las bajas debidas a la introducción del copago pudieron ser alrededor de 400. Además, se recibieron numerosas reclamaciones. El Servicio de Atención a Domicilio (SAD), descrito más arriba, supone una ayuda valiosa para las personas cuya independencia personal está restringida pero desean permanecer en su hogar. Aunque este tipo de servicios venía prestándose desde 1979, la aprobación de la Ley de Dependencia en 2006 consolidaba estos servicios haciéndolos universales y comprometiendo así una financiación pública importante proveniente de las administraciones central y autonómicas. El nuevo compromiso de financiación pública, el progresivo y agudo envejecimiento de la población que han convertido a España en el país más envejecido del mundo (UNFPA, 2014) y la pérdida de negocios en áreas como la construcción, la limpieza industrial o la seguridad como consecuencia de la crisis, han atraído a nuevas empresas al sector de la atención domiciliaria.

#### **D. RESULTADO Y DISCUSIÓN**

Además, en el contexto de la primera fase de la crisis que coincidió con la primera fase de implementación de la Ley de Dependencia, el Ayuntamiento (gobernado por la derecha) adoptó algunas medidas para la gestión del sistema que impactaron en la gobernanza del sistema y para



los ciudadanos. Con la llegada de un nuevo Gobierno de izquierdas, en parte estas medidas han sido revertidas sin que de momento se pueda apreciar el resultado.

En el nuevo contexto de crisis y aplicación de la Ley citada, las entidades de la economía social y pequeñas empresas que tradicionalmente se habían dedicado a este sector se vieron desplazadas por la competencia de grandes empresas. Las primeras se lamentan especialmente de la legislación europea que ha venido aplicándose hasta la fecha y las normas de contratación españolas (Directiva

2004/18/CE y Ley de Contratos del Sector Público de 14 de noviembre de 2014). Asimismo, se quejan del modo en que las administraciones regionales o municipales gestionan el proceso de licitación del SAD. En concreto, hay cuatro requisitos que son muy complejos de satisfacer por determinados tipos de entidades o empresas pequeñas.

En primer lugar, el Ayuntamiento de Madrid aumentó tanto la duración de los contratos de SAD como el volumen de los mismos. Por un lado, el SAD atiende a más usuarios que antes, y por el otro, el Ayuntamiento ha decidido agrupar más los paquetes de licitación que antes se ofrecían fragmentados. La necesidad de entregar un aval de alrededor del 5% de la licitación, expulsa del mercado a algunas empresas. En segundo lugar, el Ayuntamiento de Madrid dictó una nueva norma el 26 de abril de 2012 que concedía un peso creciente al criterio del precio en detrimento de las especificaciones técnicas en las licitaciones. Como la mayoría de empresas afirma cumplir las especificaciones técnicas, es finalmente el precio el que decide las adjudicaciones. Según esta norma el precio representaba al menos un 65% y los restantes criterios como máximo un 35%. Las grandes empresas pueden competir mejor gracias a un coste más bajo de su estructura. Además algunas empresas de menor tamaño se quejan de que en ocasiones se presentan ofertas con precios temerarios que logran expulsarlas definitivamente del mercado. En Cataluña, por ejemplo, la Confederació, patronal que engloba 1.200 organizaciones no lucrativas, solicitó al Gobierno catalán que no se concedan concursos a propuestas desproporcionadamente bajas.

En tercer lugar, los plazos de pago a proveedores por parte de las administraciones se han llegado a dilatar mucho más de los que establece la legislación vigente durante los últimos años debido a la crisis. Esto ha resultado inasumible por algunas empresas. En el Ayuntamiento de Madrid, los plazos de pago a proveedores se han reducido drásticamente en el último año gracias al apoyo de los planes estatales de financiación del pago a proveedores y ahora no alcanzan los 30 días desde el momento en que el Ayuntamiento acepta la factura. Sin embargo, 4.000 entidades catalanas agrupadas en la Taula del Tercer Sector, mostraron públicamente su preocupación por el retraso de los pagos del Gobierno catalán en el mes de septiembre de 2014.

El cambio de color político en el Gobierno cambia también la instrucción de 2012 mediante un decreto del Ayuntamiento de 23 de septiembre de 2015. Se elimina la obligación de otorgar 65

puntos a la oferta con precio más bajo, introduciendo diversas fórmulas con las que se calcula un 75 por ciento del precio, que incluyen además otros criterios de calidad de servicio y respeto al empleo de calidad, así como otras cláusulas sociales, de género, de comercio justo o medioambientales. En esta misma línea, una nueva norma (la Instrucción 1/2016) introduce criterios de naturaleza social en los pliegos de contratación. Esta incorporación se produce en el contexto de la transposición al derecho español de la Directiva 2014/23/UE relativa a la adjudicación de contratos de concesión y la Directiva 2014/24/UE que incluyen la necesidad de mejorar la eficiencia y que la contratación pública sirva también para perseguir objetivos de carácter social. Ambas Directivas debían transponerse al ordenamiento español antes del 18 de abril de 2016. La participación de empresas, atraídas por la financiación pública, ha facilitado que se incremente rápidamente el número de usuarios de los servicios (a nivel nacional, del 1,7% de la población a un 4,7% de los mayores de 65 años). En principio, en un sistema en el que las administraciones públicas tienen experiencia regulatoria y la regulación del precio es muy concreta, el acceso no se ve limitado por la participación de las grandes empresas.

## E. CONCLUSIÓN

Como en otras experiencias internacionales, los factores que han conducido a la introducción de cambios en el welfare-mix en las tres políticas sociales españolas analizadas, incluyen la necesidad de satisfacer las demandas de más servicios en un contexto de recursos limitados en el que la participación de terceros podía contribuir a la puesta en marcha de servicios que quizá de otra forma se hubieran tenido que posponer o solo habrían podido ser puestos en marcha si otros programas públicos, a priori menos necesarios, se hubieran retrasado o descartado; y a la creencia, a veces sin que exista clara evidencia empírica, de que determinadas fórmulas pueden ser más baratas, de mayor calidad o más eficientes. Sin embargo, la ideología de los gobiernos también explica la selección y posterior revisión de determinadas fórmulas de welfare-mix elegidas.

Los cambios en la gobernanza del welfare-mix se han puesto en marcha utilizando diferentes instrumentos de política pública de tipo organizativo (CPP), financiero (copago) y regulatorio, modificando una norma sobre la gestión de la contratación pública. En los tres casos analizados, la gobernanza del welfare-mix se ha transformado de distintas maneras. Podría hablarse de una primera fase más mercantilizadora, en la que se intensificó el papel del sector privado o de prácticas relacionadas con la gestión privada. En una segunda fase, distintos factores relacionados con el funcionamiento insatisfactorio de estas experiencias, pero también motivos vinculados a los valores o a la ideología o a la proximidad de las elecciones hicieron que parte de las decisiones tomadas en un momento inicial se revirtieran o planearan revertirse. El aumento del copago se

redujo, parece que se planea volver a la gestión pública del hospital analizado y, por último, aunque no se ha implementado un mecanismo de gestión pública para el sistema de ayuda a domicilio, sí se han limitado algunos de los rasgos del carácter marcadamente mercantil que estaba manifestando la provisión de este servicio para dar más espacio a fórmulas de la economía social. Una clara conclusión de este análisis es la ausencia de mecanismos de evaluación de estas experiencias. Con esta carencia no solo se incumple la necesidad de rendir cuentas en el caso de servicios que siguen siendo de titularidad pública, sino que además es imposible valorar y adoptar decisiones sobre cuál es el modelo socialmente más justo y económicamente más eficiente. Se trata de un desafío difícil, ya que la administración española está todavía poco acostumbrada a analizar los impactos de los programas que ella misma diseña y ejecuta, y ahora, además, se le pide el reto de evaluar políticas que implementan otros actores ajenos a la administración.

En los casos analizados no quedan claras ventajas e inconvenientes, a veces debido a que simplemente no existen buenos datos con los que realizar una valoración sólida. Con el aumento del copago no está claro si tuvo alguna ventaja de las que habitualmente se le reconocen como moderador de la demanda excesiva de los servicios o para proporcionar más recursos a la administración; o simplemente logró expulsar a algunos usuarios del sistema, parte de los cuales hubo que recuperar, ni tampoco queda claro el coste de la implantación del mismo. En el caso de las concesiones sanitarias no se sabe si suponen un ahorro para los contribuyentes y si sus resultados en salud son mejores y no deja de ser extraordinariamente llamativo que la propia administración reconozca que todo ello se podría evaluar si se contara con datos veraces por ambas partes. Finalmente, tanto en este último caso como en relación con la incorporación de las grandes empresas a la gestión de los servicios, el esfuerzo realizado por la administración en la supervisión y control no está cuantificado, aunque se estima que es significativo si se quiere velar por la calidad del servicio e incluso por las condiciones laborales de los trabajadores.

Aun teniendo en cuenta las limitaciones de los datos, se pueden presentar algunas conclusiones sobre lo que acá se ha llamado la privatización del riesgo. La participación de otros actores ha posibilitado en algunos casos el incremento de la oferta de servicios a la ciudadanía. Sin embargo, como ha demostrado el caso del copago en servicios sociales, es necesario estar muy atento a las situaciones de exclusión que estos mecanismos pueden plantear y a los problemas de selección de clientela por parte de otros actores, dejando a la administración los casos más difíciles. En el caso del hospital analizado, los ciudadanos ya recibían atención sanitaria pública, pero este hospital ha permitido acercarlos la atención. Los datos no permiten confirmar que en este caso se descarten pacientes, pero lo que sí se produce es un esfuerzo activo para la captación de pacientes que, como se ha explicado, puede impactar negativamente en el conjunto del sistema sanitario.

Los datos manejados no permiten afirmar que el mayor recurso a estas fórmulas empeore la calidad de los servicios, pero tampoco que la mejore. Cuando se han conseguido datos, los resultados son similares a fórmulas de gestión directa. Sí parece claro que las condiciones laborales se ven afectadas muchas veces a la baja, con mecanismos de tipo mercantil frente a la gestión pública directa u otras fórmulas de economía social.

La administración no parece ser del todo capaz de garantizar las condiciones para asegurar el funcionamiento adecuado de algunas de estas experiencias complejas como la transferencia de riesgo a las empresas, la competencia, la independencia de los reguladores, el control, y presenta carencias en relación con el expertise público en materia de evaluación. Se trata de un reto importante, porque la paradoja que puede producirse es que efectivamente el riesgo que debían asumir terceros actores se socialice, mientras que solo se privaticen los beneficios.

## REFERENCIAS

1. Abril, Guillermo y Prats, Jaime (2013), "Los gigantes de la sanidad privada", en El País, Madrid, [http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/01/03/actualidad/1357233012\\_416495.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/01/03/actualidad/1357233012_416495.html), 08-08-2016.
2. Acerete, Basilio; Stafford, Anne; y Stapleton, Pamela (2011), "Spanish Healthcare Public Private Partnerships: the 'Alzira Model'", en *Critical Perspectives on Accounting*, Vol. 22 No 6, pp. 533-549.
3. Alonso Alonso, José Manuel; Clifton, Judith Catherine; y Díaz Fuentes, Daniel (2015), "The Impact of New Public Management on Efficiency: an Analysis of Madrid's Hospitals", en *Health Policy*, Vol. 119 No 3, pp. 333-340.
4. Andersen, Jørgen Goul (2008), "Welfare State Transformations in an Affluent Scandinavian State: the Case of Denmark", en *Welfare State Transformations*, Martin Seeleib-Kaiser (ed.), London, Palgrave Macmillan.
5. Araujo Barceló, Alejandro (2013), "La colaboración público-privada: entre indeterminación, flexibilidad e incertidumbre", Madrid, Instituto de Estudios Fiscales (Documentos; No 4).
6. Arenas Díaz, Carlos Alberto (2013), "Eficiencia de las concesiones administrativas sanitarias de la Comunidad Valenciana", Madrid, Sociedad Española de Directivos de la Salud, <http://sedisasigloxxi.es/spip.php?article373>, 08-08-2016.
7. Benedito, Juan (2010), "La experiencia valenciana de las concesiones administrativas en la sanidad pública", en *¿Por nuestra salud?: la rehabilitación de los servicios sanitarios*, Madrid, Traficantes de Sueños.
8. Braun, Dietmar y Trein, Philipp (2014), "Federal Dynamics in Times of Economic and Financial Crisis", en *European Journal of Political Research*, Vol. 53 No 4, pp. 803-821.

9. Bridgen, Paul y Meyer, Traute (2008), "Politically Dominant but Socially Flawed: Projected Pension Levels for Citizens at Risk in Six European Multi-Pillar Pension Systems", en *Welfare State Transformations*, Martin Seeleib-Kaiser (ed.), London, Palgrave Macmillan.
10. Caballer Tarazona, María y Vivas Consuelo, David (2016), "A Cost and Performance Comparison of Public Private Partnership and Public Hospitals in Spain", en *Health Economics Review*, Vol. 6 No 17, pp. 1-7.
11. Del Pino, Eloísa (2013), "The Spanish Welfare State from Zapatero to Rajoy: Recalibration to Retrenchment", en *Politics and Society in Contemporary Spain: from Zapatero to Rajoy*, Bonnie N. Field y Alfonso Botti (eds.), New York, Palgrave Macmillan.
12. Deloitte (2008), *Perspectivas de futuro de los servicios de atención a la dependencia: el servicio de atención a la dependencia (SAD). Estudio del marco conceptual, oferta, demanda y modelo de costes*, Madrid, Deloitte.
13. COCETA (2010), *Cuando se trata de personas, las cooperativas llevan la iniciativa. Cooperativas de trabajo de iniciativa social: radiografía de un sector*, Madrid, Confederación Española de Empresas de Trabajo Asociado.
14. Gingrich, Jane R. (2011), *Making Markets in the Welfare State: the Politics of Varying Market Reforms*, Cambridge, Cambridge University Press.
15. Greve, Bent (2015), *Welfare and the Welfare State: Present and Future*, Oxon, Routledge.