

La nueva contratación pública sanitaria y su control

FRANCISCO JAVIER GARCÍA PÉREZ

Auditor Interno de la Universidad de Castilla-La Mancha

Recibido: Noviembre 2018

Aceptado: Noviembre 2018

Resumen

Las nuevas Directivas de Contratación de la Unión Europea y su trasposición nacional a través de la Ley 9/2017 de Contratos del Sector Público, plantea un nuevo escenario en el gasto público que configura una compra pública centrada en cuatro aspectos: la planificación y racionalización, la inclusión de aspectos sociales y medioambientales, la compra pública innovadora y la contratación electrónica. Este nuevo entorno ofrece nuevas oportunidades al sector sanitario, pero al mismo tiempo una serie de retos de control del gasto público que deberá estar acorde a los nuevos tiempos.

Palabras clave: contratación pública electrónica. Fiscalización. Auditoría. Control del gasto público.

Clasificación JEL: H51, H57.

Abstract

The new Directives of Public Procurement of the European Union and its national transposition through the law 9/2017 about Public Procurement, raises a new framework in the public expenditure that configures a public purchase focused on four aspects: the planning and rationalization, the inclusion of social and environmental aspects, innovative public procurement and electronic contracting. This new environment offers new opportunities to the health sector, but at the same time a series of challenges of control of public expenditure that must be according to the new times.

Key words: electronic public procurement. Inspection. Audit. Control of public expenditure.

JEL Classification: H51, H57.

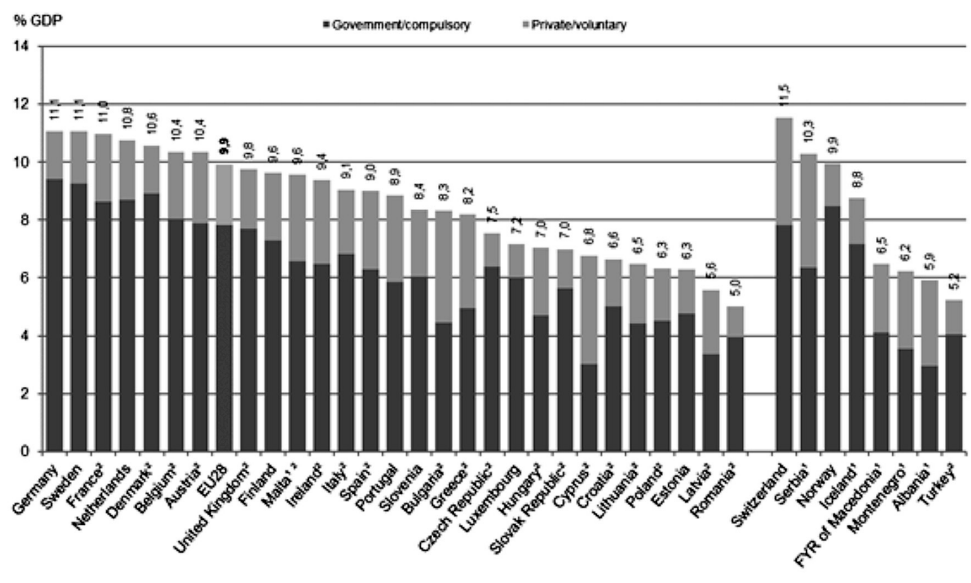
1. Claves de la nueva contratación pública

El devenir de la historia de la humanidad ha estado marcado, más que por los hechos acaecidos, por la manera en que cada pueblo o grupo social ha sabido reaccionar a tales circunstancias, constituyendo un nuevo orden que les diferencia de otros grupos de población que han interpretado las señales de manera diferente. En este sentido, el advenimiento de una crisis financiera de carácter global en el ocaso de la primera década de este siglo como *movimiento sísmico* consecuencia de las tensiones acumuladas por el nuevo reparto de poder económico operado en el mundo motivada por la entrada, con un carácter *sui géneris* eso sí, del este asiático en la denominada economía de mercado, ha supuesto un reparto de fuerza. Este nuevo reparto deja a Europa en una encrucijada, en tanto que, habiendo perdido la fuerza productiva en beneficio del sudeste asiático y la innovación en favor de Norteamérica, pero manteniendo el respeto y confianza de ambos «ejes», se ha de plantear su nueva posición. Efectivamente, la Unión Europea (los 28 Estados miembro) es la mayor economía mundial, con apenas el 7% de

la población genera el 17,1% del PIB mundial, el 16,6% del tráfico comercial (importaciones y exportaciones) y es socio estratégico comercial de 59 países (casi el doble que cualquier otra potencia)¹, sin embargo, mantener esta posición dependerá de nuestra capacidad de contener el gasto del denominado *Estado del Bienestar*, derivado de la sinergia evolutiva de la curva demográfica y la pirámide de población, a la vez que se utiliza este gasto para generar valor añadido entorno a potenciar la calidad en la producción de bienes y servicios.

Inevitablemente, este nuevo escenario tiene su repercusión en la contratación pública, la cual supone un valor comercial de un billón de euros anuales (casi un quinto del PIB² de la Unión Europea). De esta manera, persistir en el mantenimiento de las políticas sociales en base gasto pondría en serio riesgo en un breve espacio de tiempo no solo tales políticas sino también la relevancia estratégica de la Unión Europea en la nueva escena mundial. Y los estudios llevados a cabo en el conjunto de la UE arrojaban altos ratios de ineficacia en el gasto público, sobre todo en los Estados miembro meridionales del continente (países del sur y sureste principalmente).

Gráfico 1
Gasto total en sanidad en la Unión Europea



Fuente: OCDE.

En este sentido y por los motivos expuestos anteriormente, las denominadas «Directivas de Contratación de Cuarta Generación»³ vienen a reaccionar, en el ámbito del gasto público,

¹ «Comprender las políticas de la Unión Europea: Comercio», Comisión Europea (2016).

² Producto Interior Bruto del conjunto de la Unión Europea.

³ Publicadas en el DOUE de 28 de marzo de 2014, son las siguientes: Directiva 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, sobre contratación pública y por la que se deroga la Directiva 2004/18/CE. Directiva 2014/23/UE, de 26 de febrero de 2014, relativa a la adjudicación de contratos de concesión. Directiva 2014/25/UE, de 26 de febrero de 2014, sobre contratación pública en el sector de las aguas, el gas, el calor y el frío.

a esas señales de cambio interpretadas como un reto y una oportunidad de posicionarse como dinamizador de las relaciones entre los polos de poder emergente. Como se puede deducir sin gran esfuerzo, el gasto público sanitario, que supone más de una séptima parte del total de éste, no puede ser ajena a este nuevo paradigma. En este trabajo intentaremos analizar cómo afecta este cambio en un sector tan importante de la contratación pública como es el sanitario, instrumento relevante en la consecución y mantenimiento del estado social propugnado por nuestro Carta Magna⁴.

De este modo, tales Directivas europeas, así como la norma nacional que traspone las mismas para este aspecto encabezada por la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014 (en adelante LCSP), se centran en cuatro aspectos fundamentales:

1. La planificación y racionalización del gasto.
2. La inclusión de aspectos sociales y medioambientales.
3. La compra pública innovadora.
4. La contratación pública electrónica.

De estos aspectos hablaremos en los siguientes párrafos, si bien procede destacar en este momento la relevancia que tendrá para el futuro de la contratación pública sanitaria la implantación de la contratación pública electrónica (apuesta decidida por las actuales Directivas), punto de fácil consecución para el sector sanitario en términos generales, debido al recorrido en este sentido que se viene desarrollando en otros aspectos de la prestación sanitaria y permitirán alcanzar la madurez digital en los procedimientos de adquisición en plazos razonables. Lo cual no está exento de retos, como también se verá más adelante.

1.1. La nueva regulación de la contratación pública

En el entorno expuesto al principio, la vigente normativa europea de contratación pública prevé que exista un régimen jurídico especial respecto de la contratación de los servicios dirigidos directamente a los ciudadanos, destinatario y pagador último de todo el sistema de adquisiciones públicas, que singularmente son los contratos: educativos, sociales y sanitarios. Para el caso de los contratos sanitarios que nos ocupa, la cuestión de fondo es que se trata de una competencia transferida a las Comunidades Autónomas, proceso culminado en el año 2002⁵ y que necesita para su correcto desarrollo de un balanceo de intereses de gran calado, por un lado la capacidad normativa de los entes regionales para regular la materia como estimen conveniente siempre con respeto al principio de transparencia en la aplicación de la normativa promulgada, por otro lado, tal capacidad deberá actuar dentro de las normas superiores de igualdad de trato en todo el territorio nacional que en términos sanitarios, con el alto grado de protección conseguido, supone una limitación normativa nada desdeñable.

2014, relativa a la contratación por entidades que operan en los sectores del agua, la energía, los transportes y los servicios postales, y por la que se deroga la Directiva 2004/17/CE.

⁴ Promulgado inicialmente en los arts. 1.1 y 45 de la Constitución Española.

⁵ Salvo para las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

Para el caso de la contratación pública de carácter social dirigida directamente al administrado, la eficiencia no puede ser entendida desde un punto de vista puramente mercantilista de rendimiento económico, ya que la consecución de un Estado social persigue un bien superior y común, pudiéndose entender excepciones desde el punto de vista de la solidaridad que impera en este sistema, así lo ha venido entendiendo la jurisprudencia europea (STJUE, *Sodemare y otros*) que ha llegado a admitir excepciones al principio de libre competencia cuando se celebren contratos con entidades sin ánimo de lucro. En este sentido hay que entender la configuración del art. 77 de la Directiva 2014/24/UE y la Disp. Adic. 48ª LCSP, la cual, tras referirse a la posibilidad de la existencia de una regulación especial sobre este tema a través de la Disp. Adic. 4ª de la misma norma⁶, establece facultad de los órganos de contratación de reservar algunos contratos sanitarios, con una duración máxima de tres años, a «*determinadas organizaciones*» de deberán cumplir (todas) las siguientes condiciones:

- a). *«Que su objetivo sea la realización de una misión de servicio público vinculada a la prestación de los servicios contemplados en el apartado primero.*
- b). *Que los beneficios se reinviertan con el fin de alcanzar el objetivo de la organización; o en caso de que se distribuyan o redistribuyan beneficios, la distribución o redistribución deberá realizarse con arreglo a criterios de participación.*
- c). *Que las estructuras de dirección o propiedad de la organización que ejecute el contrato se basen en la propiedad de los empleados, o en principios de participación, o exijan la participación activa de los empleados, los usuarios o las partes interesadas.*
- d). *Que el poder adjudicador de que se trate no haya adjudicado a la organización un contrato para los servicios en cuestión con arreglo al presente artículo en los tres años precedentes.»*

En el caso que nos ocupa y en consonancia con todo lo anteriormente dicho, resulta de gran relevancia lo prevenido por la Disposición Adicional 47ª respecto de determinados contratos de servicios de carácter sanitario, en tanto que, si bien deja —como hemos venido diciendo— margen a las autoridades regionales respecto a la regulación normativa, dispone que «...los órganos de contratación velarán en todas sus fases por la necesidad de garantizar la calidad, la continuidad, la accesibilidad, la asequibilidad, la disponibilidad y la exhaustividad de los servicios; las necesidades específicas de las distintas categorías de usuarios, incluidos los grupos desfavorecidos y vulnerables; la implicación de los usuarios de los servicios; y la innovación en la prestación del servicio» abogando una vez más por la uniformidad, el acceso en igualdad de condiciones a la salud en todo el territorio nacional y al mantenimiento de la calidad adquirida en los servicios.

En este apartado es de obligada mención la nueva regulación de la contratación menor, tan controvertida por otro lado a la vista de las múltiples interpretaciones que se han generado, en tanto que la Disposición Final 44.2 de la Ley 6/2018, de 3 de julio, Presupuestos Generales del Estado para el año 2018 ha añadido una Disposición Adicional 54ª a la LCSP que incluye a las Fundaciones de Investigación Biomédica, y los centros, instituciones y con-

⁶ Entre otras cosas, suprime con carácter general la exigencia de consignar garantía definitiva.

sorcios del Sistema Nacional de Salud como «*comprendidos entre los agentes públicos del Sistema Español de Ciencia, Tecnología e Innovación, en los términos establecidos en la Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación*» a los efectos de contratación pública, para extender los límites económicos del art. 118.3 LCSP hasta los 50.000 euros de valor estimado para contratos los contratos de suministro o de servicios.

Por último, para cerrar este apartado de regulación y sin perjuicio de referirme a ella más adelante, se debe hacer mención a lo posibilista de la norma respecto de la colaboración interadministrativa encaminada a la adquisición centralizada de medicamentos (específicamente), otros productos y servicios sanitarios, a través de la Disposición Adicional 27ª LCSP.

1.2. La planificación como excelencia

Una de las exigencias más claras y que más va a costar cumplir en la franja sur de la Unión Europea es la planificación de la contratación pública. El art. 28.4 LCSP establece muy claramente la obligación de las entidades del sector público de planificar y anticiparse a las adquisiciones como elemento esencial de los principios presupuestarios que rigen el gasto público, disponiendo que estas entidades «...programarán la actividad de contratación pública, que desarrollarán en un ejercicio presupuestario o períodos plurianuales y darán a conocer su plan de contratación anticipadamente mediante un anuncio de información previa», al menos los contratos SARA⁷ que se tengan previstos adjudicar en un período de doce meses desde el envío del anuncio (art.134.6 LCSP).

Como veremos más adelante, la capacidad de planificación de la adquisición de bienes y servicios en el sector sanitario, aparte de ser una obligación legal para determinados casos, supondrá una ventaja competitiva por unidades de compra, en consonancia con la racionalización, que revertirá en altos niveles de excelencia en la gestión pública y la gobernanza del sistema sanitario público. La planificación como indicador de excelencia adquiere relevancia capital, pues de una buena planificación en el ámbito de la contratación pública se derivarán mejoras en la gestión estratégica del poder adjudicador, catalizadora de esa nueva gobernanza.

1.3. La racionalización de las adquisiciones públicas

Como ya hemos apuntado, del ingente gasto público que se canaliza por la contratación sujeta a la LCSP, el sector sanitario es de los más relevantes, tanto en términos económicos como de repercusión social. Además, una importante parte de ese gasto y esfuerzo en términos de recursos humanos dedicados a la contratación pública, lo consume la adquisición de bienes y productos, ya que solamente el gasto en productos farmacéuticos supone 10.000 millones de euros al año⁸; que se ofrecen en el mercado, es decir, que no se fabrican expresamente para el adquirente. En este ámbito, adquiere especial relevancia la racionalización técnica de la contratación pública, a la cual la LCSP dedica un capítulo entero (arts. 218 al 230) y que desarrolla tres sistemas principales: los acuerdos marco (AM), los sistemas

⁷ Se refiere a contratos Sujetos A Regulación Armonizada; es decir, a los regulados en el art. 19 LCSP que superen los umbrales de valor estimado establecidos para cada tipo de contrato en los arts. 20 a 23 LCSP.

⁸ Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (www.mscbs.gob.es).

dinámicos de adquisición (SDA) y las centrales de contratación, para las cuales, referido el Sistema Nacional de Salud habrá de añadirse la Disposición Adicional 27^a de la propia ley.

No procede ahora desarrollar cada uno de los sistemas, sino más bien, advertir que los poderes adjudicadores del sector sanitario serán uno de los grandes beneficiados de su utilización, una vez tengan la capacidad de anticipar el conocimiento (planificación) a todos los bienes y productos que necesitan para el desarrollo habitual de su actividad, sobre todo cuando sean capaces de implantar un SDA puro (totalmente electrónico, art. 223.2 LCSP) que permita actualizar proveedores, productos y condiciones de adquisición (incluido precio) de manera dinámica y totalmente transparente para los licitadores acreditados en el mismo y para los administrados, en cumplimiento del art. 8 de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno.

1.4. Los aspectos sociales y medioambientales como praxis política

Siendo una de las grandes novedades de la LCSP, heredada de las Directivas europeas, lo cierto es que para el caso de la contratación pública en el sector sanitario ya venía implícita en gran medida un tratamiento especial para los contratos con cierta carga social y dentro de las prescripciones técnicas de muchas adquisiciones, sobre todo de suministros, se tenían en cuenta cuestiones medioambientales en tanto que fueran más saludables y, por ende, perseguía mejor el fin común de todo el sector.

Tras configurarse como principios vertebradores de carácter necesario por medio del art. 1.3 LCSP, los principios sociales y medioambientales son introducidos en la nueva regulación como requisito a cumplir en la ejecución de los contratos por medio del art. 201 de la Ley imponiendo a los órganos la obligación de tomar «...medidas pertinentes para garantizar que en la ejecución de los contratos los contratistas cumplen las obligaciones aplicables en materia medioambiental, social o laboral establecidas en el derecho de la Unión Europea, el derecho nacional, los convenios colectivos o por las disposiciones de derecho internacional medioambiental, social y laboral que vinculen al Estado», que junto con la posibilidad de establecer condiciones especiales de ejecución (art. 202 LCSP) conforman un marco propicio para la consecución de tales fines. Para el sector sanitario resulta un reconocimiento tácito de sus aspiraciones, basadas en la relación calidad/precio antes que en el ahorro neto, y en el beneficio social de la contratación pública como aspiración general de todas las administraciones públicas y muy en particular las relacionadas con la conservación y recuperación de la salud.

1.5. La compra pública innovadora en el sector sanitario

Si bien siempre se ha tenido la tentación en el imaginario popular de identificar sector público y anquilosamiento, en el sector sanitario resulta casi imposible tal asociación de ideas, es más, de todos los sectores que clamaban por una nueva contratación pública más ágil y adaptada a los tiempos es, junto con la investigación (y no solo la universitaria), precisamente el sector sanitario. Efectivamente, el sector público sanitario está, y debe estar, en contacto permanente con la innovación, que le permita ofrecer tratamientos y procedimientos innovadores a los usuarios de los servicios de salud. Con las adquisiciones de innovación,

los «compradores públicos pueden comparar diferentes soluciones y obtener el mejor precio por una solución innovadora específicamente adaptada a su necesidad, evitando los costes de elementos innecesarios o rigideces de los proveedores, y tomando en consideración las necesidades del sector público a largo plazo», Semple, (2015), pero para el desarrollo de procedimientos de adquisición tan complejos como este, se «exige profesionalización de los gestores», Bernal y Gimeno (2015)

La asociación para la innovación es un procedimiento de adjudicación de contratos públicos «...que tiene como finalidad el desarrollo de productos, servicios u obras innovadores y la compra ulterior de los suministros, servicios u obras resultantes, siempre que correspondan a los niveles de rendimiento y a los costes máximos acordados entre los órganos de contratación y los participantes», es decir, para obtener productos o soluciones que no existen en el mercado y que anteriormente se tenían que articular, forzando al máximo las posibilidades de la norma, por el desaparecido procedimiento de colaboración publico-privada.

Ya existen algunos casos de éxito temprano en este tipo de adquisiciones, si bien utilizando modelos contractuales existentes (menos adaptados que los nuevos), como es el del Centro Médico de la Universidad Erasmus (Rotterdam, Holanda) «en el que se buscaba una solución sostenible para la limpieza de camas de hospital, adjudicándose finalmente el desarrollo de una innovadora maquinaria automática para la limpieza de camas que consume muchos menos recursos energéticos y humanos», en el mismo sector sanitario también podemos ver el caso del Hospital provincial de Rawicz, (Polonia) donde «el objetivo era el desarrollo de fibras biológicas que mejoran el rendimiento de los uniformes del personal del centro, con un coste de ciclo de vida menor», Martínez (2015).

2. Oportunidades y retos que ofrece al sector sanitario la nueva contratación pública

Hasta aquí hemos visto lo más relevante del nuevo orden normativo entorno a la contratación pública sanitaria, sin embargo es necesario destacar algún aspecto relevante respecto de las implicaciones que tales novedades tienen en el sector sanitario, generando retos y oportunidades según se gestione el cambio, que no por ser necesario ha de hacerse sin visión en términos de oportunidad para implementar nuevos procesos y, si llegara el caso, nuevas estructuras de gobernanza.

2.1. La contratación pública como estrategia

La estrategia en la contratación pública supone plantear la contratación como un instrumento al servicio de las políticas públicas, tanto las de los Estados miembro como las comunitarias, para implementar, por medio de contratos públicos, las políticas en materia social, medioambiental, de innovación y de promoción de la participación de las pequeñas y medianas empresas (PYME).

Con el montante económico que se canaliza por la contratación pública no se puede dejar pasar la oportunidad de modular el mercado y conseguir, al mismo tiempo, la aplicación de políticas económicas, sociales y medioambientales a través de la misma. Así, se han ido

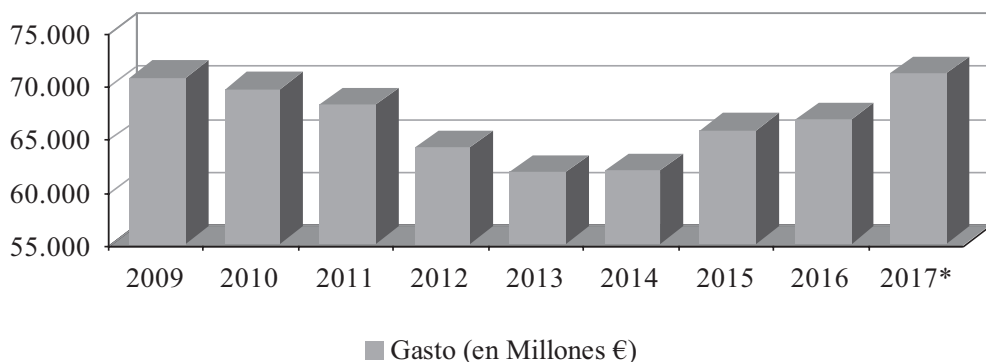
incorporando criterios de adjudicación y ejecución con estas consignas e incluso se reserva determinados contratos para sectores a potenciar e integrar. Pero la ley permite y los tiempos impulsan, a tomar en consideración por parte de los órganos de contratación del sector sanitario en la configuración de sus licitaciones de valores que permitan cumplir y avanzar en otros aspectos como son la igualdad, en cumplimiento del principio informador establecido por la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, entre otras políticas estratégicas a implantar a través de la contratación.

Por otro lado, al hablar de la planificación ya esbozamos lo importante que sería para la estrategia del sector sanitario. Este ámbito del gasto público se verá muy beneficiado de los datos que se podrán manejar por medio de los análisis necesarios para poder planificar las adquisiciones y, con el apoyo de la contratación electrónica para proveer más datos estructurados, poder diseñar una compra pública sanitaria más eficiente. Los dirigentes públicos deben adquirir habilidades respecto de la utilización de tales datos en el diseño de estrategias de gasto.

2.2. La eficacia en la compra pública sanitaria

El gasto sanitario actual alcanzó el año 2017 (teniendo en cuenta que se publicará el 2019, la reencia al año pasado no procede) casi los 71.000 millones de euros⁹ y se situará entre 97.000 y 113.000 millones para 2025 según los últimos informes, ESADE (2017) y si tenemos en cuenta la tendencia de gasto público en este sector desde 2009 que indica que si bien se produjeron severos recortes de gasto, éste ha repuntado hasta alcanzar los niveles de gasto anteriores a la crisis financiera global.

Gráfico 2
Evolución del Gasto Público en Sanidad en España



Sin embargo y en contra de los que pudiera parecer, el índice de eficiencia del sistema sanitario español es muy alto, en tanto que aún habiendo descendido porcentualmente el gasto público en sanidad desde 2009 (6,8% PIB) hasta el 2017 (6,3% PIB)¹⁰, con un puesto 17º

⁹ Último dato publicado (provisional) por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social para 2017. Fuente: www.mscbs.gob.es.

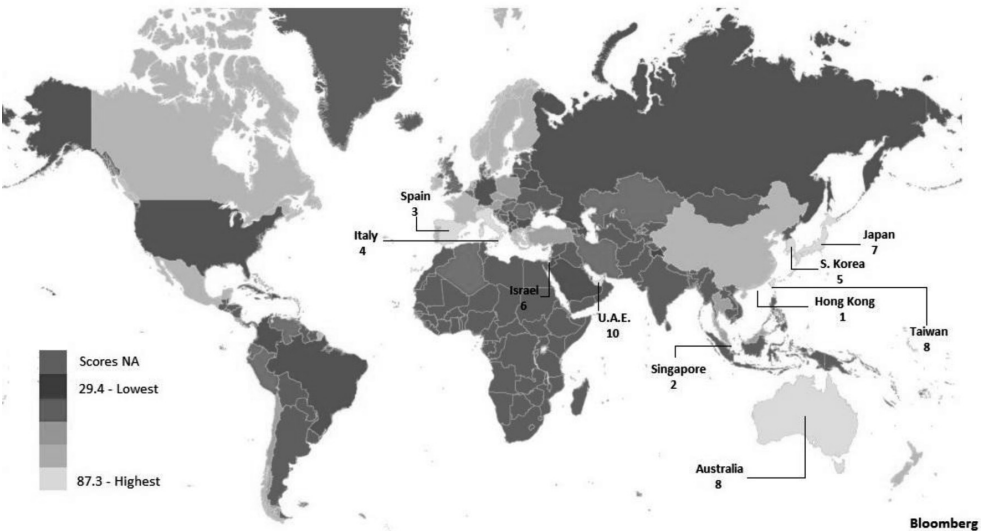
¹⁰ Datos de la OCDE: stats.oecd.org

en cuanto al ranking mundial de gasto, no solo se han mantenido los estándares de calidad, sino que se han situado entre los mejores del mundo (3º) y ser, de facto, la mejor de Europa.

Bloomberg Health Care Efficiency

Rank	Rank 1Y Ago	Chg	Economy	Efficiency Score	Life Expectancy	Relative Cost %	Absolute Cost \$
1	1	-	Hong Kong	87.3	84.3	5.7	2,222
2	2	-	Singapore	85.6	82.7	4.3	2,280
3	3	-	Spain	69.3	82.8	9.2	2,354
4	6	2	Italy	67.6	82.5	9.0	2,700
5	4	-1	S. Korea	67.4	82.0	7.4	2,013

Health Care Efficiency Scores in 56 Economies



Pero esto no significa que debamos relajarnos, sino más bien aprovechar el camino andado para, una vez analizado, poder exportar el modelo de control sobre el gasto público, más concretamente el gasto que se tramita por medio de la contratación pública.

2.3. Colaboración con el resto del sector público

La colaboración interadministrativa es un reto que todas las administraciones públicas deben afrontar, pero nos estamos refiriendo en la oportunidad que ofrece la nueva regulación de generar sinergias entre las instituciones sanitarias con otras administraciones públicas

que vayan más allá de la docencia en centros universitarios, etc. Precisamente es con el sector universitario que se pueden estrechar colaboraciones en términos de investigación, canalizándolo ahora por el nuevo procedimiento de asociación para la innovación y otros instrumentos con los que se genere valor añadido para ambas instituciones.

La conexión del sector sanitario con el resto de los sectores con presencia en la innovación y la investigación supone una ventaja competitiva en términos de eficiencia del gasto público, con la nueva regulación de la contratación pública como marco de desarrollo; suponiendo una oportunidad de crecimiento y transferencia de conocimiento bidireccional como reversión de la inversión pública hacia la sociedad, siquiera con carácter indirecto.

2.4. La contratación pública electrónica

La implantación de la administración electrónica ni es nueva, ni es exclusiva de la contratación pública; se ha venido desplegando a través de las últimas normativas en todos los ámbitos de la administración pública un decidido camino hacia esta implantación. Respecto de la contratación pública se pretende darle un impulso decisivo, junto con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas; hacia una administración digital y un procedimiento de adjudicación totalmente electrónico.

Pero el advenimiento imparable de la administración electrónica (y su consecuencia respecto de la digitalización) supone una gran oportunidad y un gran reto para todo el sector público al que el sanitario no es ajeno. La mayoría del personal adscrito a las administraciones públicas (ya sea funcionario o laboral) no somos nativos digitales y en este estado de *inmigración digital* la implantación de procesos de flujo de trabajo virtualizados y los procedimientos en formato electrónico suponen más un reto de adaptabilidad que una oportunidad de mejora, es por ello que se debe poner la tilde sobre la adaptación al cambio del sector público sanitario, en todos los niveles.

Además de lo anterior, el reto más importante es la vertebración de todo el sistema sobre el dato y su manejo, no sobre el soporte en el que se encuentre (papel, radiografía, etc.) como sucedía anteriormente y su manejo, de esta manera el control del dato requerirá de nuevas estrategias y procedimientos que permitan ofrecer la fehaciencia del mismo como esencia de la propia administración pública.

Por ello, al dato informático implicado en cualquier procedimiento de contratación pública sanitaria, habrá que exigirle, al menos:

- Autenticación. Identidad persona o entidad origen del dato.
- Integridad. Completitud, exactitud y validez del dato.
- Autorización. Intervención en el dato por autoridad competente.
- Reconocimiento (No repudio). No puede negar haber intervenido.

Una vez seamos capaces de comprender la relevancia del dato en el nuevo escenario de adquisiciones públicas, deberemos afrontar los retos y desafíos sobre el control de ese dato, como son las nuevas tecnologías Blockchain, Tapscott (2016) o cadena de bloques de infor-

mación con trazabilidad ‘hash’ y la encriptación del dato, Nuñez (2017) con niveles máximos de seguridad (encriptación asimétrica y cuántica), que serán realmente relevantes en sectores con ingente producción de datos sensibles como es el sanitario, Nespral (2017). Pero para ese momento, ya estaremos hablando de las *Directivas europeas de quinta generación*.

3. Conclusión

La cuarta generación de Directivas europeas de contratación pública como respuesta a una situación de cambio obligada por el proceso de establecimiento de un nuevo escenario económico mundial, enfocadas a la excelencia con innovación y la recuperación del factor calidad/precio, la implantación con carácter obligatorio y transversal de los criterios sociales y medioambientales, la planificación y la implementación de estrategias de adquisiciones, todo ello en un entorno de informatización de procesos; tienen una repercusión clara en el sector sanitario a través de su contratación pública. Esta incidencia generará retos y oportunidades que permitirán mejoras significativas en la consecución de los fines que les son propios conservando, e incluso incrementando, los niveles de eficiencia en el gasto público a través de una fiscalización más moderna y adaptada, sobre unos gestores de contratación cada vez más profesionalizados y especializados.

Bibliografía

- Bernal, M. A. y Gimeno, J. M. (2015). «Guía 2.0 para la compra pública de innovación». *Ministerio de Economía y Competitividad*. Madrid.
- Comisión Europea (2016). «Comprender las políticas de la Unión Europea: Comercio». *Comisión Europea*. Bruselas.
- ESADE (2017). Informe «*Funding The Gap: El Futuro del Sistema Sanitario. ¿será posible financiar el sistema y reducir las desigualdades en salud?*».
- Martinez, J. M. (2015). «Guía para autoridades públicas sobre la Contratación Pública de Innovación», *Observatorio para la Contratación Pública*. Opiniones 209, 26/10/2015.
- Nespral, D. (2017). «Farma y Salud dan un paso al frente». *Gestion 2000*. Barcelona.
- Nuñez, J. (2017). «Criptografía y consenso aplicado a la blockchain», *Blockchain: la revolución industrial de internet. Gestion2000 (Grupo Planeta)*. Barcelona.
- Semple, A. (2015). «Guidance for public authorities on Public Procurement of Innovation». *Procurement of Innovation Platform*. Freiburg.
- Sentencia TJUE de 17 de junio de 1997 (asunto C-70/95, *Sodemare y otros*).
- Tapscott, D. y E. (2016). «Blockchain Revolution», *Portfolio (Penguin Publisher Group)*. New York.