

***INTRODUCCIÓN DE MECANISMOS DE
COMPETENCIA EN LA
PROVISIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS.
UN ANÁLISIS DEL CASO ESPAÑOL.***

Doctorando: M. Carmen González Camacho

Director: Prof. Dr. D. Luis Palma Martos

Codirectora: Prof. Dra. Dña. M^a José Vázquez Cueto

Sevilla, enero de 2003.

ÍNDICE

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	1
 PRIMERA PARTE	
 CAPÍTULO PRIMERO:	
INTRODUCCIÓN DE MECANISMOS DE COMPETENCIA Y DESREGULACIÓN EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS.....	17
I. INTRODUCCIÓN.....	18
II. LA PROVISIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS EN ESPAÑA.....	33
II.1. Provisión pública vs. provisión privada de servicios públicos preferentes: eficacia y eficiencia.....	35
II.1.a. La eficacia en el Sector Público.....	37
II.1.b. La eficiencia en el Sector Público.....	38
II.2. Antecedentes normativos.....	42
III. COMPETENCIA EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS.....	43
III.1. Introducción de mecanismos de competencia en la provisión de servicios públicos.....	45
III.1.a. Introducción de sistemas de incentivos de mercado (políticas sobre la demanda).....	47
III.1.b. Modelos de competencia en la provisión de servicios públicos (políticas sobre la oferta).....	58
III.2. Antecedentes normativos.....	63
IV. PROVISIÓN PRIVADA DE SERVICIOS PÚBLICOS: PRIVATIZACIÓN.....	63
IV.1. Transferencia de propiedad o venta de activos.....	72

IV.2. Desregulación y liberalización.....	76
IV.3. Provisión privada y gestión indirecta.....	80
IV.3.a. La licitación competitiva: franquicias y subcontrataciones.....	81

SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO SEGUNDO:

INTRODUCCIÓN DE MECANISMOS DE COMPETENCIA EN EL SISTEMA SANITARIO..... 91

I. INTRODUCCIÓN: EL GASTO SANITARIO Y LAS CARACTERÍSTICAS DEL MERCADO DE SERVICIOS SANITARIOS.....	92
I.1. El gasto sanitario.....	92
I.2. El mercado de servicios sanitarios.....	113
I.3. Reformas de los sistemas sanitarios.....	118
II. EL SISTEMA SANITARIO: AGENTES Y FUNCIONES QUE DESARROLLAN. INTEGRACIÓN O SEPARACIÓN DE FUNCIONES.....	121
II.1. Modelos de sistemas sanitarios.....	124
II.2: El Sistema Sanitario Español.....	136
II.2.a. La financiación de los servicios sanitarios en España.....	139
II.2.b. La compra de servicios sanitarios en España.....	145
II.2.c. La provisión de servicios sanitarios en España.....	148
II.2.d. La descentralización del Sistema Nacional de Salud.....	150
II.2.e. Problemas del Sistema Sanitario Español.....	154

II.3. Integración o separación de funciones.....	159
III. LA FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS. EL MERCADO DE ASEGURAMIENTO.....	164
III.1. Aseguramiento obligatorio.....	169
III.2. Aseguramiento público.....	171
III.3. El impuesto sanitario.....	173
IV. LA FUNCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS SANITARIOS. LA FIGURA DEL INTERMEDIARIO.....	174
V. LA COMPETENCIA FRENTE A UN SISTEMA DE "PLANIFICACIÓN Y CONTROL".....	178
V.1. La competencia organizada.....	181
VI. INTRODUCCIÓN DE COMPETENCIA EN EL ASEGURAMIENTO DE SERVICIOS SANITARIOS.....	184
VI.1. Deducción total o parcial de la prima de seguro privado.....	186
VII. INTRODUCCIÓN DE COMPETENCIA EN LA COMPRA DE SERVICIOS SANITARIOS.....	186
VII.1. Las Areas de Salud.....	188
CAPÍTULO TERCERO:	
INTRODUCCIÓN DE MECANISMOS DE COMPETENCIA EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS.....	189
I. INTRODUCCIÓN.....	190
II. LA PROVISIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS.....	196
II.1. Provisión pública de servicios sanitarios.....	199
III. INTRODUCCIÓN DE COMPETENCIA EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS.....	203
III.1. Introducción de incentivos de mercado (políticas sobre la demanda).....	204

III.1. a. La elección del usuario.....	204
III.1.b. La figura del intermediario.....	208
III.1.c. El bono o vale de usuario (bono sanitario).....	209
III.1.d. Cobro a los usuarios.....	210
III.2. Introducción de competencia en la provisión de servicios sanitarios (políticas sobre la oferta).....	218
III.2.a. Competencia pública.....	219
III.2.b. Competencia mixta: mercados internos.....	225
III.2.c. Comparación entre competencia pública y competencia mixta.....	231
IV. LA PROVISIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS EN ESPAÑA Y LOS MECANISMOS DE INTRODUCCIÓN DE COMPETENCIA.....	237
IV.1. Los contratos programa.....	239
IV.2. Nuevas formas de gestión sanitaria.....	244
IV.3. Modelos de compra: el concierto.....	249
IV.4. Niveles asistenciales, recursos y actividad asistencial.....	251
IV.4.a. La Atención Primaria.....	253
IV.4.b. La Atención Especializada.....	256
IV.4.c. La Prestación Farmacéutica.....	266
IV.5. El INSALUD gestión directa.....	268
IV.5.a. Recursos y actividad.....	274

CAPÍTULO CUARTO:

LAS REFORMAS SANITARIAS Y LA COMPETENCIA: ANÁLISIS DE CASOS.....	289
---	------------

I. INTRODUCCIÓN.....	290
----------------------	-----

II.	ELEMENTOS DE LA REFORMA SANITARIA.....	301
II.1.	La descentralización.....	301
II.2.	El usuario.....	303
II.3.	Los costes en sanidad.....	305
II.3.a.	Medidas sobre la demanda.....	305
II.3.b.	Medidas sobre la oferta.....	307
II.4.	La asignación de recursos.....	309
II.4.a.	La contratación.....	310
II.4.b.	Sistemas de pago a proveedores.....	313
III.	INTRODUCCIÓN DE COMPETENCIA EN EL ASEGURAMIENTO: ALEMANIA Y HOLANDA.....	315
III.1.	Alemania.....	316
III.2.	Holanda.....	321
IV.	INTRODUCCIÓN DE COMPETENCIA EN LA COMPRA DE SERVICIOS SANITARIOS: ESTADOS UNIDOS.....	324
IV.1.	Las Health Maintenance Organizations de Estados Unidos.....	326
V.	INTRODUCCIÓN DE COMPETENCIA EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS.....	330
V.1.	Competencia mixta: mercados internos. Reino Unido.....	331
V.1.a.	La reforma del Sistema Sanitario del Reino Unido de 1990.....	336
V.1.b.	Evaluación de los resultados de la reforma de 1990.....	349
V.1.c.	La reforma de 1998.....	376
V.2.	Competencia pública: Suecia.....	383
V.2.a.	Las reformas sanitarias en Suecia.....	392

V.2.b. Evaluación de los resultados de las reformas.....	395
V.2.c. Balance de las reformas.....	402

TERCERA PARTE

CAPÍTULO QUINTO:	
PRIVATIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO.....	407
I. INTRODUCCIÓN.....	408
II. EL SECTOR SANITARIO PRIVADO EN ESPAÑA.....	412
II.1. La concertación privada.....	413
II.2. Entidades organizativas privadas con financiación pública.....	415
II.3. El aseguramiento privado en un régimen de aseguramiento público obligatorio.....	418
II.4. La asistencia sanitaria privada "pura".....	420
III. PRIVATIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO.....	421
III.1. Gestión pública y gestión privada de la sanidad.....	424
III.2. Métodos de privatización de la sanidad.....	428
III.2.a. MÉTODO 1: Provisión de mercado libre frente a los servicios restrictivos gratuitos de provisión estatal.....	429
III.2.b. MÉTODO 2: Privatización de la oferta.....	430
III.2.c. MÉTODO 3: Privatización de la demanda.....	431
III.2.d. MÉTODO 4: Introducción de competencia, como condición previa a la privatización.....	434
III.3. Privatización de las funciones del sistema sanitario.....	435
III.3.a. Privatización del aseguramiento.....	436
III.3.b. Privatización de la compra.....	438

III.3.c. Privatización de la provisión.....	441
IV. UN INTENTO DE PRIVATIZACIÓN: NUEVA ZELANDA.....	443
IV.1. El sistema sanitario neozelandés.....	444
IV.2. Las reformas sanitarias de 1993.....	453
IV.3. Evaluación de los resultados.....	459
CONCLUSIONES.....	465
BIBLIOGRAFÍA.....	485

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
CUADRO I.1. Evolución del gasto de las AA. PP. (en % PIB). 1955-2001.....	20
CUADRO I.2. Evolución del gasto público en educación y sanidad (% PIB). España. 1975-2000.....	24
CUADRO I.3. Valoración de la eficacia de funcionamiento e los servicios públicos. España.	26
CUADRO I.4. Imagen de los funcionarios y empleados públicos.....	26
CUADRO I.5. Comparación con los trabajadores del sector privado.....	26
CUADRO I.6. Percepción del espíritu de servicio (en %).....	27
CUADRO I.7. Comparación de la calidad de los servicios con el sector privado.....	27
CUADRO I.8. Políticas de introducción de competencia en la provisión de servicios públicos.....	62
CUADRO I.9. Ingresos públicos por privatizaciones.....	66
CUADRO I.10. Objetivos e instrumentos de la privatización.....	71
CUADRO II.1. Gasto total en sanidad en porcentaje del PIB. OCDE. 1960-2000.....	94

CUADRO II.2. Cobertura sanitaria de la población (en %)	96
CUADRO II.3. Población mayor de 65 años (% sobre la población total). 1960-2000	98
CUADRO II.4. Densidad de médicos por mil habitantes. 1960-2000	102
CUADRO II.5. Número de camas por mil habitantes. 1960-1998	103
CUADRO II.6. Esperanza de vida al nacer en los países de la OCDE. 1960-1999	106
CUADRO II.7. Tasa de mortalidad infantil en los países de la OCDE. 1960-2000	107
CUADRO II.8. Teorías sociales, teorías distributivas y modelos sanitarios	122
CUADRO II.9. Fuentes de financiación y tipo de proveedores en los países de la OCDE	125
CUADRO II.10. Modelos de sistemas sanitarios según el origen de la financiación y el tipo de provisión	126
CUADRO II.11. Porcentaje de gasto sanitario público sobre el gasto sanitario total. 1960- 2000	129
CUADRO II.12. Gasto sanitario per cápita (en \$, PPP). 1960-2000	131
CUADRO II.13. Cotizaciones sociales, en % sobre el gasto sanitario público. 1960-2000	132
CUADRO II.14. Aseguramiento privado en % sobre el gasto sanitario total. 1960-2000	133
CUADRO II.15. Pago de usuarios en \$ per cápita (PPP). 1960-2000	133
CUADRO II.16. Financiación, compra y provisión de servicios sanitarios. España	137
CUADRO II.17. Distribución de la financiación de la sanidad en %. 1960-2000	142
CUADRO II.18. Composición de la financiación pública de la sanidad en España. 1988-2000	143
CUADRO II.19. Distribución del presupuesto inicial del INSALUD. 2001	144

CUADRO II.20. Distribución territorial del presupuesto inicial del INSALUD. 2001.....	144
CUADRO II.21. Modelos de contratos sanitarios en la AA.PP.....	147
CUADRO II.22. Distribución funcional del gasto sanitario público (en %). 1995-1999.....	148
CUADRO II.23. Distribución de competencias entre Administraciones Públicas según la Ley General de Sanidad.....	153
CUADRO II.24. Esperanza de vida al nacimiento y tasa de mortalidad infantil. 1960-2000.....	156
CUADRO II.25. Estudios de opinión.....	157
CUADRO II. 26. Estudios de opinión.....	157
CUADRO II.27. Estudios de opinión.....	157
CUADRO II.28. Estudios de opinión.....	159
CUADRO II.29. Evolución del crecimiento del gasto sanitario en el SNS británico...	162
CUADRO II.30. Principales métodos de financiación de servicios sanitarios. U.E.....	165
CUADRO III.1. Nuevas formas de gestión del SNS.....	247
CUADRO III.2. Distribución funcional del gasto sanitario público. 1995-1999.....	252
CUADRO III.3. Diferencias entre el modelo anterior y posterior a la LGS.....	253
CUADRO III.4. Establecimientos sanitarios con régimen de internado. 1990-2000.....	257
CUADRO III.5. Evolución de indicadores hospitalarios. 1997.....	262
CUADRO III.6. Camas instaladas/1000 habitantes por CC. AA. 1997.....	263
CUADRO III.7. Indicadores hospitalarios según la finalidad. 1997.....	264
CUADRO III.8. Indicadores hospitalarios según la dependencia. 1997.....	265
CUADRO III.9. Evolución del gasto per cápita total. 1998-2000.....	276
CUADRO III.10. Porcentaje de zonas básicas con Equipos de Atención Primaria.....	277

CUADRO III.11. Evolución de indicadores de actividad hospitalaria global. 1991-2001.....	279
CUADRO III.12. Fundación Hospital de Manacor.....	283
CUADRO IV.1. Sistema de financiación de la asistencia sanitaria acordada en el Plan de Reforma sanitaria de 1995. Holanda.....	323
CUADRO IV.2. Número de doctores del NHS en Inglaterra, según su origen y cualificación. 1991-1998.....	358
CUADRO IV.4. Listas y tiempos de espera. NHS. Inglaterra. 1997-1999.....	382
CUADRO V.1. Hospitales concertados. Centros y camas por modalidad. INSALUD. 1999-2000.....	414
CUADRO V.2. Comparación de costes: MUFACE-INSALUD. 1990-2000.....	416
CUADRO V.3. Compañías aseguradoras privadas. Estructura de mercado. 2001.....	419
CUADRO V.4. Gestión en sanidad.....	427
CUADRO V.5. Incentivos financieros por la renuncia a la S.S. chilena. 1985.....	432

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA III.1. Instituto Nacional de Salud.....	271
FIGURA III.2. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.....	272
FIGURA IV.1. Principales transacciones en el sistema sanitario alemán.....	317
FIGURA IV.2. Estructura organizativa del SNS británico hasta 1990.....	332
FIGURA IV.3. Estructura organizativa del SNS británico a partir de 1990.....	340
FIGURA IV.4. Contratación de servicios sanitarios.....	342
FIGURA IV.5. Flujos de financiación en el NHS a partir de 1998.....	377
FIGURA IV.6. Financiación, compra y provisión sanitaria. NHS.....	379

FIGURA IV.7. Estructura del Sistema Social sueco.....	385
FIGURA IV.8. El sistema de asistencia sanitaria en Suecia.....	388
FIGURA V.1. Limitaciones de la gestión pública en sanidad.....	425
FIGURA V.2. Posibles tratamientos de la selección de riesgos.....	437
FIGURA V.3. Organización del sistema sanitario. Nueva Zelanda. 1980.....	444
FIGURA V.4. Estructura organizativa del sistema sanitario. Nueva Zelanda. 1992...	448
FIGURA V.5. Organización del sector sanitario. Nueva Zelanda. 1993.....	455

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO I.1. Evolución del déficit de las AA. PP. (en % PIB). 1985-2001.....	19
GRÁFICO I.2. Evolución del gasto y del déficit público en España. 1975-2001 (en % PIB).....	21
GRÁFICO I.3. Evolución de la participación de los servicios no destinados a la venta (en % del PIB). España. 1995-2000. Base 1995.....	23
GRÁFICO I.4. Total de procesos de privatización en países de la OCDE. 1990-2000.....	67
GRÁFICO I.5. Ingresos públicos por privatización (en miles de \$). 1990-2000.....	67
GRÁFICO II.1. Estructura, evolución y proyección de la población española por grandes grupos de edad.....	99
GRÁFICO II.2. Evolución del gasto sanitario. 1960-2000. Comparación entre sistemas sanitarios.....	127
GRÁFICO II.3. Gasto sanitario público en porcentaje sobre el gasto sanitario total. 1960- 2000.....	130
GRÁFICO II.4. Evolución del gasto sanitario total y del gasto sanitario público (en % PIB). España. 1960-2000.....	140
GRÁFICO II.5. Evolución del gasto sanitario público y el gasto sanitario privado. 1960-2000.....	142

GRÁFICO II.6. Gasto sanitario por persona por grupos de edad. Año base 1996.....	145
GRÁFICO III.1. Distorsión de la demanda por la provisión gratuita de la asistencia sanitaria.....	214
GRÁFICO III.2. Curva de demanda de asistencia sanitaria con provisión gratuita.....	216
GRÁFICO III.3. Distribución porcentual del gasto sanitario público. 1999.....	252
GRÁFICO III.4. Evolución de camas instaladas según la finalidad del hospital. 1988-2000.....	258
GRÁFICO III.5. Evolución del número de establecimientos con régimen de internado. 1988-2000.....	259
GRÁFICO III.6. Evolución del número de camas en establecimientos con régimen de internado. 1988-2000.....	259
GRÁFICO III.7. Proporción hospitales públicos y privados. 1988-2000.....	260
GRÁFICO III.8. Proporción de camas de establecimientos públicos y privados. 1988-2000.....	260
GRÁFICO III.9. Camas instaladas en hospitales privados. 1988-2000.....	261
GRÁFICO III.10. Evolución del gasto farmacéutico en España y otros países de la U.E. 1980-2000.....	267
GRÁFICO III.11. Ingresos totales y consultas totales/1000 habitantes. 1998-2000....	284
GRÁFICO IV.1. Evolución del gasto sanitario total y del gasto sanitario público en Alemania. Comparación con el gasto sanitario total medio de la OCDE. (% PIB). 1960-2000.	319
GRÁFICO IV.2. Cotizaciones a la S.S. (en % sobre el gasto sanitario público) y aseguramiento privado (en % sobre el gasto sanitario total). 1970-2000.....	320
GRÁFICO IV.3. Evolución del gasto sanitario total y del gasto sanitario público en Holanda. Comparación con el gasto sanitario total medio de la OCDE. (% PIB). 1960-2000.....	321
GRÁFICO IV.4. Evolución del gasto sanitario total y del gasto sanitario público en Estados Unidos. Comparación con el gasto sanitario total medio de la OCDE. (% PIB). 1960-2000.....	325

GRÁFICO IV.5. Evolución del gasto sanitario total y público en el Reino Unido. Comparación con el gasto sanitario total medio de la OCDE. (% PIB). 1960-2000....	350
GRÁFICO IV.6. Evolución de las cotizaciones sociales. % sobre el gasto sanitario público total. Reino Unido. 1990-1998.....	351
GRÁFICO IV.7. Aseguramiento privado, % sobre el gasto sanitario total. Reino Unido. 1960-1998.....	351
GRÁFICO IV.8. Evolución del gasto farmacéutico, % sobre el gasto sanitario total. Reino Unido. 1970-1997.....	352
GRÁFICO IV.9. Evolución del número de camas y de médicos por mil habitantes. Reino Unido. 1960-2000.....	355
GRÁFICO IV.10. Evolución del número de camas en hospitales generales y maternales y en hospitales de agudos (en miles). 1988-1999.....	355
GRÁFICO IV.11. Camas de agudos por 1000 habitantes. 2000.....	356
GRÁFICO IV.12. Médicos por 1000 habitantes. 2000.....	357
GRÁFICO IV.13. Evolución de la estancia media. NHS. 1960-2000.....	359
GRÁFICO IV.14. Estancia hospitalaria media en agudos (en días). NHS. 2000.....	359
GRÁFICO IV.15. Estancia media hospitalaria (en días) por grupos de edad. Hospitales generales y de agudos. Reino Unido. 1990-1999.....	360
GRÁFICO IV.16. Admisiones en hospitales generales y agudos (en millones). 1981-1999.....	362
GRÁFICO IV.17. Admisiones en hospitales (% de población). NHS. 1997.....	362
GRÁFICO IV.18. Gasto sanitario total y gasto sanitario público en Suecia. Comparación con el gasto sanitario total medio de la OCDE. (% de PIB). 1960-1998.....	397
GRÁFICO IV.19. Gasto sanitario público y privado. Suecia. 1960-1998.....	397
GRÁFICO IV.20. Gasto farmacéutico (en % sobre el total del gasto sanitario). Suecia. 1960-1997.....	398
GRÁFICO IV.21. Densidad de camas, camas de agudos y médicos por 1000 habitantes. Suecia. 1960-2000.....	399

GRÁFICO IV.22. Estancia media hospitalaria (en días). Suecia. 1960-2000..... 400

GRÁFICO V.1. Gasto sanitario total (% del PIB). Nueva Zelanda. 1960-2001..... 459

INTRODUCCIÓN

Después de la Segunda Guerra Mundial, el Sector Público ha ido adquiriendo gran relevancia en la economía de los países desarrollados (cerca del 50% del PIB) debido a la implantación de los Estados de Bienestar. La expansión del Sector Público se ha traducido en un incremento del gasto público que, al no ir acompañado de un crecimiento paralelo de los ingresos, ha provocado elevados índices de déficit público.

A partir de finales de la década de los setenta, todos los países desarrollados inician reformas en el Sector Público con el objetivo de reducir el déficit¹ y contener el gasto. Este cambio se agudiza en los primeros años de los noventa en los países europeos que han de cumplir los objetivos económicos fijados en el Tratado de Maastricht.

Las políticas utilizadas se basan en la liberalización, la desregulación, la introducción de competencia y, en muchos casos, la privatización. Con la liberalización se intenta eliminar las barreras de entrada a nuevos productores en mercados protegidos. La desregulación elimina la legislación que mantiene un sector económico restringido (monopolios). La introducción de competencia se fundamenta en la defensa de la competencia en mercados donde se producen conductas anticompetitivas, evitando sus posibles consecuencias negativas para el conjunto del sistema económico. La privatización, tanto como transferencia de la propiedad al sector privado como concesión del derecho de explotación a una empresa privada, tiene como objetivo principal aumentar la eficiencia del sistema productivo, si bien puede tener otros objetivos (dispersión de la propiedad y obtención de ingresos para el Estado).

La corriente de reformas estructurales alcanza también a los servicios públicos, que se definen como aquellos que proporcionan las Administraciones Públicas a título gratuito o casi gratuito y suponen una parte importante del gasto total y del empleo de las Administraciones Públicas. Los objetivos que se persiguen con estas reformas son la contención del gasto y la reducción del déficit público, la mejora de la eficacia y la

¹ En la Unión Europea, se ha conseguido reducir el déficit público de más de un 6% del PIB de media a principios de los noventa a un 0,3% del PIB en 2001.

eficiencia, mayor calidad de los servicios públicos y orientar la Administración Pública hacia el ciudadano.

Por convención internacional, se consideran servicios públicos los producidos por las ramas de las Administraciones Públicas correspondientes a la Administración General del Estado, Justicia, Orden Público y Seguridad y Defensa Nacional. Estos servicios tienen la consideración de bienes públicos puros (no rivalidad, no exclusión), su financiación y provisión son públicas y se destinan a todos los ciudadanos.

Para los demás servicios públicos, será la contabilidad nacional de cada país la que determine qué servicios se han de considerar como públicos. El Sistema Europeo de Cuentas Económicas Integradas distingue entre servicios colectivos destinados a la venta y los no destinados a la venta. En España, se consideran servicios de las Administraciones Públicas no destinados a la venta los servicios de saneamiento de vías públicas, los servicios contra incendios y similares, de educación e investigación, de sanidad, los de asistencia social y los servicios culturales y recreativos. Estos servicios no tienen las características de bienes públicos puros, pero al ser suministrados mayoritariamente por las Administraciones Públicas, se consideran bienes privados suministrados públicamente.

Entre los servicios públicos no destinados a la venta, destacan la educación, la sanidad y los servicios sociales, que, al satisfacer necesidades preferentes, adquieren un carácter especial, por lo que en la mayoría de los países desarrollados son financiados por el Estado, suministrados en su mayoría por el sector público y suelen estar destinados a todos los ciudadanos. La importancia de los servicios públicos preferentes viene avalada por ampararse en derechos garantizados por el Estado (en España, la Constitución Española de 1978 recoge el derecho a la educación, la sanidad y los servicios sociales como derechos fundamentales) y por disponer de casi la mitad de los recursos destinados a servicios públicos en los países occidentales.

Los planteamientos de reforma de los servicios públicos suministrados por la Administración Pública se fundamentan en varios aspectos:

- a) La estructura burocrática de la Administración Pública es rígida y poco adecuada para amoldarse a los cambios sociales y las nuevas exigencias de los ciudadanos.
- b) Se considera que la Administración Pública es ineficiente, pues aunque ha de actuar bajo el objetivo de minimización de costes, a veces presenta una imagen derrochadora.
- c) La Administración Pública se encuentra, en la mayoría de los casos, en situación de monopolio, por lo que las preferencias de los usuarios no son una prioridad en sus actuaciones y la posibilidad de elección del proveedor del servicio es nula o casi nula.
- d) La gratuidad o reducido coste para el usuario de los servicios recibidos provoca un exceso de demanda que la oferta existente no es capaz de cubrir, por lo que se necesitan medidas de racionamiento que generan descontento e insatisfacción en el usuario.
- e) La sujeción de la Administración Pública al Derecho administrativo obliga a ésta a ser lenta en sus decisiones y excesivamente burocrática (principio de legalidad).
- f) El aumento de los recursos que se destinan a los servicios públicos empieza a inquietar sobre el mantenimiento de unos derechos adquiridos y el coste de oportunidad que generan.

- g) Se inicia un movimiento de los consumidores que reclaman servicios como un derecho, no como un privilegio.

La estructura burocrática weberiana de la Administración Pública ha cumplido un papel importante durante décadas, pero no ha sabido responder a las nuevas demandas sociales debido a la creciente complejidad y dimensión de las organizaciones públicas, los cambios de la estructura social y de las necesidades y preferencias de los ciudadanos, lo que requiere una adecuación a la nueva situación.

Aunque frecuentemente se acusa a la Administración Pública de ser ineficiente, se ha de tener en cuenta que la eficiencia pública no es comparable con la eficiencia del sector privado, puesto que la primera tiene como objetivo fundamental el bienestar social, en tanto que el sector privado solamente tiene objetivos económicos. Además, para evaluar la eficiencia es necesario valorar la producción y, ésta no se realiza de la misma forma en el sector público que en el privado. La valoración de la producción pública se realiza según el coste de producción, en tanto que la valoración de la producción privada utiliza el precio de mercado.

La financiación y provisión de servicios públicos por la Administración Pública se realiza en situación de monopolio por lo que, aunque no se refleje en precios elevados, sí tiene consecuencias en el consumidor, puesto que las necesidades y preferencias del usuario no son un imperativo en sus actuaciones. La ausencia de competencia elimina los incentivos para la eficiencia en la asignación de los recursos y se traduce en un gasto creciente.

El usuario no tiene que soportar un precio por el servicio público que recibe, por lo que no existen barreras para el incremento de la demanda (precio cero, demanda infinita), dando lugar, en muchas ocasiones, al abuso.

El sistema de gestión de la Administración Pública está sujeta al Derecho administrativo, centrándose más en los procedimientos que en los resultados de la producción de los servicios, resultando una gestión ineficiente e ineficaz.

A pesar de que los recursos destinados a los servicios públicos aumentan cada año, sin embargo, la percepción por el usuario de la calidad del servicio público no varía significativamente y se plantea el coste de oportunidad en que se incurre. Por otra parte, se pone en duda el mantenimiento de los derechos adquiridos en la prestación de ciertos servicios públicos gratuitos que ofrece el Estado de Bienestar y la posible quiebra del mismo.

Finalmente, los cambios sociales debidos a la mejor formación de los ciudadanos, las tendencias de la estructura demográfica y el mayor poder del consumidor ha desarrollado un movimiento de defensa de sus derechos (consumerismo), haciendo al usuario más exigente tanto en la calidad de los servicios recibidos como en la reclamación de nuevos servicios al Estado.

Uno de los servicios públicos preferentes más significativos, por su participación en el gasto público total² y por sus efectos determinantes sobre el bienestar social, es la sanidad.

Distinguimos tres funciones principales necesarias para poner a disposición del usuario la asistencia sanitaria: la financiación, la compra y la provisión³. Existen además otras funciones, la normativa y la organizativa, que no vamos a considerar puesto que son competencia exclusiva del poder público.

² En España, el gasto sanitario es la partida presupuestaria más importante, después de las pensiones, superando el 12% del gasto público total.

³ El concepto de provisión que utilizamos no es la acepción contable del mismo, sino la de producción.

Los servicios sanitarios, en general, presentan características que los distinguen de otros servicios, pues el agente que los consume (el usuario), en la mayoría de las ocasiones, no coincide con el agente que los paga (el financiador), ni con el agente que los adquiere (el comprador).

En función del origen de los recursos que financian la sanidad se pueden considerar tres modelos de Sistema Sanitario: a) el Sistema Nacional de Salud⁴ (financiado con impuestos generales); b) el Sistema de Seguridad Social⁵ (financiado por cuotas sociales); y c) el Sistema de Seguro Libre⁶ (financiado con primas de seguro privado).

En España, el Sistema Nacional de Salud se financia mayoritariamente a través de impuestos y está inspirado en el modelo Beveridge (Reino Unido), con provisión principalmente pública. El Sistema Nacional de Salud se basa en los principios de universalidad, solidaridad y equidad.

En la mayor parte de los países europeos, la financiación de la sanidad es pública, ya sea con impuestos generales o por cuotas sociales. La financiación pública de la sanidad se justifica por muchos autores por las características especiales del mercado de asistencia sanitaria: incertidumbre, existencia de demanda inducida por la oferta, asimetría de información (riesgo moral y selección adversa), existencia de barreras de entrada, rendimientos crecientes a escala y relación de agencia.

Pero la intervención del Estado en el mercado, aunque se explica por los fallos de mercado, también provoca fallos de gobierno, también denominados fallos del sector público, que pueden paliarse con la introducción de un cierto grado de competencia, con la creación de cuasi-mercados.

⁴ Es el modelo del Reino Unido, Suecia, Dinamarca, etc.

⁵ Es el modelo de Alemania, Francia, Holanda, etc.

⁶ Es el modelo de Estados Unidos, Suiza, etc.

La corriente de reformas aplicadas al Sector Público también se ha extendido al sector sanitario, pero en este caso se ha deseado el mantenimiento de la financiación en el ámbito público y únicamente se han planteado reformas de la provisión de asistencia sanitaria. Los objetivos que se han fijado para la reforma sanitaria son la contención del gasto sanitario, la mejora de la eficiencia, eficacia y calidad de los servicios sanitarios y el aumento de la capacidad de elección del usuario.

Los principales factores responsables del crecimiento del gasto sanitario en las últimas décadas son el incremento de la cobertura, el envejecimiento de la población, el desarrollo de nuevas tecnologías médicas y la variabilidad de las prácticas médicas. Pero existen otros factores que también han influido en el gasto sanitario relacionados con el carácter específico del mercado de asistencia sanitaria y con la estructura del sistema sanitario.

Algunas de estas reformas se iniciaron en los años ochenta, pero las más radicales se han dado en la década de los noventa. Se pueden clasificar en dos tipos de políticas: las orientadas a la demanda de asistencia sanitaria y las aplicadas a la oferta.

Las políticas sobre la demanda se concretan en la creación de la figura del intermediario, el bono o vale del usuario (bono médico) y la obligación del usuario en participar en el coste del servicio (cobro a los usuarios).

El intermediario actúa como asesor del paciente, proporcionándole información acerca del servicio que recibe, principalmente sobre la calidad del mismo. La información que tiene el usuario sobre la calidad⁷ del servicio sanitario es reducida, existiendo asimetría de información frente a quien le suministra el servicio. En la relación de agencia que se establece entre el médico y el paciente, éste ha de confiar en el diagnóstico y el tratamiento que le recomienda el segundo, sin tener los conocimientos suficientes para saber si la

⁷ Existe gran dificultad para valorar la calidad de un servicio sanitario por el usuario, incluso después de haberlo recibido, pero la experiencia de muchos usuarios aumenta la información acerca de los proveedores.

elección es acertada. La existencia de un agente suficientemente informado que palie la falta de información del usuario obligará al proveedor a suministrar un servicio de mayor calidad⁸.

El bono o vale del usuario⁹ permite relacionar la provisión de un servicio con el coste del mismo, de tal manera que puede crear incentivos de eficiencia y calidad en el proveedor si el suministro de un servicio sanitario supone recursos para el proveedor sanitario que lo suministra.

El cobro a los usuarios es una medida de contención de la demanda, pues el paciente ha de abonar el servicio sanitario en el momento de recibirlo. La participación en el coste del servicio sanitario puede ser total o parcial¹⁰ (ticket moderador). En el primer caso, suele considerarse la posibilidad de reembolso del total¹¹ o de una parte de lo pagado. En el segundo caso, se fija un porcentaje o un mínimo que ha de soportar el usuario en el consumo de un servicio sanitario. El principal problema del ticket moderador es su determinación, pues si es demasiado alto supondrá pérdidas de equidad, y si es demasiado bajo no cumplirá su función de eliminación de la demanda superflua.

Las políticas sobre la oferta que se han utilizado son: la introducción de competencia entre proveedores, la determinación de techos de gasto, las restricciones de la oferta, las políticas de sustitución y la modificación de los sistemas de remuneración de proveedores.

La introducción de competencia entre proveedores se inspira en el modelo de *competencia gestionada* de Enthoven. Un elemento fundamental es la posibilidad de elección de proveedor por el usuario, bien sea directamente o a través del intermediario. La

⁸ La calidad de la asistencia sanitaria es un bien de confianza, pero con suficiente información puede transformarse en un bien de experiencia.

⁹ El bono o vale del usuario ya se ha utilizado anteriormente en otros servicios públicos.

¹⁰ El usuario participa en la financiación de la asistencia sanitaria, pero ejerce su función de reducción de la demanda.

¹¹ La financiación sigue siendo pública, pero el usuario se conciencia del coste del servicio recibido.

elección de proveedor puede restringirse al ámbito público (competencia pública) o extenderse al ámbito privado (competencia mixta).

Para introducir competencia entre proveedores de asistencia sanitaria, las entidades públicas que operan en el sistema sanitario han de constituirse en empresas públicas autónomas e independientes del poder político en la gestión y la toma de decisiones. El funcionamiento de estas organizaciones ha de importar técnicas de gestión empresarial que ayuden a elevar los niveles de eficiencia.

El modelo de competencia mixta (mercados internos) se ha experimentado en el Reino Unido y ha servido para inspirar reformas sanitarias en otros países desarrollados. Este modelo se basa en la separación de funciones: la financiación sigue siendo pública, la compra se descentraliza y pasa a ser competencia de autoridades locales y la provisión puede ser pública o privada.

La provisión de asistencia sanitaria sigue establecida en dos niveles, asistencia primaria y asistencia especializada. La primera, se proporciona por los médicos generales o médicos de familia y la segunda, por proveedores especializados (médicos especialistas, servicios ambulatorios y hospitales). La asistencia primaria permanece como puerta de entrada a la asistencia especializada, pero existen dos tipos de médicos generales: los *generals practitioners* (GPs) y los *generals practitioners foundholders* (GPFHs), que gestionan un presupuesto propio y pueden adquirir servicios especializados para sus beneficiarios. La elección de proveedor es competencia de las entidades compradoras, que actúan de intermediario.

La relación entre los compradores de asistencia sanitaria (Autoridades Sanitarias de Distrito y GPFHs) es contractual, por lo que se obliga a los proveedores, públicos y privados a competir para conseguir contratos con las entidades compradoras.

El modelo de competencia pública se ha ensayado en Suecia, después de un período de competencia mixta. La asistencia primaria es puerta de entrada para la asistencia especializada, pero la elección de proveedor público de servicios especializados es competencia del usuario, por lo que se eleva su capacidad de elección.

Las políticas que establecen un techo de gasto se han aplicado en las dos últimas décadas en diversos países europeos, entre ellos España¹², con los presupuestos prospectivos globales cerrados y han conseguido resultados aceptables en la contención del gasto.

Las restricciones sobre la oferta se han concretado en la reducción del número de camas hospitalarias y en el establecimiento de números clausus en las Facultades de Medicina.

Las políticas de sustitución también han sido ampliamente utilizadas, consiguiendo desviar a los pacientes hacia servicios especializados menos caros que los hospitalarios. Entre ellos destacan la cirugía hospitalaria de día, la cirugía ambulatoria y los servicios a domicilio para pacientes crónicos, ancianos y discapacitados.

También ha habido cambios en los sistemas de remuneración de los proveedores. El pago de los servicios de los médicos generales se ha transformado en un modelo mixto, compuesto un salario fijo más un salario capitolativo. En asistencia especializada, los médicos especialistas cobran un salario fijo más incentivos, que dependen de la actividad asistencial e investigadora. La remuneración a los hospitales se basa en los presupuestos prospectivos globales o, en caso de que exista, en la actividad contratada.

¹² En España, desde la década de los ochenta, se han utilizado los contratos programa como sistema de contención del gasto, obligando a los hospitales públicos y privados concertados a mejorar la información sobre los procesos tratados, puesto que la financiación que van a recibir se basa en la actividad.

Aunque el tema central de este trabajo es la introducción de competencia en la provisión de servicios sanitarios, se trata también la posibilidad de introducción de competencia en las funciones de financiación o aseguramiento y compra de asistencia sanitaria.

Finalmente, la privatización de servicios públicos, en general, y de los servicios sanitarios, en particular, ha sido un tema ampliamente discutido en los últimos años y que ha encontrado una fuerte oposición por parte de los defensores de la sanidad pública y de los profesionales sanitarios.

La privatización de la sanidad puede realizarse mediante la transferencia de la propiedad al sector privado o por la concesión de la explotación del servicio a una empresa privada. En el primer caso, puede hablarse de privatización en sentido estricto, en el segundo caso¹³, la concesión ha de otorgarse en licitación competitiva (franquicia o subcontrato), con lo que se obliga a las empresas interesadas a competir por la concesión.

La privatización no tiene por qué abarcar a todo el sistema sanitario, sino que pueden privatizarse cada una de las funciones (aseguramiento¹⁴, compra¹⁵ o provisión¹⁶) independientemente.

Sin embargo, no hemos de confundir la introducción de competencia con la privatización, a pesar de que la primera es imprescindible para llevar a cabo la segunda. La privatización de un monopolio público no aporta beneficios a la sociedad si no va acompañada de una reestructuración del mercado y de introducción de competencia.

¹³ Existen diversos servicios auxiliares de la sanidad pública que se han contratado con el sector privado (lavandería, limpieza, hostelería, etc.).

¹⁴ La experiencia de Chile se reduce a la privatización del aseguramiento sanitario.

¹⁵ En España, MUFACE, que es la Mutualidad de los Funcionarios de la Administración Central del Estado, realiza esta función con resultados muy positivos.

¹⁶ En España, la transformación de hospitales públicos en entidades autónomas (empresas públicas, fundaciones, etc.) ha sido vista por muchos sectores como un intento de privatización de la provisión.

La metodología utilizada en la realización de este trabajo se basa en un diseño espiral de su estructura, yendo de lo general a lo concreto, por ello, se inicia con el estudio de los servicios públicos, en primer lugar, los servicios sanitarios, en segundo lugar y, finalmente, nos centramos en la función de provisión de asistencia sanitaria. Cada una de las partes del trabajo conservan la misma estructura espiral, tanto en el tratamiento de los temas (exposición general, modelos de introducción de competencia y privatización) como en el análisis de los datos (OCDE, Unión Europea y, en último término, España).

La SEGUNDA PARTE del trabajo, que se considera el núcleo del mismo, recoge los distintos instrumentos de introducción de competencia (por el lado de la demanda y por el lado de la oferta) y los modelos que surgen de su aplicación. Posteriormente, se analiza los modelos ensayados en distintos países (también en España), sus divergencias sobre el modelo teórico y la combinación que se realizan de los instrumentos y mecanismos antes mencionados. Finalmente, a través de los datos disponibles, se estudian los logros conseguidos sobre los objetivos prefijados y, en otros casos, los efectos que han producido sobre variables difícilmente cuantificables.

En la PRIMERA PARTE, en el CAPÍTULO PRIMERO de este trabajo, se analizan los servicios públicos en general, distinguiendo entre aquellos que tienen las características de bienes públicos puros y los que satisfacen necesidades preferentes (bienes privados suministrados públicamente). Entre las distintas funciones llevadas a cabo para proporcionar a los ciudadanos un servicio público, nos centramos en la función de provisión y, particularmente, la provisión de servicios públicos en España. La introducción mecanismos de competencia en la provisión de servicios públicos, con sistemas de incentivos de mercado (el intermediario, el bono o vale del usuario y el cobro al usuario) y los modelos de competencia en la provisión de servicios sanitarios (competencia pública y competencia mixta), se centra en los servicios públicos preferentes. Finalmente, se analizan los conceptos de desregulación, liberalización y privatización de servicios públicos y sus efectos sobre la eficacia y eficiencia. La privatización es considerada en dos niveles distintos: la transferencia de la propiedad pública al sector privado o la cesión de la gestión

y provisión de un servicio al sector privado, permaneciendo la titularidad en el ámbito público. En el primer caso, se estudian los distintos métodos de transferencia de propiedad y, en el segundo caso, la licitación competitiva para la concesión de franquicias o de contratos al sector privado para la provisión de los servicios públicos.

En la SEGUNDA PARTE, nos centramos en la sanidad, como servicio público preferente. En el CAPÍTULO SEGUNDO, se realiza una aproximación al estudio del Sistema Sanitario: análisis de los recursos destinados a la sanidad; características del mercado de servicios sanitarios; agentes que participan en un Sistema Sanitario y funciones que desarrollan; y el Sistema Sanitario español. Posteriormente, se comparan el sistema de “planificación y control” y el sistema de competencia, con referencia especial al modelo de competencia organizada. Finalmente, se tratan los mecanismos de introducción de competencia en el aseguramiento y la compra de servicios sanitarios.

En el CAPÍTULO TERCERO, el estudio se concreta en la función de provisión de asistencia sanitaria. Se analizan los mecanismos de introducción de competencia en la provisión de servicios sanitarios, tanto por el lado de la demanda (incentivos de mercado), como por el lado de la oferta (competencia entre proveedores). Finalmente, se estudian las políticas que se han practicado en España en cuanto a la introducción de competencia en la provisión de asistencia sanitaria, proporcionando una imagen general de la situación española (niveles asistenciales, recursos y actividad) y, más concretamente, del INSALUD gestión directa.

En el CAPÍTULO CUARTO, analizamos los elementos de las reformas sanitarias aplicadas en las dos últimas décadas en los países desarrollados, basadas en la descentralización, la orientación hacia el usuario, la contención de los costes y la asignación de los recursos. Finalmente, se estudian diversos casos de introducción de competencia en el aseguramiento (Alemania y Holanda), en la compra (Estados Unidos) y en la provisión de asistencia sanitaria (competencia mixta: Reino Unido; competencia pública: Suecia) y los resultados obtenidos.

Finalmente, en la TERCERA PARTE, en el CAPÍTULO V, se trata la privatización del Sistema Sanitario: métodos de privatización de la sanidad y privatización de cada una de las funciones del sistema sanitario. Terminamos este CAPÍTULO con el análisis de un intento fallido de privatización: Nueva Zelanda.

PRIMERA PARTE

CAPÍTULO PRIMERO

INTRODUCCIÓN DE MECANISMOS DE COMPETENCIA Y DESREGULACIÓN EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS.

I. INTRODUCCIÓN

La aportación del Sector Público a la economía ha llegado a adquirir tal relevancia que supone cerca del 50% del PIB en los países desarrollados, convirtiéndose en el primer agente económico de estos países. Esta expansión del Sector Público se debe al gran desarrollo que ha experimentado en las últimas décadas el Estado del Bienestar, aunque también ha sido la causa de un crecimiento preocupante del gasto público. Este incremento del gasto no se ha visto compensado con un aumento similar de los ingresos públicos, lo que se ha traducido en déficit público creciente.

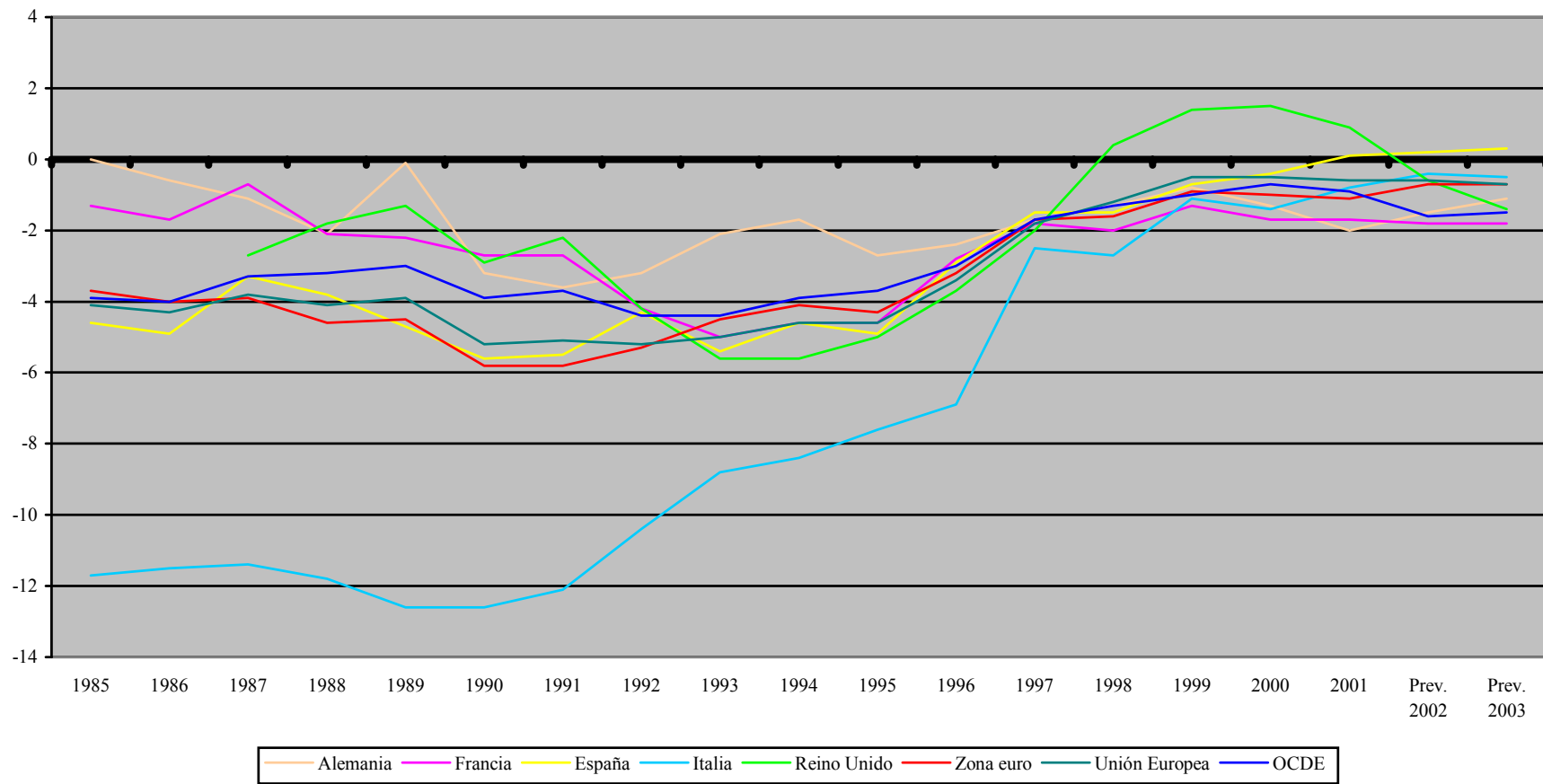
Con el objetivo de contener el gasto público y reducir el déficit, los gobiernos de estos países se han visto obligados a plantear reformas estructurales del Sector Público en general, y de la Administración Pública, en particular.

La evolución del déficit de las Administraciones Públicas en cinco países europeos (Alemania, Francia, Italia, Reino Unido y España), así como para el conjunto de la Unión Europea, la Zona Euro y la OCDE, para el período 1985-2001 y las previsiones para el 2002 y el 2003, medido en porcentaje del PIB, puede observarse en el GRÁFICO I.1.

El déficit de las Administraciones Públicas ha ido descendiendo de forma significativa desde 1995 en toda la Unión Europea, convergiendo a valores menores al 2% sobre el PIB. Sin embargo, en el punto de partida del período considerado, llama la atención el caso de Italia, con un 11,7%, que ha podido reducir hasta el 0,8% de 2001 y con la previsión del 0,4% para 2002. El año 1993 supone el punto de cambio de tendencia para España, el Reino Unido, Francia y el conjunto de la Unión Europea. Es preciso destacar el logro conseguido por el Reino Unido del 0,4% de superávit para 1998 y el 1,5% en 2000, el mejor resultado de todos los países considerados.

En el conjunto de los países de la OCDE destaca Dinamarca, que en todo el período ha mantenido superávit, alcanzando su punto máximo en 2000 (5,7%), aunque desciende al 5% en 2001 y seguiría descendiendo en los años siguientes.

GRÁFICO L1
EVOLUCIÓN DEL DÉFICIT EN LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS (en % PIB)



FUENTE: OCDE.

En 2001, muchos países europeos consiguen el equilibrio presupuestario e incluso superávit, a excepción de Francia (-1,7%), Alemania (-2%), Grecia¹ (-0,4%), Islandia² (-1,3%), Irlanda³ (-0,4%), Italia (-0,8%) y Portugal (-2,5%).

La evolución del gasto público, en porcentaje del PIB, para los cinco países considerados, en el período 1975-1999, queda reflejado en el CUADRO I.1. Se observa, en general, una tendencia creciente de la participación del gasto público en el PIB, hasta alcanzar el punto máximo en 1995 (Alemania, 49,8%; Francia, 54,3%; Reino Unido, 44,4%; España, 45,5%), excepto Italia (54%) que lo hace en 1990. A partir de ese momento, la tendencia general es decreciente.

CUADRO I.1
EVOLUCIÓN DEL GASTO DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS (en % PIB). 1975-2001.

AÑO	ALEMANIA	FRANCIA	ITALIA	R. UNIDO	ESPAÑA
1975	48,4	43,4	41,5	-	24,4
1980	47,9	46,1	42,2	-	32,2
1985	47,0	52,1	51,3	-	40,2
1990	45,1	49,8	54,0	41,8	42,5
1995	49,8	54,3	52,7	44,4	45,5
1997	47,9	54,2	50,2	41,0	42,2
1999	46,8	53,6	48,5	41,1	40,5
2001	45,9	47,6	45,8	37,0	38,8

FUENTE: OCDE.

Es necesario señalar que los datos disponibles de la OCDE acerca de España no coinciden con los facilitados por el Ministerio de Economía, el cual cifra el gasto público en 2001 en un 40,6% del PIB, con la previsión del 40,4% para 2002.

Según los datos de la OCDE, España inicia el período (1975) con un gasto público muy reducido (24,4%, prácticamente la mitad que Alemania en ese momento) y déficit cero, produciéndose fuertes crecimientos del gasto hasta 1985, que se ralentizan

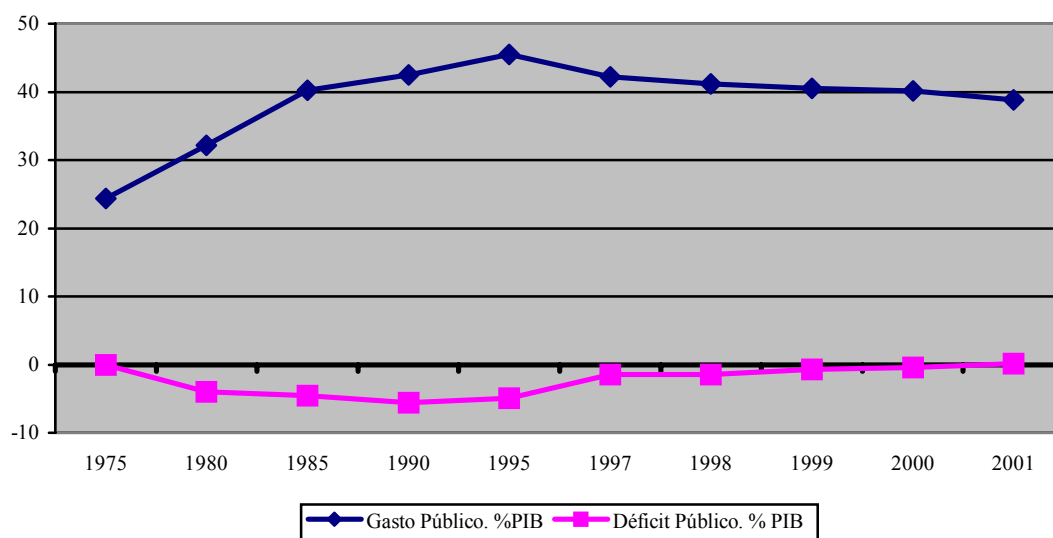
¹ Con previsión de conseguirlo en 2002.

² Desde 1997 hasta 2000 había obtenido superávit.

³ En 1994 había alcanzado el equilibrio presupuestario y superávit entre 1996 y 2000.

en la década siguiente, para ir disminuyendo a partir de 1995. El déficit público alcanza su valor máximo en 1990 (5,6% del PIB), iniciando un descenso en el resto del período, a excepción del repunte registrado en 1993 (5,4% de PIB) y terminando en 2001 con superávit (GRÁFICO I.2).

GRÁFICO I.2
EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO Y DEL DÉFICIT PÚBLICO EN ESPAÑA. 1975-2001.
 (En % PIB).



FUENTE: OCDE .

Una parte importante del gasto de las Administraciones Públicas⁴ se destina a la producción de servicios colectivos o servicios públicos, que son aquellos que las Administraciones Públicas proporcionan a la colectividad a título gratuito o casi gratuito.

Por convención internacional, se consideran servicios colectivos los producidos por las ramas de las Administraciones Públicas correspondientes a la Administración General del Estado⁵, Justicia, Orden Público y Seguridad y Defensa Nacional⁶. Estos servicios colectivos tienen las características que definen económicamente a un bien público puro (no rivalidad, no exclusión).

⁴ En España, el 45,3% del gasto público total, el 17% del PIB, en 2000.

⁵ En España, se añadirían las Administraciones Autónomas y las Administraciones Locales.

⁶ En los Presupuestos Generales del Estado para 2002, estos servicios públicos suponen el 6,3% del total.

En el caso de los demás servicios, será la contabilidad nacional de cada país la que determinará cuáles han de considerarse también como servicios colectivos, ya sean proporcionados por el Sector Público o por el sector privado para su venta. Estos servicios colectivos no tienen las características de bien público puro, sino de bienes privados que, en muchos casos, son suministrados por el sector público.

Los servicios colectivos producidos por las Administraciones Públicas constituyen una adición al PNB del país, sin embargo, existe dificultad para su valoración y contabilización, debido a que no se venden en el mercado por un precio. Mientras que la producción privada se valora en función del precio, la producción pública no destinada a la venta se determina según el coste de producción (en el que se incluye el consumo intermedio, la remuneración de los asalariados y el consumo de capital fijo). La valoración de la producción pública por el coste de producción, en lugar del valor real de mercado, introduce una infravaloración del output del sector público y una distorsión en la cuantificación del PNB.

En cuanto a la contabilización de la producción servicios públicos de las Administraciones Públicas, al igual que sucede con la contabilización de la producción pública en general, el Sistema de Cuentas Nacionales de las Naciones Unidas recoge la producción bruta total de las Administraciones Públicas, clasificada en servicios producidos para su propio uso, ventas de otros bienes y servicios (no mercancías) y mercancías producidas. Los servicios producidos para su propio uso son los servicios colectivos que se suministran gratuitamente al país y que aparecen en la contabilidad nacional como consumo final de las Administraciones Públicas.

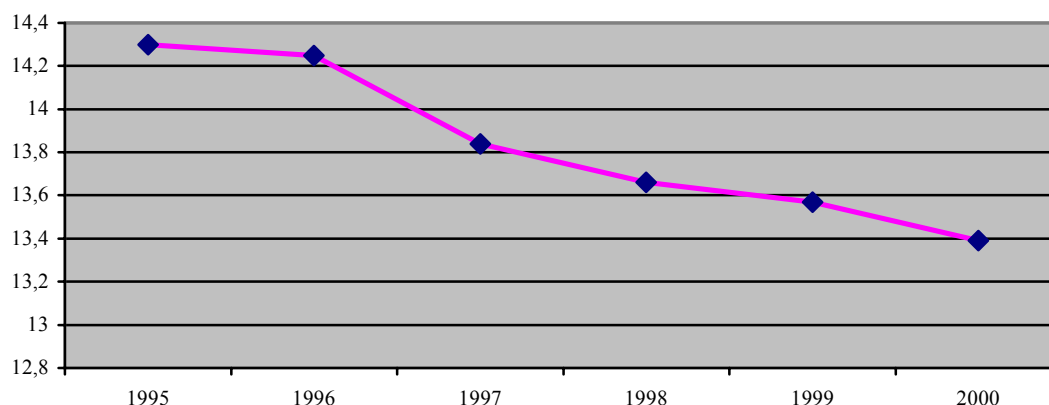
En el Sistema Europeo de Cuentas Económicas Integradas se abre una cuenta de producción a las Administraciones Públicas por sectores y por ramas. La producción de las Administraciones Públicas se contabiliza distinguiendo la producción de servicios colectivos destinados a la venta y los no destinados a la venta.

En España, se consideran servicios de las Administraciones Públicas no destinados a la venta los servicios de saneamiento de vías públicas, los servicios contra

incendios y similares, los servicios de educación e investigación, los servicios de sanidad, los de asistencia social y los servicios culturales y recreativos.

La variación de la producción de servicios no destinados a la venta, en % sobre el PIB, para el período 1995-2000 puede verse en el GRÁFICO I.3.

GRÁFICO I.3
EVOLUCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN EN EL PIB (en %) DE LOS SERVICIOS NO DESTINADOS A LA VENTA (1995-2000). BASE 1995.



FUENTE: INE, *España en cifras*, 2001.

Los datos de 1998 y 1999 son los previstos. Los datos de 2000 son avance estimado.

Según los datos de la Contabilidad Nacional para el período 1986-1994, con base 1986, la producción de servicios públicos de las Administraciones Públicas no destinados a la venta, ha ido aumentando su participación en el PIB desde 1986 hasta alcanzar el nivel máximo en 1993, con casi un 14,5% sobre el PIB.

En el período 1995-2000, con base 1995, la producción de servicios públicos por las Administraciones Públicas se observa un decrecimiento continuo, especialmente en 1997, terminando en 2000 con un 13,39% del PIB.

De entre los servicios públicos producidos por las Administraciones Públicas destacamos aquellos que satisfacen necesidades preferentes: la educación, la sanidad y la asistencia social. La importancia de estos servicios públicos preferentes viene avalada por el hecho de que consumen casi la mitad del gasto total en servicios públicos de las

Administraciones Públicas y, sobre todo, por la referencia específica que se hace de ellos en la Constitución Española.

Los servicios públicos de educación, sanidad y asistencia social responden a derechos fundamentales recogidos en el Título Primero, Sección 2ª, “De los derechos y deberes de los ciudadanos”, de la Constitución Española: el derecho a la educación (art. 27.1), el derecho a la protección de la salud (art. 43.1) y a la asistencia social (arts. 41 y 50). El Estado queda así obligado a garantizar el acceso de todos los ciudadanos a estos servicios (universalidad) en igualdad de condiciones (equidad)⁷.

En el CUADRO I.2, se registran los porcentajes sobre el PIB del gasto de las Administraciones Públicas en servicios públicos no destinados a la venta de educación y sanidad, su evolución desde 1975 hasta 2000.

CUADRO I.2
EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN EDUCACIÓN Y SANIDAD (en % PIB). 1975-2000.

	1975	1985	1995	2000
- EDUCACIÓN	2,1	3,8	4,7	4,5
- SANIDAD	3,8	4,4	5,5	5,4

FUENTE: OCDE.

En el período 1975-95, el gasto público en educación aumenta en un 124,3%, pero a partir de 1995, los recursos públicos destinados a educación han ido disminuyendo paulatinamente hasta 2000. En sanidad, la evolución es similar, aunque el incremento en el período 1975-1995 es del 44,7%.

Sin embargo, la producción de servicios de no mercado en su conjunto no ha dejado de crecer en los últimos años, con tasas de variación del 1,5% (1995-96), 2,3% (1996-97), 2,5% (1997-98), 3,1% (1998-99) y 2,7% (1999-2000).

⁷ Estos derechos constitucionales se desarrollan en una amplia normativa sobre sanidad, educación y asistencia social.

El gasto público, tanto en la oferta de servicios como en redistribución de la renta, genera un coste financiero para el contribuyente así como unos beneficios sociales para toda la comunidad, o para una parte de la misma, pero lo que no se sabe es si el resultado es óptimo y se ajusta a los objetivos fijados por el poder público (PLIATZKY, 1994, p. 191).

Aunque los recursos destinados a la producción de servicios públicos por las Administraciones Públicas aumentan cada año, sin embargo, no se acompaña de una mayor calidad del servicio y mayor satisfacción del ciudadano, debido en parte a que cada vez es más exigente (el 73% opina de esta forma) y tiene la percepción de que las prestaciones que recibe a cambio de los impuestos que paga son insuficientes (51,7%) (CIS, *Barómetro junio 2000*; GONZÁLEZ MARTÍNEZ, 1998, p. 44; ; BAREA TEJEIRO y GÓMEZ CIRIA, 1994, p. 27; PASTOR, 1990, p. 151).

Sobre el funcionamiento de los servicios públicos, el 65,5% opina que la Administración de Justicia funciona poco o nada satisfactoriamente, siendo el 40,4% en educación y el 43,3% en asistencia sanitaria (CIS, *Barómetro junio 2000*).

Sin embargo, el 53,8% de los españoles cree que los servicios públicos funcionan mejor ahora que hace diez años, destacando la mejora del transporte urbano (63,9%), la asistencia sanitaria (62%), los ferrocarriles (60%) y la enseñanza (56%). Por el contrario, solamente el 33% opina que haya mejorado el funcionamiento de la Administración de Justicia (CIS, *Boletín 26, Series Temporales*, 2000).

En cuanto a la eficacia de los servicios públicos, la valoración de los ciudadanos es más positiva en 2000 que en 1992, en general. El porcentaje de los encuestados que califican el funcionamiento de los servicios públicos de muy o bastante eficaz se ha incrementado significativamente, destacando el caso del servicio de Correos, el transporte urbano, los ferrocarriles, la asistencia sanitaria y la enseñanza. En último término está la Administración de Justicia, cuya valoración presenta signo contrario al resto de los servicios, siendo solamente el 17% los que creen que funciona con mucha o bastante eficacia, en 2000 (CUADRO I.3).

CUADRO I.3
VALORACIÓN DE LA EFICACIA DE FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS.

	% muy o bastante eficaz				
	1992	1994	1996	1998	2000
Correos	36	54	68	60	67
Transporte urbano	47	57	64	67	63
Ferrocarriles	40	49	58	62	57
Asistencia sanitaria en ambulatorios	33	44	48	54	54
Asistencia sanitaria en hospitales	35	46	49	55	52
Enseñanza	54	55	56	53	48
Servicios sociales	34	43	48	48	43
Gestión de pensiones	37	40	44	45	40
Oficinas de la Administración Pública	29	30	37	42	41
Gestión del subsidio de desempleo	26	32	32	35	34
Administración de Justicia	23	23	23	20	17

FUENTE: CIS, *Boletín 26, Series Temporales*, 2000.

La imagen que tiene el ciudadano de los funcionarios y los empleados públicos y su comparación con el sector privado se reseña en la encuesta del CIS, cuyos resultados se exponen en CUADROS I.4 y I.5.

CUADRO I.4
IMAGEN DE LOS FUNCIONARIOS Y EMPLEADOS PÚBLICOS. (% MUY O BASTANTE).

Lentos en su trabajo	49
Bien preparados	48
Estrictos en el cumplimiento de las normas administrativas	46
Buenos profesionales	41
Autoritarios con el ciudadano	39
Responsables	38
Eficaces en su trabajo	32
Deseosos de servir a los ciudadanos	23

FUENTE: CIS, *Boletín 20*, 1999.

CUADRO I.5
COMPARACIÓN CON LOS TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO (en %).

	Mas	Igual	Menos	NS/NC
Satisfechos con su trabajo	20	43	21	16
Preparados para hacer su trabajo	12	60	18	10
Preocupados por prestar un servicio de calidad	10	37	44	9
Motivados para hacer bien su trabajo	10	36	44	11

FUENTE: CIS, *Boletín 20*, 1999.

Los funcionarios y empleados públicos parecen menos preocupados por prestar un servicio de calidad (44%) y menos motivados para hacer bien su trabajo (44%) que los empleados del sector privado.

La opinión del ciudadano sobre la Administración Pública en general, la percepción del espíritu de servicio y la calidad de los servicios que presta en comparación con el sector privado se recogen en el CUADRO I.6 y I.7.

CUADRO I.6
PERCEPCIÓN DEL ESPÍRITU DE SERVICIO (en %).

	1993	1996	1999
MUY RECEPTIVA	1	2	1
BASTANTE RECEPTIVA	19	16	22
MUY + BASTANTE (1)	20	18	23
REGULAR RECEPTIVA	38	33	37
POCO RECEPTIVA	29	31	25
MUY POCO RECEPTIVA	11	11	8
POCO + MUY POCO (2)	40	42	33
(1) – (2)	-20	-24	-10
NS/NC	2	7	7

FUENTE: Barómetros CIS.

CUADRO I.7
COMPARACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS CON EL SECTOR PRIVADO (%).

	1993	1996	1999
MÁS (1)	8	8	10
IGUAL	36	37	37
MENOS (2)	49	47	44
(1) – (2)	-41	-39	-34
NS/NC	7	8	9

FUENTE: Barómetros CIS.

Según estas encuestas, el ciudadano opina que nuestra Administración Pública es lenta, burocrática y poco receptiva y cercana al usuario. La percepción del espíritu de servicio es muy baja (el 42% lo manifiestan así, aunque en 1999 se redujo al 33%).

Los usuarios han empezado a exigir calidad en los servicios que reciben de las Administraciones Públicas y, cuando se les pide compararlos con los servicios del sector privado, el 44% opina que son de menor calidad, frente al 10% que los califica de más calidad.

Los elevados niveles de gasto en la producción de servicios públicos por las Administraciones Públicas y la percepción de calidad deficiente de dichos servicios por los ciudadanos y la insatisfacción que genera la lentitud, la ineficacia y la burocracia de su funcionamiento en los usuarios, cuestionan la eficiencia en la asignación de los recursos y plantean la posibilidad de reformar una Administración Pública mejorable.

Con frecuencia se acusa a la Administración Pública de ineficiente o, al menos, de ser menos eficiente que el sector privado. Existen diversas razones que justifican esta afirmación: en primer lugar, los servicios que proporcionan las Administraciones Públicas no están sometidos a las leyes del mercado, lo que no incentiva la búsqueda de la eficiencia como una prioridad. En segundo lugar, en la mayoría de los casos, la producción de tales servicios se realiza en situación de monopolio o cuasimonopolio, por lo que no se tienen en cuenta las preferencias de los consumidores de un modo imperativo.

El análisis comparativo de la eficiencia de las Administraciones Públicas y del sector privado ha de tener en cuenta los distintos objetivos que persiguen: el sector privado busca la rentabilidad económica, en tanto que la Administración Pública se centra en el bienestar social. Por tanto, sería preciso hablar de eficiencia privada y de eficiencia pública, puesto que si se aplican al sector público los mismos métodos que al privado para estudiar su rentabilidad el resultado no sería homogéneo.

Además, en el caso de utilizar el mismo método para ambos sectores, es preciso tener en cuenta que la valoración de la producción de las Administraciones Públicas se realiza según el coste de producción, no el valor de mercado, por lo que resultaría normalmente siempre menos eficiente que el sector privado.

El modelo burocrático de la Administración Pública⁸ parece que no ha sabido dar respuesta a las nuevas demandas sociales⁹, tanto en la gestión económica y financiera como en la gestión de recursos humanos¹⁰. Esto es debido a la creciente complejidad y dimensión que han alcanzado las organizaciones públicas tanto en nuestro país como en los de nuestro entorno. Por ello, se han iniciado reformas estructurales, con el fin de reducir el gasto público, mejorar la eficiencia y la eficacia del sector público, aumentar la calidad¹¹ de los servicios y proporcionar una posibilidad de elección al usuario.

Previamente a la consideración de cualquier reforma de los servicios públicos, sería preciso analizar las distintas funciones necesarias para poner a disposición del ciudadano un servicio público determinado: quién lo va a pagar, quién lo compra, quién lo va a proporcionar y a quién va dirigido. De esta forma, podemos separar tres funciones fundamentales: la financiación, la compra y la provisión o producción.

Debemos señalar que, aunque existe la acepción contable de provisión como financiación, hemos preferido, tal como lo hacen muchos autores, la determinación de provisión como concepto similar al de producción, y al tratarse de servicios, el productor suele coincidir con el proveedor.

En España, las tres funciones las realiza, principalmente, la Administración Pública, sin embargo, sería posible introducir cambios en el mercado de servicios públicos y, en particular, en la provisión de los mismos, con una mayor participación del sector privado, incluso compitiendo en igualdad de condiciones con el Sector Público, aunque las demás funciones siga ejerciéndolas la Administración Pública.

⁸ La Administración española sigue rigiéndose por la Ley de Administración y Contabilidad de 1911. Las posteriores reformas no han variado el carácter fundamental de la Administración Pública española, lo que da una idea de la necesidad de un cambio estructural.

⁹ Diversos autores así lo afirman, como GONZÁLEZ MARTÍNEZ (1998).

¹⁰ En GONZÁLEZ MARTÍNEZ (1998), se propone una reforma del empleo público, dado que los costes de personal suponen alrededor del 70% del coste total de producción de servicios colectivos. Afirma, además, que la estructura funcionarial o semifuncionarial del empleo público impide una gestión de personal que se adapte a las necesidades de cada momento.

¹¹ En HIRSCHMAN (1970) pueden encontrarse distintas opciones ante la baja calidad de un servicio, con diferentes consecuencias en la empresa pública y en la privada.

Con la política de reforma de la producción de servicios públicos, se buscan dos objetivos fundamentales: la contención del gasto y una mayor satisfacción del usuario. Estos objetivos pueden conseguirse con una asignación de recursos más eficiente y un funcionamiento más eficaz de la Administración Pública. Es decir, para un nivel de gasto dado para la producción de servicios públicos, puede lograr elevar la calidad de éstos, o bien, para un nivel de calidad dada, reducir el gasto. Ante los escasos incentivos para mejorar la eficiencia o la calidad en la Administración Pública, la libre elección de proveedor por el usuario, ya sea directamente o a través de un intermediario, puede ser un elemento a considerar.

Si el usuario tiene la posibilidad de elegir entre los distintos proveedores, éstos tendrán que competir por los clientes, lo que les incentivará a la reducción de los costes o a la mejora de la calidad, puesto que la elección del usuario se basará en el precio, cuando exista, o en la calidad, en ausencia de precio. La competencia entre los proveedores (públicos o privados) redundaría en una mayor satisfacción del usuario y en una mayor eficiencia en el sistema.

Las políticas de reforma de la Administración Pública llevadas a cabo en distintos países de nuestro entorno¹², se centran en la función de provisión de servicios públicos y se concretan en la importación de técnicas de gestión empresarial propias de la empresa privada, la introducción de competencia en la provisión de servicios públicos, la desregulación, la liberalización del sector y la privatización.

Todas estas políticas tienen objetivos comunes y no son incompatibles entre sí, sin embargo, es preciso distinguirlas. La importación de técnicas de gestión empresarial se basa en la aplicación de modelos de gestión económica, financiera y de recursos humanos, similares a los utilizados en el sector privado¹³.

En España, el *Libro Blanco para la mejora de los servicios públicos* propone un nuevo modelo de gestión pública, basado en la calidad de los servicios, la atención al

¹² Por ejemplo, Reino Unido, Suecia, Francia, etc., todos ellos en la década de los noventa.

¹³ En BAREA TEJEIRO y GÓMEZ CIRIA (1994) se propone la dirección estratégica por objetivos como modelo de gestión de la Administración Pública.

ciudadano, la reducción de la burocracia, el control de la gestión pública y cambios en la organización de los recursos humanos.

La introducción de competencia en la provisión se fundamenta en la política de defensa de la competencia, consistente, principalmente, en perseguir las conductas anticompetencia, como son los acuerdos de precios (carteles) y el abuso de posición dominante, que son los casos más importantes; también se plantea un control a la elevada concentración en los mercados, lo que determinaría posiciones monopolistas o cuasi-monopolistas, con las posibles consecuencias negativas concomitantes.

La política de liberalización intenta eliminar los obstáculos que el Estado ha introducido en la legislación, de tal forma que los consumidores puedan elegir y los productores puedan entrar en los mercados libremente¹⁴. En los sectores protegidos legalmente, primero se aplicará la liberalización y después la defensa de la competencia.

La política de desregulación suprime la legislación que mantiene un sector restringido, y se refiere, fundamentalmente, a los procesos de desmonopolización de algunos sectores. Esta política es la más complicada, pues previamente se ha de realizar una reestructuración del mercado donde opera el monopolio.

Finalmente, la política de privatización tiene como objetivo aumentar la eficiencia del sistema productivo, aunque puede perseguir también otros objetivos (dispersión de la propiedad o la obtención de ingresos extraordinarios para el Estado). La privatización, en sentido estricto, es una transferencia de la propiedad al sector privado, pero también se considera privatización la concesión (mediante contratos de franquicia o subcontratos, en licitación competitiva) de la explotación a una empresa privada productora de servicios públicos, así como la gestión del servicio público por una empresa privada, aunque la propiedad siga siendo pública.

Una de las primeras condiciones para la introducción tanto de técnicas de gestión empresarial como de competencia en la provisión, o para la privatización de una

¹⁴ Supresión de las barreras de entrada, monopolios, ayudas públicas, etc.

empresa pública, es su constitución como entidad autónoma¹⁵, incluso dividiéndola en unidades más operativas, donde las decisiones se tomen de forma independiente del poder público y sus directivos se responsabilicen de su gestión y asuman personalmente los resultados obtenidos, al igual que sucede con los gestores del sector privado.

Este capítulo se inicia con una aproximación al estudio de la provisión de servicios públicos en España en el apartado II, en particular, a los servicios públicos preferentes, analizando las funciones necesarias para poner a disposición del usuario tal servicio público, concretándose el estudio en la función de provisión. Se compara la provisión privada y la provisión pública de servicios públicos y sus niveles de eficacia y eficiencia. Finalmente, se hace referencia a las normas legales que avalan la consideración de servicios públicos preferentes (educación, sanidad y servicios sociales).

En el apartado III, se muestran distintos mecanismos de introducción de competencia en la provisión de servicios públicos y los posibles resultados de su aplicación. Se realiza la distinción entre los sistemas de incentivos de mercado (apartado III.1.a. Políticas sobre la demanda), y los modelos de competencia en la provisión de servicios públicos (apartado III.1.b. Políticas sobre la oferta). En el primer caso, se estudia la figura del intermediario, el bono o vale de usuario y el cobro al usuario, señalando las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos, así como ejemplos de aplicación (en particular, en la educación). En el segundo caso, se analiza la introducción de técnicas de gestión empresarial y la competencia en la provisión de servicios públicos (competencia pública y competencia mixta).

Finalmente, en el apartado IV, nos centramos en la provisión privada de servicios públicos: la privatización. Se realiza una aproximación a la privatización en sentido estricto, los diversos métodos para privatizar una empresa (transferencia de propiedad o venta de activos), así como sus ventajas e inconvenientes, pero también se

¹⁵ En MARTÍN MARTÍN, (1998), encontramos las características de las distintas fórmulas que pueden adoptarse: organismos públicos, sociedades mercantiles, consorcios, fundaciones y cooperativas, así como su régimen jurídico, órganos rectores, régimen de personal, etc.

estudian otras políticas que suelen considerarse también como una forma de privatizar un servicio público según algunos autores (desregulación, liberalización, provisión privada, gestión indirecta), con referencia a la licitación competitiva para la concesión de franquicias y la subcontratación.

II. LA PROVISIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS EN ESPAÑA.

Los servicios públicos presentan particularidades que los diferencian de los servicios del sector privado, puesto que, en la mayoría de las ocasiones, quien los disfruta y consume (usuario) no los compra (entidad compradora) ni los paga (financiador) directamente al proveedor.

Los servicios públicos producidos por la Administración Pública con carácter de bienes públicos puros (servicios de la Administración General del Estado, Justicia, Orden Público y Seguridad y Defensa Nacional) son financiados, adquiridos y proporcionados exclusivamente por el Estado. Los destinatarios de estos servicios públicos, al no darse el principio de exclusión, son todos los ciudadanos.

Entre los restantes servicios públicos, considerados como tales en España, nos centraremos especialmente en aquellos que satisfacen necesidades preferentes (la educación, la sanidad y la asistencia social), tanto por constituir más de la mitad del gasto total en servicios públicos como por representar derechos constitucionales fundamentales, lo que confirma su clasificación de bienes preferentes. Estos servicios públicos son proporcionados principalmente por el Sector Público (bienes privados suministrados públicamente), pero también participa el sector privado, ya sea mediante concierto o, en menor medida, en el mercado libre.

Para poner a disposición de los ciudadanos un servicio público preferente es necesario el desarrollo de varias funciones, realizadas por distintos agentes:

1. La financiación. *¿Quién los paga?*. Estos servicios públicos no se financian vía precio, sino en su mayor parte a través de impuestos. Estarían incluidos

en este caso la sanidad pública, la educación pública¹⁶, la asistencia social pública y los conciertos con el sector privado para los tres servicios¹⁷. Una pequeña parte de los servicios preferentes, que se oferta en el mercado libre, se financia con el precio, que es la proporcionada por centros privados sin concierto¹⁸ y que satisface directamente el usuario, ya sea pagando su precio o a través de seguros privados, en el caso de la sanidad.

2. La provisión. *¿Quién los produce?*. Al tratarse de servicios, el proveedor coincide con el productor, por lo que se entiende la función de provisión igual a la función de producción. No consideramos la acepción contable de provisión (financiación), como hacen algunos autores, sino que nos sumamos a aquellos que la asimilan al concepto de producción. La provisión puede ser pública o privada, aunque en nuestro país sea mayoritariamente pública¹⁹, participando el sector privado mediante concierto o en el mercado libre, aunque éste es residual.
3. La compra o adquisición. *¿Quién los compra?*. La Administración Pública es quien los compra cuando se proporcionan en no mercado²⁰ y el usuario o la aseguradora²¹ si se trata de servicios en el mercado libre.
4. Los usuarios. *¿A quién van destinados?*. La autoridad pública será quien decida a quién se han de suministrar²².

Se pueden distinguir, por lo tanto, tres funciones fundamentales que, en España, realiza principalmente la Administración Pública: la financiación, la compra y la

¹⁶ La enseñanza universitaria pública no es totalmente gratuita, puesto que el Estado financia una parte y otra parte ha de pagarla el usuario.

¹⁷ En el caso de los centros educativos concertados, sólo comprende la educación obligatoria.

¹⁸ Estarían incluidos en este caso los centros educativos privados de todos los niveles de enseñanza, los centros sanitarios privados y los centros asistenciales privados.

¹⁹ En *TODÓ I ROVIRA* (1990), puede verse una comparación del modelo de Bowen y el modelo de Lindahl en el caso de existir alternativa privada.

²⁰ Servicios de producción pública o concertada.

²¹ Para los servicios sanitarios y asistenciales.

²² La normativa española recoge el derecho de todos los ciudadanos a la asistencia sanitaria (LGS), así como a la educación (LOGSE) y la asistencia social (normas sobre Seguridad Social y servicios sociales),(universalidad).

provisión o producción de servicios públicos. La distinción entre estas funciones nos lleva a plantear si es preciso que el Sector Público lleve a cabo las tres funciones o si, por el contrario, alguna de ellas podría realizarla el sector privado.

En cuanto a la primera, existe un acuerdo político generalizado para que la financiación de determinados servicios públicos, en particular los que tienen el carácter de preferentes, siga siendo mayoritariamente pública, sin embargo, existe la posibilidad de que la función de compra y la de provisión pueda ser transferida al sector privado (con o sin ánimo de lucro), permaneciendo el Estado como garante de los principios de universalidad y equidad.

En el caso de la función de compra de servicios públicos, la introducción de la figura del intermediario, público o privado (con o sin ánimo de lucro), que asesoraría al usuario a la hora de elegir entre los distintos proveedores, rompería el actual monopolio que mantiene la Administración Pública. En la elección de los proveedores, influye el precio (cuando exista) y la calidad del servicio proporcionado. Sin embargo, para el usuario es muy difícil medir la calidad de determinados servicios, debido a la falta de información. Esta carencia se resolvería con el asesoramiento del intermediario, conocedor de los estándares de calidad de cada proveedor.

A la hora de producir servicios públicos, la provisión puede ser tanto pública como privada, no existiendo, en principio, razón alguna para que la Administración Pública produzca directamente los servicios públicos si, por el contrario, el sector privado puede hacerlo más eficientemente.

II.1. Provisión pública vs. provisión privada de servicios públicos preferentes: eficacia y eficiencia.

Los servicios públicos preferentes tienen características especiales que los alejan de los supuestos para su provisión en un mercado libre. La existencia de fallos de mercado²³, asimetría de información, selección adversa, riesgo moral, la obligación de

²³ Monopolio o cuasimonopolio, efectos externos y bienes públicos no puros.

garantizar la equidad en el acceso, su consideración de bienes preferentes y ser elementos esenciales en las políticas de redistribución de la renta e integración social, apoyan la decisión de su provisión pública. Será, entonces, la Administración Pública quien decida producirlos y cómo se han de financiar, basándose en objetivos sociales, no de rentabilidad.

La provisión pública de servicios colectivos está suficientemente justificada²⁴, incluso para los que satisfacen necesidades preferentes²⁵ (fallos del mercado). Como respuesta a los fallos de mercado se han aplicado dos tipos de políticas: la regulación del monopolio privado o recurrir a la producción pública (DOMBERGER y PIGGOTT, 1994, p. 220).

Sin embargo, otros autores defienden la provisión privada para los bienes preferentes, que tienen la consideración de bienes privados suministrados públicamente, puesto que, en caso contrario, se corre el riesgo de perder las ventajas relacionadas con el mercado: no hay competencia ni otros incentivos para la eficacia y la eficiencia (BAREA TEJEIRO y CORONA RAMÓN, 1996, p. 283). Surgen así los fallos del sector público.

La solución a los fallos del sector público podría pasar por la utilización del mercado en los programas sociales gestionados por el Sector Público, dando entrada a la competencia y estableciendo la separación entre la función de financiación y la de provisión, puesto que, la necesidad de financiación pública no implica, necesariamente, que la provisión deba llevarse a cabo en el ámbito del sector público, sino que, por el contrario, puede tener lugar también en el sector privado.

Por otra parte, la producción de servicios públicos, al tratarse de un proceso técnico-económico, debería realizarla el agente económico, público o privado, que sea más eficiente, al menos para los servicios públicos preferentes.

²⁴ Diversos autores han analizado la intervención del Estado en la producción de bienes y servicios, entre ellos COLM, (1948); ARROW, (1963); MARCHAL, (1964); MUSGRAVE, (1967); DRUCKER, (1983); STIGLITZ, (1988) y (1994).

²⁵ Ver COASE, (1960).

En todo caso, permanecería en la Administración Pública el poder de inspección de tales servicios con el fin de proteger al usuario y garantizar la calidad del servicio proporcionado y la equidad en el acceso.

II.1.a. La eficacia en el Sector Público.

Existen diversas manifestaciones de la ineficacia del Sector Público, tanto en el uso de los recursos públicos y, por tanto, en el gasto público²⁶, como en la calidad de los servicios proporcionados al ciudadano. Esto es debido, principalmente, a los rasgos básicos que diferencian la administración, la gestión y el control en el Sector Público y en el sector privado.

La ineficacia del gasto público puede ser explicada, en gran parte, por tres factores determinantes: la ausencia de competencia en la provisión de bienes y servicios, las dificultades que genera la relación de agencia en el ámbito público y la existencia de una regulación de la actividad pública extremadamente rígida, lo que impide una cierta flexibilidad (movilidad funcional y espacial, de acceso y salida de los mercados) (PASTOR, 1990, pp. 153-155). Sin embargo, es el descontrol en el gasto y la ineficacia de muchos servicios públicos los que afectan seriamente a la equidad y eficiencia del sistema y a la propia legitimidad del gasto (PASTOR, 1990, p.152).

Según RODRÍGUEZ GONZÁLEZ y FUENTES MARTÍN (1994, p. 126), se ha identificado tradicionalmente el control en el Sector Público, en general, con el control de legalidad, es decir, la verificación del ajuste de los actos administrativos a la legalidad vigente, sin tener en cuenta otros sistemas de control propios del sector privado.

En los mercados competitivos y en los mercados no competitivos donde existen sustitutos de los servicios ofertados y la elasticidad cruzada es mayor que cero, los consumidores pueden disciplinar la ineficacia de los oferentes dejando de adquirir sus servicios. Pero en la Administración Pública es difícil y costoso el control de los

²⁶ En PASTOR (1990), p. 152 se hace referencia a algunas de ellas.

comportamientos del personal responsable de la provisión de servicios públicos²⁷ y, para los servicios que disfrutaban de una situación de monopolio, al no existir competencia ni posibilidad de elección para los consumidores, no hay incentivos para la eficacia en su funcionamiento.

Algunos criterios para la mejora de la eficacia del Sector Público incluirían, según PASTOR (1990, p. 157), en primer lugar, el establecimiento de incentivos positivos (recompensas) y negativos (sanciones), según las conductas de los agentes involucrados. En segundo lugar, una mayor flexibilidad en los criterios de gestión (autonomía) y control y evaluación de los resultados. En tercer lugar, la acción de los ciudadanos puede contribuir, mediante la publicidad de las quejas y reclamaciones de los usuarios, a la corrección de actuaciones mejorables del personal de la Administración Pública. En cuarto lugar, la participación de grupos de interés para la defensa y representación de posibles afectados por decisiones o procedimientos de la Administración Pública. Finalmente, puesto que una de las características de la oferta de servicios públicos de las Administraciones Públicas es la ausencia de rivales, el fomento de la competencia (siempre que sea posible), ya sea entre distintos órganos de la Administración Pública o bien incluyendo también al sector privado.

II.1.b. La eficiencia en el Sector Público.

La eficiencia no ha sido una prioridad en el Sector Público en general y tampoco en la provisión pública de servicios públicos. En el caso de los servicios públicos, esta falta de interés por la eficiencia es debida a la escasa cuantía inicial de los mismos, a su consideración de actividad improductiva por los economistas y a tratarse de servicios de no mercado.

En nuestro país, el tratamiento puramente administrativo y burocrático que se ha aplicado a la Administración Pública española, en general, y a la producción pública de

²⁷ El ciudadano no puede ejercer el control, ni política ni jurisdiccionalmente, debido a la presencia de elementos de bien público, en algunos casos, y la existencia de “free riders” en otros.

los servicios colectivos, en particular, podría justificarse por su alejamiento de las condiciones necesarias para la existencia de un mercado libre de servicios colectivos.

En primer lugar, por el lado de la demanda, al no existir un precio de venta y ser suministrados gratuitamente, o por un precio simbólico, la demanda es excesiva frente a la oferta existente, por lo que es preciso introducir medidas restrictivas, cuyos criterios se basan en procedimientos burocráticos y administrativos.

En segundo lugar, por el lado de la oferta, debido a que se financian públicamente, principalmente a través de impuestos, se ha fomentado en las últimas décadas la expansión del gasto de las Administraciones Públicas, sin otro control del mismo que el de legalidad y, por tanto, sin tener en cuenta la eficiencia de la asignación de los recursos públicos aplicados a la producción de los servicios colectivos ni las preferencias de los consumidores (BAREA TEJEIRO y GOMÉZ CIRIA, 1994, p. 63).

La Administración Pública española está inspirada en el modelo burocrático weberiano (centralizado, estatutario, jerárquico, disfuncional y rígido). La profusa legislación administrativa que rige su funcionamiento provoca dos efectos fundamentales: politiza las decisiones a tomar por el poder público y exonera de responsabilidad a los gestores públicos²⁸.

En la Administración Pública, las decisiones operativas se ajustan a la legalidad administrativa y, cuando existe vacío legal, se recurre a situaciones similares amparadas por la legalidad. En el caso de las decisiones estratégicas, aparte del control de legalidad, tiene un gran peso el efecto que tal decisión puede provocar en el electorado. Por lo tanto, se suele buscar más la rentabilidad electoral que la rentabilidad económica o el maximizar el bienestar social.

²⁸ Para HANKE (1992), en la empresa privada los propios accionistas pueden ejercer el control sobre las decisiones de los gestores, en tanto que en la empresa pública, cuyas acciones normalmente no se pueden comprar ni vender, el control lo deberían llevar a cabo los contribuyentes, a falta de un control en el mercado de capitales.

En cuanto a la elección de los gestores públicos que gestionarán los servicios públicos suministrados, es frecuente que la selección se realice más por afinidades políticas que por experiencia demostrada en la gestión de empresas de servicios similares. Además, a diferencia de los gestores de empresas privadas, al gestor público solo se le exige que sus decisiones se ajusten a la legalidad vigente, sin tener en cuenta cómo se han administrado los recursos, si se ha conseguido mayor eficiencia en la asignación de los mismos o si se ha mejorado su calidad.

Las decisiones basadas en criterios políticos, no económicos, y la liberación de responsabilidad de los gestores públicos, hacen que la provisión pública de servicios públicos, al faltar la prueba del mercado (que muchas veces ni siquiera puede ser simulada), corra el riesgo de que la burocracia elimine la posible rentabilidad²⁹.

El sistema de gestión de la Administración Pública, sujeto al Derecho Administrativo, se centra más en los procedimientos que en los resultados de la producción de servicios, lo que provoca ineficiencia³⁰ e ineficacia en su actividad gestora.

Existe la creencia generalizada, basada en las características distintivas que concurren en la producción pública (bienes y servicios de provisión gratuita, financiados mayoritariamente por impuestos), de que el Sector Público es menos eficiente que el privado. Sin embargo, el Estado no posee el monopolio de las prácticas ineficientes, que también pueden observarse en empresas privadas.

Los análisis comparativos de la eficiencia del Sector Público y el sector privado obtienen resultados contradictorios. DOMBERGER y PIGGOTT (1994) destacan, por un lado, el realizado por BORCHERDING et al., (1982) en el que se citan más de 50 estudios en cinco países, donde se afirma que “las recomendaciones que se hacen en la mayoría de los estudios... están de acuerdo con la idea de que las empresas públicas

²⁹ Acerca de este tema ver DRUCKER, (1983).

³⁰ Para DOMBERGER y PIGGOTT, (1994), una de las causas de la ineficiencia del sector público es la gestión de recursos humanos, pues existe un exceso de mano de obra y los salarios son superiores al salario competitivo.

tienen una estructura de costes unitarios superiores”. Por otro lado, MILLWARD (1982), analizando una muestra heterogénea de estudios en la literatura norteamericana, no encuentra “ningún apoyo a la superioridad de la empresa privada”.

Para DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ (1990), la mayoría de los estudios empíricos confirma que la producción pública de algunos servicios se realiza en condiciones de costes menos favorables que la producción privada, aunque en algunos casos hay gran similitud, pero las bajas tasas de productividad en el Sector Público pueden deberse a la naturaleza de los servicios provistos y a las diferencias de comportamiento entre oferentes públicos y privados.

HANKE (1985) analiza con detalle el Sector Público y el sector privado y hace referencia a la relación descubierta por BORCHERDING denominada “Bureaucratic Rule of Two” (Regla Burocrática del Doble), según la cual, cuando el suministro de cierta cantidad y calidad de producto se transfiere desde el sector privado al público, el coste de producción unitario se duplica.

La comparación más exhaustiva entre Sector Público y privado en el Reino Unido, según KAY y THOMPSON (1994), es la de PRYKE (1982), donde se pone de manifiesto la mayor rentabilidad de la empresa privada y la ineficiencia de la empresa pública.

El análisis de la eficiencia del Sector Público y el sector privado resulta bastante complejo, puesto que la valoración del output privado se realiza tomando el precio de venta, pero existe gran dificultad para la cuantificación del output público, ya que, generalmente, no existe un precio de venta.

Esta dificultad se agrava cuando se trata de determinar la producción de servicios públicos de no mercado, por el hecho de que la finalidad de muchos servicios consiste no en la generación de una actividad concreta, sino en evitar que sucedan determinados acontecimientos (servicios de prevención).

En España, el método utilizado para la valoración de la producción pública, en general, y para la producción de servicios públicos de no mercado en particular, al no existir un precio (o ser éste simbólico), es el coste de producción, en el que se incluye el consumo intermedio de bienes y servicios y los componentes del valor añadido. El valor añadido se obtiene por la adición de sueldos y salarios de los funcionarios y empleados, el consumo de capital fijo y los impuestos ligados a la producción, pagados por las ramas de las Administraciones Públicas productoras de servicios públicos³¹.

LÓPEZ CASASNOVAS y RAMÍREZ DE ARELLANO (1996), proponen la inclusión en el coste de producción del coste de utilización del capital público, y estiman que para su cuantificación podría utilizarse el coste de oportunidad.

Por todo lo anteriormente expuesto, algunos autores cuestionan que el concepto de eficiencia pueda significar lo mismo en el sector público que en el sector privado, por lo que se distinguiría entre eficiencia pública y eficiencia privada. Esta diferencia se basa en los objetivos perseguidos por cada uno de los sectores. En el sector privado se fijan objetivos económicos (maximizar el beneficio económico), mientras que en el Sector Público los objetivos son sociales (maximizar el bienestar social).

La eficiencia en el sector privado se mediría en función de la óptima asignación de los recursos para conseguir el máximo beneficio económico con el mínimo coste. La eficiencia en el Sector Público se obtendría mediante la minimización de los costes necesarios para conseguir el máximo bienestar social.

II.2. Antecedentes normativos.

El interés en España por la eficacia y la eficiencia en el Sector Público se inicia en los años 60, aunque es en la Constitución Española de 1978 donde se consagra el principio de eficacia en la actuación administrativa pública en el art. 103.1, al señalar

³¹ Existen métodos alternativos de medición del output del sector público, como el propuesto por el Sistema de Cuentas Nacionales de las Naciones Unidas, el método de los inputs, indicadores de actividad, etc. que pueden verse en DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, (1990). OXLEY et al. (1992), pp. 64-65, nos ofrecen métodos utilizados en distintos países de la OCDE para la medición de la producción pública.

“la Administración Pública sirve con objetividad los intereses generales y actúa de acuerdo con los principios de eficacia, jerarquía, descentralización, desconcentración y coordinación, con sometimiento pleno a la Ley y al Derecho”, y en el art. 31.2, donde se establece que “el gasto público realizará una asignación equitativa de los recursos públicos, y su programación y ejecución responderán a los criterios de eficiencia y economía”.

Existen antecedentes de los principios de eficiencia y eficacia en diversas normas preconstitucionales (Ley de Procedimiento Administrativo de 1958; Orden Ministerial de 1 de abril de 1967, por la que se introduce el Presupuesto por programas como una medida de eficiencia, aunque no se implantará definitivamente hasta 1984; Ley General Presupuestaria de 4 de enero de 1974; Ley General Presupuestaria de 4 de enero de 1977).

Por lo tanto, el funcionamiento eficaz y eficiente del Sector Público no es solamente un objetivo de los poderes públicos, sino que se trata de un mandato constitucional.

III. COMPETENCIA EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS.

La posible ineficiencia e ineficacia de la Administración Pública en la producción de servicios públicos puede explicarse por la falta de motivación que genera su situación de único (o principal) oferente de servicios colectivos. De esta forma, el poder público decide los servicios que se van a ofrecer, sin tener en cuenta las preferencias de los consumidores, que no pueden decidir ni elegir el proveedor del servicio.

Esta situación de monopolio para el productor público, no genera beneficios extraordinarios por precios elevados, puesto que dichos servicios son gratuitos o casi gratuitos para el usuario, sino que suele provocar descontento e insatisfacción en el ciudadano debido, principalmente, a las propias características de tales servicios.

La gratuidad genera una demanda muy elevada que, al no poder ser satisfecha con la oferta existente, precisa de medidas de racionamiento, por lo que el usuario no recibe el servicio en el momento o lugar que lo necesita. De esta forma, o bien acepta las condiciones impuestas por el racionamiento o bien acude al sector privado, pagando de su bolsillo un servicio, que debería ser gratuito, a precio de mercado. Sin embargo, en muchas ocasiones, al no encontrar servicios sustitutivos, ni siquiera tiene la opción de recurrir al sector privado, por lo que el usuario se ve obligado a soportar las medidas de racionamiento impuestas desde la Administración, como única solución.

Por otro lado, al financiarse públicamente, no mediante el precio del producto ofertado, tampoco existe interés especial para los gestores en reducir el gasto, mejorar la eficiencia o la calidad del servicio. Ello es debido a la falta de incentivos (tanto positivos como negativos) para una mejor gestión del presupuesto y exoneración de responsabilidad de la que han disfrutado durante mucho tiempo los gestores públicos.

Si el usuario tuviera la posibilidad de elegir entre los distintos proveedores (sólo públicos, o, también los privados), bien directamente o a través de un intermediario, al tratarse de servicios gratuitos, la decisión del usuario se basaría en la calidad de dichos servicios. Por otra parte, estos proveedores recibirían los recursos financieros en función de los servicios efectivamente proporcionados. De esta forma, los proveedores que ofrecieran mayor calidad, recibirían también una cantidad proporcionalmente mayor de recursos, en tanto que aquellos proveedores, cuyos servicios no son demandados (por ejemplo, por su baja calidad), ante la falta de recursos, desaparecerían.

La competencia entre proveedores de servicios públicos es efectiva siempre que el usuario tenga la posibilidad de elegir. Si los recursos que financian el servicio público van unidos a la elección del proveedor por el usuario, los distintos oferentes del servicio público considerado tendrán que competir entre sí por los usuarios, ofreciendo mejores condiciones para hacer más atractiva su oferta.

Esta competencia fomentaría la reducción del coste de producción del servicio público e incentiva a los proveedores a mejorar la calidad de sus servicios. El resultado

será una mayor eficiencia en el sistema de servicios públicos y un beneficio (mayor satisfacción) para el usuario por poder disfrutar de un servicio público de mayor calidad.

III.1. Introducción de mecanismos de competencia en la provisión de servicios públicos.

Desde el punto de vista económico, la competencia es el mecanismo más importante para maximizar los beneficios del consumidor y limitar el poder de monopolio (BEESLEY y LITTLECHILD, 1994, p. 191).

Sin embargo, la introducción de competencia en un mercado donde, hasta entonces, operaba un monopolio (público o privado), como es el caso del sector público productor de servicios públicos, no suele ser suficientemente efectiva, aunque haya habido desregulación y liberalización, si no se ha realizado previamente una reestructuración del mercado.

Si en un mercado competitivo, uno de los competidores (el antiguo monopolio) mantiene una posición de líder, la competencia no sería real y podrían producirse efectos negativos: subida de precios y desincentivos a la eficiencia, por lo que sería necesaria una nueva regulación (BEESLEY y LITTLECHILD, 1994, p. 192).

Además, la competencia entre empresas públicas y privadas, en igualdad de condiciones, demuestra que cuando la empresa pública se enfrenta a las mismas reglas de juego en el mercado, suprimiendo ventajas no justificadas a su favor, consigue mejoras en términos de competitividad (BAREA TEJEIRO y CORONA RAMÓN, 1996, p. 299).

Pero para garantizar un comportamiento eficiente de un mercado no es esencial la competencia total (HEMMING y MANSOOR, 1994, p. 252), puede ser suficiente la condición de no existencia de barreras de entrada y competencia potencial (CABRILLO, 1996, p. 42). Esta afirmación se basa en la teoría de los “mercados contestables” o “mercados atacables”, según la cual el monopolista tiene un

comportamiento que se aproxima al de una empresa competitiva cuando existe la posibilidad para otras empresas de entrar en el sector en busca del beneficio extraordinario. Por tanto, es el miedo a la competencia lo que induce al monopolista a aproximar los precios a los costes. El efecto es similar si la competencia se basa en la calidad del servicio, no en el precio.

Sin embargo, existen situaciones en las que resulta más eficiente un solo oferente que un mercado competitivo. Es el caso del monopolio natural³². El monopolio natural se da en situaciones en las que (por la tecnología disponible, o por no haber suficiente demanda para un mayor número de concurrentes) es preferible que la producción se realice por una empresa, en vez de varias. El monopolio natural funciona con elevados costes fijos (que en muchos casos son “costes hundidos”, puesto que no tienen uso alternativo), lo que genera economías de escala y que no abunden los competidores, puesto que los altos costes fijos actúan como barreras de entrada.

Los buenos resultados obtenidos con la liberalización, desregulación e introducción de competencia en algunos servicios (telecomunicaciones, electricidad, servicios públicos locales, etc.), tanto en Europa como en Estados Unidos, han sugerido la posibilidad de aplicar las mismas políticas en los servicios públicos preferentes. A pesar de ello, la apertura de los mercados a la competencia se enfrenta con grandes obstáculos, debido a la necesidad de reestructuración de los mercados (KAY y THOMPSON, 1994, p. 210).

La introducción de competencia en la provisión de servicios públicos puede realizarse actuando sobre la demanda, sobre la oferta de servicios públicos, o sobre ambas simultáneamente.

Las políticas para introducir competencia, actuando sobre la demanda o sobre la oferta, no son incompatibles entre sí, sino que pueden considerarse complementarias.

³² En el monopolio natural, la producción puede ser privada o pública. Debido a su condición monopolista, es necesaria la regulación pública del monopolio natural y, en su caso, la fijación de las tarifas de precios.

III.1. a. Introducción de sistemas de incentivos de mercado (políticas sobre la demanda).

Los sistemas de incentivos de mercado pretenden que la decisión del usuario al elegir el proveedor de un servicio público, tenga consecuencias económicas positivas para el proveedor seleccionado y, por lo tanto, influya en las decisiones futuras de todos los proveedores. Aunque no se trata de un mercado libre, el objetivo es aproximarse a éste lo más posible, de tal manera, que solamente sobrevivirán los proveedores que sepan captar y mantener al usuario como cliente, en tanto que los demás desaparecerán por falta de recursos económicos.

Las políticas sobre la demanda, utilizando sistemas de incentivos de mercado, buscan reproducir un “cuasimercado” en el que “el dinero siga al cliente”, y los recursos que reciban los proveedores dependan del número de usuarios que consigan.

Se consideran dos elementos fundamentales en la elección del usuario: la calidad (cuando no existe un precio o éste es fijo) y el precio, cuando es posible la determinación libre del mismo, o bien, cuando la Administración pública lo fija previamente (precios intervenidos).

En un sistema de provisión gratuita, al no existir un precio que oriente la decisión del consumidor, solamente se puede recurrir a la calidad para distinguir un proveedor de otro. Debido a la dificultad de medición de la calidad para el usuario, en la mayoría de las ocasiones, se propone la creación de la figura del intermediario, el cual informaría al consumidor acerca de las distintas alternativas existentes así como de sus características. La decisión final puede quedar en manos del usuario o transferirse al intermediario.

En cuanto al precio, puede ser fijado previamente³³ por la Administración pública (precios públicos). Su determinación depende del objetivo perseguido por la

³³ HOTELLING (1938), prescribió los criterios de fijación de precios de los bienes y servicios públicos, pero fue criticado por LITTLE (1952) por olvidarse de los incentivos adecuados para conseguir la eficacia económica en el sector público.

política de servicios públicos. Si se pretende que el servicio no suponga una carga para el Sector Público, con el consiguiente incremento del gasto, el precio vendría dado por el coste del servicio³⁴. Si el objetivo es facilitar el acceso al servicio de todos los usuarios, en lugar de la gratuidad (lo gratuito no se valora suficientemente por quien recibe el servicio), es posible aplicar un precio simbólico.

La función de los precios públicos no es la misma que el precio en el mercado libre. Los precios públicos, tanto si cubren el total del coste del servicio o solamente una mínima parte, pueden ejercer una función de reducción de la demanda, y no suponen un elemento a tener en cuenta en la elección del proveedor, pues es el mismo para todos los proveedores. En este caso, la decisión del usuario se basaría únicamente en las diferentes calidades ofertadas por los distintos productores.

En el extremo opuesto, nos encontraríamos con un mercado de servicios públicos, donde el precio es determinado libremente por la oferta (los productores) y la demanda (los usuarios), donde el usuario elegirá aquel proveedor que más se ajuste a sus necesidades, teniendo en cuenta el precio, pero sin despreciar la calidad. Al encontrarnos en un mercado libre, sería más difícil para el Estado garantizar la universalidad y la equidad, puesto que la capacidad de elección depende en gran medida del nivel de renta.

Una posible solución a la falta de equidad de un mercado libre de servicios públicos podría ser la subvención, total o parcial, del servicio público por parte del Estado para la población con menos recursos. Esta subvención puede consistir en el reembolso de una parte del precio sufragado por el usuario (o la totalidad), bien sea directamente o mediante su deducción en el Impuesto sobre la Renta.

³⁴ La Sentencia del Tribunal Constitucional 185/95 relativa a la Ley de Tasas y Precios Públicos de 13 de Abril de 1989 evita la tendencia existente hasta entonces de algunas Administraciones públicas de utilizar los precios públicos para financiar los servicios por encima de sus costes de suministro, al contrario que en el caso de las tasas. Se limitan así los precios de los servicios que no sean de recepción obligatoria y susceptibles de provisión privada, lo cual reduce el abuso de los precios públicos como instrumento de recaudación.

Partiendo de la situación actual en España, donde los servicios públicos preferentes son gratuitos para el usuario, se analizan distintos elementos que pueden ayudar a reproducir un “cuasimercado” de servicios públicos, con la posibilidad de elección de proveedor por el usuario (directa o indirectamente) y creando competencia entre los productores: a) *el intermediario*, b) *el bono o vale de usuario* y c) *el cobro al usuario*.

A) EL INTERMEDIARIO

En España y en muchos países de su entorno, los servicios públicos preferentes son proporcionados por la Administración Pública, que además se hace cargo de su coste, o de su precio si el suministrador es una empresa privada concertada.

En estos sistemas esencialmente públicos, el consumidor no tiene posibilidad de elección, o ésta es mínima, pero, en compensación, no tiene que pagar directamente por el servicio recibido³⁵. Al no existir un precio (ni precio público, ni precio de mercado), los productores solamente pueden competir en la calidad del servicio público suministrado. Sin embargo, debido a la asimetría de información, la posibilidad de elegir por parte del usuario no se basa en una decisión racional, puesto que para éste es muy difícil, en muchas ocasiones, determinar si el servicio recibido cumple unos niveles estándar de calidad.

El nivel de información del consumidor podría mejorar con el asesoramiento de un profesional conocedor de las características del servicio público concreto, de los distintos productores de dicho servicio, de la calidad ofertada por cada uno de ellos y toda la información necesaria para que la decisión final sea la más adecuada a cada usuario. Esta tarea de asesoramiento del usuario la llevaría a cabo el *intermediario*, que, además de ayudarle en la elección del proveedor del servicio, puede realizar también la función de compra del mismo, en lugar de hacerlo la Administración Pública.

³⁵ No olvidemos que participa en el coste del servicio público a través de los impuestos que soporta.

El *intermediario* puede ser una entidad pública o privada (con o sin ánimo de lucro), de carácter individual o colectivo.

Las funciones más importantes del *intermediario* se resumen en las siguientes:

- Seleccionar los proveedores cualificados para las prestaciones.
- Coordinar proveedores complementarios con clientes.
- Negociar contratos.
- Supervisar la actividad y resultados de proveedores y el consumo de los usuarios.
- Ofrecer información a los usuarios para elegir.

Los *intermediarios* o compradores colectivos de servicios públicos, tanto en su faceta de asesores como en la de compradores, deben asumir un papel de vigilancia y auditoría de la calidad de los proveedores, transformando el bien de confianza para el usuario en un bien de experiencia para el comprador.

La utilización del *intermediario* en el mercado de servicios públicos preferentes puede resultar muy beneficiosa para el consumidor, puesto que proporcionaría información al usuario acerca de los distintos centros educativos, sanitarios y asistenciales o de servicios sociales existentes en su zona de referencia. Por otra parte, también se le supone conocedor de la calidad de la enseñanza, de la asistencia sanitaria y de la asistencia social de cada uno de ellos, así como de sus características.

Si el usuario obtiene mayor información acerca de los centros donde se educarán sus hijos (en los distintos niveles educativos), de los centros donde pueden recibir servicios sanitarios que le ayuden a recuperar su salud y de los centros de servicios

sociales (infancia, juventud, tercera edad, marginación, drogadicción, etc.), y además puede elegir el que más le convenga, su decisión será más racional.

B) EL BONO O VALE DE USUARIO

Una vez realizada la elección del proveedor por el usuario, bien sea directamente o a través del intermediario, esta decisión tendrá efectos positivos para el productor elegido en función de los recursos económicos que va a recibir para la producción del servicio público. Del mismo modo, el productor no seleccionado perderá la oportunidad de disfrutar de esos recursos y, si no mejora su oferta, desaparecerá del mercado.

Con el *bono o vale de usuario*, en lugar de financiar directamente al organismo que proporciona el servicio público, la Administración proporciona un *bono* al consumidor que entregará al proveedor al recibir el servicio. De esta forma, el servicio público se financiará con los recursos que los usuarios con sus vales le retribuyen, creándose una situación de mercado simulado o “cuasimercado”, en el que “el dinero sigue al cliente”, y donde los productores cuyos servicios no se demanden, deberán mejorar su oferta o desaparecerán del mercado por falta de recursos. En consecuencia, los distintos proveedores de servicios públicos competirían por los usuarios, con el consiguiente beneficio para el consumidor, que dispondrá de servicios de mayor calidad y con efectos positivos sobre la eficiencia en la provisión de servicios públicos (ALBI, 2000, p. 82). Aunque el resultado sería similar si se financiara al oferente en función de los usuarios que lograra captar, sin necesidad de *vales*, sin embargo, la percepción por el ciudadano sería distinta (IRANZO e IZQUIERDO, 1997, p. 415).

El *bono o vale de usuario* puede cubrir el importe total del servicio público o solamente una parte del mismo, y extenderse a todos los servicios públicos o solamente a algunos. Así nos podemos encontrar con distintas situaciones.

En primer lugar, si el *vale de usuario* puede utilizarse para todos los servicios públicos considerados (preferentes), y la cobertura del *bono* es total, la equidad está

garantizada, pero supondría una carga elevada para el Estado y, por lo tanto, un incremento del gasto público.

En segundo lugar, existe la posibilidad de fijar unos servicios públicos mínimos, cubiertos en su totalidad por el *bono*, de tal manera que el consumidor que deseara un servicio más caro que el que garantiza el Estado, solamente pagaría la diferencia entre su vale y el precio del servicio. Esta solución frenaría la demanda de los servicios más costosos, sin embargo, crea una estratificación social donde solamente los individuos con mayor nivel de renta podrían acceder a ellos, reduciéndose, por lo tanto el nivel de equidad del sistema³⁶; sin embargo, tendría efectos beneficiosos sobre el gasto público al no tener que financiar el Estado todos los servicios públicos.

En tercer lugar, otra posibilidad es la cobertura parcial del *vale de usuario* de todos los servicios públicos, sufragando el usuario, directamente, la diferencia al recibir el servicio requerido. Esta solución también libera al Estado de un gasto considerable, sin embargo, no es equitativa ni solidaria, a no ser que se introdujeran escalas de participación progresiva en función de la renta.

El éxito de la aplicación del *vale del usuario* depende de que exista suficiente competencia entre los distintos proveedores, aunque el hecho de que el consumidor pueda elegir, ya la estimula. La principal ventaja es que el propio consumidor puede controlar la calidad del servicio prestado, ya sea directamente o a través de un intermediario, por lo que la inspección pública no tiene por qué ser tan exhaustiva (OXLEY et al., 1992, p. 60). En todo caso, aunque la calidad del servicio sea regulada y supervisada por la Administración, los proveedores pueden ajustar las características del servicio a las preferencias de los usuarios (ALBI, 2000, p. 82).

Si además se permite la entrada en el mercado simulado de operadores privados (con o sin ánimo de lucro), que se financien mediante el cobro de dichos *vales*, en igualdad de condiciones que los productores públicos, teniendo que competir entre sí

³⁶ En BAREA TEJEIRO y GÓMEZ CIRIA (1994) se analizan los resultados positivos y negativos de la aplicación del bono del usuario para el caso de la educación.

tanto públicos como privados, aún se obtendría mayor eficiencia en el sistema debido al incremento de la competencia (IRANZO e IZQUIERDO, 1997, p. 415).

Los *bonos* ya se han utilizado anteriormente en los servicios con carácter de bien de mérito (comida para los pobres, educación, alojamiento, sanidad) (OXLEY et al., 1992, p. 60).

A modo de ejemplo, podemos aproximarnos al caso de la educación (servicio público preferente) y, en particular, a la aplicación del *vale de usuario* en la educación obligatoria. Las familias recibirían un *bono* del Estado por cada hijo en edad de escolarización obligatoria. Posteriormente, podrían elegir entre los distintos centros educativos (públicos o privados concertados, pudiéndose ampliar a los privados no concertados) que impartan el nivel de educación obligatoria, seleccionando uno de ellos, bien directamente o después de recibir asesoramiento por parte de un intermediario. Una vez elegido el centro, el padre o tutor del niño entregaría el *vale de usuario* en dicho centro, el cual, a su vez, tramitaría a la Administración educativa pública para recibir el importe del *bono* en dinero.

La retribución que supone el *bono* para el centro educativo, al ser imprescindible para su funcionamiento, provoca que los distintos centros educativos compitan entre sí para conseguir mayor número de alumnos, y para ello, deberán realizar ofertas más atractivas.

Por otra parte, aunque la garantía de equidad, calidad, etc. permanezca, principalmente, en manos de la Inspección de Educación, sin embargo, el usuario y, sobre todo, el intermediario, pueden realizar una función adicional de control y auditoría de los centros educativos, complementando la labor pública.

C) COBRO A LOS USUARIOS

El *cobro al usuario* de un precio por el servicio público recibido puede proporcionar a los Gobiernos información sobre el mercado del servicio considerado

(OXLEY et al., 1992, p. 61; BAREA TEJEIRO y GÓMEZ CIRIA, 1994, p. 117). Además, al obligar al usuario al pago de una parte o la totalidad del precio del servicio, desaparece la demanda superflua que ha generado la provisión gratuita, por lo que el Estado se puede permitir reducir el suministro (OXLEY et al., 1992, p. 61).

Los resultados son positivos para el Estado, puesto que, por una parte, disminuye el gasto excesivo provocado por el suministro gratuito del servicio y actúa como mecanismo disciplinante del sector público (IRANZO e IZQUIERDO, 1997, p. 415), pues el consumidor es más exigente cuando tiene que pagar un precio por el servicio recibido que cuando éste es gratuito. Por otra parte, el *cobro al usuario* supone unos ingresos adicionales para las arcas públicas (BAREA TEJEIRO y GÓMEZ CIRIA, 1994, p. 117). Pero también puede resultar positivo para el conjunto de la sociedad, puesto que un mayor ingreso público y un menor gasto público facilita la política de reducción de impuestos (OXLEY et al., 1992, p. 61).

Si el precio es único y determinado por el poder público (por razones de equidad), según el coste del servicio, su función es solamente la de eliminar el consumo superfluo, y la competencia se centraría en la calidad del servicio. Si el precio es fijado independientemente por cada uno de los productores, puede considerarse una situación de mercado efectiva, por lo que la elección se realizará tomando el precio como un dato a tener en cuenta, sin despreciar la calidad del servicio, pero en este caso será más difícil para el Estado garantizar la equidad.

En España, basándonos en la Sentencia del Tribunal Constitucional 185/95 sobre la Ley de Tasas y Precios Públicos, el precio público del servicio proporcionado vendría dado por el coste de producción, por lo que se darían dos supuestos a la hora de calcular el importe a pagar por el consumidor al recibir el servicio:

1. *Participación del usuario en el precio del servicio: el **ticket moderador**.*

El consumidor ha de satisfacer parte del coste de producción del servicio público, por lo que se introduce, aunque en pequeña medida, la disciplina del

mercado. La determinación de la cuantía del ticket moderador es una decisión política, pero ha de ser suficientemente elevada como para que el oferente del servicio dependa de ella significativamente y que sea un factor desincentivador del consumo superfluo, que siempre aparece cuando un servicio es totalmente gratuito (IRANZO e IZQUIERDO, 1997, p. 415). También es preciso tener en cuenta al fijar la cuantía del ticket moderador su incidencia en la igualdad de acceso, para evitar en lo posible que sea negativa (BAREA TEJEIRO y GÓMEZ CIRIA, 1994, p. 117).

La participación del usuario en el coste del servicio puede ser una cantidad constante, que se repercutirá en todos los usuarios del servicio público o, también puede ser una cantidad variable, de carácter progresivo, en función de la renta de los usuarios.

2. *Pago de la totalidad del precio del servicio por el usuario.*

En este caso, el consumidor hace frente al total del coste del servicio en el momento de recibirlo. Posteriormente, podrá tener derecho, o no, a la devolución de una parte o del total del importe desembolsado.

El pago del servicio por el usuario, aunque luego se le reembolse total o parcialmente, es una forma de concienciar al consumidor del coste del servicio mediante su conocimiento. Si el servicio es gratuito y soportado directamente por el Estado, al no percibir su coste, apenas se valora por el usuario.

El principal inconveniente del *cobro al usuario* es que el tratamiento dado a todos los consumidores del servicio público es el mismo, independientemente de su renta y de su grado de necesidad. De esta forma, los servicios más caros solamente estarían disponibles para los usuarios de mayor renta, sin poder acceder a ellos aquellos individuos con menos recursos. Para éstos, la única salida en caso de extrema necesidad, sería el

endeudamiento hasta haber recuperado el importe, total o parcial, del precio soportado. Por consiguiente, nos podemos encontrar en una situación donde no se garantiza la equidad en el acceso al servicio considerado (OXLEY et al., 1992, p. 62).

Si la recuperación del precio pagado por el usuario es total, la financiación del servicio público seguiría siendo pública, aunque la percepción del valor del servicio por el consumidor sería distinta al caso de la subvención directa del Estado al productor. Si el reembolso es parcial, la financiación del servicio sería mixta: una parte por el Estado y otra por el consumidor.

La determinación de la cuantía del reembolso puede realizarse de distintas formas:

- Recuperación total para todos los servicios públicos considerados.
- Recuperación total para un conjunto de servicios públicos, considerados servicios mínimos, y para el resto recuperación parcial (porcentaje constante o regresivo en función de la renta).
- Recuperación parcial para todos los servicios públicos (porcentaje constante o regresivo en función de la renta).

El reembolso del precio soportado por el usuario del servicio público consumido puede llevarse a cabo directamente, a través de la Administración Pública correspondiente, o bien, mediante su deducción en el Impuesto sobre la Renta.

Generalmente, en los países donde se aplica el *cobro al usuario* del coste del servicio público suministrado, la recuperación del importe es parcial, debido a la presencia de externalidades y a que, a menudo, resulta difícil la determinación de los costes por realizarse una producción conjunta (OXLEY

et al., 1992, p. 61). Sin embargo, se considera adecuado el reembolso total en los casos en los que hay una relación directa entre el servicio y el beneficio obtenido.

A modo de ejemplo, trataremos el caso particular de la educación obligatoria. En España la enseñanza obligatoria es gratuita, financiada con impuestos. Los centros públicos y privados concertados son gratuitos para este nivel educativo (salvo las actividades extraescolares), sin embargo, en los centros privados no concertados, los padres han de pagar por la educación de sus hijos (incluso la enseñanza obligatoria, que se supone gratuita). Por lo tanto, la posibilidad de elección de centro educativo por los padres con menor nivel de renta se restringe a los centros públicos y privados concertados³⁷, con la consiguiente pérdida de equidad. Por otra parte, los padres que eligen un centro privado no concertado, están pagando la educación obligatoria de sus hijos dos veces: una, con sus impuestos, y otra, con el precio del servicio que reciben sus hijos.

Con la aplicación del *cobro al usuario*, todos los padres habrán de enfrentarse a un precio por el servicio recibido. Para la determinación del precio del servicio educativo, existen varias alternativas, de las que señalamos dos: el precio público (coste de producción) y el precio libre (fijado por cada proveedor).

Si el precio es libre, la elección del centro educativo estará en función del precio y de la calidad ofrecida. Si es precio público, la elección dependerá solamente de la calidad del servicio ofertado. Con la información acerca de la calidad y el precio de los distintos centros educativos, la posibilidad de elección de centro debería ser lo más amplia posible, eliminando las restricciones actuales.

Una vez realizada la selección de centro por los padres y sufragado el precio del servicio educativo, los padres recuperarán total o parcialmente el desembolso realizado. La determinación de la parte del precio que se reembolsaría a los padres ha de ser

³⁷ Además de otras restricciones, como la cercanía del domicilio, el nivel de renta, etc., que dan preferencias a unos alumnos sobre otros.

suficientemente elevada como para garantizar la gratuidad de la enseñanza obligatoria. Por ello, puede fijarse un precio público, en función del coste de producción de los servicios educativos que cubren estrictamente la enseñanza obligatoria, dejando al margen el resto de las actividades. Los padres pagarán el precio público por la educación obligatoria de sus hijos, que luego se le reintegrará totalmente, pero si desea actividades educativas complementarias, tendrá que pagarlas y no tendrá derecho a devolución. El reembolso puede realizarse directamente (por la Administración pública educativa, en este caso) o mediante la deducción correspondiente en el Impuesto sobre la Renta.

III.1.b. Modelos de competencia en la provisión de servicios públicos (políticas sobre la oferta).

La utilización de sistemas de incentivos de mercado, con la creación de la figura del intermediario, el bono o vale de usuario y el cobro al usuario del precio del servicio público suministrado (políticas sobre la demanda), puede complementarse con la incorporación de políticas sobre la oferta, es decir, la utilización de técnicas de gestión empresarial y la introducción de competencia en la producción, pues la universalidad de un servicio público no significa que deba ser suministrado por un monopolio público necesariamente (PETITBÓ, 1997, p. 30).

A) INTRODUCCIÓN DE TÉCNICAS DE GESTIÓN EMPRESARIAL.

Para la introducción de técnicas de gestión empresarial similares a las utilizadas en el sector privado es preciso, previamente, la división de la organización en unidades lo más pequeñas posibles, a efectos de control de resultados y retribución, con plena autonomía y responsabilidad (IRANZO e IZQUIERDO, 1997, p. 416).

La separación de la función normativa de la Administración Pública de la función gestora de la producción significa una estructura centralizada para la primera y descentralizada para la segunda.

Los métodos de gestión empresarial que se utilizan desde hace mucho tiempo en la empresa privada, también pueden ser útiles en el Sector Público³⁸ con el fin de mejorar la eficacia y la eficiencia. Para ello, es preciso un cambio en la organización y el funcionamiento burocrático del Sector Público, importando nuevos modelos de gestión que se caracterizan por el mayor peso de los elementos competitivos, la gestión profesionalizada, las medidas explícitas sobre objetivos, resultados, costes e impacto sobre el bienestar, la cultura de servicio y de orientación al usuario y la atribución clara de responsabilidades.

La aplicación de técnicas de gestión empresarial se ha de centrar en el control de los centros de responsabilidad o unidades administrativas y de las variables principales: los costes, los ingresos y los beneficios (BAREA TEJEIRO y GÓMEZ CIRIA, 1994, p.124).

Estas unidades pueden financiarse en función de los servicios prestados al resto de la organización o al exterior, en competencia con otras unidades que suministran el mismo servicio. También podrían adquirir sus inputs del exterior de la organización, si así consiguen mejor calidad o menores costes de funcionamiento y, por tanto, mayor eficiencia.

La principal ventaja de la división en centros de responsabilidad es que dichas unidades competirían entre sí por los recursos existentes y con el exterior, por lo que mejoraría la eficiencia del sistema, puesto que se pondría de manifiesto la ineficiencia de algunas unidades y podría prescindirse de ellas, si no existen otros condicionamientos. De esta manera, las unidades eficientes no tendrían que soportar el lastre de las menos eficientes en su cuenta de resultados (IRANZO e IZQUIERDO, 1997, p. 416). Otra ventaja añadida de la división en unidades pequeñas es la especialización y las mejoras de productividad que lleva asociadas.

³⁸ El *Libro Blanco para la Mejora de los Servicios Públicos* (2000) propone diversas reformas de la Administración Pública española, tendentes a introducir competencia o competencia simulada, cuando sea posible, entre los distintos proveedores públicos de servicios.

B) INTRODUCCIÓN DE COMPETENCIA EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS.

La introducción de competencia en la provisión de servicios públicos se basa en la idea de que un servicio público ha de prestarlo quien sea más eficiente, y consiga captar mayor número de usuarios, ya se trate de una empresa pública o de una empresa privada. Previamente, requiere la desmonopolización de la provisión y la reestructuración del mercado, permitiendo la comparación entre producción pública y producción privada, según su calidad. Además, tomando como objetivo la eficiencia, es un elemento primordial la posibilidad de elección por el consumidor entre los distintos proveedores (LÓPEZ CASASNOVAS, 1989, p. 176). De esta forma, podríamos distinguir dos modelos:

- La competencia pública.
- La competencia mixta.

En la competencia pública, el usuario solamente puede elegir entre proveedores de servicios públicos pertenecientes al Sector Público, los cuales competirían entre sí por los clientes. En la competencia mixta, el mercado se abriría también al sector privado, dando la posibilidad de elegir al consumidor entre todas las empresas productoras (públicas y privadas) del servicio público considerado, en igualdad de condiciones.

La opción entre competencia pública o competencia mixta puede basarse en varios criterios:

1. El grado de dificultad de definición del objetivo público y de la adecuación a éste de la producción privada³⁹.

³⁹ La concertación de servicios privados contabiliza como costes de producción tanto los relacionados con la producción financiada como los de transacción, o seguimiento público de la producción privada, soportados por el sector público.

2. El valor que tenga para el individuo el servicio recibido, por encima del valor de uso o de satisfacción de la necesidad⁴⁰.
3. El compromiso de mantener, en mayor o menor medida, la presencia del Sector Público en la provisión de dichos servicios.

Para la aplicación de cualquiera de las dos estrategias es preciso garantizar la disponibilidad similar de inputs entre unidades proveedoras y la uniformización de los métodos contables⁴¹ y de recogida de información (LÓPEZ CASASNOVAS, 1989, p. 176).

Tanto el modelo de competencia pública como el de competencia mixta están basados en la creación de cuasimercados, es decir, se trata de una simulación del mercado libre, con la diferencia de que en un cuasimercado no existe precio libre (a veces ni siquiera existe el precio) y, en muchas ocasiones, no es el consumidor el que toma las decisiones, sino que existe un intermediario que adquiere el servicio al productor para suministrárselo al usuario⁴². Se produce, entonces, una separación entre el comprador y el productor del servicio. En ambos casos, se trata de la configuración de un monopsonio público de compra de servicios y un mercado de oferta de productores públicos únicamente, o de productores públicos y privados. El monopsonio público de compra realizaría la función de intermediario y la decisión de compra puede quedar en sus manos o trasladarse al usuario.

Al ser el grado de competencia menor que en el mercado libre, existen oportunidades para la ineficiencia y la apropiación de rentas. Además, en los casos de monopolios locales, no existe posibilidad alguna de elección (CULLIS y JONES, 1997, p. 45).

⁴⁰ La imposibilidad de elección puede generar un sentimiento de frustración para el usuario.

⁴¹ Ver LÓPEZ CASASNOVAS y RAMÍREZ DE ARELLANO (1996) sobre estimación de los costes de utilización del capital público.

⁴² En CULLIS y JONES, (1997), se analizan los cuasimercados desde la perspectiva de la Teoría de la Elección Pública y el efecto de los buscadores de rentas.

A modo de ejemplo, la competencia en la provisión del servicio público de educación obligatoria otorgaría la posibilidad de elección de centro educativo a los padres, ya sea directamente o a través de un intermediario. Si la selección de centro se limita al Sector Público, estaríamos en el caso de competencia pública. Si se amplía al sector privado, se trataría del caso de competencia mixta.

Teniendo en cuenta la reducción de la natalidad en los últimos años y, por lo tanto, la disminución de la demanda de educación obligatoria, los centros educativos encontrarían un incentivo para mejorar su oferta (calidad, por ejemplo). Si sus recursos económicos dependen directamente del número de alumnos que han conseguido captar, la competencia sería más efectiva y el resultado para el consumidor muy beneficioso, puesto que, además de poder elegir, sus hijos disfrutarían de una educación obligatoria de mayor calidad.

La combinación de las políticas de introducción de competencia en la provisión con las políticas de introducción de incentivos de mercado, puede mejorar significativamente el resultado final, al ligar la elección del proveedor del servicio público con los recursos económicos que reciben los productores de cada usuario. A modo de resumen, en el CUADRO I.8 se recogen las políticas de reforma de la provisión de servicios públicos.

CUADRO I.8
POLÍTICAS DE INTRODUCCIÓN DE COMPETENCIA EN LA PROVISIÓN DE
SERVICIOS PÚBLICOS

<p>Políticas sobre la demanda (introducción de incentivos de mercado)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La figura del intermediario ▪ El bono o vale de usuario ▪ Cobro al usuario
<p>Políticas sobre la oferta</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Importación de técnicas de gestión empresarial. ▪ Competencia entre organizaciones: <ul style="list-style-type: none"> - Competencia pública - Competencia mixta

FUENTE: Elaboración propia.

III.2. Antecedentes normativos.

Desde el punto de vista normativo, la política de competencia ha sido uno de los factores esenciales en la Unión Europea. En el Tratado de Roma, se le atribuye un papel fundamental como mecanismo para mejorar la asignación de recursos, favorecer el progreso económico y tecnológico y contribuir al éxito de otras políticas comunitarias (art. 3f).

En el Acta Única, se refuerza la defensa de la libre competencia al establecer controles sobre las operaciones de concentración y subvenciones estatales. El Tratado de la Unión Europea, considera imprescindible la garantía de una economía de mercado abierta y con libre competencia para conseguir el objetivo de la unión económica y monetaria (arts. 3, 3ª y 130).

La empresa pública en el ámbito comunitario se trata en el art. 90 del Tratado de Roma, donde establece que: “los estados miembros no adoptarán ni mantendrán, respecto a las empresas públicas, o aquellas empresas a las que concedan derechos especiales exclusivos, ninguna medida contraria a las normas del Tratado, especialmente las previstas en el art. 7 (principio de no discriminación por razón de nacionalidad) y en los arts. 85 a 94, que regulan la libre competencia”.

En España, en la Ley 16/1989, de 17 de julio, de Defensa de la Competencia, modificada por el R.D.L. 7/1996, de 7 de junio y el R.D.L. 6/1999, de 16 de abril y la Ley 52/1999, de 28 de diciembre, se recoge la normativa aplicable para perseguir conductas anticompetitivas (carteles, abuso de posición dominante, concentraciones y fusiones, arts. 6 y 7 de la Ley).

IV. PROVISIÓN PRIVADA DE SERVICIOS PÚBLICOS: PRIVATIZACIÓN.

En España, al igual que en muchos países de su entorno, la provisión de servicios públicos (en particular, los considerados preferentes) es mayoritariamente

pública. La aparición de fallos del Sector Público justifica la apertura al sector privado de la producción de servicios colectivos.

El sector privado puede participar en la producción de servicios públicos compitiendo con el productor público (antiguo monopolio), en igualdad de condiciones, beneficiándose el usuario al tener mayor capacidad de elección de proveedor del servicio. Pero también puede integrarse en el mercado de servicios públicos adquiriendo la propiedad de la empresa pública, proveedora del servicio, o el derecho de suministro del servicio público considerado.

Aunque la competencia entre proveedores (públicos y privados) podría aportar una mejora en la eficiencia y en la calidad de los servicios públicos suministrados, como se ha visto en el apartado anterior, sin embargo, en algunas ocasiones, no existen razones objetivas para que la producción de un servicio público permanezca en el ámbito de la Administración y, por lo tanto, se decide su producción por el sector privado.

La privatización o provisión privada de servicios colectivos puede producirse, principalmente, mediante la transferencia de la propiedad del Sector Público al privado o, simplemente, con la gestión del servicio por el sector privado, sin transferencia de propiedad, aunque existen otras políticas que también son calificadas por algunos autores como privatizadoras⁴³.

La justificación de la privatización de una empresa pública, en general, se basa en la creencia de que la empresa privada es más eficiente. Sin embargo, como ya se ha tratado anteriormente, puesto que los objetivos del Sector Público y del privado son diferentes, la medida de la eficiencia también ha de ser distinta. Una empresa pública puede parecer ineficiente según los métodos de medición del sector privado, pero no según criterios del Sector Público.

⁴³ En HANKE, (1992), p. 144-5, se consideran distintas formas de privatización: la subcontratación, las subvenciones/subsidios, los vales, el voluntariado, la auto-gestión, los incentivos fiscales, las cuotas de usuarios, el abandono de un servicio y la venta de activos.

La privatización se considera como un medio para mejorar la eficacia y la eficiencia de las empresas públicas o, al menos, es un incentivo para conseguirlo. Con la privatización se limita la intervención política en la toma de decisiones, se aumenta el control de los accionistas sobre los resultados, exigiendo responsabilidades a los administradores, y se impone la disciplina financiera de los mercados privados de capitales (incluido el mercado de control de sociedades) (HEMMING y MANSOOR, 1994, p. 242).

Uno de los fundamentos económicos de la corriente privatizadora de servicios públicos de los años ochenta es el conocido modelo de crecimiento desequilibrado de Baumol, según el cual, una transferencia continua de recursos del sector privado al público reducirá la tasa global de crecimiento económico. Según este modelo, puesto que la productividad del Sector Público permanece constante, en tanto que en el sector privado aumenta exponencialmente, y las tasas salariales de ambos sectores tienden a igualarse, la carga fiscal media crecerá a largo plazo, incluso si la proporción sobre el total de bienes y servicios producidos públicamente se mantiene constante. En resumen, si se busca potenciar el crecimiento económico con impuestos más bajos y mayor eficiencia, es preciso reducir el peso del Sector Público y, particularmente, el gasto público, que es su principal indicador (FERNÁNDEZ CAÍNZOS, 1994, p. 184).

Los programas de privatización de servicios públicos de las dos últimas décadas, en España y en los de su entorno, no han tenido como objetivo prioritario promover la eficiencia económica, sino obtener ingresos suficientes para reducir el fuerte endeudamiento público (ALBI, 2000, p. 84).

La privatización mediante la venta de la empresa pública supone un beneficio para la Administración Pública, ya que con la venta de activos se consiguen unos recursos económicos que pueden rebajar el déficit público y, además, la desaparición de subvenciones a las empresas públicas privatizadas se traduce en un menor gasto público⁴⁴.

⁴⁴ En HEMMING y MANSOOR, (1994), pp. 243 y ss., se analizan experiencias privatizadoras en varios países del mundo, tanto desarrollados como en vías de desarrollo.

En el CUADRO I.9 se recogen los ingresos obtenidos por el Estado por la venta de empresas públicas al sector privado en diversos países de la Unión Europea, durante el período de privatización iniciado en la década de los ochenta. Como puede comprobarse, el Reino Unido es el primer país en aplicar un programa de privatizaciones de empresas públicas que le ha reportado importantes ingresos a la Hacienda Pública.

CUADRO I.9
INGRESOS PÚBLICOS POR PRIVATIZACIONES

PAÍS	Período de la privatización	Ingresos acumulados por privatización en % del PIB anual medio durante el período de privatización
Austria	1987-90	0,9
España	1986-90	0,5
Francia	1983-91	1,5
Holanda	1987-91	1,0
Italia	1983-91	1,4
Portugal	1989-91	4,3
R. F. Alemana	1984-90	0,5
Reino Unido	1979-91	11,9
Suecia	1987-90	1,2

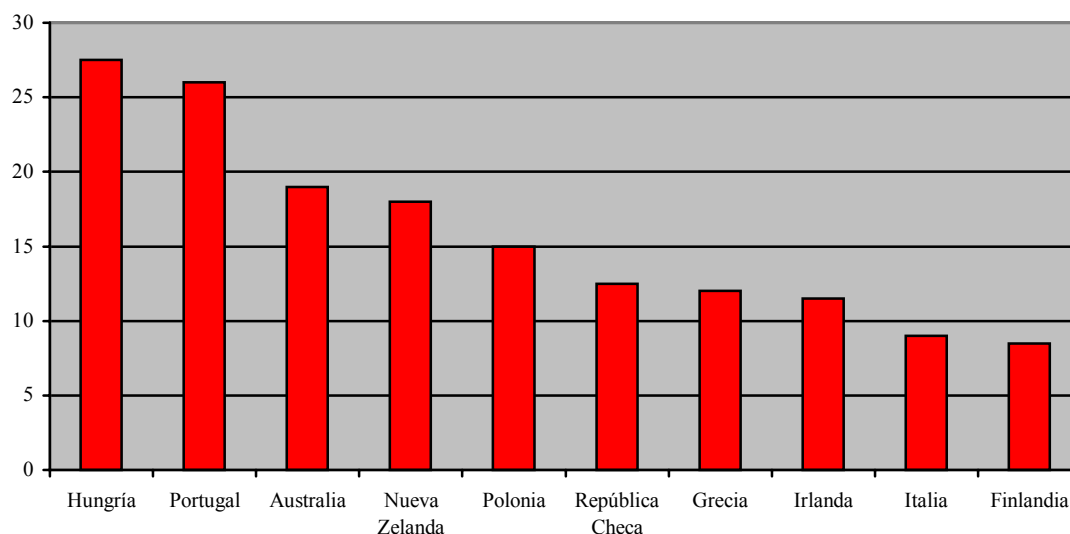
FUENTE: STEVENS, B. (1992).

En la década de los noventa, ha continuado el proceso de privatizaciones, siendo los sectores de telecomunicaciones, transporte, financiero y servicios públicos (agua, gas y electricidad) los más afectados (MAHBOOBI, 2001, p. 53).

Entre los países de la OCDE, Hungría y Portugal, son los países que han llevado procesos de privatización más intensivos (suponen más del 25% de su GPD). Le siguen Australia y Nueva Zelanda (con casi el 20%), quedando el resto por debajo del 15%. Es necesario destacar que de los diez países considerados, tres pertenecen al Este europeo (GRÁFICO I.4).

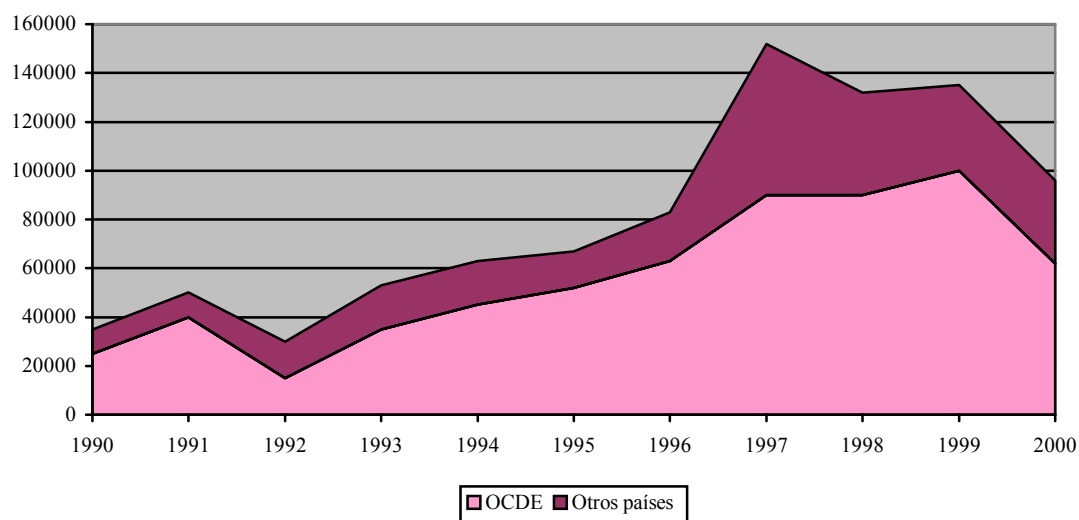
Los ingresos obtenidos por la privatización de empresas públicas en los países de la OCDE en la década de los noventa, reflejan una tendencia creciente, sobre todo a partir de 1993, siendo en 1997 cuando se registra un crecimiento más importante. Comparando el proceso de los países de la OCDE con otros países, puede observarse mayor interés en la privatización en los primeros (GRÁFICO I.5).

GRÁFICO I.4
TOTAL DE PROCESOS DE PRIVATIZACIÓN EN VARIOS PAÍSES DE LA OCDE (en % PIB).
1990-2000.



FUENTE: MAHBOOBI, 2001.

GRÁFICO I.5
INGRESOS PÚBLICOS POR PRIVATIZACIÓN (en miles de \$). 1990-2000.



FUENTE: MAHBOOBI, 2001.

La privatización también genera beneficios a los consumidores. Por una parte, la reducción del déficit público, provocada por los ingresos procedentes de la venta de empresas públicas, puede suponer también una reducción de impuestos para el

consumidor. Por otra parte, los consumidores adquieren mayor influencia sobre las decisiones de producción de las empresas privatizadas, puesto que la empresa privada ha de identificar necesidades y preferencias de los consumidores, en tanto que la empresa pública está orientada hacia el productor (PIRIE, 1992, p. 128). Debido a esto, las empresas privadas tienen más incentivos para producir bienes y servicios en la cantidad y diversidad que los consumidores prefieren, mientras que en las empresas públicas esa decisión la toma el poder público.

Por lo tanto, en general, los planes de privatización de servicios colectivos deben realizarse con el objetivo de maximizar los beneficios netos del consumidor (posibilidad de elección, precios más bajos, mayor calidad) (BEESLEY y LITTLECHILD, 1994, p. 190).

Los posibles beneficios derivados de la privatización de servicios públicos se incrementarían si las empresas privatizadas se enfrentan a un ambiente competitivo (HANKE, 1992, p. 148), puesto que, la transferencia de propiedad no garantiza por sí misma una mayor eficiencia, sino que es preciso, previamente, la liberalización o desregulación del mercado e introducción de un alto grado de competencia entre los productores, impidiendo prácticas anticompetitivas⁴⁵ (BAREA TEJEIRO y CORONA RAMÓN, 1996, p. 305; DOMBERGER y PIGGOTT, 1994, p. 223; HEMMING y MANSOOR, 1994, p. 238). Por lo tanto, se pueden conseguir importantes mejoras de eficiencia sin privatizar la empresa pública siempre que se favorezca un entorno en el que la competencia sea un elemento consustancial.

ASHWORTH y FORSYTH (1984), realizan un estudio comparativo sobre una muestra de empresas internacionales de transporte aéreo, públicas y privadas, en el que se confirma que British Airways (empresa pública) no es una línea aérea eficiente, sin embargo, Air Canadá (empresa pública) es la aerolínea más eficiente de la muestra⁴⁶. La diferencia entre ambas es que Air Canadá funciona en el mercado competitivo de líneas aéreas de Norteamérica, en el que es la única empresa de propiedad pública que lo hace,

⁴⁵ La posibilidad de deprecación se trata en VICKERS (1985).

⁴⁶ Ver ASHWORTH y FORSYTH, (1984).

en tanto que British Airways opera en un ámbito regulado estrictamente por distintos convenios sobre número de operadores, precios de los billetes, etc. Por lo tanto, no es la propiedad como tal la que promueve la eficiencia, sino la interacción de propiedad y competencia (KAY y THOMPSON, 1994, p. 205).

Si la empresa pública opera en régimen de monopolio, su privatización puede mejorar la eficiencia-x⁴⁷, pero también puede empeorar la eficiencia asignativa, por lo que deberá analizarse el incremento de bienestar que procura el incremento de la eficiencia-x y la pérdida que supone la distorsión de la eficiencia en la asignación (FERNÁNDEZ CAÍNZOS, 1994, p. 180).

Pero la privatización de servicios públicos también tiene inconvenientes. Un coste fundamental de la política de privatizaciones es el de la actividad reguladora que la suele acompañar. Un caso clásico de regulación económica es el del monopolio natural.

Para los supuestos de privatización de monopolios naturales, suministradores de servicios públicos, al no ser posible la competencia en la provisión, puede aplicarse competencia en la concesión de la explotación (KAY y THOMPSON, 1994, p. 206), mediante un sistema de licitación competitiva, con la concesión de franquicias a empresas privadas (HANKE, 1992, p. 149). En los mercados donde el monopolio ofrezca el servicio más barato, para una calidad dada, no se sufrirá la conducta monopolística siempre que haya una competencia significativa por los derechos de franquicia.

Es probable, sin embargo, que las actividades que desarrollan los monopolios naturales permanezcan en el ámbito público, pues, a menos que los costes de entrada sean reducidos, un concesionario está en posición de fuerza para reformar el contrato o para incumplirlo (HEMMING y MANSOOR, 1994, p. 253).

⁴⁷ La falta de presiones competitivas que disfruta un monopolio puede originar un incremento de sus costes de producción. Leibenstein ha denominado a este efecto ineficiencia-x.

En todo caso, la privatización de servicios públicos es una decisión política y, como tal, está sujeta a los objetivos que guían el comportamiento del político (teoría de la elección pública). Además, encuentra una fuerte oposición por parte de los gestores y los empleados, que se verán afectados por el cambio de propiedad (reducción de plantillas sobredimensionadas, etc.) (HANKE, 1992, p. 164).

La privatización de la provisión de servicios públicos puede llevarse a cabo utilizando cuatro métodos, que no son incompatibles entre sí (DOMBERGER y PIGGOTT, 1994, p. 228 y ss.):

1. Transferencia de activos del sector público al privado, en general, mediante su venta.
2. Desregulación de los monopolios legales (con o sin ventas de activos).
3. Liberalización del sector, con especial énfasis en eliminar las restricciones de entrada.
4. Franquicias y contrataciones externas de provisión o de gestión de servicios públicos concedidas a empresas del sector privado.

En función de los objetivos fijados políticamente para la privatización de empresas públicas de servicios colectivos, se elegirán los instrumentos necesarios para llevarla a cabo.

Los objetivos principales suelen ser la mejora de la eficiencia, el incremento de los ingresos públicos procedentes de la venta de activos de empresas públicas o de concesiones de franquicias y, en otros casos, se busca simplemente frenar el poder de los sindicatos del Sector Público (KAY y THOMPSON, 1994, p. 202).

En el CUADRO I.10 puede comprobarse el efecto sobre los objetivos fijados de cada uno de los instrumentos utilizados en la privatización de la empresa pública.

CUADRO I.10
OBJETIVOS E INSTRUMENTOS DE LA PRIVATIZACIÓN

Objetivos: Instrumentos	Eficiencia asignativa	Eficacia económica	Ingresos fiscales	Observaciones
I.1. Ventas de activos (de monopolios)	No	Sí	Sí	Se requiere una estructura reguladora para controlar los abusos monopolísticos
I.2. Ventas de activos (de empresas en los mercados competitivos de productos)	Sí	Sí	Sí	
II.1. Liberalización (con ventas de activos)	Sí, siempre que el mercado sea competitivo o atacable	Sí	Sí, pero menos que en I.1 si se cree que el dominio del beneficiado sea efímero	
II.2. Liberalización (sin venta de activos)	Sí, siempre que el mercado sea competitivo o atacable	Sí, siempre que las pérdidas económicas no estén aseguradas por el sector público	No	
III.1. Concesión de franquicia (subasta Chadwick-Demsetz)	Sí, siempre que la subasta sea competitiva	Sí, sujeto a que el contrato sea compatible con los objetivos	No	Administración de la franquicia necesaria para controlar y hacer cumplir los contratos
III.2. Concesión de franquicia (subasta de las rentas del monopolio)	No	Sí	Sí	

FUENTE: DOMBERGER y PIGGOTT (1994), p. 229.

La venta de activos (I.1 y I.2) aumenta la eficiencia y los ingresos públicos, en tanto que la liberalización (II.1, con venta de activos) solamente lo consigue si el mercado es competitivo o atacable. La liberalización (II.2, sin venta de activos) no supone ingresos para el Estado, sin embargo, sí puede lograr mayor eficiencia en un ambiente competitivo y siempre que sus pérdidas no tenga que soportarlas el Sector Público. En la concesión de franquicias, la eficiencia se asegura siempre que la subasta sea competitiva.

La venta de activos es el método más utilizado en el Reino Unido⁴⁸ y en Europa, en general, mientras que la liberalización ha sido el método elegido en Estados Unidos. Las contrataciones externas y las concesiones de explotación al sector privado han sido ampliamente aplicadas en todos los países de la OCDE, especialmente para los servicios públicos locales.

IV.1. Tráferencia de propiedad o venta de activos.

Los procesos de privatización de servicios públicos mediante la transferencia o venta de activos al sector privado, además de constituir una importante fuente de ingresos para el Estado, permiten ampliar los mercados de valores, introduciendo una gran cantidad de inversores y facilitando el acceso, ágil y efectivo, a los mercados internacionales de capitales. De ello se derivan las mejoras de eficiencia del sistema, el incremento de ingresos del Estado y la ampliación del mercado de capitales (BAREA TEJEIRO, 1996, p. 299).

Además, con la privatización de la empresa pública de servicios colectivos, deberían suprimirse o al menos reducirse las subvenciones estatales, lo que se traduciría en un menor gasto público. De esta forma, se sometería a la disciplina impuesta por el mercado privado de capitales y el mercado del control societario (HEMMING y MANSOOR, 1994, p. 251).

El mercado de capitales y el control societario imponen ciertas limitaciones al comportamiento de la dirección de la empresa, puesto que si los accionistas no están satisfechos con la administración de la sociedad, al disponer de sus valores en cartera, pueden desencadenar un proceso que provocaría un descenso del precio de la acción, lo que la haría más vulnerable a los intentos de absorción.

Una vez que la empresa pública inicia su andadura en el sector privado, compitiendo en igualdad de condiciones, si no consigue un nivel de rendimiento

⁴⁸ En PIRIE, (1992), se analizan los resultados de las privatizaciones llevadas a cabo en el Reino Unido, así como de las subcontrataciones de servicios públicos, tanto desde el punto de vista del ahorro en recursos como de reducción de la conflictividad laboral.

suficiente, será desplazada por medio de la absorción antes de alcanzar el punto de no retorno (DOMBERGER y PIGGOTT, 1994, p. 223), sin que el Estado tenga que hacerse cargo de sus pérdidas.

La privatización de la empresa pública con la transferencia de propiedad al sector privado consiste en la venta, total o parcial, de activos procedentes de monopolios naturales o de empresas públicas en mercados competitivos.

La empresa pública, proveedora de un servicio colectivo, puede venderse en su totalidad a un comprador del sector privado, dedicado a una actividad semejante o que desea diversificarse. En este caso, se realizaría una valoración de la empresa pública, vendiéndola posteriormente, mediante negociación, al comprador privado, o también, podría asignarse al comprador que presentara la mejor oferta en subasta pública. En ambos casos, la Administración se reservaría el derecho de fijar determinadas condiciones (continuidad del servicio, etc.).

Otra posibilidad es la venta de la empresa pública a la dirección y empleados de la misma, los cuales se encargarían de su gestión, para lo cual deberían decidir la forma jurídica de la nueva empresa. Una vez realizada su valoración, el reparto de participaciones (o acciones) entre los interesados podría determinarse directamente por la Administración Pública o con negociación de los distintos colectivos.

Finalmente, la empresa pública puede transferirse al sector privado por medio de una emisión de acciones al público en general (capitalismo popular), a un grupo de empresas (núcleo duro) que se comprometen a mantener las acciones durante un período determinado, o a empresas con actividades en el mismo sector.

La emisión de acciones podría darse de dos formas:

1. Emisión de acciones a un precio determinado.
2. Emisión de acciones mediante subasta.

En ambos casos, nos encontramos con el problema de la determinación del precio de la acción, debido a la dificultad de valoración de la empresa pública según el mercado. Los métodos de valoración de empresas utilizados para el sector privado (método directo o anglosajón y método indirecto o alemán) presentan gran dificultad para su aplicación a una empresa pública, pues existen dos elementos fundamentales; el Valor de Rendimiento y el Fondo de Comercio. El Valor de Rendimiento es la suma de los beneficios futuros actualizados. Pero en la empresa pública pueden conseguirse dos tipos de beneficios: económicos y sociales. Los primeros no presentan gran dificultad para su cuantificación, pero los segundos resultan especialmente difíciles de estimar. Para el cálculo del Fondo de Comercio es necesario conocer el Valor de Rendimiento (método indirecto) o la rentabilidad normal de la empresa (método directo), donde habría que desagregar de nuevo en rentabilidad económica y rentabilidad social.

Una subestimación en la valoración de la empresa pública puede tener un elevado coste en el medio y largo plazo para el Estado y, por lo tanto, para el conjunto de los ciudadanos. Una sobreestimación del valor de la empresa a privatizar otorgaría un precio muy elevado a las acciones, por lo que los posibles interesados en su suscripción se desanimarían y no se cubrirían las expectativas.

Si se deja la determinación del precio de la acción de la empresa pública privatizada al mercado libre, sin ninguna restricción, se corre el peligro de la aparición de especuladores que podrían influir unilateralmente en el precio de venta.

Una alternativa posible, es fijar como precio de venta aquél que los inversores estén dispuestos a pagar, una vez que se han establecido las condiciones y el calendario de privatización, según el criterio del beneficio del consumidor (BEESLEY y LITTLECHILD, 1994, p. 190). Al redactar el folleto informativo de emisión de acciones de la empresa pública de servicios colectivos a privatizar, se ha de considerar:

- El número de sociedades, el activo y pasivo de cada una de ellas y sus objetivos y ámbito comercial.

- La estructura de la industria en la que va a actuar la empresa (o empresas).
- El marco reglamentario (política de competencia, control de eficacia, controles de precio o beneficios, si existiesen).
- Las obligaciones no comerciales y las fuentes de financiación de estas obligaciones.
- El calendario del plan de privatización (fecha de lanzamiento, cuándo se permite nueva competencia y/o se inicia la regulación).
- Futuros niveles del accionariado público y formas de utilizar el poder de voto asociado.

Los inversores potenciales determinarán un precio en el mercado de valores, después de conocer todos los aspectos de la emisión de acciones sobre el plan de privatización. La previsión correcta de dicho precio puede realizarse mediante un mercado limitado de futuros para las acciones de la empresa a privatizar (BEESLEY y LITTLECHILD, 1994, p. 190).

Otra alternativa es la venta por licitación, sobre todo cuando no existe comprador del sector privado. Sin embargo, este método se ha considerado demasiado complejo para garantizar la participación de los pequeños inversores (HEMMING y MANSOOR, 1994, p. 243).

Según la experiencia privatizadora del Reino Unido en las dos últimas décadas, llevada a cabo principalmente con la venta de empresas públicas con el objetivo de conseguir la participación de pequeños inversores, las peticiones de suscripción de acciones desbordaron ampliamente la oferta de la emisión inicial, pero, en la mayoría de los casos, la venta ulterior dio lugar a una disminución significativa del número de accionistas.

IV.2. Desregulación y liberalización.

La privatización de una empresa pública mediante su venta no es la única solución para conseguir una mayor eficiencia en Sector Público. La eliminación de obstáculos que impiden a los consumidores elegir y a los productores entrar en los mercados libremente (liberalización) y la supresión de la legislación que mantiene esos obstáculos (desregulación) es una alternativa a la transferencia de la propiedad de la empresa pública al sector privado. La desregulación y la liberalización desempeñan un papel fundamental en la desaparición de las barreras de entrada en el mercado.

Cuando en un mercado de bienes o servicios no se cumplen las condiciones de competencia perfecta (por ejemplo, el caso del monopolio natural), puede conseguirse una asignación más eficiente de los recursos mediante la regulación estatal que en un mercado competitivo (CABRILLO, 1996, p. 41). Sin embargo, este enfoque es duramente criticado por la teoría de los derechos de la propiedad, pues el teorema de COASE (1960) plantea la importancia de definir claramente los derechos de propiedad, como una condición para que un mercado pueda funcionar de manera eficiente. En este caso, el mercado funcionará bien sin la intervención del Estado y, entonces, la asignación de recursos será la misma, independientemente de cuál sea la atribución de los derechos de propiedad, aunque serán distintos en lo que a la distribución de la renta se refiere.

La regulación de los servicios públicos se ha basado, frecuentemente, en criterios de interés público⁴⁹, tales como los relacionados con la seguridad nacional y la igualdad de acceso a dichos servicios (OXLEY et al., 1992, p. 39). Pero la evidencia empírica muestra que la regulación no ha hecho disminuir los precios en las industrias consideradas monopolios naturales, sino que ha aumentado los precios en sectores naturalmente competitivos (OXLEY et al., 1992, p. 40).

⁴⁹ Un estudio más amplio sobre regulación y desregulación puede encontrarse en BREYER y McAVOY (1986), *Regulation and Deregulation*, New Palgrave, pp. 128-133.

La regulación económica, en general, se aplica en tres dimensiones principales: los controles de entrada/salida para limitar el número de empresas, los controles de precios⁵⁰, tarifas o tasas de las empresas y las regulaciones sobre la producción⁵¹.

En el estudio de la regulación se percibe la existencia de una fuerte resistencia social a su reducción, que puede explicarse, principalmente, por dos teorías: la existencia de grupos de interés, que intentan obtener beneficios extraordinarios de la situación regulada a costa de los contribuyentes, y la buena fe del político regulador, que cree estar perfectamente informado y capacitado para dirigir la economía del país, teniendo como objetivo el bien común y el bienestar general⁵² (CABRILLO, 1996, p. 44).

La desregulación es un intento de devolver al ciudadano y a la sociedad la iniciativa y el control de la actividad económica, así como un compromiso del gobierno de no volver a introducir nuevas regulaciones en el futuro en el mismo sector (CABRILLO, 1996, p. 49). Con la desregulación y la liberalización se consigue la eliminación de las barreras de entrada⁵³. Si, además, el mercado liberalizado es competitivo o es perfectamente atacable⁵⁴, cabe esperar una mejora en la eficiencia asignativa y podría garantizarse un comportamiento socialmente deseable, incluso en los casos de monopolio natural (DOMBERGER y PIGGOTT, 1994, p. 230). Sin

⁵⁰ En los países occidentales se han adoptado medidas de privatización y de cambios de la regulación de la gestión de servicios públicos que han llevado al estudio de la aplicación de instrumentos de control de precios basados en el establecimiento de precios máximos. En PUIG JUNOY (1996) se analiza el modelo RPI-X para la determinación de los precios máximos, así como sus inconvenientes.

⁵¹ No hay que olvidar el efecto de la regulación y la propiedad pública sobre el progreso técnico y la innovación tecnológica, que se analiza en DASGUPTA y STIGLITZ (1980).

⁵² La conclusión de los estudios sobre grupos de interés revela que los grupos más pequeños son más eficientes que los grandes y tienen más éxito en sus estrategias de búsqueda de rentas. Según CABRILLO (1996) la razón es que los beneficios esperados por los grupos pequeños son elevados, mientras que las pérdidas sufridas individualmente por los consumidores son muy pequeñas.

⁵³ El Tribunal de Defensa de la Competencia (1993) fija unos criterios de selección de sectores a liberalizar en el Informe *Remedios políticos que pueden favorecer la libre competencia en los servicios y atajar el daño causado por los monopolios* centrándose en los sectores sometidos a bajas restricciones de la competencia, pero de gran influencia en la competitividad de la economía, sectores con fuertes restricciones de la competencia y sectores con experiencias positivas de liberalización en otros países.

⁵⁴ La teoría de los mercados atacables o contestables de BAUMOL, PANZAR Y WILING (1982), argumenta que la supresión de barreras de entrada garantiza un comportamiento socialmente deseable, incluso en el caso del monopolio natural, el cual, en un mercado atacable solo obtendría los beneficios normales. Como consecuencia de esta teoría, la liberalización sería un instrumento más útil que la regulación para limitar el poder del monopolio natural. Sin embargo, los supuestos que han de satisfacerse casi nunca se cumplen en la práctica (no existencia de costes de entrada ni de salida).

embargo, los efectos sobre la eficiencia económica dependen de si la liberalización se acompaña de la venta de activos. De no ser así, la posibilidad de que el sector público soporte las pérdidas de la empresa liberalizada podría atenuar los incentivos para minimizar costes.

Las políticas de liberalización aplicadas en los países de la Unión Europea se han centrado en los servicios públicos que, hasta entonces, operaban en régimen de monopolio. En España, se puede destacar la desmonopolización con la entrada de otros operadores en los sectores del transporte aéreo, las telecomunicaciones (telefonía móvil y fija), expendedores de carburantes y algunos servicios públicos locales, entre otros.

Los resultados de la liberalización del transporte aéreo y de las telecomunicaciones fueron bastante inmediatos para el consumidor: descenso de los precios, diversidad de ofertas, más posibilidades de elección para el consumidor y mayor calidad del servicio.

El antiguo monopolio de transporte aéreo (Iberia), al tener que competir en precios y calidad con otros operadores, no pudo reducir sus pérdidas y, finalmente, ha sido privatizada (venta de activos), mejorando significativamente sus resultados económicos en 1999 y 2000.

En el caso del monopolio de telecomunicaciones (Telefónica), también cedida al sector privado, la competencia no ha afectado ostensiblemente a sus resultados, puesto que aún domina la infraestructura principal de la telefonía fija⁵⁵.

Finalmente, con la liberalización del mercado de combustibles procedentes del petróleo (gasolinas y gasóleos), a pesar del desmantelamiento del antiguo monopolio, no se ha conseguido un mercado plenamente competitivo. La existencia de grandes empresas que dominan la mayor parte del mercado y fijan sus precios, actuando de líderes, deja a todas las demás en el papel de seguidor, no de competidor. En este caso el

⁵⁵ Otra cuestión diferente es el resultado de su estrategia de expansión hacia Hispanoamérica, pues la situación económica de Argentina le ha afectado muy negativamente.

consumidor no se ha beneficiado de un descenso de los precios, como ha sucedido en los dos sectores tratados anteriormente.

La liberalización ha de conducir a una reducción de la presencia del Estado en los servicios públicos esenciales (educación y sanidad), de tal forma que la única función del poder público sea garantizar la oferta, supervisar y controlar la prestación de esos servicios (ALONSO-CORTÉS CONSEJO, 1997, p. 446).

Un ejemplo de liberalización es el caso del mercado energético de electricidad y gas. En ambos casos, existe una infraestructura interconectada que permitiría a todas las empresas el acceso al sistema y el transporte de energía hasta el usuario final. Para controlar esta infraestructura existen dos métodos: el sistema de Acceso Negociado a Terceros y el acuerdo de Comprador Único.

En el sistema de Acceso Negociado a Terceros, se imitan los acuerdos de interconexión en las telecomunicaciones, permitiendo la libertad de elección del consumidor y, por lo tanto, una competencia efectiva entre proveedores de energía. En el acuerdo de Comprador Único, la empresa existente (monopolio) actúa en cada mercado nacional como proveedor exclusivo para los consumidores finales y como comprador de energía, por lo que no existe competencia efectiva.

Los resultados obtenidos, según se haya aplicado un método u otro, son muy significativos. En el mercado de la electricidad, el Reino Unido aplicó el sistema de Acceso Negociado a Terceros, en tanto que Francia acogió el acuerdo de Comprador Único. La evolución de los precios de la electricidad fue totalmente contraria en ambos países.

En Francia, aumentaron entre un 5 y un 6% en términos reales para los usuarios industriales, siendo la subida mayor para los usuarios domésticos. En el Reino Unido, los precios descendieron un 19% para los grandes y medianos usuarios industriales, un 10% para los pequeños usuarios industriales y para los usuarios domésticos, que aún no

se habían beneficiado de la competencia, solamente subieron los precios un 2% (CURRIE, 1998, p. 100).

IV.3. Provisión privada y gestión indirecta.

Aunque la financiación de muchos servicios públicos sea pública, la supuesta reducción de los costes de producción de servicios que se puede conseguir en el sector privado, tal vez sea una razón de peso que justifique la conveniencia de su provisión privada.

La creencia de la superioridad de la producción privada suele apoyarse en la teoría de los derechos de propiedad, según la cual, es más barato para el Sector Público contratar que producir, debido a la mayor eficiencia de la empresa privada (DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, 1990, p. 85). En el límite, esta teoría sugiere que el Estado debería convertirse en una agencia que contratara todos los servicios que ha de proveer el Sector Público⁵⁶.

La afirmación de que la contratación es siempre superior a la producción pública⁵⁷ ha sido cuestionada por WILLIANSOM (1975), quien sostiene que, debido a la dificultad en la especificación exhaustiva de los contratos, tanto los oferentes como los demandantes quedan en una situación de monopolio bilateral después de la firma, aunque haya competencia previa entre los distintos oferentes. Esta situación *ex post* supone un comportamiento oportunista de los contratistas que resulta negativo para la eficiencia (DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, 1990, p. 85).

En el caso de grandes costes fijos, pueden existir límites de eficiencia en la contratación externa, por lo que el poder público debe asegurarse la posibilidad de interferir en el contrato vigente. En estas condiciones, la libertad de la iniciativa

⁵⁶ Ver ALCHIAN (1965).

⁵⁷ La Comisión Europea ha calculado que se podría conseguir un ahorro entre el 0,1 y el 0,2% del PIB de la Comunidad si hubiera mayor competencia en las licitaciones públicas dentro de la U.E., y se elevarían a un 0,6% si se tienen en cuenta los efectos dinámicos de una mayor competencia y de la reestructuración industrial (OXLEY et al. 1992, p. 68).

empresarial para asegurar la eficiencia queda muy reducida, por lo que no habría grandes diferencias entre producción pública y producción privada⁵⁸.

La contratación de ciertos servicios públicos o la cesión de su gestión al sector privado suele llevarse a cabo mediante la concesión de franquicias o de contratos, la cual proporciona, además, unos ingresos al Sector Público, al menos de una parte de los beneficios futuros esperados del disfrute de la concesión.

Las concesiones de franquicias y subcontrataciones, mediante licitación competitiva, son fórmulas particularmente adecuadas para aquellas actividades que quiere controlar el Sector Público⁵⁹, ya sea las características del producto o servicio a suministrar o cuando la producción va a financiarse con subvenciones públicas explícitas (por ejemplo, el monopolio natural).

IV.3.a. La licitación competitiva: franquicias y subcontrataciones.

La licitación competitiva, por la concesión del derecho de suministro o de gestión de un servicio público, es un instrumento para introducir competencia en un ámbito donde solamente puede operar un solo productor (monopolio natural). Como no es posible la competencia en la provisión del servicio considerado, la competencia se aplica en la concesión, mediante licitación.

La licitación competitiva es una alternativa a la regulación o la nacionalización de un servicio público, cuyo control debe mantenerse en la Administración Pública.

La licitación debería realizarse en función de los precios aplicados por el concesionario del derecho y de los servicios suministrados. Mediante una subasta, la franquicia o subcontrato se concedería al licitador que ofertase la mejor combinación de

⁵⁸ Puede encontrarse un desarrollo más amplio en BLANKART (1985).

⁵⁹ La utilización del contrato de servicios públicos por los gobiernos locales ha proporcionado ahorros considerables. Según los estudios realizados por LEPAGE (1992) en Estados Unidos, en un período de 15 años: en servicios de tratamiento de basuras se consiguió un 36%, al igual que en la conservación de vías públicas, en servicios jurídicos el 55%.

precio y calidad, para unos niveles dados de producción. Mientras permaneciese abierto el proceso de licitación, la competencia provocaría una bajada de los precios a los niveles competitivos, según el nivel de calidad. En el caso de que los términos de la licitación no estuviesen suficientemente especificados y se limitase a conceder la franquicia o subcontrato a quien ofreciese el precio más alto por la exclusiva, la competencia por la concesión no beneficiaría a los consumidores (HANKE, 1992, p. 150).

La contratación externa, mediante licitación, también tiene sus inconvenientes:

- Que la licitación sea colusoria en vez de ser competitiva.
- El pliego de condiciones del contrato puede no estar suficientemente especificado con precisión, respecto a las características de la oferta.
- La duración del contrato puede no ser la duración óptima⁶⁰.

Para paliar, en cierta medida, las posibles dificultades para que la licitación sea perfectamente competitiva, se han llevado a cabo algunas reformas en las licitaciones, en las que se ha intentado aumentar la competencia en las adquisiciones públicas, sin embargo, aún existen restricciones para los proveedores extranjeros.

En el ámbito de la U.E., el objetivo fundamental para completar el mercado interno en la Comunidad, es el establecimiento de un mercado único de las adquisiciones públicas.

Finalmente, después de la licitación y de la asignación de la licencia o subcontrato de servicios a un concesionario, es necesario el control posterior por parte del poder público para garantizar que se cumplen las condiciones requeridas (por

⁶⁰ Un tratamiento más amplio del tema puede encontrarse en DOMBERGER, (1986).

ejemplo, calidad del servicio ofertado) tanto en la concesión de licencia, como en la subcontratación de servicios⁶¹.

A) LA FRANQUICIA.

El contrato de franquicia supone otorgar los derechos exclusivos de venta o distribución de bienes o servicios a un solo productor o agente, que garantiza el suministro en las mejores condiciones (lo que incluye precios más bajos), durante un período determinado. Está concebido como un instrumento para introducir competencia cuando ésta no es posible o no es deseable en un mercado.

Puesto que este sistema reduce el incentivo para invertir y mantener el capital, es más adecuado para empresas con bajas necesidades de capital y, más usualmente, para franquicias de “explotación”, en las que el Sector Público sigue decidiendo las inversiones (OXLEY et al., 1992, p. 67).

La concesión de licencia o franquicia es una alternativa a la regulación o la nacionalización (DEMSETZ, 1968, pp. 55-56). En una subasta tipo Demsetz, la competencia tiene lugar en las pujas por conseguir el contrato de franquicia, siendo el concursante que ofrece el precio de oferta mínimo el ganador. Si la licitación es competitiva, la subasta de tipo Chadwick-Demsetz reducirá el beneficio esperado del concursante hasta el nivel competitivo normal, generando unos precios al comprador iguales a los costes unitarios de producción (DOMBERGER y PIGGOTT, 1994, p. 231). Así se evitarán las ineficiencias en la determinación de los precios del monopolio natural.

Un modelo de adjudicación alternativo es la garantía de un contrato al productor que oferta el capital máximo por la franquicia. Como la concesión de una licencia supone derechos de monopolio al productor, los valores de las pujas reflejarán, probablemente, las expectativas de los concursantes respecto a las rentas monopolísticas

⁶¹ En BOSCH DOMENECH (1996), se estudian los tipos de subasta y la aplicación al caso de laboratorios.

descontadas durante la vigencia del contrato (DOMBERGER y PIGGOTT, 1994, p. 231).

B) LA SUBCONTRATACIÓN

La subcontratación es un método muy utilizado en Estados Unidos y en la Unión Europea (especialmente en el Reino Unido), sobre todo para servicios públicos locales (recogida de vehículos, recogida de residuos sólidos urbanos, servicios mortuorios en las grandes ciudades, etc.), con el que se han conseguido resultados muy positivos.

Con la contratación externa, el Sector Público cede la producción o la gestión del servicio considerado al sector privado, aunque la financiación continúe siendo pública. El principal argumento a su favor es que la subcontratación, a través de la licitación competitiva, hace funcionar las fuerzas del mercado (OXLEY et al., 1992, p. 68).

Los beneficios probables de la subcontratación se han de comparar con dos factores: primero, que el mercado de servicios a proveer ha de ser competitivo, con un número relevante de proveedores y con contratos distintos que permitan la comparación de costes; y, segundo, las ganancias previstas deben compararse con los costes potenciales de la subcontratación. Los costes de transacción aumentarán cuando sea difícil juzgar la calidad, los costes potenciales de incumplimiento de contrato son altos y es necesaria la licitación frecuente para asegurar la competitividad.

En España, la legislación de régimen local permite la gestión indirecta de los servicios públicos, salvo para aquellos que impliquen el ejercicio de autoridad. Existe la misma posibilidad para otros servicios públicos en el ámbito estatal o autonómico, con la misma restricción.

La contratación externa de gestión de servicios públicos puede adoptar diversas figuras legales, de las que destacamos las siguientes (TORRES PRADAS y PINA MARTÍNEZ, 1997):

- *La concesión administrativa:* transfiere mediante concurso la gestión del servicio al sector privado, que asume el riesgo económico de la explotación y las inversiones necesarias, fijándose un precio de explotación que permita un margen razonable de beneficios. La titularidad y la responsabilidad permanece en la entidad pública, que responderá subsidiariamente de los perjuicios ocasionados a terceros por la prestación del servicio.
- *La gestión interesada:* la Administración Pública colabora en la prestación del servicio, aportando incluso las instalaciones necesarias. El empresario recibe una contraprestación y participación en los beneficios generados por la provisión del servicio, pero el riesgo económico permanece en la entidad pública.
- *El concierto:* la Administración Pública contrata la provisión del servicio público con una entidad pública o privada, a la que abona el importe de la prestación, ya sea por un período de tiempo o por unidades estimativas de prestación.
- *El arrendamiento:* la entidad pública arrienda a una empresa privada las instalaciones necesarias para la prestación del servicio. La empresa privada soporta el riesgo económico y, al igual que en la concesión administrativa, se fija el precio de forma que puedan obtenerse unos beneficios razonables.
- *Sociedades mercantiles mixtas y sociedades cooperativas:* la entidad pública mantiene la titularidad del servicio público, pero en ellas participan otras entidades públicas o privadas.
- *Los consorcios:* son entidades con personalidad jurídica propia, pero sin ánimo de lucro, y pueden gestionar la prestación de servicios públicos adoptando cualquiera de las formas jurídicas anteriormente comentadas.

- *Los convenios (joint ventures)*: son sociedades anónimas de capital íntegramente público, creadas para la gestión de servicios públicos.
- *Las fundaciones*: son entidades de carácter civil, cuyo objetivo es el interés general.

En la actualidad, la contratación externa para la gestión indirecta de servicios públicos se ha extendido a nuevos ámbitos. De esta forma, algunas corporaciones locales han cedido la *gestión de multas y sanciones* a empresas privadas, debido a los bajos niveles de recaudación. La empresa adjudicataria obtiene su beneficio del porcentaje, fijado previamente por la Administración, sobre el total recaudado. El Ayuntamiento de Sevilla fue pionero al implantar un sistema similar al descrito.

También se ha aplicado este método en la *gestión de servicios informáticos*, de *servicios de transporte*, de *servicios de aguas*, *gestión de tesorería*.

La experiencia positiva en los años 80 con la privatización de algunos servicios públicos ha animado a su ampliación a otros tipos de servicios colectivos.

Los análisis comparativos realizados sobre el funcionamiento de empresas públicas y privadas en un mismo sector son muy numerosos⁶². Uno de los más citados es la comparación entre dos compañías aéreas interestatales australianas, una pública y otra privada. A pesar de las fuertes restricciones normativas aplicadas a la compañía privada, ésta era más eficiente: transportaba un 103% más de carga y correo y un 17% más de pasajeros por empleado que la compañía pública, además de conseguir un 12% más de ingresos por empleado que la pública (HANKE, 1992, p. 141).

En otro estudio se compara el funcionamiento de empresas de aguas, públicas y privadas, en Estados Unidos, con datos de 1970. Se llega a la conclusión de que los costes de explotación son significativamente más altos (un 25%) en las empresas públicas que en las compañías privadas (HANKE, 1992, p. 142).

⁶² En HANKE (1985) se recogen diversos ejemplos.

Finalmente, el análisis del servicio de recogida de basuras en los barrios residenciales de Washington D.C., donde 29 empresas privadas atienden casi la misma área geográfica que la empresa pública, llega a la conclusión de que el coste por vivienda de recogida de basuras pública es casi el doble que el de la recogida de basuras privada, y, además, ésta consigue mayor calidad puesto que recoge la basura con el doble de frecuencia que la empresa pública (HANKE, 1992, p. 143).

SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO SEGUNDO

INTRODUCCIÓN DE MECANISMOS DE COMPETENCIA EN EL SISTEMA SANITARIO

I. INTRODUCCIÓN. EL GASTO SANITARIO Y LAS CARACTERÍSTICAS DEL MERCADO DE SERVICIOS SANITARIOS.

Después de la Segunda Guerra Mundial, y sobre todo a partir de los años sesenta, en la mayoría de los países desarrollados, la aportación de recursos para financiar servicios públicos preferentes se ha incrementado, en proporción al PIB de cada país, con un ritmo superior al crecimiento económico registrado. Esto se debe, en gran medida, a la implantación progresiva de los Estados del Bienestar.

En la segunda mitad de los ochenta y primeros años de los noventa, los elevados niveles de déficit público en los países de la OCDE obligan a plantearse la necesidad de controlar el gasto público y contener su crecimiento, con el objetivo de asegurar el mantenimiento de las políticas de protección social en el futuro y de evitar un replanteamiento del modelo que pudiera reducir derechos adquiridos y garantizados hasta entonces por el Estado¹. Las medidas de control del gasto público y del déficit generado empiezan a dar resultados a partir de 1996, facilitando a los países europeos el cumplimiento de los criterios fijados por el Tratado de Maastricht.

I.1. El gasto sanitario.

Uno de los servicios públicos preferentes más significativos, por su participación en el gasto público total² y por sus efectos determinantes sobre el bienestar social, es la sanidad.

¹ Acerca de la crisis del Estado de Bienestar pueden consultarse, entre otros, STIGLITZ, J. E. (1994): “Replanteamiento del papel económico del Estado: bienes privados suministrados públicamente”, en *Análisis Económico de la Sanidad*, Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1994, pp. 19-48; CASALMIGLIA BLANCAFORT, X. (1994): “En defensa del estado del bienestar contra sus entusiastas”, en *Análisis Económico de la Sanidad*, Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1994, pp. 49-60; ORTÚN RUBIO, V. (1998): “Sistema sanitario y Estado del Bienestar: problemas a la vista”, en *La Salud Pública y el Futuro del Estado del Bienestar. Informe SESPAS 1998*, Escuela de Salud Pública, Granada, pp. 40-60; GREEN, D. G. (1998): “Propuestas para una política social dentro de la estructura de la OCDE”, en *Alternativas de reforma para la sanidad pública*, Boletín del Círculo de Empresarios, nº 63, 1998, pp. 29-78.

² En España, el gasto sanitario es mayoritariamente público y supone el 13,2% del gasto público, en 2001, siendo la mayor partida presupuestaria después de las pensiones.

Los recursos económicos destinados a la sanidad (medidos en gasto sanitario total), desde 1960, han experimentado una evolución similar a la del gasto público, en general, debido a que, en la mayoría de los países desarrollados, se reconoce el derecho de sus ciudadanos a la asistencia sanitaria como un derecho que ha de garantizar el Estado³, basándose en los principios generales de equidad, universalidad y solidaridad.

La evolución del gasto sanitario, en porcentaje del PIB, en los países de la OCDE⁴, puede verse en el CUADRO II.1, para el período 1960-2000.

Desde una perspectiva general, el gasto sanitario medio en la OCDE ha pasado de menos de un 4% a algo más del 8%, es decir, ha duplicado su participación en el PIB. Una evolución muy similar ha sufrido la media europea, que a lo largo del período registra una media muy cercana a la de la OCDE. Sin embargo, el crecimiento no ha sido constante, pues pueden distinguirse dos períodos: un primer período, desde 1960 hasta 1995 y un segundo período, desde 1996 hasta 2000. En el primero, el crecimiento del gasto es su característica principal, en tanto que en el segundo, se aprecian los efectos de las políticas de contención del mismo. En algunos países, se observa un nuevo repunte en 1999-2000, lo que provoca que tanto la media europea como la media de la OCDE registren un cambio de tendencia.

Aunque el incremento es generalizado en todos los países de la OCDE, llama la atención el caso de España, pues partiendo tan solo del 1,5% en 1960 (menos de la mitad de la media de la OCDE y menos de la tercera parte de Canadá, que es quien dedica más recursos a la sanidad, en 1960) aumenta hasta el 7,7% en 2000. Este incremento se debe, además de a los factores que han influido en el conjunto de países desarrollados, al cambio experimentado en nuestro país de un Sistema de Seguridad Social a un Sistema Nacional de Salud.

³ En España, el derecho a la protección de la salud se recoge en el art. 43.1 de la Constitución Española de 1978, como uno de los derechos fundamentales amparados en el Título Primero, Sección 2ª, “De los derechos y deberes los ciudadanos”.

⁴ De los treinta países que forman la OCDE, no hemos considerado los seis de reciente incorporación.

CUADRO II.1
GASTO TOTAL EN SANIDAD EN PORCENTAJE DEL PIB. 1960-2000.
Precios constantes, deflactor de salud.

PAÍS	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Alemania	4,8	5,1	6,3	8,8	8,8	9,3	8,7	9,1	9,9	9,9	10,2	10,6	10,6	10,7	10,6	10,7	10,6
Australia	4,3	4,6*	5,7	7,0	7,0	7,5	7,8	8,0	8,1	8,1	8,1	8,2	8,3	8,4	8,5	8,4	8,3
Austria	4,3	4,5	5,3	7,1	7,6	6,6	7,1	7,1	7,5	7,9	7,9	8,6	8,7	8,0	8,0	8,1	8,0
Bélgica	3,4	3,9	4,0	5,8	6,4	7,2	7,4	7,7	7,9	8,1	7,9	8,7	8,8	8,5	8,5	8,7	8,7
Canadá	5,4	5,9	7,0	7,1	7,1	8,3	9,0	9,7	10,0	9,8	9,5	9,1	8,9	8,9	9,1	9,2	9,1
Dinamarca	3,6	-	6,1	8,9	9,1	8,7	8,5	8,4	8,5	8,8	8,5	8,2	8,3	8,2	8,4	8,5	8,3
España	1,5	2,5	3,6	4,7	5,4	5,4	6,6	6,8	7,2	7,5	7,4	7,7	7,7	7,6	7,6	7,7	7,7
Estados Unidos	5,1	5,6	6,9	7,8	8,7	10,0	11,9	12,6	13,0	13,3	13,2	13,3	13,2	13,0	12,9	13,0	13,0
Finlandia	3,9	4,9	5,6	6,2	6,4	7,2	7,9	9,0	9,1	8,3	7,8	7,5	7,7	7,3	6,9	6,9	6,6
Francia	4,1	5,1	5,7	6,8	7,4	8,3	8,6	8,9	9,1	9,5	9,4	9,6	9,6	9,4	9,3	9,4	9,5
Grecia	3,1	-	4,1	4,1	6,5	-	7,5	7,8	7,2	8,1	8,9	8,9	8,9	8,7	8,7	8,7	8,3
Islandia	3,3	3,9	4,9	5,8	6,1	7,2	7,9	8,1	8,1	8,3	8,0	8,2	8,2	8,0	8,3	8,7	8,9
Irlanda	3,6	4,0	5,1	7,4	8,4	7,6	6,6	7,0	7,6	7,5	7,5	7,2	7,0	6,9	6,8	6,8	6,7
Italia	3,6	4,3	5,1	6,2	7,0	7,0	8,0	8,3	8,4	8,1	7,8	7,4	7,5	7,7	7,7	7,8	8,1
Japón	3,0	4,5	4,6	5,6	6,5	6,7	5,9	5,9	6,2	6,4	6,7	7,0	7,0	7,2	7,1	7,4	7,8
Luxemburgo	-	-	3,5	5,6	5,9	5,8	6,1	6,0	6,2	6,4	6,1	6,4	6,4	5,9	5,8	6,0	-
Noruega	2,9	3,5	4,4	5,9	7,0	6,7	7,8	8,1	8,2	8,1	8,0	8,0	8,0	7,9	8,6	8,8	7,8
Nueva Zelanda	4,3	-	5,2	6,7	6,0	5,3	6,9	7,4	7,5	7,2	7,2	7,2	7,2	7,5	7,9	7,9	8,0
Países Bajos	3,9	-	6,0	7,6	8,0	7,8	8,0	8,2	8,4	8,5	8,4	8,4	8,3	8,2	8,1	8,2	8,1
Portugal	-	-	2,7	5,5	5,6	6,1	6,2	6,8	7,0	7,3	7,3	8,3	8,5	8,6	8,3	8,4	8,2
Reino Unido	3,9	4,1	4,5	5,5	5,8	5,9	6,0	6,5	6,9	6,9	7,0	7,0	7,0	6,8	6,8	7,1	7,3
Suecia	4,5	5,3	6,9	7,6	9,1	8,7	8,5	8,4	8,6	8,6	8,2	8,1	8,4	8,1	7,9	-	-
Suiza	4,9	4,4	5,6	6,9	7,6	8,0	8,5	9,2	9,6	9,6	9,8	10,0	10,4	10,4	10,6	10,7	10,7
Turquía	-	-	2,4	2,7	3,3	2,2	3,6	3,8	3,8	3,7	3,6	3,4	3,9	4,2	4,8	-	-
Media europea	3,7	4,3	4,9	6,5	7,2	7,3	7,7	7,8	8,0	8,1	8,0	8,2	8,3	8,0	8,0	8,1	8,2
Media OCDE	3,9	4,5	5,0	6,4	6,9	6,9	7,2	7,4	7,7	7,9	7,8	7,8	7,9	7,8	7,8	8,0	8,1

FUENTE: OECD HEALTH DATA 2002.

A partir de 1985, Estados Unidos es el país que dedica una proporción más elevada de su PIB a la sanidad⁵, manteniendo esa posición hasta 2000, con un 13% de PIB. Le siguen muy de cerca Suiza y Alemania, con más del 10% de su PIB, estando los tres países muy por encima de la media de la OCDE. Por contraste, Turquía, aunque casi duplica la parte de su PIB empleado en sanidad, sin embargo, en todos los años del período considerado queda muy por debajo de la media de la OCDE, no llegando ni siquiera al 5% en 1998.

Por otra parte, Luxemburgo registra los valores más bajos de Europa, manteniéndose por debajo del 7%. Le sigue el Reino Unido, que únicamente supera el 7% en 1999 y 2000. Es de destacar, además, que ambos países presentan la menor variación a lo largo del período, pues casi todos han duplicado el porcentaje sobre el PIB, en tanto que Luxemburgo, con los datos disponibles, ha pasado de un 3,5%, en 1970, a un 6%, en 1999, y el Reino Unido, de un 3,9%, en 1960, a un 7,3%, en 2000.

Sin embargo, a partir de 1993, se produce una estabilización en la media de la OCDE, que oscila entre el 7,8% y el 8,1%. No es una coincidencia el hecho de que es precisamente al inicio de la década cuando se aplican reformas estructurales más drásticas en el sector sanitario en diversos países de la OCDE (Reino Unido, Suecia, Nueva Zelanda, Canadá, Alemania, Francia, etc.).

Para Abel-Smith (1996, p. 23) los factores responsables del incremento de los gastos sanitarios son, principalmente, cuatro:

1. *El incremento de la cobertura.* Todos los países de la OCDE, excepto Estados Unidos y Suiza, han implantado la cobertura universal, o casi universal, con seguro universal obligatorio. En los años 40 lo establecieron Nueva Zelanda (1941) y el Reino Unido (1948); en los 60, Dinamarca (1960), Japón (1961), Suecia (1962) y Canadá (1969); en los 70, Islandia

⁵ El factor más relevante para el elevado gasto sanitario en este país es la tecnología, por la escasa evaluación de la eficacia de la misma, y los gastos de administración de los servicios sanitarios (un 25% del gasto sanitario total, en 1988, frente a un 4% que tenía el Reino Unido), debido a la relación contractual entre compradores y proveedores de asistencia sanitaria. ENTHOVEN y KRONIC (1988) califican el sistema americano de derrochador y poco equitativo.

(1974) y Portugal (1979); y en los 80, les siguieron Grecia (1983) y Australia (1984). Austria, Bélgica, Francia, Luxemburgo y España presentan una cobertura del 99% de la población y Alemania del 92%.

El porcentaje de la población con cobertura de asistencia sanitaria en distintos países de la OCDE se representa en el CUADRO II.2. La cobertura es universal o casi universal en la mayoría de los países, a excepción de Alemania, con un 92,2%, los Países Bajos, con un 74,5%, Turquía, con un 66% y los Estados Unidos, con un 45%, siendo éste el nivel más bajo de cobertura sanitaria.

CUADRO II.2
% DE LA POBLACIÓN CON COBERTURA SANITARIA.

PAIS	1960	1970	1980	1985	1990	1995	1998
Alemania	85,0	88,0	91,0	92,2	92,2	92,2	92,2
Australia	77,0	85,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Austria	78,0	91,0	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0
Bélgica	58,0	97,8	99,0	98,0	97,3	99,0	99,0
Canadá	71,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Dinamarca	95,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
España	54,0	61,0	83,0	90,0	99,0	99,5	99,8
Estados Unidos	20,0	40,0	42,0	43,0	44,0	45,0	45,0
Finlandia	55,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Francia	76,3	95,7	99,3	99,0	99,5	99,5	99,5
Grecia	30,0	55,0	88,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Islandia	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Irlanda	85,0	85,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Italia	87,0	93,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Japón	88,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Luxemburgo	90,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Noruega	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nueva Zelanda	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Países Bajos	71,0	-	74,6	73,4	73,9	79,2	74,5
Portugal	18,0	40,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Reino Unido	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Suecia	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Suiza	74,0	89,0	96,5	98,0	99,5	99,5	100,0
Turquía	5,8	26,9	38,4	42,1	55,1	65,0	66,0

FUENTE: OECD HEALTH DATA 2001.

En el corto plazo, la ampliación del seguro obligatorio de enfermedad a la totalidad o la mayoría de la población ha supuesto un incremento del gasto

sanitario, pero en el largo plazo es posible que los haya mantenido a unos niveles inferiores al que habrían alcanzado con un aseguramiento de carácter distinto (ABEL-SMITH, 1996, p. 26).

2. *El envejecimiento de la población.* Se sabe que existe una relación positiva entre la edad del individuo y la necesidad de atención sanitaria⁶. Según se ha demostrado en diversos estudios realizados en varios países el gasto médico provocado por los hombres de entre 65 y 74 años supone más del triple del destinado a hombres de entre 15 y 44 años (Francia, Bélgica, Países Bajos y Reino Unido). Los gastos sanitarios de hombres mayores de 75 años duplican los gastos relacionados con el tramo de edad de 65 a 74 años (ABEL-SMITH, 1996, p. 26-7). Algunos estudios empíricos indican que el 60% de los gastos sanitarios de un individuo se producen en el año precedente a su muerte⁷. Sin embargo, aunque este factor es decisivo en cuanto a las prestaciones sociales se refiere, no es un elemento fundamental en el incremento del gasto sanitario (ABEL-SMITH, 1996, p. 27).

La evolución de la población mayor de 65 años (1960-2000) en los países de la OCDE se representa en el CUADRO II.3. Varios países han duplicado el porcentaje de población mayor de 65 años sobre la población total en el período considerado. Destacan en 2000 Bélgica (17%), Grecia (17,6%), Japón (17,2%), Italia (18,1%), España (17%) y Suecia (17,4%). Irlanda se mantiene a lo largo de período en torno al 11%, sin apenas variaciones.

En la última década, la mayoría de los países ricos presentan variaciones muy pequeñas e incluso disminuye la proporción de mayores debido, en parte, al fenómeno de la inmigración. En el caso español, la evolución de la estructura de la población se recoge en el GRÁFICO II.1, con las previsiones hasta el 2046.

⁶ El aumento de la esperanza de vida se traduce en la aparición de nuevas patologías (por ejemplo, diversos tipos de demencia senil) y de enfermedades crónicas, que requieren cuidados de larga duración. En muchos casos, estos servicios son una mezcla de prestaciones sanitarias y sociales, que podrían suministrarse en el propio domicilio, evitando de esta forma la ocupación de una cama hospitalaria.

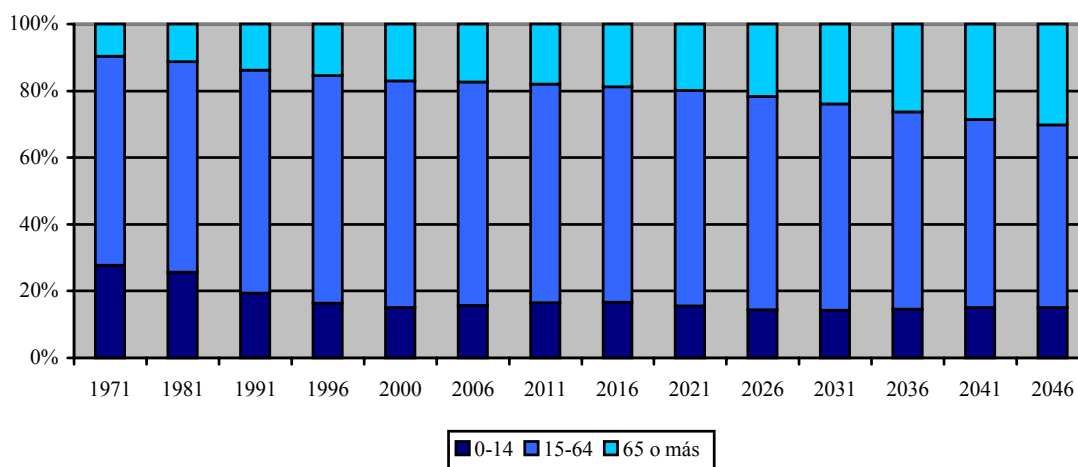
⁷ Este tema se trata más ampliamente en LÓPEZ CASASNOVAS, G. y CASADO, D. (1997).

CUADRO II.3
POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS (% SOBRE LA POBLACIÓN TOTAL). 1960-2000.

PAIS	1960	1970	1980	1990	2000
Alemania	-	-	-	15	16,4
Australia	8,5	8,3	9,6	11,2	12,3
Austria	12	14,1	15,4	14,9	15,5
Bélgica	12	13,4	14,4	14,9	17
Canadá	7,5	7,9	9,4	11,3	12,6
Dinamarca	10,6	12,3	14,4	15,6	15
España	8,2	9,8	10,7	13,8	17
Estados Unidos	9,2	9,8	11,2	12,4	12,3
Finlandia	7,2	9,2	12	13,4	14,9
Francia	11,6	12,9	14	14	16
Grecia	8,3	11,1	13,1	13,7	17,6
Islandia	8	8,9	9,9	10,6	11,7
Irlanda	11,2	11,2	10,7	11,4	11,3
Italia	9,3	10,9	13,1	15,3	18,1
Japón	5,7	7,1	9	12	17,2
Luxemburgo	10,8	12,5	13,5	13,4	14,4
Noruega	11,1	12,9	14,8	16,3	15,4
Nueva Zelanda	8,6	8,5	10	11,1	11,7
Países Bajos	9	10,2	11,5	12,8	13,7
Portugal	8	9,2	10,5	13,6	15,6
Reino Unido	11,7	12,9	15,1	15,7	15,8
Suecia	12	13,7	16,3	17,8	17,4
Suiza	10,1	11,4	13,8	14,3	16
Turquía	3,5	4,4	4,7	4,3	5,8

FUENTE: OECD HEALTH DATA 2002.

GRÁFICO II.1
ESTRUCTURA, EVOLUCIÓN Y PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA
POR GRANDES GRUPOS DE EDAD.



FUENTE: INE, 2001 y ORTÚN RUBIO, 1998.

La proyección de la población española para mediados del siglo XXI eleva el porcentaje del grupo de mayores de 65 años al 30%, duplicándose respecto a los datos de 2001. La proporción de población entre 15 y 64 años se reduce del 68% a casi el 55%, siendo en este grupo donde se encuentran los activos, lo que refleja un grave problema para el sostenimiento de las prestaciones sociales relacionadas con la jubilación.

3. *El desarrollo de las tecnologías médicas.* La expansión de las tecnologías médicas es considerada como el factor más importante del aumento del gasto sanitario. Las nuevas tecnologías han sido la causa de una tercera parte del incremento del gasto sanitario (ABEL-SMITH, 1996, p. 34), debido a tres motivos (ELOLA SOMOZA, 1991, p. 36):

- La incorporación de nuevas tecnologías genera la necesidad de personal más especializado.
- La tecnología médica tiene un bajo índice de sustitución y suele simultanearse la utilización de procedimientos antiguos y nuevos.
- El crecimiento de las técnicas de diagnóstico por imagen y su bajo índice de sustitución contribuyen a un incremento de la “intensidad tecnológica” o el número de procedimientos realizados persona/año.

Además, en muchos casos la adopción de nuevas tecnologías no va acompañada de una evaluación de su eficacia (MAYNARD, 1981, p. 16) y quedan en desuso tecnologías antiguas que, en muchas ocasiones, ofrecían una eficacia similar, siendo mucho más baratas⁸. En los países de la Unión Europea solamente se exige la prueba de eficacia para un único tipo de tecnología: los medicamentos. Sin embargo, es necesario reconocer la dificultad de la evaluación de las tecnologías con el fin de determinar su

⁸ Acerca del desarrollo, innovación y evaluación de la tecnología médica puede consultarse LÁZARO Y DE MERCADO, P. (1998).

necesidad y la utilización adecuada y eficiente. La evaluación de las tecnologías⁹ supone el análisis de las propiedades técnicas, de la eficacia clínica, de la seguridad, de la eficiencia económica, de la incidencia organizativa, de las consecuencias sociales y de las implicaciones éticas (ABEL-SMITH, 1996, p. 35).

4. *La variabilidad de las prácticas médicas.* Existen muchas patologías corrientes para las que pueden presentarse varias alternativas: la cirugía, el tratamiento médico o la espera bajo vigilancia. La decisión o bien está en manos del profesional sanitario o bien éste puede influir en ella cuando es el paciente quien la toma, puesto que es el médico quien posee toda o la mayor parte de la información¹⁰.

Teniendo en cuenta que los sistemas sanitarios de los países industrializados se caracterizan por su gran especialización, con subespecialidades en función de la tecnología, y que las aseguradoras están dispuestas a pagar por tecnologías no evaluadas, puede que la asistencia que se propone no sea la más adecuada ni la más eficiente (eficaz sí, pero no al menor coste).

Incluso algunos servicios sanitarios pueden tildarse de inadecuados, como son los tratamientos demasiado peligrosos, creando un riesgo superior a la posible ventaja, o la aplicación de tratamientos eficaces para otras patologías, pero no para la que sufre el paciente¹¹.

Las estimaciones de prestaciones inútiles en Canadá (CHAPELL, 1993, p. 495) suponen entre el 30 y el 60% de los gastos sanitarios. En otro estudio en Estados Unidos (MEYER et al. 1993, pp. 28-29) se cifran en torno al 30%. Una solución a este problema es el establecimiento de principios directores de la práctica médica, tal como se han empezado a aplicar en Estados Unidos

⁹ Sobre la evaluación en sanidad puede consultarse PINTO PRADES, J. L. (1998); ANTOÑANZAS VILLAR, F. et al. (1998).

¹⁰ Ver PEIRÓ, S. et al. (1998).

¹¹ En COCHRANE, A., (1971) se trata la evaluación de los tratamientos desde una perspectiva científica.

(“principios directores relativos a las prácticas médicas”), Francia (“sistema de referencia”) y en el Reino Unido.

Existen otros factores que también influyen en el gasto sanitario, aunque en menor medida (ELOLA SOMOZA, 1991, pp. 37-38):

- El aumento de tratamientos de larga duración y de la esperanza de vida de los pacientes que los reciben, así como la utilización intensiva de tecnología en pacientes terminales y de edad muy avanzada.
- El incremento relativo de la remuneración de los profesionales sanitarios debido a la mayor capacidad de negociación de sus sindicatos.
- El elevado coeficiente de mano de obra del sector sanitario.
- La disminución o desaparición de obstáculos al suministro de servicios¹²:

Aumento de la proporción médico/habitantes¹³, teniendo en cuenta que son los profesionales sanitarios quienes deciden una parte importante de la demanda (CUADRO II.4). Aunque todos los países parten de una proporción en torno a un médico por 1000 habitantes, ésta va evolucionando hasta una media de tres, resaltando el caso de Italia, que alcanza la proporción más elevada (6). En situación contraria se encuentran el Reino Unido (1,8) y Japón (1,9), que no llegan a dos, en 2000, quedando muy por debajo de la media. España registra un valor prácticamente en la media de la OCDE.

¹² El incremento de la oferta conlleva un aumento de la demanda inducida.

¹³ En España, los médicos colegiados han pasado de 131.080, en 1986, a 179.033, en 2000, es decir, un 36,6% más que al principio del período. Los 5.722 odontólogos colegiados en 1986 se convierten en 17.538 en 2000 (206% más). Los diplomados en Enfermería colegiados, que en 1986 eran 147.462, suponen en 1999, 204.485 (38,7% más), INE, 2002.

CUADRO II.4
DENSIDAD DE MÉDICOS POR MIL HABITANTES.1960-2000.

PAÍS	1960	1970	1980	1985	1990	1995	1998	1999	2000
Alemania	1,4	1,6	2,3	2,6	3,1	3,4	3,5	3,5	3,6
Australia	1,1	-	-	-	-	2,5	2,5	-	-
Austria	1,4	1,4	1,6	1,9	2,2	2,7	3,0	3,0	3,1
Bélgica	1,3	-	2,3	2,8	3,3	3,5	3,7	3,8	3,9
Canadá	-	1,5	1,8	2,0	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
Dinamarca	1,2	1,4	2,2	2,5	3,1	3,3	3,3	3,4	3,4
España	-	-	-	-	2,3	2,5	2,9	3,1	3,3
Estados Unidos	1,4	1,6	2,0	2,2	2,4	2,6	2,8	2,8	-
Finlandia	0,6	0,9	1,7	2,1	2,4	2,8	3,0	3,1	3,1
Francia	1,0	1,3	2,0	2,2	2,6	2,9	3,3	3,3	3,3
Grecia	1,3	1,6	2,4	2,9	3,4	3,9	4,3	4,4	-
Islandia	1,2	1,4	2,1	2,6	2,8	3,0	3,3	3,4	-
Irlanda	-	-	-	1,6	1,6	2,1	2,2	2,3	-
Italia	0,7	1,1	2,6	3,8	4,7	5,4	5,8	5,9	6,0
Japón	1,0	1,1	1,3	1,5	1,7	1,8	1,9	1,9	1,9
Luxemburgo	1,0	1,1	1,7	1,8	2,0	2,8	3,0	3,1	3,1
Noruega	1,2	1,4	2,0	2,2	3,1	2,8	2,7	2,8	2,9
Nueva Zelanda	1,1	-	1,6	1,7	1,9	2,1	2,2	2,3	2,2
Países Bajos	1,1	1,2	1,9	2,2	2,5	-	2,9	3,1	3,2
Portugal	0,8	0,9	2,0	2,5	2,8	3,0	3,1	3,2	3,2
Reino Unido	0,8	0,9	1,3	1,4	1,4	1,6	1,8	1,8	1,8
Suecia	1,0	1,3	2,2	2,6	2,9	3,1	2,8	2,9	-
Suiza	1,3	1,4	2,4	2,7	3,0	3,2	3,3	3,4	3,5
Turquía	0,3	0,4	0,6	0,7	0,9	1,1	2,8	2,8	-

FUENTE: OECD HEALTH DATA 2002.

Incremento de la oferta hospitalaria¹⁴ (número de camas, prestaciones, etc.), debido más a la ampliación de la cobertura sanitaria a nuevas prestaciones que al incremento del número de camas (CUADRO II.5). Las nuevas prestaciones sanitarias vienen provocadas por los cambios en la morbilidad de los pacientes, por la aparición de nuevas patologías, muchas de ellas unidas al aumento de la esperanza de vida y otras son consecuencia de estilos de vida no saludables (toxicomanías, enfermedades circulatorias, etc.) que se han convertido en las principales causas de muerte.

¹⁴ En 1979, el INSALUD gestionaba 175 hospitales (incluidos los de la Obra "18 de julio", así como el Gran Hospital de la Beneficencia del Estado, hoy Hospital de la Princesa y el del Niño Jesús, con una capacidad de 52.609 camas. En 2000, los hospitales públicos gestionados por el INSALUD o los Servicios Regionales de Salud ascienden a 229, con 89.814 camas.

CUADRO II.5
NÚMERO DE CAMAS POR MIL HABITANTES. 1960-1998.

PAIS	1960	1970	1980	1985	1990	1995	1998
Alemania	10,5	11,3	11,5	11,0	10,4	9,7	9,3
Australia	11,4	11,7	12,3	10,9	-	8,7	8,5
Austria	10,8	10,8	11,2	10,9	10,2	9,3	8,9
Bélgica	-	8,3	9,4	9,1	8,0	7,4	7,3
Canadá	6,2	7,0	6,8	6,7	6,3	4,8	4,1
Dinamarca	-	8,1	8,1	7,0	5,6	4,9	4,5
España	-	4,7	5,4	4,6	4,3	3,9	4,0*
Estados Unidos	9,2	7,9	6,0	5,5	4,9	4,1	3,7
Finlandia	11,5	15,1	15,6	14,0	12,5	9,3	7,8
Francia	-	-	11,1	10,5	9,7	8,9	8,5
Grecia	5,8	6,2	6,2	5,5	5,1	5,0	5,0
Islandia	9,8	12,9	14,8	15,8	16,7	14,6	-
Irlanda	-	-	13,0	12,5	10,5	10,1	-
Italia	8,9	10,5	9,7	8,5	7,2	6,2	5,5
Japón	9,0	12,5	13,7	14,7	16,0	16,2	16,5
Luxemburgo	11,8	12,6	12,8	12,5	11,7	8,2	8,0
Noruega	-	-	16,5	16,0	-	15,1	14,5
Nueva Zelanda	11,7	10,8	10,2	9,5	8,5	6,2	6,2
Países Bajos	11,0	11,4	12,3	11,9	11,5	11,3	11,3
Portugal	5,4	6,3	5,2	4,6	4,6	4,1	4,0
Reino Unido	10,7	9,6	8,1	7,4	5,9	4,7	4,2
Suecia	14,2	15,3	15,1	14,6	12,4	4,9	3,8
Suiza	-	-	-	-	19,9	-	18,1
Turquía	1,7	2,0	2,2	2,1	2,1	2,5	2,5

FUENTE: OECD HEALTH DATA 2001 y MSC, *Sistema Nacional de Salud en cifras 2002. España.*

* Dato correspondiente a 1999, que coincide con el de 2000.

La evolución del número de camas por mil habitantes se desarrolla en un primer período de crecimiento y, a partir de 1985-1990, comienza la reducción, que resulta especialmente drástica en Suecia y el Reino Unido. Debemos señalar la elevada proporción que reflejan Suiza, Japón y Noruega, con 18,1, 16,5 y 14,5, respectivamente. La reducción de camas se ha materializado en la búsqueda de soluciones alternativas, como la cirugía ambulatoria, el hospital de día y otros procedimientos que, con las innovaciones tecnológicas aplicadas, no requieren largos períodos de recuperación. Esta política de sustitución se ha combinado con la implantación de nuevas estructuras de incentivos a los profesionales sanitarios y a los centros sanitarios, con el fin de incrementar su actividad y suministrar más servicios (demanda inducida) (MAYNARD, 1981, p. 16).

- Mayores expectativas de la población sobre su salud y bienestar con la utilización de los servicios sanitarios.
- La falta de competencia entre proveedores.
- La insuficiente aplicación de técnicas de organización empresarial en la prestación de la asistencia sanitaria.

En los años 70, en la mayoría de los países de la OCDE se empieza a reconocer el problema de la capacidad de financiación de la sanidad, puesto que la aparición de nuevos tratamientos, antes inimaginables, la mejora de la situación económica y social del ciudadano y las mayores expectativas en cuanto a prestaciones sanitarias, hacen plantearse la duda sobre la capacidad de respuesta a la demanda creciente.

Por otra parte, se plantea si el destinar mayor cantidad de recursos a la sanidad no supone un coste de oportunidad para la sociedad, al detraerlos de otros servicios públicos que podrían aumentar el bienestar social, pues en los países desarrollados no se percibe relación patente entre gastos sanitarios y mejora de los indicadores de salud, en particular sobre la esperanza de vida (ABEL-SMITH, 1996, p. 24).

Las prestaciones sanitarias no pueden, por sí solas, mejorar la salud de los ciudadanos y aumentar su esperanza de vida, excepto con la medicina preventiva (MAYNARD, 1981, p. 8).

Los factores principales que influyen en el estado de salud son de orden medioambiental (vivienda, tráfico, condiciones laborales, y distribución de la renta) y los ligados a modos de vida (tabaco, régimen alimenticio, toxicomanía, accidentes y alcoholismo) (LOBO ALEU y RUIZ ALVAREZ, 1985, p. 179; ABEL-SMITH, 1996, p. 24), por lo que se conseguirían mejores resultados mediante una política de salud pública que fomentara el abandono de hábitos nocivos para la salud que destinando más recursos a curar las enfermedades que generan¹⁵.

¹⁵ Ver McKEONWN, T., (1976).

Uno de los indicadores de salud más utilizados es la esperanza de vida al nacer¹⁶. En los países de la OCDE, en el período 1960-1998, el incremento de la esperanza de vida llega a ser de diez años, como es el caso de las mujeres españolas (CUADRO II.6).

Las menores diferencias de esperanza de vida según sexo se registran en Grecia y el Reino Unido, con algo más de cuatro años, en tanto que las mayores diferencias las presentan España, Finlandia y Luxemburgo. En todos los casos, la esperanza de vida es superior en las mujeres que en los hombres, alcanzando los 80 años, aunque en algunos casos se supera ampliamente, como en Japón, con 84 años. La esperanza de vida de los hombres se sitúa en torno a 75 años, quedando por debajo significativamente Portugal y Luxemburgo, sin tener en cuenta el caso de Turquía, que tiene los niveles más bajos en todo el período. Entre los países europeos, los que disfrutaban de una mayor esperanza de vida, por término medio, son Francia, Suiza y España.

Ciertamente, existe una correlación positiva entre los recursos destinados a la asistencia sanitaria y la esperanza de vida¹⁷, pero no porque mayor gasto sanitario eleve la esperanza de vida, sino porque el envejecimiento de la población es un factor de incremento del gasto sanitario.

Sin embargo, los países que dedican mayor proporción de su PIB a la asistencia sanitaria, como Estados Unidos y Alemania, apenas alcanza la esperanza de vida media, en ninguno de los dos sexos, lo que avala la hipótesis según la cual existen otros factores que influyen, quizá más que el gasto sanitario, en la mejora de los indicadores de salud.

Otro de los indicadores de salud utilizados es la tasa de mortalidad infantil, que refleja el número de muertes infantiles por cada 1000 nacidos vivos (CUADRO II.7). Al igual que en la esperanza de vida, existen otros factores que influyen en dicho indicador.

¹⁶ Sería necesario ajustar los años de vida según el estado de salud, es decir, por calidad de vida (por ejemplo, los QALY).

¹⁷ En BAREA y GÓMEZ CIRIA (1994) p. 204 y ss. se estudia la correlación entre ambas variables para el caso de España, en el período 1960-1980, cuantificando el coeficiente de correlación en 0,94, pero esto no demuestra que a mayor gasto sanitario se obtenga mayor esperanza de vida, como pretenden los autores, sino que existen otros factores determinantes del aumento de la esperanza de vida.

CUADRO II.6
ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN LOS PAÍSES DE LA OCDE. 1960-1999.

PAÍS	1960		1970		1980		1985		1990		1995		1999	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Alemania	66,9	72,4	67,2	73,6	69,9	76,6	71,5	78,1	72,7	79,0	73,3	79,8	74,7	80,7
Australia	67,9	73,9	67,4	74,2	71,0	78,1	72,4	78,8	73,9	80,1	75,0	80,8	76,2	82,0
Austria	65,4	71,9	66,5	73,4	69,0	76,1	70,4	77,3	72,3	78,9	73,5	80,1	75,1	80,9
Bélgica	67,7	73,5	67,8	74,2	70,0	76,8	70,9	77,7	72,4	79,1	73,6	80,2	74,4	80,8
Canadá	-	-	-	-	71,7	78,9	73,1	79,9	73,8	80,4	75,3	81,3	76,3	81,7
Dinamarca	70,3	74,1	70,8	75,7	71,2	77,3	71,6	77,5	72,0	77,7	72,6	77,8	74,2	79,0
España	67,4	72,2	69,6	75,1	72,5	78,6	73,3	79,7	73,4	80,5	74,4	81,6	74,9	82,4
Estados Unidos	66,6	73,1	67,1	74,7	70,0	77,4	71,1	78,2	71,8	78,8	72,5	78,9	73,9	79,4
Finlandia	64,9	71,6	-	-	69,2	77,8	70,1	78,5	70,9	78,9	72,8	80,2	73,8	81,0
Francia	67,0	73,6	68,4	75,9	70,2	78,4	71,3	79,4	72,7	80,9	73,9	81,9	75,0	82,5
Grecia	67,5	70,7	70,1	73,6	72,2	76,6	73,5	78,4	74,6	79,4	74,6	79,4	-	-
Islandia	70,7	75,0	71,2	77,3	73,7	79,7	74,7	80,2	75,7	80,3	76,5	80,6	77,5	81,4
Irlanda	68,5	71,8	68,5	73,2	69,5	75,0	71,0	76,7	72,1	77,6	73,0	78,6	73,9	79,1
Italia	-	-	-	-	70,6	77,4	72,0	78,4	73,5	80,0	74,6	81,0	-	-
Japón	65,3	70,2	69,3	74,7	73,4	78,8	74,8	80,5	75,9	81,9	76,4	82,9	77,1	84,0
Luxemburgo	66,1	71,9	67,0	73,9	68,0	75,1	-	-	72,3	78,5	72,9	79,4	74,5	81,2
Noruega	71,3	75,8	71,0	77,3	72,3	79,2	72,6	79,4	73,4	79,8	74,8	80,8	75,6	81,1
Nueva Zelanda	68,7	73,9	68,3	74,6	70,0	76,3	71,0	77,3	72,4	78,3	74,2	79,5	75,7	80,8
Países Bajos	71,5	75,4	70,8	76,5	72,5	79,2	73,1	79,7	73,8	80,1	74,6	80,4	75,3	80,5
Portugal	61,7	67,2	65,3	71,0	67,7	-	69,7	76,7	70,9	77,9	71,0	78,2	72,0	79,1
Reino Unido	68,3	74,2	68,6	75,2	71,0	77,0	71,7	77,6	72,9	78,5	74,1	79,4	75,0	79,8
Suecia	71,2	74,9	72,2	77,1	72,8	78,8	73,8	79,7	74,8	80,4	75,9	81,3	77,0	81,9
Suiza	68,7	74,1	70,3	76,2	72,3	78,8	73,4	80,1	74,0	80,9	75,3	81,7	76,8	82,5
Turquía	46,3	50,3	52,0	56,3	55,8	60,3	59,8	64,3	64,4	69,0	65,7	70,3	66,1	70,7

FUENTE:OECD HEALTHDATA 2002.

Con posterioridad, se analizarán estos indicadores para el caso de España y, en particular, un indicador muy utilizado últimamente, que es la tasa de mortalidad perinatal.

CUADRO II.7
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN LOS PAÍSES DE LA OCDE. 1960-2000.

PAÍS	1960	1970	1980	1985	1990	1995	2000
Alemania	35,0	22,5	12,4	9,1	7,0	5,3	4,4
Australia	20,2	17,9	10,7	9,9	8,2	5,7	5,2
Austria	37,5	25,9	14,3	11,2	7,8	5,4	4,8
Bélgica	31,2	21,1	12,1	9,8	8,0	6,1	5,2
Canadá	27,3	18,8	10,4	8,0	6,8	6,0	5,3
Dinamarca	21,5	14,2	8,4	7,9	7,5	5,1	5,3
España	43,7	28,1	12,3	8,9	7,6	5,5	4,6
Estados Unidos	26,0	20,0	12,6	10,6	9,2	7,6	7,1
Finlandia	21,0	13,2	7,6	6,3	5,6	4,0	3,8
Francia	27,5	18,2	10,0	8,3	7,3	4,9	4,5
Grecia	40,1	29,6	17,9	14,1	9,7	8,1	6,1
Islandia	13,0	13,2	7,7	5,7	5,9	6,1	3,0
Irlanda	29,3	19,5	11,1	8,8	8,2	6,3	5,9
Italia	43,9	29,6	14,6	10,5	8,2	6,2	5,1
Japón	30,7	13,1	7,5	5,5	4,6	4,3	3,2
Luxemburgo	31,5	24,9	11,5	9,0	7,3	5,5	5,1
Noruega	18,9	12,7	8,1	8,5	7,0	4,1	3,8
Nueva Zelanda	22,6	16,7	13,0	10,9	8,4	6,7	5,4
Países Bajos	17,9	12,7	8,6	8,0	7,1	5,5	5,1
Portugal	77,5	55,5	24,3	17,8	11,0	7,5	5,5
Reino Unido	22,5	18,5	12,1	9,4	7,9	6,2	5,6
Suecia	16,6	11,0	6,9	6,8	6,0	4,1	3,4
Suiza	21,1	15,1	9,1	6,9	6,8	5,0	4,9
Turquía	189,5	145,0	117,5	88,0	57,6	45,6	39,7

FUENTE: OECD HEALTH DATA 2002.

La tasa de mortalidad infantil se sitúa en torno a cinco por mil, en 2000, siendo Islandia, con 2,6, el país que registra el valor más bajo, y Estados Unidos la más alta, con 7,2, dejando aparte el caso de Turquía. Es curioso que el país que dedica más recursos a la sanidad sea también el que tiene una tasa de mortalidad infantil más elevada entre los países ricos.

Los ciudadanos de los países más desarrollados han conseguido mejorar su nivel de vida desde los años 60 de forma significativa, lo que les permite disfrutar de una

mayor renta¹⁸ y acceder con mayor facilidad a la educación. Ambos factores contribuyen a que la demanda servicios sanitarios aumente, reclamando más calidad y más servicios, incluso la cobertura de prestaciones antes excluidas. Como la oferta no ha crecido al mismo ritmo, se buscan métodos de racionamiento que disminuyen la satisfacción del usuario.

La insatisfacción de los usuarios genera un movimiento a favor de nuevos derechos de los consumidores¹⁹, basándose en el argumento de que “la salud es un derecho, no un privilegio”. Los usuarios reclaman una asistencia sanitaria donde se tenga en cuenta sus preferencias y se les facilite información acerca de su enfermedad y las distintas alternativas de tratamiento, así como una mayor participación en las decisiones clínicas que les afectan.

También se produce otro cambio significativo en la relación médico/paciente. Aumenta el recelo hacia el poder monopolista de los médicos, acusándoles incluso de prácticas acientíficas, lo que desemboca en el movimiento a favor de una medicina basada en pruebas, evaluando todos los procesos mediante pruebas aleatorias (GREEN, 1998, p. 63).

Desde finales de los años setenta y a lo largo de la década de los ochenta se han tomado diversas medidas para la contención del gasto sanitario; para ello se ha actuado sobre la oferta y la demanda de servicios sanitarios.

En cuanto a la oferta, ante la dificultad de restringir gastos en la atención primaria, el ajuste principal se ha realizado en el área hospitalaria. En primer lugar, con la eliminación de camas (control a la construcción de nuevos hospitales o expansión de los existentes) y la oferta de alternativas a la atención hospitalaria (atención y cirugía ambulatoria de día, atención domiciliaria, etc.), reduciendo la permanencia de los enfermos y limitando los presupuestos con los llamados contratos programa.

¹⁸ La demanda de servicios sanitarios es elástica con respecto a la renta. En BAREA, (1996), se estima dicha elasticidad en 1,3, por lo que puede considerarse un bien de lujo.

¹⁹ Este movimiento se ha traducido por diversos autores como “consumerismo”.

La utilización de los presupuestos globales prospectivos en el sector sanitario es una fórmula ampliamente extendida en los países de la OCDE. Su gran ventaja es que permiten el control de los gastos, además suelen implicar escasos costes de transacción y de administración. Sin embargo, aunque la eficiencia puede conseguirse incluso sin incentivos económicos, el resultado final depende de la voluntad y la capacidad de los gestores para utilizar los recursos eficazmente (CHRISTIE, 1996, p. 18).

En segundo lugar, se han modificado los sistemas de remuneración de los médicos, donde se les pagaba por servicio se ha cambiado al sistema de capitación o a un sistema mixto (capitación y salario), que facilita el control del gasto, y es el más utilizado en la atención primaria.

En tercer lugar, una forma de limitar costes es la restricción del número de médicos (“*numerus clausus*” en las Facultades de Medicina y Odontología y control ejercido por el colegio de médicos para ejercer la profesión) y determinación de los perfiles médicos.

Finalmente, se han creado agencias de evaluación y asesoramiento de la tecnología médica con el fin de minimizar los costes en la compra de nuevos equipos (ABEL-SMITH, 1993, pp. 149-158).

En cuanto a la demanda, la participación del usuario en el coste del servicio es la que más polémica ha causado entre los ciudadanos, por lo que apenas se ha aplicado debido al coste político que supone. Solamente está generalizada para los productos de farmacia, aunque en Francia se lleva aplicando más de 50 años para todos los servicios sanitarios²⁰.

La participación del usuario en el coste del servicio tiene dos ventajas, principalmente: por una parte, se reducen los costes para el Estado o la aseguradora; por otra parte, si el usuario tiene que enfrentarse a un precio (aunque éste sea simbólico o mínimo), se desincentivará la demanda superflua. Pero también presenta

²⁰ Existen tímidas experiencias del ticket moderador en otros países, por ejemplo Dinamarca.

inconvenientes: si la participación se fija demasiado elevada (aunque exista el derecho a reembolso total o parcial), las personas con menos recursos no podrán acceder a la asistencia sanitaria, lo que se traduce en pérdidas de equidad del sistema.

Otras actuaciones sobre la demanda son: la reducción de las primas de seguro médico por la no utilización de los servicios, las deducciones de las mismas en el IRPF, la necesidad de aprobación previa de ciertos servicios médicos y las políticas de prevención y promoción de la salud (campañas contra el tabaco, el alcohol, la drogadicción, el SIDA, programas medioambientales, etc.).

Puesto que las políticas llevadas a cabo en la década de los ochenta no han proporcionado los resultados apetecidos, a principios de los noventa se buscan nuevas alternativas que plantean reformas estructurales de los sistemas sanitarios, basadas en la introducción de modelos de competencia organizada (*managed competition*). Estas reformas persiguen alcanzar varios objetivos: la contención del gasto sanitario, mejorar la eficiencia del sistema y la calidad de los servicios y aumentar la satisfacción del usuario.

DANIELS, LIGHT y CAPLAN (1996) presentan diez criterios para evaluar las propuestas de reforma, a partir de una fundamentación ética y respetando el principio de equidad:

1. *Acceso universal. Cobertura y participación*: un sistema sanitario justo debe proporcionar un conjunto razonable de servicios sanitarios a todos los ciudadanos, independientemente de su estado de salud, nivel de riesgo y capacidad de pago. Esto implica el aseguramiento obligatorio y universal, sin tener en cuenta el estado ocupacional del individuo.
2. *Acceso universal. Minimización de barreras no financieras*: la equidad en el acceso se garantiza al poner a disposición de toda la población, sin ningún tipo de discriminación (geográfica, cultural, grupos sociales, etc.), los recursos suficientes y apropiados para satisfacer sus necesidades.

3. *Prestaciones comprensivas y uniformes*: la equidad en el acceso a la asistencia sanitaria no implica prestaciones ilimitadas que facilitan comportamientos abusivos (riesgo o azar moral), sino un conjunto de servicios sanitarios delimitado explícitamente en sus prestaciones, aunque pueda existir una asistencia suplementaria. Sin embargo, cuanto más extensa sea la asistencia suplementaria, mayor discriminación habrá en el sistema sanitario; en tanto que, cuanto más comprensivo y uniforme en la calidad, más justo será el sistema.
4. *Financiación equitativa*: la aplicación de contribuciones generales, independientes de los riesgos individuales²¹.
5. *Financiación equitativa, según capacidad de pago*²²: donde mejor se refleja la capacidad de pago es en los impuestos sobre la renta, preferibles a las cotizaciones sociales y éstas a su vez, a las primas aseguradoras.
6. *Value for money. Efectividad clínica*: una reforma será más justa si establece la minimización de los factores de riesgo, de la incidencia de la enfermedad y los accidentes y, en caso de ocurrir, de su tratamiento coste-efectivo. No sería ético derrochar recursos con los que se podrían proporcionar más servicios.
7. *Value for money. Eficiencia financiera*: minimización de los costes de transacción, seleccionando mecanismos contractuales más eficientes entre compradores y proveedores sanitarios.

²¹ En CABASES HIT A (1998) se analizan las propuestas de ampliación de la financiación de los servicios sanitarios a través de los impuestos finalistas y del copago.

²² La financiación sanitaria según la capacidad de pago tiene su justificación en las teorías más comunes de la justicia, como la rawlsiana (transferir recursos de los más favorecidos a los más desfavorecidos para aumentar el bienestar del conjunto de la sociedad) y el utilitarismo (siendo decreciente la utilidad marginal de la renta, aunque en este caso habría que incorporar al debate la cuestión del exceso de gravamen).

8. *Determinación de prioridades mediante procesos correctos*: evaluación económica de los servicios sanitarios, preferiblemente por agencias independientes de evaluación.
9. *Comparabilidad*: la asistencia sanitaria ha de comprarse con otros servicios sociales de carácter preferente, como la educación.
10. *Libertad de elección por parte del consumidor*: un sistema sanitario es más justo si respeta más la elección independiente e informada de los usuarios. Una mayor capacidad de elección es garantía de mayor eficiencia y calidad de los servicios.

Cualquier planteamiento de reforma de los sistemas sanitarios ha de tener en cuenta: a) los factores demográficos (el envejecimiento de la población: los servicios médicos han de luchar más contra el envejecimiento natural que contra las enfermedades evitables), b) la estructura de la morbilidad (incremento de las enfermedades crónicas y multiformes), c) la evolución tecnológica (es un reto externo) y d) la evolución de la sociedad (mejor nivel de vida, mayor productividad y mayores expectativas de la población) (CHRISTIE, 1996, pp. 15-16).

Los cambios en el sistema sanitario no resultarían efectivos si no existe una reestructuración de los incentivos, tanto para reducir los costes como para reducir la demanda (CORONA, 1998, p. 227).

La reducción de costes puede conseguirse por dos vías:

- Los presupuestos globales prospectivos, que es la forma más generalizada de financiar los hospitales públicos, anulan los incentivos para reducir costes por debajo del presupuesto concedido. Si se estableciera un *sistema de pago*, basado en **precios fijos** para los distintos servicios, de tal manera que la reducción de los gastos del hospital supusiera un beneficio para el mismo, se incentivaría el ahorro.

- El aseguramiento público universal acarrea problemas de riesgo moral generados por el posible abuso por parte del asegurado, lo que supone un incremento de la demanda de asistencia sanitaria. Sin abandonar el sistema público, es posible incluir **fórmulas de copago**, con el fin de mentalizar a los usuarios del coste real del servicio y de eliminar la demanda superflua.

I.2. El mercado de servicios sanitarios.

Para llevar a cabo la reforma de la asistencia sanitaria es necesario un análisis más pormenorizado de dos aspectos fundamentales:

- Las características del mercado de servicios sanitarios.
- El Sistema Sanitario: agentes que intervienen y funciones que desarrollan.

El mercado de servicios sanitarios no cumple ninguna de las condiciones necesarias para el buen funcionamiento de un mercado competitivo, pues el número de oferentes es reducido, en muchos casos no existe el ánimo de lucro, los productos ofrecidos son heterogéneos y la información del consumidor es imperfecta.

ARROW (1963) expone las características del mercado de asistencia sanitaria²³ y sus diferencias con un mercado teórico de competencia perfecta:

- *Por el lado de la demanda:*
 - El rasgo más sobresaliente es el de la **incertidumbre**, tanto en lo que se refiere al hecho en sí mismo de la aparición de la contingencia y de su alcance, como a la efectividad del tratamiento destinado a su eliminación.

²³ Ver CULLIS y WEST (1979) y MAYNARD (1981) para un mayor conocimiento de las características del mercado sanitario.

- Una parte de la demanda total es la denominada **demanda inducida** por la oferta, que no la decide el usuario, sino el proveedor del servicio sanitario.
 - La demanda de servicios sanitarios, cuyo objetivo es el restablecimiento de la salud, no es una demanda individual, sino que se extiende a toda la sociedad, demandando un nivel de salud aceptable para todos los ciudadanos²⁴.
- *Por el lado de la oferta:*
- La **asimetría de información** otorga una posición de monopolio a los profesionales sanitarios, lo que explica la teoría de la demanda inducida por la oferta.
 - Existen **barreras de entrada**, tanto en el ejercicio de la actividad profesional como en el conjunto de productos autorizados para el consumo sanitario.
 - La mayoría de los servicios sanitarios (hospitales, urgencias, etc.) presentan **rendimientos crecientes** y, en determinadas zonas geográficas, su explotación en situación de mercado competitivo no existiría, por lo que se propiciaría la regulación de su estructura.
 - Entre el asegurado y el proveedor de servicios sanitarios se produce una **relación de agencia**, en la que el profesional sanitario tiene mayor información sobre el diagnóstico y tipos de tratamiento, por lo que tenderá a explotar esa diferencia de información con el usuario, independientemente del tipo de remuneración que reciba.

²⁴ No se considera éticamente aceptable que algún individuo pueda quedar excluido de la asistencia sanitaria por no tener capacidad de pago.

Los fallos de mercado hacen que el mercado sanitario no sea eficiente en el sentido de Pareto, por lo que el equilibrio no se corresponde con una asignación óptima y eficiente de los recursos, lo que legitima, en principio, la intervención del Estado en la provisión de la asistencia sanitaria.

Por otra parte, en un Sistema Sanitario se desarrollan, principalmente, cinco funciones: la normativa, la planificadora, la función de financiación, de compra y de provisión. Las dos primeras funciones (normativa y planificadora) son competencia exclusiva del poder público, pero las demás funciones pueden realizarse por el sector público, el sector privado o en un modelo mixto (público y privado).

En principio, no existe ningún impedimento para que cada una de las funciones se lleve a cabo separadamente, si bien lo que se ha tratado generalmente ha sido la división de las funciones de financiación y provisión.

En la mayoría de los países de la OCDE se ha optado por la financiación pública de la sanidad y en muchos de ellos la provisión es también mayoritariamente pública. Sin embargo, aceptando los argumentos a favor de la financiación pública de la asistencia sanitaria, es más discutible que la provisión también deba serlo.

Los servicios públicos con características de bienes públicos puros son proporcionados y financiados por el Estado²⁵, sin embargo, los servicios sanitarios no reúnen las características de bienes públicos puros, puesto que se dan los principios de exclusión, rivalidad en el consumo y consumo individual, por lo que, al ser financiados y suministrados principalmente por el Estado, tienen la consideración de bienes privados suministrados públicamente, satisfacen necesidades preferentes y constituyen la base de políticas de protección social y de redistribución de la renta.

La intervención del Estado en la financiación y la provisión de servicios públicos preferentes se ha justificado por algunos autores basándose en las

²⁵ Ya se ha argumentado anteriormente que el suministro de los bienes públicos puros por el mercado resultaría menos eficiente, ya que el coste marginal de atender a un individuo adicional es cero, en tanto que el coste de exclusión de un individuo es infinito.

características especiales del mercado de estos servicios, que no coincide con las condiciones de un mercado competitivo.

En otros casos, se ha fundamentado la intervención pública en la necesidad de corregir desigualdades sociales, en particular, en la distribución de la renta, lo que dificultaría el acceso a estos servicios, es decir, nadie debería ser excluido de la asistencia sanitaria por carecer de recursos. Pero este argumento no es demasiado consistente, pues, en ese caso, más importante para la subsistencia vital es la alimentación, por lo que, siguiendo el mismo razonamiento, todos los ciudadanos tendríamos derecho a la provisión gratuita de los alimentos y, sin embargo, el Estado solamente provee la alimentación gratuita a quienes no tienen recursos, no a todos los ciudadanos.

Para algunos autores, la intervención pública en la sanidad²⁶ es de carácter no individualista y difícilmente racionalizable desde el punto de vista de la eficiencia económica. Para justificarla sería necesario recurrir a argumentos éticos en lugar de económicos (PEROTE PEÑA, 1998, p. 170).

Esta intervención se basa en dos principios fundamentales: el paternalismo del Estado y el principio ético redistributivo.

En primer lugar, el Estado se supone con mejor información que los propios individuos, por lo que puede decidir lo que es mejor para ellos. Sin embargo, este principio colisiona con la soberanía del consumidor.

En segundo lugar, todos los ciudadanos tienen derecho a acceder a la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones, sin que nadie pueda disfrutar de un derecho preferente por tener una renta más alta²⁷. Este principio ético supone la negación del individualismo, y resalta valores éticos superiores al mismo.

²⁶ Tanto las políticas activas (como el aseguramiento público universal) como la regulación de mercados relacionados con ellas.

²⁷ Este argumento se encuadraría en el llamado *igualitarismo específico* de TOBIN.

El hecho de que en los países desarrollados se haya optado por la intervención estatal no se basa en los argumentos de los llamados Teoremas del Bienestar (según los cuales dicha intervención puede aumentar el bienestar social en aquellos casos en los que no se cumple alguna de las hipótesis que hacen óptima la asignación de los recursos por el libre mercado), sino en la existencia de los fallos de mercado.

La financiación pública de la asistencia sanitaria se argumenta por algunos autores²⁸, por las ventajas que presenta (mitiga los problemas de selección adversa y reduce los costes de transacción) y por el hecho de que la financiación de la asistencia sanitaria por un mercado competitivo daría lugar a una asignación de recursos no óptima o ineficiente en el sentido Pareto (BAREA TEJEIRO, 1996, p. 55).

Sin embargo, la provisión pública de servicios sanitarios ha sido ampliamente discutida, debido a los *fallos de gobierno*, *fallos de no mercado* o *fallos del sector público* que genera.

Los fallos de gobierno que produce la provisión pública, en general, y que pueden concretarse en la provisión de servicios sanitarios, se derivan de la planificación burocrática del sector público, y son principalmente:

- Falta de asociación entre costes de la asistencia sanitaria e ingresos que la sustentan, cuyas fuentes no están relacionadas con los precios.
- Al carecer de indicadores de rendimiento directo, se establecen internalidades que orientarán el comportamiento individual y colectivo dentro de la organización pública sanitaria²⁹.
- Externalidades derivadas que genera la administración sanitaria pública que no influyen en su conducta pero sí lo hacen en otras áreas.

²⁸ STIGLITZ (1994), BAREA TEJEIRO (1996), entre otros.

²⁹ El crecimiento presupuestario (“cuanto más mejor”), el proceso tecnológico (“cuanto más nuevo y complejo, mejor”) y adquisición y control de la información (“saber lo que otros no saben es mejor”), son algunos ejemplos de internalidades que acompañan con frecuencia a las actividades públicas que generan fallos de no mercado.

I.3. Reformas de los sistemas sanitarios.

Las propuestas de reforma más importantes aplicadas hasta el momento, en varios países de la OCDE, parten de Sistemas Sanitarios con financiación, compra y provisión públicas, y donde la financiación ha de seguir siendo pública. En primer lugar, se plantea la separación de las funciones de aseguramiento o financiación, compra y provisión de servicios sanitarios, de tal manera que no tiene por qué realizarlas exclusivamente una entidad única (el Estado), sino que, puedan llevarlas a cabo entidades diversas (públicas o privadas).

En segundo lugar, se ha tratado la introducción de competencia organizada entre proveedores (competencia pública o competencia mixta) con el fin de mejorar los niveles de eficiencia del sistema y aumentar la posibilidad de elección por parte del usuario entre los distintos proveedores, aunque puede ampliarse a un modelo donde compitan entre sí los aseguradores (financiación) y los compradores (compra).

La introducción de competencia organizada se ha llevado a cabo en diversos países, pero puede decirse que todos han imitado al Reino Unido, que ha supuesto la vanguardia en las reformas sanitarias, con un modelo de competencia mixta. Posteriormente, le han seguido Nueva Zelanda, cuyo objetivo era la privatización del sistema sanitario, pasando previamente por la competencia mixta organizada, y Suecia, con un modelo de competencia pública, con libertad de elección del usuario.

En España, después del Plan Nacional de Salud, de 1995, se inician reformas basadas en la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud y las conclusiones y recomendaciones de la Subcomisión Parlamentaria para la Mejora y Modernización del Sistema Nacional de Salud, de 18 de diciembre de 1997. Se elaboran los Planes Estratégicos del INSALUD y de los distintos Servicios Regionales de Salud, respetando los principios básicos de nuestro Sistema Nacional de Salud: universalidad, financiación pública y equidad.

Las líneas fundamentales del Plan Estratégico del INSALUD son cinco (NUÑEZ FEIJÓO, 1998, pp. 422 y ss.):

1. Orientación de la asistencia sanitaria hacia los ciudadanos.
2. Creación de un sistema de competencia organizada (mercado interno regulado).
3. Dotación de autonomía de gestión a los centros sanitarios mediante la concesión de personalidad jurídica propia.
4. Motivación, incentivación y participación de los profesionales en la gestión.
5. Mejora continua de la calidad.

Para competir entre sí los distintos proveedores públicos deben tener la oportunidad de tomar sus propias decisiones, independientes del poder político, para lo cual habrán de constituirse en entidades autónomas, con forma jurídica propia. De esta forma, cada centro hospitalario funcionaría como una empresa (sin ánimo de lucro), pero utilizando los instrumentos de gestión que le ayudarán a mejorar su eficiencia.

Un elemento esencial en la competencia entre proveedores es la elección del usuario. Si los recursos necesarios para el funcionamiento de un centro sanitario dependen directamente de los usuarios atendidos, tendrán incentivos para mejorar sus servicios (al menos en la calidad). Por una parte, se consigue que los centros sanitarios tengan que competir por los pacientes, mejorando su oferta, y, por otra, el nivel de satisfacción del usuario será más elevado.

La SEGUNDA PARTE de este trabajo la conforman los CAPÍTULOS SEGUNDO, TERCERO y CUARTO, y se centra en el sector sanitario.

En este CAPÍTULO, se analizará la posibilidad de introducir mecanismos de competencia en la financiación y la compra de servicios sanitarios. Previamente, se realiza un estudio del Sistema Sanitario, en general, los agentes que intervienen en el mismo y las funciones que desarrollan, así como un acercamiento a los distintos modelos de Sistema Sanitario en los países de la OCDE, atendiendo a las características que los diferencian y el agente (público, privado o mixto) que desarrolla las funciones de financiación, compra y provisión de servicios sanitarios. Por último, se ofrece una visión general del sistema sanitario español, particularmente de las funciones de financiación y de compra, dejando la función de provisión para el CAPÍTULO siguiente.

Posteriormente, en los epígrafes tercero y cuarto, se tratará la función de financiación y el mercado de aseguramiento que genera, y la función de compra de servicios sanitarios, con la presentación de la figura del intermediario, cuyo objetivo es facilitar la elección del consumidor entre los distintos proveedores. En el apartado V se analizan las ventajas e inconvenientes de la introducción de un cuasimercado competitivo frente al modelo de “planificación y control”, con especial referencia a la competencia organizada. Finalmente, en el epígrafe VI se tratará sobre la introducción de competencia entre aseguradores y compradores (competencia pública y competencia mixta).

El CAPÍTULO TERCERO, se dedica exclusivamente al estudio de la provisión de servicios sanitarios y las posibilidades de introducción de competencia entre proveedores en un sistema sanitario donde la financiación permanece en el ámbito público (aseguramiento público y universal), sin modificar los principios que inspiraron el Sistema Nacional de Salud. Para ello, distinguiremos entre las medidas orientadas hacia la demanda y las orientadas hacia la oferta de servicios sanitarios, teniendo en cuenta que ambas políticas no son incompatibles, sino que pueden combinarse entre sí. Este CAPÍTULO se cierra con un estudio de la provisión de servicios sanitarios en España, con especial referencia al INSALUD gestión directa, y las medidas aplicadas para introducir competencia en nuestro país.

En el CAPÍTULO CUARTO, se hace referencia a las políticas de reforma de los sistemas sanitarios llevadas a cabo en el conjunto de la OCDE y se analizan modelos de competencia en la financiación (Alemania y Holanda), compra (Estados Unidos) y provisión de servicios sanitarios, concretamente, el modelo del Reino Unido (competencia mixta) y el de Suecia (competencia pública).

II. EL SISTEMA SANITARIO: AGENTES Y FUNCIONES QUE DESARROLLAN. INTEGRACIÓN O SEPARACIÓN DE FUNCIONES.

Los distintos modelos de sistemas sanitarios van unidos a teorías sociales, desde el liberalismo radical al socialismo, y a teorías distributivas, desde un sistema de mercado libre a un sistema de intervención y control (CUADRO II.8).

CUADRO II.8
TEORÍAS SOCIALES, TEORÍAS DISTRIBUTIVAS Y MODELOS SANITARIOS

TEORÍAS SOCIALES	TEORÍAS DISTRIBUTIVAS	MODELO SANITARIO
Liberalismo radical, Anarcocapitalismo	Mercado	Medicina liberal Salubridad pública
Liberalismo	Caridad Utilitarismo Maximim (Rawls, 1971)	Medicina liberal Estado complementario (Beneficencia) Salubridad pública
Socialismo democrático	Altruismo (Titmuss, 1970)	Seguros Sociales obligatorios
Socialismo “real”	Capacidades básicas (Sen, 1980) Igualitarismo	Servicios Nacionales de Salud

FUENTE: ELOLA SOMOZA, 1991, p. 23.

En el Estado liberal definido por Adam Smith, la sanidad queda reducida al saneamiento, la salubridad y las medidas de prevención e inspección sanitaria (policía

sanitaria). Este era el papel de la sanidad pública en los siglos XVIII y XIX, pero, en la actualidad, en ningún país desarrollado existe este modelo.

En los sistemas liberales (como es el caso de Estados Unidos), la asistencia sanitaria es un bien más, y su distribución se realiza en el mercado de aseguramiento y en el mercado de provisión, siendo la iniciativa privada la principal protagonista. El Estado juega un papel complementario, que consiste en la protección de los más necesitados, los cuales reciben prestaciones sanitarias aseguradas por el poder público.

Los sistemas sanitarios que se han desarrollado al abrigo de las teorías del Estado de Bienestar otorgan al Estado un papel fundamental: el de ser garante del acceso de todos los ciudadanos a los servicios preferentes. Esta función del Estado puede llevarse a cabo por dos caminos: el desarrollo de Sistemas de Seguridad Social, financiados principalmente con cotizaciones sociales, o de Sistemas Nacionales de Salud, financiados mayoritariamente a través de impuestos.

No puede considerarse cada teoría social, teoría distributiva y modelo sanitario como compartimentos estanco, pues suelen solaparse unos con otros. Por ejemplo, los Sistemas Nacionales de Salud están unidos al socialismo “real”, pero también a la denominada socialdemocracia.

El estudio de un Sistema Sanitario requiere identificar y distinguir los agentes que intervienen en dicho sistema y las funciones que desarrollan. Estas funciones son necesarias para poner a disposición de los usuarios la asistencia sanitaria que precisen, y pueden concretarse en cinco:

- La *función normativa*: supone la capacidad de promulgar normas legales, de distinto rango (leyes, decretos, órdenes ministeriales...) y ámbito territorial (estatal, autonómico o local), dependiendo de la institución que la origine, con el fin de regular el funcionamiento del Sistema Sanitario en su conjunto. El poder público es el agente que ejerce la función normativa en exclusiva.

- La *función planificadora*: comporta la planificación y organización, tanto a largo plazo como a corto plazo, de las distintas actuaciones y decisiones que puedan influir, positiva o negativamente, en el estado de salud de la sociedad. La planificación la realiza en exclusiva el poder público en los distintos niveles de competencias (estatal, autonómico y local).
- La *función de financiación*: los recursos necesarios para hacer frente al coste de la asistencia sanitaria suministrada por los productores pueden provenir del pago directo por el usuario o, lo que es más habitual, del aseguramiento de un riesgo de enfermedad. El aseguramiento supone el pago de una prima periódicamente al asegurador por la que éste se compromete a suministrar la asistencia sanitaria al asegurado en caso de enfermedad. El aseguramiento puede ser público (financiado con recursos públicos, bien sean impuestos generales, cotizaciones sociales o ambos), privado (financiado con las primas) o mixto.
- La *función de compra*: consiste en la adquisición de servicios sanitarios a los distintos suministradores para ponerla a disposición de los usuarios. El agente que realiza la función de compra de asistencia sanitaria no tiene por qué coincidir con el agente que la consume ni con el que la paga.
- La *función de provisión*: supone la producción y suministro de servicios sanitarios a los usuarios. Aunque algunos autores utilizan la acepción contable de provisión (como financiación), hemos preferido unirnos a otros autores que asimilan la provisión al concepto de producción. Al tratarse de un servicio, el suministrador y el productor suelen coincidir, por lo que en adelante se utilizarán con frecuencia ambos términos indistintamente. Los agentes que realizan la función de provisión de la asistencia sanitaria son los hospitales, centros de salud, clínicas, (públicos y privados) y las farmacias.

Existen otros agentes que también intervienen en el sistema sanitario, que son los *destinatarios* o *usuarios*. Estos son los demandantes de los servicios sanitarios que,

según la normativa legal, tienen la condición de usuarios de pleno derecho. En algunas ocasiones, el usuario es además el comprador y el financiador de la asistencia sanitaria que recibe. En otras ocasiones, aunque es él quien disfruta del servicio sanitario concreto, ni lo compra ni lo paga directamente al productor.

Puesto que las dos primeras funciones, la normativa y la planificadora, son competencia exclusiva del poder público, nos vamos a centrar en el análisis de las demás funciones de un Sistema Sanitario (financiación, compra y provisión de servicios sanitarios) que determinan dos tipos de mercado: el mercado de aseguramiento y el mercado de asistencia sanitaria.

II.1. Modelos de sistemas sanitarios.

Los modelos de sistemas sanitarios varían según la procedencia de la financiación y el carácter público o privado de los proveedores. La OCDE ha clasificado los sistemas sanitarios en función de su principal fuente de financiación, pública (a través de impuestos generales o de cotizaciones sociales) o privada, y el predominio de proveedores públicos o privados, agrupando los países según estas características (CUADRO II.9). Según el origen principal de la financiación y el tipo de proveedor de servicios sanitarios, los sistemas de salud de los países de la OCDE forman tres grupos perfectamente definidos (CUADRO II.10):

- El modelo de Sistema Nacional de Salud³⁰, inspirado en el modelo Beveridge creado en el Reino Unido a finales de los años 40, con financiación a través de impuestos generales.
- El modelo de Sistema de Seguridad Social, inspirado en el modelo Bismarck alemán, también denominado modelo profesional, financiado mediante cotizaciones sociales de trabajadores y empleadores.

³⁰ Financiación y provisión mayoritariamente pública, cobertura universal y asistencia gratuita o casi gratuita.

- El modelo de Sistema de Seguro y Provisión libre (Estados Unidos)³¹.

CUADRO II.9
FUENTES DE FINANCIACIÓN Y TIPO DE PROVEEDORES EN LOS PAÍSES DE LA OCDE

PAÍSES BAJOS	Financiación mixta a través de la Seguridad Social y seguros privados, con predominio de proveedores privados
BÉLGICA FRANCIA ALEMANIA AUSTRIA JAPÓN LUXEMBURGO	Financiación principalmente a través de la Seguridad Social, con mezcla de proveedores públicos y privados, aunque Austria tiene un amplio sector de seguros privados
IRLANDA ESPAÑA REINO UNIDO DINAMARCA FINLANDIA GRECIA ISLANDIA PORTUGAL NORUEGA SUECIA	Financiación principalmente a través de impuestos, con predominio de proveedores públicos
ITALIA	Financiación casi por igual a través de la Seguridad Social (52%) e impuestos (48%), con predominio de proveedores públicos
CANADÁ	Financiación principalmente a través de impuestos, con predominio de proveedores privados
AUSTRALIA NUEVA ZELANDA	Financiación principalmente a través de impuestos, con mezcla de proveedores públicos y privados
SUIZA ESTADOS UNIDOS	Financiación principalmente a través de seguros voluntarios, con predominio de proveedores privados
TURQUÍA	No existe una fuente de financiación predominante; mezcla de proveedores públicos y privados

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO II.10
MODELOS DE SISTEMAS SANITARIOS SEGÚN EL ORIGEN DE LA FINANCIACIÓN Y EL TIPO DE PROVISIÓN.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD	Dinamarca, España, Finlandia, Grecia, Irlanda, Islandia, Italia, Noruega, Portugal, Reino Unido y Suecia
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Luxemburgo, Países Bajos
SISTEMA DE SEGURO Y PROVISIÓN LIBRE	Estados Unidos y Suiza

FUENTE: Elaboración propia.

³¹ El modelo de Estados Unidos no puede considerarse de seguro y provisión libre, en sentido estricto, puesto que existe aseguramiento y provisión pública de asistencia sanitaria proporcionado por el Medicaid y el Medicare.

En la realidad no se da ninguno de los modelos en estado puro, sino que han evolucionado hacia un modelo mixto, donde se combina la financiación por impuestos y cotizaciones sociales en menor o mayor medida.

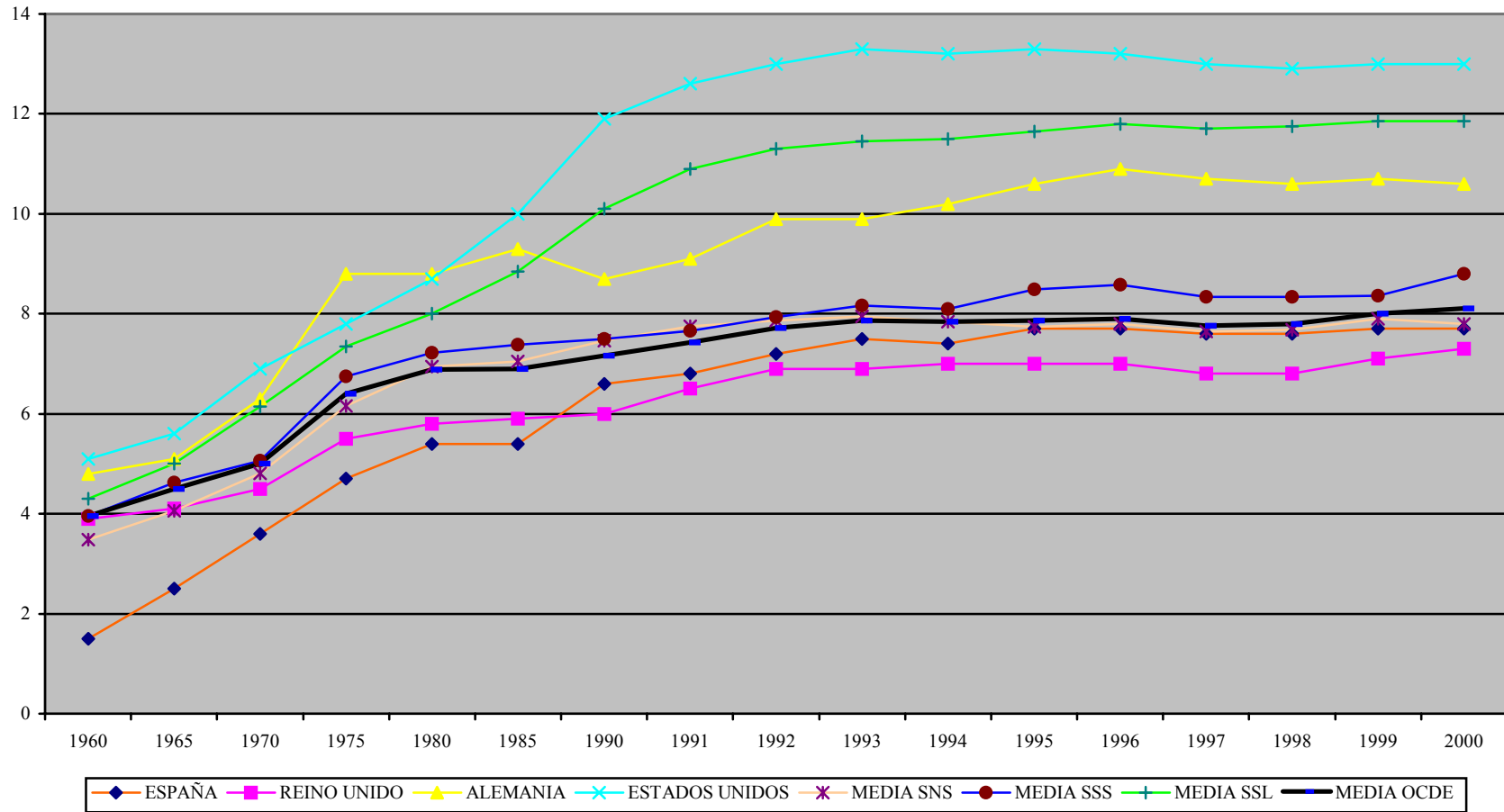
En el GRÁFICO II.2 puede observarse la evolución del gasto sanitario en el período 1960-2000 y realizarse una comparación entre los distintos Sistemas Sanitarios, según el tipo de financiación y provisión. Para ello, se ha utilizado la media aritmética de los países que siguen el modelo de Sistema Nacional de Salud (SNS), el modelo de Sistema de Seguridad Social (SSS) y el modelo de Sistema de Seguro Libre (SSL), para cada uno de los años del período. También se ha añadido la media de la OCDE y los datos relativos a los países más representativos de cada modelo y los de España, con el fin de realizar un análisis más completo.

Queda de manifiesto una tendencia creciente general del gasto sanitario, sin embargo, es necesario destacar que al comparar los tres sistemas, el que dedica más recursos a la sanidad es el de Seguro Libre, seguido del Sistema de Seguridad Social y, en último lugar, el Sistema Nacional de Salud. La media de los países del Sistema Nacional de Salud es la más similar a la media de la OCDE, en tanto que la media de los países de Seguro Libre es muy superior y con tendencia divergente a partir de 1980, posiblemente debido a la influencia del incremento del gasto sanitario en Estados Unidos a partir de ese año.

También llama la atención el elevado gasto sanitario de Estados Unidos, que en todo el período se mantiene muy por encima del resto, acentuándose esta diferencia en las dos últimas décadas. En el período 1992-1996, resalta el fuerte incremento en Alemania y un ligero descenso en el Reino Unido, quedando a un nivel inferior al de España.

En el caso de España, aunque los recursos dedicados a la sanidad, en porcentaje del PIB, son inferiores a la media de la OCDE en todo el período, han ido aumentando a lo largo del período hasta aproximarse a los niveles del Reino Unido, que supera a partir de 1990, y a la media de los países con un modelo de Sistema Nacional de Salud.

GRÁFICO II.2
EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO 1960-2000. COMPARACIÓN ENTRE SISTEMAS SANITARIOS.



FUENTE: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE HEALTH DATA 2002.

En la década de los noventa se aprecia una desaceleración en el crecimiento del gasto sanitario, mantenimiento hasta 1998 y nuevo repunte en los dos últimos años, a excepción de Alemania que tiene un comportamiento totalmente diferente.

Una parte muy importante del gasto sanitario total tiene origen público, bien sea financiado a través de impuestos o de cotizaciones sociales. En el CUADRO II.11, puede verse el porcentaje del gasto sanitario público y su evolución en el período 1960-2000.

CUADRO II.11
PORCENTAJE DE GASTO SANITARIO PÚBLICO SOBRE EL GASTO SANITARIO TOTAL
1960-2000.

PAÍS	1960	1970	1980	1990	1995	1998	1999	2000
Alemania	66,1	72,8	78,7	76,2	76,7	74,8	74,8	75,1
Austria	69,4	63,0	68,8	73,5	71,8	71,4	70,0	69,7
Bélgica	61,6	87,0	83,1	88,9	69,6	70,6	71,1	71,2
Dinamarca	88,7	86,3	87,8	82,7	82,5	81,9	82,2	82,1
España	58,7	65,4	79,9	78,7	70,9	70,5	70,2	69,9
Estados Unidos	23,3	36,4	41,5	39,6	45,3	44,5	44,3	44,3
Finlandia	54,1	73,8	79,0	80,9	75,5	76,3	75,4	75,1
Francia	58,5	73,7	78,4	76,6	76,1	76,0	76,1	76,0
Grecia	-	42,6	55,6	62,7	54,5	54,4	54,3	55,5
Irlanda	76,0	81,7	81,6	73,1	73,8	76,2	76,3	75,8
Islandia	76,7	81,7	88,2	86,6	84,5	83,9	84,8	84,4
Italia	83,3	88,2	80,0	79,3	72,2	72,0	72,3	73,7
Luxemburgo	-	88,9	92,8	93,1	92,4	92,4	92,9	-
Noruega	77,8	91,6	85,1	82,8	84,2	84,7	85,2	85,2
Países Bajos	-	-	69,4	67,1	71,0	67,8	66,5	67,5
Portugal	-	59,0	64,3	65,5	61,7	67,5	70,7	71,2
Reino Unido	85,2	87,0	89,4	83,6	83,9	79,9	80,1	81,0
Suecia	72,6	86,0	92,5	89,9	85,2	83,8	-	-
Suiza	49,2	59,9	63,1	66,4	53,8	54,9	55,3	-
Media OCDE	63,9	70,6	74,5	73,5	74,2	72,4	72,1	71,2

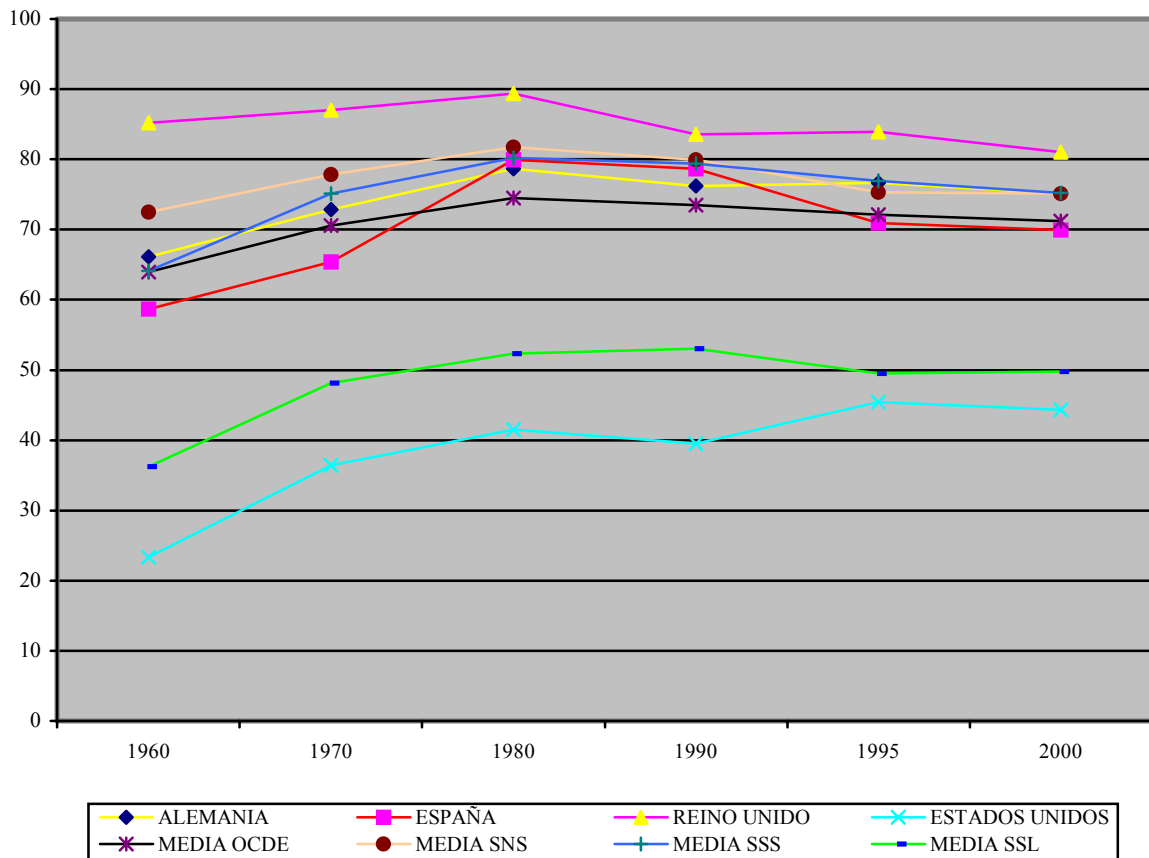
FUENTE: OCDE HEALTH DATA 2001 y 2002.

Se observa que la proporción más baja de recursos de origen público destinados al sector salud la presenta Estados Unidos, a pesar de que en las últimas décadas ha llegado a un 45,4% en 1995, casi duplicando el porcentaje de 1960. Por otra parte, es Luxemburgo quien dedica más recursos públicos a la sanidad, llegando a un 93,4% en 1990 y manteniéndose por encima del 90% desde 1980.

En la mayoría de los países considerados, en el período 1960-2000, se produce un crecimiento de la participación del gasto sanitario público sobre el gasto sanitario total hasta 1990, y una caída a partir de este año hasta el final del período.

En el GRÁFICO II.3, se realiza una comparación de la participación porcentual del gasto sanitario público sobre el gasto sanitario total, utilizando la media de los países de Sistema Nacional de Salud, de Sistema de Seguridad Social y Sistema de Seguro Libre, añadiéndose los datos de los países representativos de cada uno de los modelos, la media de la OCDE y los datos pertenecientes a nuestro país.

GRÁFICO II.3
GASTO SANITARIO PÚBLICO EN % SOBRE EL GASTO SANITARIO TOTAL. 1960-2000.



FUENTE: OCDE HEALTH DATA 2002.

La media del gasto sanitario público en los países con SNS es superior a la de los países con SSS hasta 1995, en que sucede lo contrario. Los países con SSL son los

que menos recursos públicos destinan a sanidad, a pesar de ser, al mismo tiempo, los que soportan el gasto sanitario sobre el PIB más elevado de la OCDE.

España ha hecho un gran esfuerzo a pesar de partir de un 60% solamente y alcanza el 81,1% en 1985, aunque, en los años siguientes se percibe un descenso, a pesar de haber entrado en vigor en 1986 la Ley General de Sanidad, terminando con solamente un 69,9% en 2000.

El gasto sanitario por habitante, en dólares (PPP), es más elevado en los países con Sistema de Seguro Libre (Estados Unidos), seguido de los que tienen un Sistema de Seguridad Social. Los países con Sistema Nacional de Salud registran un gasto sanitario per cápita más bajo (CUADRO II.12).

CUADRO II.12
GASTO SANITARIO PER CÁPITA (en \$, PPP). 1960-2000.

PAÍSES	1960	1970	1980	1990	1995	2000
Alemania	90	223	824	1600	2264	2748
Austria	64	159	662	1206	1831	2162
Bélgica	-	130	577	1245	1896	2269
Dinamarca	-	-	819	1453	1882	2420
España	14	83	328	813	1184	1556
Estados Unidos	144	349	1058	2739	3703	4631
Finlandia	54	161	509	1295	1415	1664
Francia	72	206	701	1517	1980	1349
Grecia	-	98	348	712	1131	1399
Irlanda	36	99	454	777	1300	1953
Islandia	50	137	576	1376	1823	2608
Italia	50	157	518	1321	1486	2032
Luxemburgo	-	148	605	1492	2122	2613*
Noruega	46	131	632	1363	1865	2362
Países Bajos	-	-	668	1333	1787	2246
Portugal	-	40	265	611	1146	1441
Reino Unido	74	144	444	972	1315	1763
Suecia	89	270	850	1492	1622	1748**
Suiza	136	288	881	1836	2555	3222

FUENTE: OECD HEALTH DATA 2001 y HEALTH DATA 2002.

* Dato referido a 1999. ** Dato referido a 1998.

La evolución del gasto sanitario per cápita, desde 1960 hasta 2000, muestra que España parte de un nivel muy bajo (menos de la décima parte que Estados Unidos y un 19% del total del Reino Unido). Sin embargo, también nuestro país es el que ha

experimentado mayor crecimiento en el período, pues el gasto sanitario por habitante se ha multiplicado por 111,1. A pesar de ello, en 2000, sigue registrando el nivel más bajo, después de Portugal y Grecia, entre los países europeos e inferior también a la media de la OCDE (1.967\$).

Con los datos referidos a 2000, España destinó 1.556\$ por habitante a la sanidad (frente a 2.137\$ de la media europea) y 1.089\$ tenían origen público (siendo 1.730\$ la media europea). Esta diferencia se acusa frente a Alemania, que es quien registra el gasto sanitario per cápita más elevado, tanto total (2.748\$) como público (2.064\$), de los países europeos, si bien nuestro país supera a Grecia (1.399\$ de gasto sanitario total por habitante y 776\$ de gasto sanitario público por habitante) y a Portugal (1.441\$ de gasto sanitario total per cápita y 1.026\$ de gasto sanitario público).

La financiación pública de la sanidad puede tener origen en los Presupuestos Generales, mediante impuestos, o bien, en las cotizaciones a la Seguridad Social. Según predomine una fuente u otra el modelo sanitario sería distinto, Sistema Nacional de Salud o Sistema de Seguridad Social, respectivamente. En la mayoría de los países se ha optado por un sistema mixto, en el que se combinan ambas fuentes de financiación. En el CUADRO II.13, se registra el porcentaje del gasto sanitario público que está financiado con cotizaciones sociales.

En los países con un Sistema de Seguridad Social, más del 90% del gasto público proviene de las cotizaciones sociales (Alemania, Francia, Luxemburgo, Países Bajos, etc.), si bien, llama la atención el caso de Austria, con un 61%. En los países con un Sistema Nacional de Salud, destacamos Dinamarca, cuya sanidad está financiada íntegramente con impuestos, a la que se ha unido España desde 1999, aunque en casi todos los países con Sistema Nacional de Salud la proporción de las cotizaciones sociales en el gasto sanitario público es muy baja.

Otro componente del gasto sanitario total es el gasto sanitario privado, compuesto por el aseguramiento con entidades privadas y el pago directo del usuario por la asistencia sanitaria recibida.

CUADRO II.13
COTIZACIONES SOCIALES, EN % SOBRE EL GASTO SANITARIO PÚBLICO. 1960-2000.

PAÍS	1960	1970	1980	1990	1995	2000
Alemania	-	80,1	85,1	85,8	86,3	91,7
Austria	-	-	-	-	68,6	61,0
Dinamarca	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0
España	-	-	-	28,2*	23,8	0,0
Estados Unidos	10,2	29,3	32,9	37,4	32,0	33,7
Finlandia	-	14,3	15,8	13,1	17,7	20,5
Francia	-	-	-	97,0	96,9	96,8
Irlanda	-	-	-	10,2	9,7	12,9
Islandia	47,8	78,2	63,9	39,1	34,9	28,7**
Italia	-	-	-	0,4	0,4	0,1
Luxemburgo	-	-	-	-	83,8	88,5**
Países Bajos	-	-	92,3	93,0	93,6	94,1
Reino Unido	-	-	-	14,6	11,3	11,8**
Suiza	-	-	-	72,5	78,1	79,7

FUENTE: Elaboración propia a partir de los datos de OECD HEALTH DATA 2001, HEALTH DATA 2002 y MSC, *Sistema Nacional de Salud en cifras 2002. España.*

* Dato referido a 1991. ** Datos referidos a 1999.

El aseguramiento privado está muy desarrollado en aquellos países donde existe el seguro voluntario, como Estados Unidos, pero en los países donde el aseguramiento es obligatorio y público, al tener un carácter complementario y suponer un doble pago para el usuario, no ha tenido tanta aceptación (CUADRO II.14).

CUADRO II.14
ASEGURAMIENTO PRIVADO EN % SOBRE EL GASTO SANITARIO TOTAL. 1960-2000.

PAÍS	1960	1970	1980	1990	1995	2000
Alemania	-	7,5	5,9	7,2	12,0	12,5
Austria	6,8	8,1	7,6	9,0	7,9	7,0
Dinamarca	-	-	0,8	1,3	1,2	1,6
España	-	3,3	3,2	3,7	2,9	3,4
Estados Unidos	22,5	21,9	28,4	34,2	33,9	34,8
Finlandia	2,4	1,7	1,4	2,1	2,4	2,5
Francia	-	-	-	10,9	11,8	12,8
Irlanda	-	-	-	8,5	8,6	7,1
Países Bajos	-	-	-	-	18,4	17,5
Portugal	-	-	-	0,8	1,4	1,7
Reino Unido	-	0,9	1,3	3,3	3,2	3,5

FUENTE: OECD HEALTH DATA 2001 y HEALTH DATA 2002.

Los individuos suelen contratar seguros médicos privados, aún disfrutando de un sistema de aseguramiento universal público, para evitar las medidas de racionamiento (listas de espera) o para cubrir prestaciones que el sistema público no contempla. Aparte

de Estados Unidos, que registra el mayor porcentaje de aseguramiento privado, los países con SSS tienen un mercado más amplio de seguros privados que los SNS.

El pago realizado por los usuarios puede deberse al pago directo del servicio sanitario recibido o a la participación en su coste (CUADRO II.15). En 2000, Estados Unidos es el país donde el usuario ha de soportar un mayor coste por la asistencia sanitaria, con 777 \$ per cápita (en paridad de poder de compra), seguido de Italia, Austria, Dinamarca y España.

CUADRO II.15
PAGO DE USURIOS EN \$ PER CAPITA (PPP). 1960-2000.

PAIS	1960	1970	1980	1990	1995	2000
Alemania	-	31	85	178	225	290
Austria	-	-	-	-	267	401
Dinamarca	-	44	93	232	307	396
España	-	-	-	182	309	387*
Estados Unidos	72	123	256	550	558	707
Finlandia	23	39	94	201	290	343
Francia	-	-	-	174	219	240
Irlanda	-	-	-	140	206	214
Islandia	8	22	68	184	283	365*
Italia	-	-	76	202	363	466
Luxemburgo	-	-	44	82	131	185*
Noruega	-	-	-	198	284	339
Países Bajos	-	-	-	-	148	172
Reino Unido	-	-	38	103	143	168**

FUENTE: OECD HEALTH DATA 2002.

* Datos referidos a 1999. ** Dato referido a 1998.

Aunque en muchos países la asistencia sanitaria tiene cobertura universal, sin embargo, el usuario ha de sufragar un parte o la totalidad del coste de la prestación sanitaria (por ejemplo, las prestaciones farmacéuticas). Cuando el usuario ha de hacer frente al coste total de la prestación, si ésta está cubierta por el sistema sanitario, suele disfrutar del reembolso total o parcial de lo pagado.

Las medidas para el control del gasto sanitario³² se inician a finales de los años setenta y en la década de los ochenta, actuando sobre la demanda y sobre la oferta de asistencia sanitaria.

³² Ver ELOLA SOMOZA (1991) pp. 55 y ss.

La principal actuación sobre la demanda es la contribución del usuario³³ al coste del servicio, haciéndole consciente del coste del mismo al obligarle a participar en una parte³⁴ o en su totalidad (con o sin reembolso). Esta medida se fundamenta en la idea de que el usuario evitará un exceso de utilización de los servicios sanitarios (demanda superflua), y, por lo tanto, se reducirá la demanda total, salvaguardando la demanda necesaria, por lo que los ciudadanos no sufrirán deterioro en su salud. Sin embargo, los resultados obtenidos en los distintos países donde se ha aplicado no han sido los esperados.

Por otra parte, en los países donde tradicionalmente la provisión sanitaria ha sido gratuita, obligar al usuario a soportar una parte del coste, es una medida política muy impopular, por lo que, en muchos casos, las propuestas en este sentido se han retirado ante la oposición de la ciudadanía.

Las medidas para el control del gasto sanitario, actuando sobre la oferta de servicios sanitarios, se refieren a controles directos a corto o a largo plazo (ampliamente utilizados en los Sistemas Nacionales de Salud), controles indirectos y directrices y autorizaciones.

Entre los controles directos del gasto a corto plazo, distinguimos la instauración de presupuestos globales y cerrados (aunque pueden eliminar la capacidad de decisión de los gerentes, también restringen la actuación de los médicos), la restricción de efectivos (afecta a los proveedores, a los suministradores y a los pacientes), el control de los salarios (perjudica a los profesionales sanitarios) y el establecimiento de controles efectivos (el establecimiento de precios administrativos y controles cuantitativos para los medicamentos reduce los beneficios de la industria farmacéutica).

Los controles indirectos de gasto sanitario a corto plazo no restringen la entrada de recursos de forma inmediata, sino que pretenden controlar el gasto mediante

³³ La participación del usuario se tratará más detenidamente en el siguiente capítulo, por ser una de los elementos de incentivo de mercado en la introducción de competencia en la provisión de servicios sanitarios.

³⁴ En la mayoría de los países, la prestación farmacéutica cuenta con una participación, en mayor o menor medida, del usuario en el precio del producto.

modificaciones en la estructura del mismo, y comprenden el cambio de los honorarios de los médicos, introduciendo el salario caputivo (principalmente en los Sistemas Nacionales de Salud), las recomendaciones sobre productos farmacéuticos (eficacia, utilización racional, etc.), información sobre el precio relativo de los fármacos y los perfiles terapéuticos de prescripción.

Las directrices y autorizaciones (muy utilizados en los Sistemas de Seguridad Social), con medidas de control del gasto³⁵, se han utilizado con frecuencia en sistemas sanitarios donde la presencia de la iniciativa privada es importante. Su aplicación ha sido, principalmente, en la asistencia especializada (por ejemplo, los certificados de necesidad y el desarrollo de fórmulas alternativas a la hospitalización y la cirugía ambulatoria).

El control de efectivos a largo plazo se ha basado principalmente en el establecimiento de *numerus clausus* en las facultades de medicina y en la limitación de plazas de formación de especialistas (en España, los MIR).

La eficacia de las medidas comentadas viene avalada por los datos del gasto sanitario en los Sistemas Nacionales de Salud y los Sistemas de Seguridad Social, cuya evolución ha supuesto un freno al crecimiento del mismo (en % del PIB).

II.2. El Sistema Sanitario español.

En España, la prestación sanitaria nació en un Sistema de Seguridad Social, financiado con cotizaciones sociales, principalmente, a través del Seguro Obligatorio de Enfermedad, en 1942, en el sistema de protección social del Instituto Nacional de Previsión (INP). Aunque en sus inicios solamente cubría a los trabajadores de la industria y del comercio fue ampliando su cobertura, hasta llegar al 80% de la población cuando se establece la cobertura universal.

³⁵ En LÓPEZ CASASNOVAS, G. (1985) se propone un modelo de control de los recursos y racionalización presupuestaria, basada en la relación de agencia que se establece en la asistencia sanitaria.

La Constitución Española de 1978 recoge el derecho a la protección de la salud en el artículo 43.1 y 43.2 del Título Primero, de los derechos y deberes fundamentales de los españoles.

La Ley Orgánica 3/86, de 14 de abril, de Medidas Especiales en materia de Salud Pública y la Ley General de Sanidad 14/86, de 25 de abril, completan el desarrollo normativo, siendo ésta última la que establece la cobertura universal. Sin embargo, no será hasta 1988 cuando el Gobierno decide su aplicación efectiva³⁶ (a partir del 1 de enero de 1989). De esta forma, el sistema sanitario español se transforma de un Sistema de Seguridad Social (inspirado en el modelo alemán) en un Sistema Nacional de Salud (inspirado en el modelo del Reino Unido).

El nuevo modelo de prestación sanitaria transforma el sistema de financiación, desligándose de las cotizaciones sociales hacia la financiación a través de impuestos generales.

El Sistema Sanitario español³⁷ tiene las características de los Sistemas Nacionales de Salud, con financiación y provisión mayoritariamente públicas, universalización de la asistencia, gratuidad o reducido coste de la prestación sanitaria.

En el CUADRO II.16 se representan las tres funciones, financiación, compra y provisión de servicios sanitarios, y las distintas composiciones dependiendo del agente público o privado que las realiza, así como ejemplos de cada una de ellas en el caso español.

El primer caso (financiación, compra y provisión públicas), comprende la mayor parte de la asistencia sanitaria en nuestro país. El inconveniente que presenta es la reducida capacidad de elección que tiene el usuario, puesto que, hasta finales de los noventa, solamente puede elegir al médico de medicina general y pediatra en el Centro de Salud que le corresponde dentro de su Área de Salud.

³⁶ El Gobierno Vasco aprobó la universalización de la asistencia sanitaria por Decreto 26/1988, de 16 de febrero.

³⁷ El Sistema Nacional de Salud fue creado en España por la Ley General de Sanidad, de 1986.

CUADRO II.16
FINANCIACIÓN, COMPRA Y PROVISIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS. ESPAÑA.

FINANCIACIÓN	COMPRA	PROVISIÓN	EJEMPLOS
Pública	Pública	Pública	Paciente del SNS atendido en una institución pública
Pública	Pública	Privada	Paciente del SNS atendido en una institución privada, mediante concierto
Pública	Privada	Pública	Paciente del Mutualismo Administrativo o de Mutuas de Accidentes Laborales, cuya aseguradora opta por una institución pública
Pública	Privada	Privada	Mutualismo Administrativo, Entidades colaboradoras y Mutuas de Accidentes de Trabajo, con provisión de medios privados
Privada	Pública	Pública	Prácticamente no existe
Privada	Pública	Privada	Prácticamente no existe
Privada	Privada	Pública	Aseguradora que utiliza el sistema público por carecer de esa prestación
Privada	Privada	Privada	Seguros sanitarios voluntarios y sistema de pago directo sin seguro

FUENTE: RIESGO, 1998, pp. 314-315.

El segundo caso (financiación y compra públicas y provisión privada), recoge los casos de concierto con el sector privado para el suministro de servicios sanitarios, debido, principalmente, a que el sector público no tiene la capacidad suficiente para atender la demanda existente.

También es preciso señalar el caso particular de los Mutualismos Administrativos³⁸ (MUFACE, etc.) y las Mutuas de Accidentes Laborales, puesto que, aunque la financiación sigue siendo pública, la compra la realiza la propia Mutualidad (privada) y la provisión es mixta.

³⁸ Los Mutualismos Administrativos se estudiarán más detenidamente en el CAPÍTULO V.

Los funcionarios de la Administración Civil del Estado, por ser afiliados de MUFACE, tienen la posibilidad de elegir entre provisión pública y provisión privada, decidiéndose mayoritariamente (en torno al 85%) por el sector privado.

Finalmente, el último caso (financiación, compra y provisión privadas) comprende el aseguramiento privado y la compra de asistencia sanitaria por la aseguradora, dando una posibilidad, más o menos restringida, de elección al usuario, o la financiación mediante el pago directo por el usuario que decide la compra y elige el productor del servicio demandado en el mercado libre. En ambas situaciones, suele tratarse de asistencia sanitaria complementaria, ya sea porque la prestación sanitaria requerida no esté cubierta por la sanidad pública o por comodidad del paciente que no desea soportar las listas de espera y sufre una patología considerada leve.

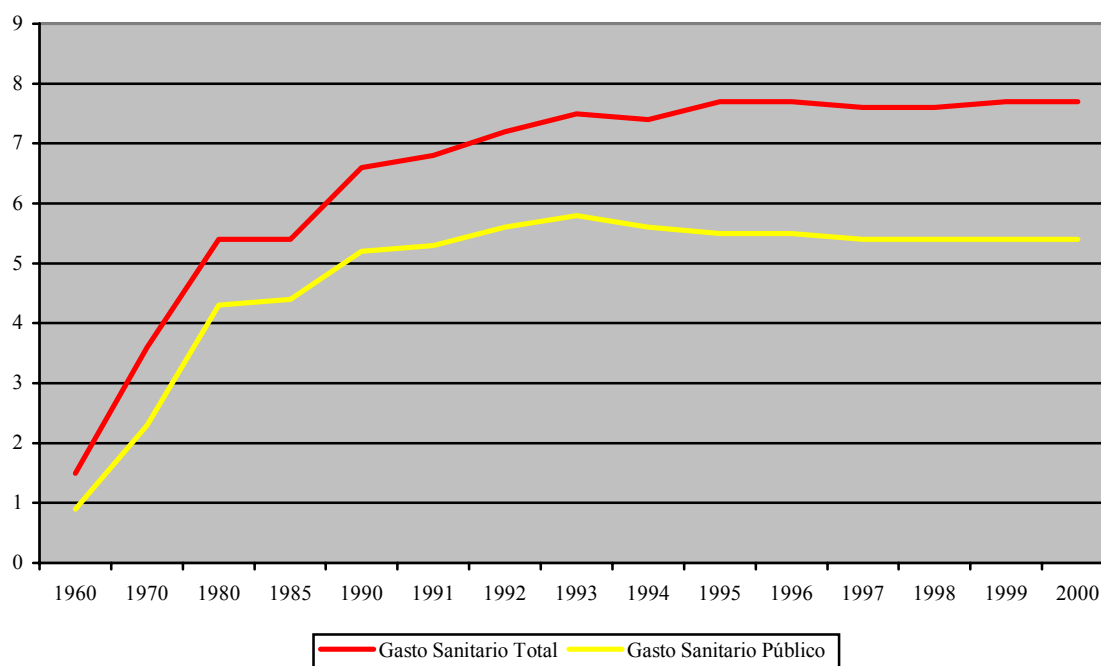
En el Sistema Sanitario español, las funciones de financiación o aseguramiento, compra y provisión de servicios sanitarios son mayoritariamente públicas, si bien, existe una pequeña participación del sector privado. La financiación privada puede ser mediante aseguramiento, complementario del aseguramiento público universal, o el pago directo del usuario. La compra privada de servicios sanitario la realizan las aseguradoras o, directamente, el propio usuario. Finalmente, las entidades sanitarias privadas suministran asistencia sanitaria, bien en el mercado libre o mediante concierto con el sector público.

II.2.a. La financiación de los servicios sanitarios en España.

Los recursos económicos destinados a la sanidad pueden tener origen público o privado. Se consideran recursos públicos los que proceden de la recaudación de impuestos generales y los que proceden de las cotizaciones sociales de empresarios y trabajadores. Son de origen privado los que provienen de las primas de contratos de seguros privados y los pagos directos realizados por los pacientes. La financiación de estos recursos en España se realiza mayoritariamente a través de impuestos generales.

En nuestro país, el gasto sanitario se ha ido incrementando en las últimas décadas³⁹, al mismo tiempo que la participación del Estado en dicha financiación (el gasto sanitario público). La evolución del gasto sanitario total y del gasto sanitario público ha sido muy similar desde 1960, si bien se percibe una divergencia a partir de 1993, manteniéndose constante la participación del gasto sanitario público sobre el PIB desde 1997 (GRÁFICO II.4).

GRÁFICO II.4
EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO TOTAL Y DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO.
ESPAÑA. 1960-2000. % PIB.



FUENTE: Elaboración propia a partir de los datos de OCDE HEALTH DATA 2002.

Desde 1960 hasta 1980, se produce un fuerte crecimiento del gasto sanitario total y de la participación del Estado en el mismo (en porcentaje sobre el PIB), pero a partir de 1980 y hasta 1985, se observa una desaceleración de ambos debido, posiblemente, a las medidas aplicadas, ya comentadas, similares a las consideradas en otros países con sistema sanitario parecido al nuestro. Sin embargo, este efecto no tiene continuidad en los años siguientes, por lo que desde 1985 hasta 1990 se produce nuevamente una

³⁹ LÓPEZ CASASNOVAS (1998), explica el crecimiento del gasto sanitario en nuestro país por la presión de una sociedad cada vez más “medacalizada”, que espera que el sistema sanitario resuelva todos sus problemas de salud, así como de la elasticidad-renta superior a la unidad.

aceleración en el gasto, con diferencias en participación sobre el PIB de 1,9% para el gasto sanitario total y del 1,4% para el gasto sanitario público⁴⁰. Se registra un nuevo repunte de ambos entre 1991 y 1993, a partir del cual se observa un mantenimiento en el gasto sanitario total, en el 7,7% del PIB y desciende el gasto sanitario público, del 5,8% al 5,4% desde 1997 hasta 2000.

Una parte importante del gasto sanitario público es la gestionada por el INSALUD, aunque a partir de 1989 se inician las transferencias a las Comunidades Autónomas con competencias en materia de sanidad, concluyéndose este proceso el 1 de enero de 2002. A lo largo de este período, la participación del INSALUD gestión directa en el presupuesto público total de sanidad se ha ido reduciendo, siendo en 2001 el 38,1%, quedando el resto transferido a las distintas Comunidades Autónomas.

El gasto sanitario puede descomponerse en factores implícitos a su crecimiento: a) precios de los servicios sanitarios, b) cantidades, que se descompone en un factor demográfico y la prestación sanitaria real media, según la intensidad y la calidad del servicio sanitario. El efecto de la ampliación de cobertura sanitaria sobre el gasto sanitario desaparece a partir de 1992, cuando queda definitivamente universalizada la asistencia sanitaria.

Las estimaciones acerca de la evolución futura del gasto sanitario no resulta difícil para el factor precios y el factor demográfico. Los precios son endógenos en la sanidad pública, por ser su principal componente los costes salariales, y las variaciones demográficas puede predecirse con cierta facilidad. Pero la estimación de la utilización media esperada, es especialmente compleja, pues, los análisis realizados reflejan grandes diferencias que van de una tasa acumulativa anual de aumento del 2,82%, a la obtenida en otros estudios⁴¹, donde alcanza el 7,7% (LÓPEZ CASASNOVAS, 1998, p. 2).

⁴⁰ La participación del INSALUD, encargado de la gestión del Sistema Nacional de Salud, en el gasto público pasa del 4% en 1985 al 5,1% en 1995 (en % sobre el PIB).

⁴¹ Ver BLANCO y BUSTOS,(1996).

La prestación sanitaria media está afectada por la tecnología y la respuesta política a las expectativas de los ciudadanos, siendo ambas variables exógenas al sistema sanitario y difícilmente controlables por las autoridades sanitarias (LÓPEZ CASASNOVAS, 1998, p. 4).

Tenemos, por tanto a un sistema de financiación mayoritariamente pública⁴² (CUADRO II.17 y GRÁFICO II.5), a través de impuestos (aunque existe una pequeña participación de las cotizaciones de la Seguridad Social⁴³), con posibilidad de contratar aseguramiento suplementario en el sector privado o de pago directo por el paciente.

CUADRO II.17
DISTRIBUCIÓN DE LA FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD EN %. 1960-2000.

AÑO	PÚBLICA	PRIVADA
1960	58,7	41,3
1965	47,2	52,8
1970	65,4	34,6
1975	76,8	23,2
1980	79,9	20,1
1985	81,1	18,9
1990	78,7	21,3
1995	70,9	29,1
2000	69,9	30,1

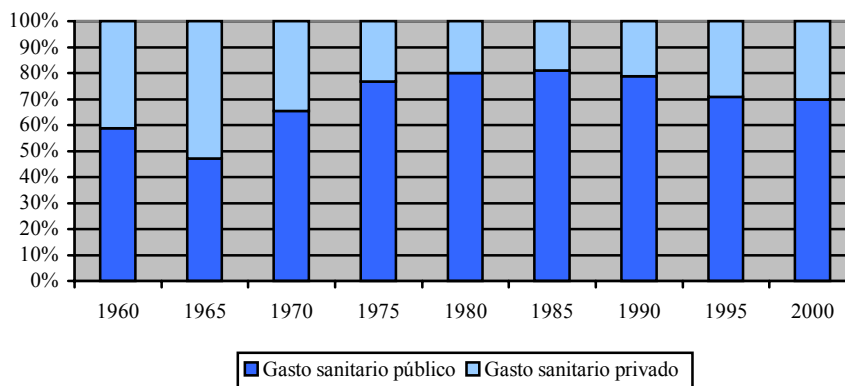
FUENTE: OCDE HEALTH DATA 2002.

El mayor crecimiento de la participación pública se ha producido desde 1965 hasta 1975, ralentizándose a partir de entonces, aunque alcanza más del 80%. Esto ha conllevado una disminución del gasto sanitario privado, que había llegado al 52,8% en 1965, y en 1990 solamente supone el 19,5%, aunque vuelve a aumentar posteriormente, llegando a un 30,1% en 2000. A partir de 1980, el gasto sanitario público se mantiene en torno al 80%, aunque con una ligera caída desde 1995, terminando en 2000 con un 69,9%.

⁴² La Ley General de Sanidad establece que la financiación de la sanidad pública se realizará por transferencias de los Presupuestos Generales del Estado, cotizaciones sociales, aportaciones de las Corporaciones Locales, de las Comunidades Autónomas y tasas por la prestación de determinados servicios, así como por los ingresos procedentes de servicios prestados a terceros obligados al pago.

⁴³ Con tendencia decreciente hasta su desaparición en el Presupuesto de 2000.

GRÁFICO II.5
EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO Y EL GASTO SANITARIO PRIVADO.
1960-2000.



FUENTE: Elaboración propia a partir del CUADRO II.17.

La financiación pública de la sanidad se compone, principalmente, de una aportación del Estado, con cargo a los Presupuestos Generales y de cotizaciones de la Seguridad Social.

El cambio de un sistema de financiación de Seguridad Social a un Sistema Nacional de Salud se aprecia a partir de 1988, en el cual la mayor parte de la financiación pública procedía de las cotizaciones sociales, en tanto que en 1998 más del 95% se financia a través de los Presupuestos Generales del Estado, con el objetivo de conseguir la financiación total a través de impuestos generales (Acuerdo Parlamentario de diciembre de 1997) (CUADRO II.18).

CUADRO II.18
COMPOSICIÓN DE LA FINANCIACIÓN PÚBLICA DE LA SANIDAD EN ESPAÑA
(% sobre el total)

AÑOS	Aportación del Estado	Cotizaciones de la S.S	Ingresos servicios prestados	Otros
1988	25,15	69,60	0,00	5,25
1989	70,07	27,22	2,04	0,67
1992	69,04	27,22	2,47	1,27
1995	77,35	20,37	1,91	0,37
1996	82,82	14,91	1,76	0,51
1997	91,85	5,61	1,93	0,88
1998	95,24	2,70	1,49	0,58
2000	98,7	0,0	1,30	0,0

FUENTE: MSC, *Sistema Nacional de Salud en Cifras 2002. España* y MORALES IBÁÑEZ Y GARCÍA CALATAYUD (1998), p. 240.

El INSALUD recibe de los Presupuestos Generales del Estado los recursos públicos que van a financiar la sanidad, para, posteriormente, transferirlos a las distintas Comunidades Autónomas que tienen asumida esta competencia, siendo en cada una de ellas el Servicio Regional de Salud quien gestiona la financiación en su Comunidad⁴⁴. La distribución del Presupuesto inicial para sanidad entre los distintos agentes de gasto refleja que más del 90% lo recibe el INSALUD (CUADRO II.19).

CUADRO II.19
DISTRIBUCIÓN DEL PRESUPUESTO INICIAL DEL INSALUD. 2001.

AGENTES DE GASTO	Millones de euros	%
Instituto Nacional de la Salud	25.731,86	90,5
Mutualismo Patronal e ISM	887,53	3,1
Mutualidades Públicas	1.456,58	5,1
Administración Central	361,33	1,3
TOTAL	28.437,31	100,0

FUENTE: MSC, *Sistema Nacional de Salud en Cifras 2002. España.*

La mayor parte de los recursos presupuestarios recibidos por el INSALUD se traslada a las Comunidades Autónomas que tienen transferidas las competencias en sanidad, que alcanza el 61,7%, en 2001, en tanto que el INSALUD gestión directa gestiona el 38,3% restante (CUADRO II.20).

CUADRO II.20
DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DEL PRESUPUESTO INICIAL DEL INSALUD. 2001.

AMBITO TERRITORIAL	MILLONES DE EUROS	%
Andalucía	4.940,29	17,8
Canarias	1.099,93	3,9
Cataluña	4.449,41	16,0
Comunidad Valenciana	2.769,28	10,0
Galicia	1.893,81	6,8
Comunidad Foral de Navarra	376,85	1,3
País Vasco	1.487,44	5,3
Fondo Inc. Transitoria	176,96	0,6
Total gestión transferida	17.184,98	61,7
INSALUD gestión directa	10.592,85	38,3
TOTAL PRESUPUESTO	27.777,83	100,0

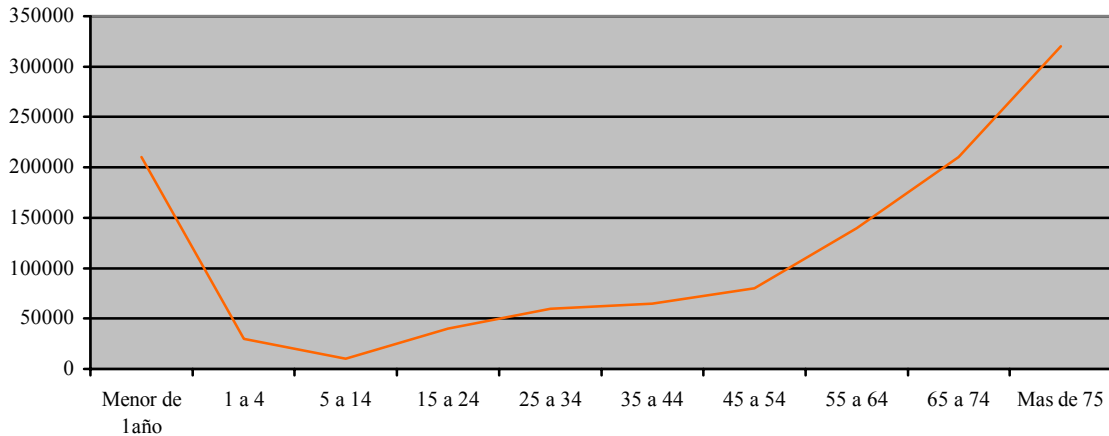
FUENTE: MSC, *Sistema Nacional de Salud en Cifras 2002. España.*

⁴⁴ A partir del 1 de enero de 2002, todas las Comunidades Autónomas tendrán plena competencia en materia de sanidad, por lo que desaparecerá el denominado “territorio INSALUD” o de “gestión directa”, permaneciendo el INSALUD como gestor del Sistema Nacional de Salud a nivel nacional, pero serán los Servicios Regionales de Salud los encargados de la gestión directa en la Comunidad Autónoma respectiva.

La evolución futura del gasto sanitario sigue dependiendo de los factores anteriormente considerados, pero algunos de ellos serán más significativos que otros. La innovación tecnológica y el envejecimiento de la población serán factores decisivos, debido al desarrollo continuo de nuevas tecnologías y a las previsiones de la estructura de la población para los años venideros (GRÁFICO II.1), por el incremento de la población con más de 65 años⁴⁵.

El envejecimiento constante de la población traería consigo un aumento del gasto sanitario total (ALONSO y HERCE, 1998, p. 11). Esta afirmación viene avalada por la distribución del gasto por persona por grupos de edad (GRÁFICO II.6). El gasto sanitario es más elevado en el primer año de vida y, sobre todo, a partir de los 55 años, donde se concentra la mayor parte del gasto sanitario a lo largo de toda la vida, tomando la función una forma de *J*.

GRÁFICO II.6
GASTO SANITARIO POR PERSONA POR GRUPOS DE EDAD. AÑO BASE 1996.



FUENTE: ALONSO y HERCE, 1998, p. 14.

⁴⁵ ALONSO y HERCE (1998) estudian con metodología propia el efecto del envejecimiento de la población sobre la evolución del gasto sanitario y su proyección en el futuro. ORTÚN RUBIO (1998) analiza la composición de la población española, por grupos de edad, con una proyección hasta 2046.

II.2.b. La compra de servicios sanitarios en España.

La compra de asistencia sanitaria en España la realiza, principalmente, el poder público, siendo la compra privada, llevada a cabo por las aseguradoras privadas, las Mutualidades de algunos colectivos o por el propio usuario, una pequeña parte del total.

La compra pública se basa, actualmente, en la existencia de un catálogo de prestaciones sanitarias determinadas en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud y referidas a la Atención Primaria, Atención Especializada y Prestación Farmacéutica.

En las Comunidades Autónomas con competencias en sanidad, se establecen modelos organizativos propios. En Cataluña, con la separación de funciones, el Servicio Catalán de Salud es el encargado de la planificación, la financiación y la compra de servicios sanitarios a los centros, públicos y privados, pero el pago se realiza a través de la Unidad Básica de Actividades.

En Andalucía, se ha hecho uso del contrato programa para regular las relaciones entre el Servicio Andaluz de Salud y la Consejería, siendo responsabilidad del primero la gestión y compra de asistencia sanitaria y de la segunda la planificación de la misma. Así mismo, se ha creado un sistema propio de evaluación de la actividad de los centros sanitarios.

En el País Vasco, se han creado tres agencias de compra, una por cada territorio histórico, que establecen contratos programa con los centros asistenciales. La financiación y la gestión permanecen en el Servicio Vasco de Salud, si bien se tiende a la descentralización de la gestión (ECHEBARRÍA y SUBIRATS, 1998, p. 82).

La implantación de los contratos programa, en vez de la simple administración de un presupuesto, permite relacionar los recursos utilizados con los objetivos de actividad previamente fijados. Los contratos programa han sido uno de los elementos principales del cambio en la gestión sanitaria en nuestro país.

Pueden identificarse distintos tipos de contratos programa entre las administraciones públicas sanitarias y los proveedores (CUADRO II.21). Los dos primeros tipos son jurídicamente una ficción legal y semántica que oculta una estrategia de dirección por objetivos, descentralizando decisiones e intentando vincular recursos y actividad. Los otros dos casos, aunque la transferencia de riesgos es potencialmente posible, puede quedar anulada por las presiones de los centros contratados y los grupos de interés (MARTÍN MARTÍN y MANUEL KEENOY, 1998, p. 181).

CUADRO II.21
MODELOS DE CONTRATOS SANITARIOS EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

TIPO DE CONTRATO	CARACTERÍSTICAS	EJEMPLO
Contrato-programa simulado o sombra	Acuerdo de objetivos de gestión con financiación presupuestaria. El único riesgo es el cambio de directivos.	Contrato-programa INSALUD
Contrato-programa de incentivos	Igual que el anterior, pero se añaden incentivos para directivos y/o trabajadores, reversión de ingresos para inversiones.	Contrato-programa SAS
Contrato-programa de riesgo parcial	Subsidio público a una cuenta de explotación. No hay riesgo de quiebra, pero sí ajustes laborales y modificaciones de condiciones laborales.	Contrato-programa con empresas públicas
Contrato-externo	Libre acuerdo entre dos entidades independientes.	Subcontratas de servicios no asistenciales

FUENTE: FERNÁNDEZ DÍAZ (1996).

Por otra parte, se extiende la opinión acerca de la ineficacia de las estructuras burocráticas para frenar el crecimiento del gasto sanitario público, al tiempo que se mantienen las prestaciones sanitarias para todos los ciudadanos, por lo que además de implantar nuevos modelos de compra, también sería necesario un cambio estructural del sistema sanitario.

Con la separación entre la figura del comprador y del proveedor del servicio se expande la contratación externa de servicios generales: mantenimiento de edificios e instalaciones, lavandería y lencería, limpieza, seguridad, alimentación, eliminación de

residuos, etc. Esta figura de contratación externa también es utilizada para la compra de servicios sanitarios, mediante conciertos, a centros sanitarios privados (lucrativos o no lucrativos), especialmente en Cataluña (CABASÉS HITA, 1995, p. 177).

La utilización de contratos como instrumento de relación entre financiador y proveedor de asistencia sanitaria obliga a incorporar a éstos objetivos de la política de salud, por lo que suponen el principal medio para transmitir estos objetivos de salud a los proveedores de servicios sanitarios.

II.2.c. La provisión de servicios sanitarios en España.

Aunque en el CAPÍTULO TERCERO se analizará con más profundidad la provisión de servicios sanitarios en España, aquí haremos un pequeño esbozo de sus características.

La provisión de la asistencia sanitaria también es en su mayoría pública, a través de hospitales y centros de salud públicos, complementada por el concierto con centros privados y la provisión privada en el mercado libre, que es residual, y principalmente para aquellas prestaciones que no tienen cobertura pública.

La asistencia sanitaria financiada públicamente se concreta en las siguientes prestaciones: medicina preventiva, asistencia primaria, salud bucodental,, obstetricia, rehabilitación, servicio de enfermería a domicilio, medios diagnósticos en régimen de ambulatorio, asistencia especializada, prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica y transporte sanitario.

Estas prestaciones se proporcionan, principalmente, por Centros de Salud y Equipos de Atención Primaria, por una parte, y en Ambulatorios y Hospitales, por otra. Por su importancia en el total del gasto sanitario público, nos centraremos en la atención primaria, la atención especializada (sobre todo en régimen de internamiento) y la prestación farmacéutica (CUADRO II.22).

CUADRO II.22
DISTRIBUCIÓN FUNCIONAL DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO (en %).

CLASIFICACIÓN FUNCIONAL	1995	1996	1997	1998	1999
Servicios hospitalarios y especializados	55,8	55,6	55,1	54,8	54,1
Servicios primarios de salud	16,5	16,3	15,9	15,5	15,5
Salud pública, formación e investigación	4,2	4,1	3,7	3,7	3,7
Farmacia (recetas médicas)	18,9	19,5	20,8	21,1	21,6
Prestaciones complementarias	1,7	1,8	1,7	1,8	1,7
Gastos de capital	2,9	2,7	2,9	3,3	3,3

FUENTE: MSC, *Sistema Nacional de Salud en Cifras 2002. España.*

La atención primaria y ambulatoria se presta con medios propios del sistema público, excepto en algunas áreas de Cataluña. La atención hospitalaria se presta con medios propios, recurriendo al sector privado, mediante conciertos, cuando es insuficiente la oferta de los hospitales públicos.

La atención primaria es responsabilidad de los Centros de Salud y de los Equipos de Atención Primaria, que han ido sustituyendo a los antiguos médicos generales de la Seguridad Social y a algunos de los antiguos ambulatorios. El objetivo de los Centros de Salud en su inicio era mejorar la calidad de la asistencia y reducir los costes, pero los resultados obtenidos no han sido los esperados, debido, entre otras razones, a la falta de vinculación de la remuneración de los médicos al número de consultas, lo que ha estimulado el crecimiento de los costes (BERNALDO DE QUIRÓS, 1998, p. 12).

La remuneración de los médicos de atención primaria se basaba en el sistema de capitación, pero a partir de 1993 se introdujo un sistema mixto de capitación y sueldo, con el fin de evitar los inadecuados incentivos del modelo de capitación y, sobre todo, el aumento injustificado de las recetas médicas y de remisiones al especialista.

Los hospitales públicos se financiaban, hasta la implantación de los contratos programa, en base a un presupuesto global, definido según costes históricos, no por acto médico. La remuneración de los médicos es el salario fijo⁴⁶ y apenas existe control de

⁴⁶ Aunque se ha intentado la inclusión de incentivos, como el complemento de productividad, la asignación final de los mismos suele atenerse a criterios poco definidos.

presencia, a pesar de disfrutar de una jornada laboral relativamente corta. La posibilidad de elección de hospital y de especialista en el mismo es restringida, si bien en algunas Comunidades Autónomas (Andalucía) se ha ampliado considerablemente en los últimos años.

El número de establecimientos sanitarios en régimen de internado (hospitales) en nuestro país (2000)⁴⁷ es de 802, de los cuales 187 se encuentran en Cataluña. De ellos 335 son públicos y 467 son privados (141 sin fin de lucro y 326 con fin de lucro). El caso más llamativo es el de Cataluña, donde, de los 187 hospitales con que cuenta, 138 son privados (80 con fin de lucro).

II.2.d. La descentralización del Sistema Nacional de Salud.

La descentralización de la asistencia sanitaria tiene sus ventajas e inconvenientes. Por una parte, por razones de equidad se hace más aconsejable un esquema de provisión sanitaria más centralizado, con lo que se consigue una distribución más igualitaria de los servicios de salud en todo el territorio. Por otra parte, la descentralización de las competencias sanitarias puede conducir a ganancias netas de eficiencia y de bienestar, unidas a la descentralización de las decisiones (SÁNCHEZ MALDONADO y GÓMEZ SALA, 1998, p. 20).

Esta dicotomía puede resolverse compartiendo las responsabilidades entre los distintos niveles de la Administración, dejando a cada uno las competencias de aquellas funciones que generen un mínimo de externalidades jurisdiccionales (SÁNCHEZ MALDONADO y GÓMEZ SALA, 1998, p. 20).

En cuanto a la financiación, la Administración Central ha de garantizar el acceso a la asistencia sanitaria, existiendo una corresponsabilidad entre ésta y las administraciones autonómicas, teniendo en cuenta las distintas capacidades financieras de las administraciones territoriales, que debería ser compensada con transferencias centrales.

⁴⁷ Los últimos datos disponibles del MSC, *Catálogo Nacional de Hospitales*, 2002.

Otra alternativa de financiación sería que cada nivel territorial financiara la sanidad con sus recursos fiscales propios, por el sistema denominado línea de ingreso o de espacio fiscal (SÁNCHEZ MALDONADO y GÓMEZ SALA, 1998, p. 21).

El Sistema Nacional de Salud, al ser España un Estado formado por 17 Comunidades Autónomas, es descentralizado, tal como contempla la Ley General de Sanidad (art. 44.2):

“El Sistema Nacional de Salud está constituido por el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos en la presente Ley”.

En principio, fueron siete las autonomías que recibieron las transferencias en materia de sanidad (Cataluña, 1981; Andalucía, 1984; País Vasco y Comunidad Valenciana, 1988; Galicia y Navarra, 1991; Canarias, 1994), quedando el resto controladas por el Instituto Nacional de la Salud, el cual también controla el presupuesto sanitario. Las Comunidades Autónomas con competencias plenas en sanidad gestionan el presupuesto⁴⁸ que les corresponde con total independencia.

A partir del 1 de enero de 2002, se han completado las transferencias en materia de sanidad para las Comunidades Autónomas de Principado de Asturias (RD 1471/2001, de 27 de diciembre), Cantabria (RD1472/2001, de 27 de diciembre), La Rioja (RD 1473/2001, de 27 de diciembre), Murcia (RD 1474/2001, de 27 de diciembre), Aragón (RD 1475/2001, de 27 de diciembre), Castilla-La Mancha (RD 1476/2001, de 27 de diciembre), Extremadura (RD 1477/2001, de 27 de diciembre), Islas Baleares (RD 1478/2001, de 27 de diciembre), Madrid (RD 1479/2001, de 27 de diciembre) y Castilla y León (RD 1480/2001, de 27 de diciembre). De esta forma, únicamente queda bajo la gestión del INSALUD las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

⁴⁸ La Ley General de Sanidad establece un procedimiento específico de financiación territorial de la asistencia sanitaria, al margen del sistema ordinario de la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas, basado en el criterio de población protegida.

El reparto territorial de los recursos destinados a la asistencia sanitaria se ha basado en el modelo de financiación 1998-2001⁴⁹, aprobado por Acuerdo Parlamentario el 27 de noviembre de 1997 y presentado por el Grupo de Trabajo (creado por Acuerdo de la Subcomisión Parlamentaria para el Estudio de la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud) al Consejo de Política Fiscal y Financiera⁵⁰.

Los principios básicos del modelo de financiación, son la suficiencia financiera y la suficiencia dinámica. Los criterios de distribución, además de la población protegida⁵¹ que recogía el modelo anterior (1994), incorporando datos del Padrón de 1996, incluye como novedad la creación de dos fondos: el Fondo General y el Fondo Finalista (que se subdivide en dos subfondos: el de Modulación Financiera y el de Asistencia Hospitalaria).

A partir de enero de 2001, se implanta un nuevo modelo de financiación de la sanidad, que se recoge en la Ley Orgánica de modificación de la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas.

Los objetivos del nuevo modelo de financiación son aumentar la corresponsabilidad fiscal de las Comunidades Autónomas y garantizar la equidad en el acceso a los servicios sanitarios en todo el territorio nacional, dado su carácter finalista.

El nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas integrará los tres modelos existentes anteriormente: de competencias comunes, de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y de los servicios sociales.

La distribución de los fondos entre las distintas Comunidades Autónomas sigue los siguientes criterios: un 75% del volumen de recursos en función de la población protegida; un 24,5% en proporción a la población mayor de 65 años y un 0,5% por

⁴⁹ Un estudio más pormenorizado sobre el modelo de financiación sanitaria para el período 1998-2001 puede encontrarse en TRUYOLL WINTHRITH, I., (1999).

⁵⁰ LÓPEZ CASASNOVAS (1998) analiza con mayor profundidad el nuevo sistema de financiación autonómica de la sanidad.

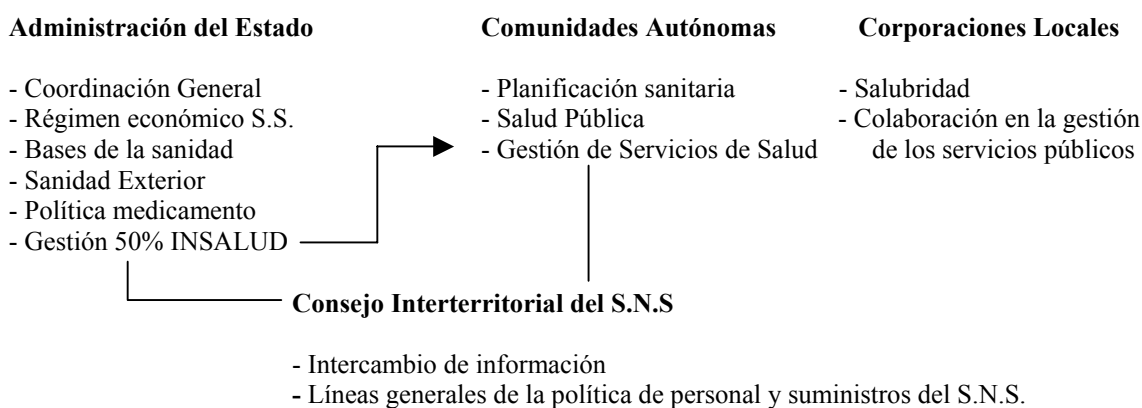
⁵¹ El 98,6% de la financiación se distribuye en base a población protegida.

criterio de insularidad. En todo caso, se garantiza como mínimo a cada Comunidad Autónoma el coste efectivo de la asistencia sanitaria en su territorio.

Por otra parte, se crean dos fondos específicos: el programa de ahorro en incapacidad temporal y el fondo de cohesión. Este último pretende garantizar el acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio nacional, asegurando la facturación homogénea por pacientes desplazados entre Comunidades Autónomas

La transferencia a algunas Comunidades Autónomas, entre ellas a Andalucía, de las competencias en sanidad obliga a éstas a desarrollar la normativa necesaria para garantizar este derecho constitucional (CUADRO II.23).

CUADRO II.23
DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS ENTRE ADMINISTRACIONES PÚBLICAS SEGÚN LA LEY GENERAL DE SANIDAD.



FUENTE: ELOLA SOMOZA, 1991, p. 98.

En Andalucía, el Estatuto de Autonomía atribuye a la Comunidad Autónoma de Andalucía competencia exclusiva en materia de Sanidad e Higiene, así como el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 149.1.16 de la Constitución de 1978.

Según la experiencia de la descentralización en nuestro país se concluye que ha aumentado la efectividad política en la administración de la sanidad, generando a medio plazo un proceso de convergencia de políticas sanitarias y a largo plazo podría aumentar las preferencias de los responsables autonómicos de gestionar la sanidad por una administración efectiva de los servicios sanitarios, debido a los incentivos de la autonomía política y al refuerzo del control de los ciudadanos en el ámbito autonómico (RICO GÓMEZ, 1998, p. 60).

II.2.e. Problemas del Sistema Sanitario español.

Los problemas que aquejan al Sistema Sanitario español son consecuencia de su estructura:

- a) La cobertura universal⁵² y la gratuidad de la asistencia provocan un crecimiento constante de la demanda⁵³ (precio cero, demanda infinita), y, por lo tanto, un incremento sostenido del gasto sanitario.
- b) El usuario no tiene que enfrentarse a un precio del servicio recibido (aunque lo pague a través de los impuestos), por lo que es necesario aplicar medidas de racionamiento de la demanda (listas de espera, reducción de la cobertura a determinados servicios, reducida capacidad de elección para el usuario entre los distintos proveedores⁵⁴, etc.), lo que puede generar insatisfacción y descontento en los usuarios.

⁵² Aunque la cobertura universal se establece en la Ley General de Sanidad de 1986, sin embargo, el porcentaje de cobertura anterior a dicha Ley era superior al 80% de la población.

⁵³ Además del efecto de la demanda inducida por la oferta.

⁵⁴ A pesar de que el artículo 10.13 de la Ley General de Sanidad, que tiene la condición de norma básica, establece el derecho de los ciudadanos a la libre elección de médico, de acuerdo con las disposiciones que se dicten para su desarrollo, debido a la competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas en materia de sanidad, son éstas las responsables de desarrollar la normativa que garantice este derecho. En el caso de Andalucía, se establece en el Decreto 257/1994, de 6 de septiembre, la libre elección de médico general y pediatra en la atención primaria, y en el Decreto 128/1997, de 6 de mayo, la libre elección de Médico Especialista y Hospital en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Según un informe de la OCDE⁵⁵, el sistema de presupuestación de los hospitales no es el adecuado, pues penaliza el ahorro y recompensa el gasto deficitario, no existiendo correcciones por el mal gasto. Aunque la remuneración de los especialistas de hospitales es baja, sin embargo “los salarios efectivos son realmente altos si se tienen en cuenta las condiciones laborales (es decir, las jornadas, cortas y rígidas) y el flojo control de la presencia en las horas de servicio”, lo que provoca que deban mantenerse plantillas sobredimensionadas, debido, en parte, al elevado absentismo laboral.

Para BERNALDO DE QUIRÓS (1998, pp. 12 y ss.) las consecuencias de esta estructura derivan a un elevado absentismo laboral de los profesionales sanitarios, lo que obliga a mantener un exceso de plantilla, y baja utilización del equipamiento. La reducción de camas hospitalarias de larga duración se ha traducido en largas listas de espera, que se han minorado, en parte, recurriendo al sector privado concertado.

Por otra parte, muchos autores afirman, como ya se ha comentado anteriormente, que el estado de salud no depende solamente de los recursos empleados en la sanidad, sino que dependen en mayor medida de otros factores (medio ambiente⁵⁶, condiciones de vida, hábitos, etc.), por lo que se debería prestar especial atención a la planificación de programas de Salud Pública.

Para comprobar si existe relación entre el gasto sanitario y la salud de los ciudadanos, se analizan los indicadores de salud más utilizados en un período determinado. Estos indicadores de salud son la esperanza de vida al nacer y los índices de mortalidad infantil (CUADRO II.24).

La esperanza de vida al nacimiento se ha incrementado en siete años para los varones y en casi nueve para las mujeres, desde 1960 hasta 1995, pero como ya se ha comentado anteriormente, es un factor de incremento del gasto sanitario, pues el aumento de la esperanza de vida está más unido a otros factores.

⁵⁵ OCDE, (1996): *OECD Economic Surveys 1995-1996: Spain*, París, OECD, 1996, pp. 95 y ss.

⁵⁶ En ORDÓÑEZ IRIARTE, J. M. et al. (1998) se analizan los factores de riesgo ambiental y su efecto sobre la salud.

CUADRO II.24
ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO Y TASA DE MORTALIDAD INFANTIL 1960-2000.

		1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000
Esperanza de vida al nacimiento	Varones	67,40	-	69,57	70,40	72,52	73,21	73,35	74,44	75,25
	Mujeres	72,16	-	75,06	79,19	78,61	79,70	80,57	81,63	82,15
Mortalidad infantil		41,91	35,87	26,31	18,88	12,34	8,90	7,58	5,5	4,6

FUENTE: OCDE, HEALTH DATA 2002, INE, *Anuario Estadístico de España, 2001* y *Movimiento Natural de la Población Española*.

La tasa de mortalidad infantil es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir un año por 1.000 nacidos vivos, y tiene dos componentes: la mortalidad neonatal y la postneonatal, que nosotros no vamos a considerar.

El indicador de salud de mortalidad infantil ha sido sustituido en los países desarrollados por el de mortalidad perinatal, que comprende las muertes fetales con más de 28 semanas de gestación, muertos en el parto y muertos en la primera semana de vida, y se considera un indicador más sensible a la eficacia de la asistencia sanitaria.

Para estudiar la correlación entre el gasto sanitario y la mortalidad perinatal utilizaremos el coeficiente de correlación de Pearson, considerando la tasa de mortalidad perinatal y el gasto sanitario por habitante. El período utilizado comprende desde 1960 a 1998. El coeficiente de correlación de Pearson obtenido es $-0,965$, siendo $R^2 = 0,932$, por lo que se demuestra que el aumento en el gasto sanitario ha tenido como consecuencia una disminución de la mortalidad perinatal.

Por otra parte, las sucesivas medidas aplicadas en la sanidad en nuestro país han logrado cambiar un poco la opinión que tienen los ciudadanos sobre el sistema sanitario a lo largo de los años. Según el *Barómetro Sanitario 2001 (primera oleada)*, del CIS, el 50% de los encuestados cree que los servicios sanitarios han mejorado en los últimos años, siendo solamente el 5% los que creen que han empeorado.

El nivel de satisfacción del usuario de servicios sanitarios puede analizarse a través de las distintas encuestas realizadas por el CIS. Aunque los que piensan que el sistema sanitario funciona bien ha aumentado en más un punto, sin embargo, siguen siendo más de un 70% los que creen en la necesidad de realizar cambios en el mismo (CUADRO II.25).

CUADRO II.25

	1995	2001
En general, el Sistema Sanitario funciona bastante bien	20,9	22,1
El Sistema Sanitario funciona bien, aunque son necesarios algunos cambios	42,6	44,9
El Sistema Sanitario necesita cambios fundamentales, aunque algunas cosas funcionan	27,0	26,6
Nuestro Sistema Sanitario está tan mal que necesitaríamos rehacerlo completamente	8,5	5,5

FUENTE: CIS.

A pesar de las críticas a la asistencia sanitaria pública, a la hora de elegir un centro para recibir servicios sanitarios especializados, ante una alternativa privada, la respuesta de los ciudadanos es contundente (CUADRO II.26). Las razones por las que los ciudadanos eligen la asistencia sanitaria pública se resumen en el CUADRO II.27, destacando la confianza en la calidad de la asistencia.

CUADRO II.26

	1985	1990	1995	2001
Hospital público	84	86,6	86,5	87,4
Hospital privado	11	6,1	9	9,5

FUENTE: CIS.

CUADRO II.27

	1995	1999
Porque confío en la calidad que me ofrecen	43,3	47,6
Porque tienen mejores aparatos y equipamiento	15,2	22,3
Por la facilidad para acceder a los servicios	32,0	29,0
Porque los profesionales son mejores	7,2	8,7
Porque me ofrecen mayor comodidad	18,4	22,5
Porque mi seguro sanitario no me lo cubre	7,4	14,8
Porque es lo que tengo, es lo más barato	0,3	3,2

FUENTE: CIS.

La valoración que hace el ciudadano de la asistencia sanitaria pública, calificando entre 1 (totalmente insatisfactoria) y 10 (totalmente satisfactoria), arroja para la asistencia primaria resultados superiores a 5 en todos los aspectos, destacando la cercanía de los centros (7,45), el trato recibido por el personal sanitario (7,27) y la confianza y seguridad que transmite el médico (7,15).

La calificación más baja es para el tiempo de espera hasta entrar en consulta, con un 5,37. En la asistencia especializada, todos los aspectos considerados superan el 5, salvo la facilidad para conseguir cita (4,92), aunque ninguno llega al 7, destacando el equipamiento y la tecnología (6,99), el número de especialidades al que tiene acceso (6,85) y el trato recibido (6,76). La desviación típica, en ambos casos, se sitúa en torno a 2 (CIS, *Barómetro sanitario 2001*).

De todos los usuarios que han tenido algún problema o no han quedado satisfechos con la asistencia recibida, en 1999, solamente el 8,6% han presentado reclamación, en tanto que el resto, el 91,4% no han presentado ninguna queja ante quien corresponda. El procedimiento más utilizado para reclamar es el servicio de atención al usuario (63,9%) y el 41,5% quedó satisfecho con el resultado. La principal causa de reclamación en la sanidad pública son las demoras asistenciales (listas de espera) (31%), siendo también el principal motivo de insatisfacción del usuario con la asistencia sanitaria pública, que, además ha ido en aumento a lo largo del período (del 11% en 1985, al 32%, en 1999).

Puede llamar la atención que, siendo las demoras en la asistencia el principal motivo de queja del usuario, sea la “facilidad de acceso a los servicios sanitarios públicos” una de las razones para optar por la asistencia sanitaria pública. Ello se debe al efecto compensador de los servicios de urgencias en los centros sanitarios públicos, donde el acceso es inmediato, aunque sea necesario esperar luego para ser atendido.

El número de personas que opta por la sanidad privada ha aumentado en la última década. Las razones para elegir un centro sanitario privado se mantienen, destacando la atención que reciben, la facilidad de acceso (rapidez) y la valoración de la

preparación de los profesionales sanitarios, principalmente. La valoración del sector privado ha ido aumentando en la misma medida que han crecido en la sanidad pública la masificación y el racionamiento de la demanda provocado por las listas de espera (CUADRO II.28).

CUADRO II.28

	1985	1990	1995	1999
Mejor atención, más interés o porque confía en la calidad del servicio	52	48,7	59,9	71,7
Equipamiento	7	3	11	11
Por los profesionales	4	6,4	18,5	19,8
Por el trato humano	6	7,1	-	-
Facilidad de acceso	1	15,4	29,1	32,8

FUENTE: CIS.

Con relación a la opinión de los ciudadanos acerca de la financiación de la asistencia sanitaria pública, un 62,8% cree que la actual, mediante impuestos, es la más adecuada, en tanto que un 19,4% piensa que sería preferible un sistema mixto de impuestos y pago por servicio.

Al comparar lo que se paga en impuestos y los servicios sanitarios públicos que se reciben a cambio, el 9,7% piensa que recibe más de lo que paga; el 32,4%, más o menos lo mismo; y el 49,3% opina que recibe menos de lo que aporta.

Aunque existe una mayoría de ciudadanos que consideran la sanidad como el servicio público más importante, sin embargo, el 42,1% opina que el dinero que el Estado dedica a la asistencia sanitaria está mal empleado. Entre las razones por las que piensa que está mal empleado destaca la mala gestión, mala organización, mala administración (derroche), mala asistencia y mal servicio (87%).

II.3. Integración o separación de funciones.

Aunque en nuestro país, al igual que en todos aquellos que siguen el modelo de Sistema Nacional de Salud, las tres funciones las realiza mayoritariamente el poder público, el hecho de que la financiación sea pública (aseguramiento obligatorio y

universal), no implica que tengan que serlo la compra y, sobre todo, la provisión de servicios sanitarios.

El debate sobre la separación de la financiación y la provisión de servicios públicos, como la educación, la sanidad, los servicios sociales, vivienda, etc., se inicia en los últimos años de la década de los ochenta. A partir de esta discusión se introducen reformas radicales en el Reino Unido en 1990 y 1991, con el Gobierno Thatcher, que rompieron con la responsabilidad única de la aportación de recursos y la producción de servicios públicos por la misma entidad pública. La función de compra se descentraliza en agencias compradoras que contratan servicios con proveedores públicos y privados.

La reforma del Reino Unido, partiendo de la separación de las funciones de financiación, compra y provisión de servicios sanitarios, se inspira en la experiencia de las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Estados Unidos. La idea con la que se crearon las HMO se basaba en que la misma agencia no debería actuar como asegurador, comprador y oferente de asistencia sanitaria, sino que cada proveedor debería competir por los contratos de acuerdo con el precio y la calidad de los servicios ofrecidos.

Por lo tanto, la separación entre la función de financiación y la de provisión no es tan novedosa, pues en Estados Unidos ya se tenía una amplia experiencia en este tema y en su aplicación en todos los servicios sociales, incluyendo la sanidad (el MediCare y el MediCaid, que suponen el 40% del gasto sanitario total del país).

En España, se ha aplicado este sistema en la educación obligatoria (primaria y secundaria), pues al ser un bien preferente está financiado por el Estado, pero la provisión es mixta, pública y privada concertada.

Aunque esta política suele identificarse con opciones conservadoras o liberales, sin embargo, existen ejemplos que lo contradicen: en Suecia, se han introducido reformas similares con gobiernos de “izquierda”, del Partido Socialdemócrata; en Estados Unidos, la propuesta de reforma sanitaria del Partido Demócrata ha sido la del

“single payer” o pagador único (modelo canadiense), que se caracteriza por esta división de funciones. De hecho, en el pensamiento socialista tiene gran influencia la corriente intelectual que defiende el socialismo de mercado (“market socialism”) y propone la separación entre financiador y proveedor de servicios, en general.

La separación de las funciones de financiación, compra y provisión es el instrumento más importante para la introducción de mecanismos de competencia e incentivos de mercado y para potenciar el gerencialismo en el sector sanitario (ORTÚN RUBIO, 1998a, p. 291), generando algunas ventajas para el sistema, como la posible reducción de los precios (y, por lo tanto, contención de los costes)⁵⁷, el aumento de la calidad, de la capacidad de elección del usuario y de la eficiencia del sistema y la reducción de la politización de la gestión.

La separación de compradores y productores ofrece ventajas, incluso en ausencia de competencia real: favorece la transparencia y permite transferir al usuario (o al comprador) el poder de control sobre el tipo y el volumen de servicios suministrados, en lugar de permanecer en el productor (CHRISTIE, 1996, p. 18).

Sin embargo, la evidencia empírica demuestra lo contrario, pues la demanda no crea la oferta, sino al contrario, y la competencia no se realiza a través de los precios, sino de los servicios, por lo que puede producirse una duplicación de los mismos (FERNÁNDEZ-CUENCA GÓMEZ, 1998, p. 258).

Otro elemento que podría encarecerse con la contratación, compra y facturación de los servicios son los costes de administración. Los países donde las funciones están integradas en un único ente público (normalmente, con el modelo de Sistema Nacional de Salud) soportan costes administrativos más bajos (entre el 4 y el 6% del gasto sanitario total). En el otro extremo se encuentran los Sistemas de Seguro Libre, con unos costes de administración que rondan el 25% del gasto sanitario total. En el término medio, se sitúan los Sistemas de Seguridad Social, con unos costes de administración entre el 12 y el 14% del gasto sanitario total.

⁵⁷ NAVARRO, V. (1995) y FERNÁNDEZ-CUENCA GÓMEZ, R. (1998), aseguran lo contrario.

Según la experiencia del Reino Unido, la separación de financiación y provisión de servicios, combinada con la introducción de cuasimercados, ha aumentado los costes administrativos y los gastos relativos a la duplicación de servicios, acelerándose el crecimiento del gasto sanitario (CUADRO II.29).

CUADRO II.29.
EVOLUCIÓN DEL CRECIMIENTO DEL GASTO SANITARIO EN EL SNS BRITÁNICO.

AÑOS	% CRECIMIENTO ANUAL (precios constantes)
1989-90 (año de publicación de las propuestas de Thatcher)	0,8
1990-91 (año de inicio de las reformas)	4,1
1991-92 (primer año de la reforma)	6,8
1992-93 (segundo año de la reforma)	6,2
1993-94 (tercer año de la reforma)	4,3

FUENTE: LE GRAND y GLENNECSTER (1994).

Sin embargo, los modelos de contratación obligan a desarrollar sistemas de información para medir la actividad y los instrumentos necesarios para cuantificar la producción. Uno de los primeros utilizados en España ha sido la Unidad Ponderada Asistencial⁵⁸ (UPA), aplicada al área hospitalaria. Pero se han buscado otros sistemas de medición más propios de la producción hospitalaria, como los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GDR), categorías de gestión de pacientes (PMC), etc. Para avanzar en este sentido, se ha propiciado la implantación del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

Existiría, por tanto, la posibilidad de un incremento de los costes de administración que podría anular el efecto positivo de la reducción de los precios y el resultado final sobre el gasto sanitario podría ser mínimo o nulo.

Otro inconveniente de este modelo es el posible desequilibrio de fuerzas entre los distintos agentes, por el cual las relaciones contractuales no se efectuarán mediante la negociación, sino que se basarán en la imposición de criterios de una parte sobre la otra. La experiencia vivida en el Reino Unido es un incremento del poder de los

⁵⁸ Desarrollada a partir de la Unidad Básica Asistencial (UBA) utilizada en Cataluña para el pago de conciertos y adaptada por el Instituto Catalán de la Salud.

administradores y gestores, frente a una pérdida de poder de los proveedores y los profesionales. Sin embargo, el desequilibrio ya existía con el modelo anterior, por lo tanto, no está unido a la contratación.

Por otra parte, según algunos autores, el sistema podría perder transparencia, dificultándose la supervisión (tanto desde el punto de vista contable como de control de calidad) y la asignación de responsabilidades. Pero la especificación de los contratos negociados, en todos sus términos, resulta más fácil de supervisar e inspeccionar que en un modelo centralizado, donde las responsabilidades se diluyen con mucha frecuencia.

Finalmente, los más pesimistas alertan sobre el posible debilitamiento del Estado de Bienestar y del aumento de las diferencias sociales (estratificación) que podrían provocar la introducción del modelo. Sin embargo, los principios básicos del sistema sanitario no resultan modificados, puesto que únicamente se modifica el modelo de gestión.

A pesar de los inconvenientes señalados, el planteamiento de que no tiene por qué coincidir en la misma entidad la financiación, la compra y la provisión de asistencia sanitaria es hoy generalmente aceptado por los economistas de la salud, sobre todo la separación de las funciones de financiación y provisión de servicios sanitarios.

En España, la recomendación de la división de funciones de financiación y provisión ya se proponía por J. Barea en la “Introducción” del libro de ABEL-SMITH, *Cuanto cuesta la salud*, Madrid, 1983, pero sobre todo a partir del *Informe y Recomendaciones* de la Comisión de Evaluación y Análisis del Sistema Nacional de Salud (1991)(también llamada Comisión Abril), en la que se proponía:

“Separar la financiación (pública) de la provisión de servicios (pública y privada) como punto principal para mejorar la eficiencia. Esta separación, que constituye también un criterio fundamental en las reformas proyectadas en algunos sistemas sanitarios europeos, permitiría introducir un cierto grado de competencia entre los proveedores, de forma que fuesen premiados aquellos que

presten una atención eficiente, y, por otra parte, crearía las bases para ampliar la libertad de elección del usuario” (Recomendación 7ª del *Informe Abril*).

Esta recomendación se recoge en el Real Decreto 858/1992, de 10 de julio, por el que se determina la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo. En su exposición de motivos, se afirma que: “...la configuración del Sistema Nacional de Salud... exige una clara definición de la autoridad sanitaria que distinga convenientemente lo que son, por una parte, el ámbito de aseguramiento del derecho a la protección de la salud, y por otra, la provisión de recursos sanitarios”, considerándose un avance en la consolidación y mejora del Sistema Nacional de Salud “la separación de las funciones de garantía del derecho a la protección de la salud, es decir, las reservadas a la autoridad sanitaria, de aquellas que corresponden a la prestación del servicio sanitario”.

Sin embargo, el proceso de separación de las funciones de financiación y provisión ya se había iniciado en Cataluña, con la Ley de Ordenación Sanitaria de 1991, donde se señalaba al Servei Català de la Salut como financiador de la asistencia sanitaria, en tanto que la provisión de servicios sanitarios dependería de distintas instituciones (públicas y privadas), mediante contratos negociados entre el Institut Català de la Salut y hospitales, centros de atención primaria y socio-sanitarios de titularidad diversa.

Pero la separación de funciones no tiene sentido si no se especifica claramente el contenido de cada una de ellas, por lo que pasamos a analizarlas más detenidamente.

III. LA FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS. EL MERCADO DE ASEGURAMIENTO.

El agente que realiza el papel de financiador de la asistencia sanitaria proporciona los recursos necesarios para la cobertura de las prestaciones sanitarias preestablecidas, a cambio recibe unos ingresos procedentes de los impuestos, de las cotizaciones sociales o de las primas de seguro.

Para la OIT existen dos tipos de financiación de los servicios sanitarios: la directa y la indirecta (CUADRO II.30). La financiación directa es aquella en la que el Estado o los aseguradores tienen instalaciones sanitarias en propiedad y la remuneración de los profesionales de la salud es en forma de salarios. La financiación indirecta es aquella en la que los proveedores sanitarios tienen un contrato, con el Estado o con las aseguradoras, y reciben el pago por los servicios contratados.

CUADRO II.30
PRINCIPALES MÉTODOS DE FINANCIACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS EN LA UE

PAÍSES	DIRECTA	INDIRECTA
Alemania	-	Todos los servicios
Bélgica	-	Todos los servicios
Dinamarca	Hospitales	Médicos generales, especialistas externos, farmacias, dentistas y fisioterapeutas
España	Especialistas, hospitales y médicos generales	Farmacias, dentistas y hospitales privados
Francia	-	Todos los servicios
Grecia	Médicos generales, especialistas, dentistas y hospitales	Hospitales privados y farmacias
Holanda	-	Todos los servicios
Irlanda	Hospitales públicos y especialistas	Médicos generales, hospitales no lucrativos y farmacias
Italia	Hospitales públicos y especialistas	Hospitales privados, médicos generales y especialistas privados
Luxemburgo	-	Todos los servicios
Portugal	Médicos generales, algunos especialistas y hospitales públicos	Hospitales privados, algunos doctores de áreas rurales, farmacias, laboratorios de rayos X y patólogos
Reino Unido	Hospitales y servicios comunitarios	Médicos generales, farmacias, dentistas y oculistas

FUENTE: OIT.

En el CUADRO II.30 podemos ver los distintos modelos de financiación de servicios sanitarios en algunos países de la UE. La principal diferencia entre ambas es que el control del gasto sanitario resulta más sencillo con la financiación directa que con la financiación indirecta, a través de contratos.

La financiación de la asistencia sanitaria en un Sistema Nacional de Salud, como es el nuestro, ha de garantizar la cobertura, asumiendo el coste de las prestaciones sanitarias preestablecidas, que se financiarán fundamentalmente con impuestos.

Además, existen funciones específicas del financiador de la asistencia sanitaria que podrían concretarse en (IBERN, P., 1998a, p. 459):

- Definir las prestaciones y los proveedores acreditados.
- Establecer los sistemas de pago a los compradores.
- Regular el proceso de afiliación de los usuarios a las entidades compradoras.
- Controlar la calidad y los resultados a nivel agregado de cada comprador.

El mercado de seguros sanitarios presenta una demanda altamente inelástica, es decir, el volumen de seguros contratado varía muy poco con el precio, lo que refleja la prioridad para los individuos de la salud. Además, el cambio de aseguradora supone costes para el usuario, debido a la existencia de “períodos puente” en los cuales ciertos servicios sanitarios no tienen cobertura, la falta de información para evaluar las distintas alternativas, etc., por lo que el aseguramiento privado podría tener un alto grado de poder de mercado, con la existencia de oligopolios que imponen barreras de entrada a nuevas aseguradoras.

Las aseguradoras que operan en el mercado intentarán mantener segmentos de demanda cautiva, pudiendo imponer precios más altos, con la seguridad de que la cuota de mercado no se verá afectada (PEROTE PEÑA, 1998, p. 168). Esta sería una razón suficiente para afirmar la ineficiencia del aseguramiento privado y para justificar la intervención pública, ofertando un seguro público obligatorio y/o fuertemente subsidiado que compita en el mercado con el aseguramiento privado. De esta forma, podrían coexistir en la financiación de la asistencia sanitaria entidades públicas y privadas.

El mercado de aseguramiento, en el que se relacionan asegurador y asegurado, presenta principalmente dos problemas de asimetría de información: el riesgo moral y la selección adversa.

- *Riesgo moral*: los individuos con seguro médico pueden abusar de los servicios asistenciales más de lo que sería socialmente deseable. El hecho de no tener que hacer frente en el momento de recibir el servicio a un precio, al haber satisfecho la prima del seguro, probablemente tenderá a demandar más asistencia sanitaria que si no estuviera asegurado y tuviera que enfrentarse al pago del mismo.

Por otra parte, el enfermo tiene mayor información sobre sus dolencias y riesgo de enfermedad que la aseguradora, por lo que existe una asimetría de información al contratar el seguro. Una solución aportada por las aseguradoras es la contratación de seguros parciales que obliguen al asegurado a soportar parte del coste de la contingencia de enfermedad.

La intervención pública, con un seguro obligatorio universal, acentúa el problema de riesgo moral, pues anima al asegurado a demandar más asistencia sanitaria y no proporciona incentivos a los proveedores para controlar y detectar fraudes (PEROTE PEÑA, 1998, p. 164).

- *Selección adversa*: puesto que la propensión a contraer enfermedades de los individuos no es igual, la decisión más eficiente para las aseguradoras sería la discriminación de los individuos al contratar el seguro. De esta forma, los individuos que esperan no incurrir en gastos sanitarios en un futuro próximo, no contrataría un seguro, en tanto que aquellos que sí preveen necesitarlo en el corto plazo, sí lo harían. Sin embargo, las aseguradoras podrían denegar el aseguramiento a los segundos, buscando la contratación de los primeros. Por otra parte, la aseguradora solamente conoce la información que le facilita el cliente al contratar su seguro y todos los individuos afirmarían pertenecer al grupo de bajo riesgo si con ello consiguen una prima inferior. Sólo ofreciendo una prima única para todos los individuos llegaría a configurarse un mercado de seguros completo, aunque ineficiente (PEROTE PEÑA, 1998, p. 167).

Esta asimetría de información que se presenta entre asegurador y asegurado puede resolverse en un futuro con los análisis genéticos, que permitirán clasificar a los individuos según el riesgo, y, por lo tanto, fijar la prima en función de la información obtenida (MAS-COLELL, 1994, p. 68)

El mercado de aseguramiento presenta dos modelos de seguro sanitario: el *seguro de reembolso de gastos* y el *seguro de asistencia sanitaria*. El primero, preserva la relación médico-paciente, en la que el usuario tiene total libertad de elección del proveedor, recuperando posteriormente la totalidad o una parte del desembolso realizado. Este es el modelo generalizado en Estados Unidos, pero tiene el inconveniente de dificultar la intervención para la contención del gasto, favoreciendo el crecimiento del coste de las prestaciones y, por lo tanto, pueden dar lugar a primas muy elevadas que imposibilitan a los individuos de menor renta a acceder a este tipo de seguro. Sin embargo, permite la restricción mediante listas cerradas de proveedores, sistemas de franquicias, definición de precios para procesos concretos o establecimiento de límites al gasto por acto médico (RAZQUIN ILLARRAMENDI, 1998, p. 269). El segundo, muy extendido en Europa, en particular en nuestro país, tiene como característica principal que el asegurador asume todo el riesgo asistencial. El usuario no ha de pagar al recibir la asistencia sanitaria, sino que solamente ha de hacer frente a la prima correspondiente. Se limita la posibilidad de elección del usuario a una lista cerrada de proveedores con los que la aseguradora tiene acuerdo o contrato. Sin embargo, tiene la ventaja de permitir la gestión del coste de la asistencia sanitaria, por lo que resulta más fácil controlar el gasto. La aseguradora ejerce una función de compradora del servicio y de intermediario entre el paciente y el proveedor. Sus primas son mucho más reducidas que las del seguro de reembolso y, por lo tanto, resulta accesible para un conjunto de ciudadanos más amplio.

III.1. Aseguramiento obligatorio.

Muchos autores defienden la necesidad del aseguramiento obligatorio, no por razones de equidad, sino por la imposibilidad de que exista un mercado de aseguramiento si éste es libre.

Según el teorema de Rothschild-Stiglitz, con la información acerca el estado de salud de cada individuo (que incluso ellos mismos pueden desconocer), las primas fijadas *ex ante*, es decir, según las probabilidades de contraer una enfermedad conocidas por el asegurador, serían demasiado elevadas para los individuos que saben de su buen estado de salud, y muy atractivas para aquellos cuyo estado de salud es desfavorable.

Los individuos decidirían comprar racionalmente cobertura aseguradora solamente cuando la indemnización esperada sumada a la valoración de la cobertura de riesgo fuera mayor o igual al precio de la póliza, pero las aseguradoras deben cubrir con la prima del seguro la indemnización media prevista y los gastos de administración. Para aquellos que gozan de buena salud la indemnización esperada sería muy baja, por lo que no les compensaría la contratación del seguro, en tanto que a los que sufren mayor probabilidad de caer enfermos sí les compensaría la contratación del seguro.

La decisión racional de la aseguradora, si solamente demandan seguro sanitario los de mayor riesgo de enfermedad, será no ofrecer el seguro, pues el coste de la cobertura para la aseguradora dependerá de quien contrate el seguro, por lo que el mercado de seguro no existirá (MAS-COLELL, 1994, p. 69; ORTÚN RUBIO, 1998a, p. 291).

El aseguramiento colectivo puede resultar beneficioso socialmente, pues al incluir a todos los individuos, con distintos niveles de riesgo, la indemnización media esperada sería mucho más baja, siempre que el coste de administrar el sistema sea inferior a la utilidad que se gana con el seguro (ORTÚN RUBIO, 1998a, p. 292).

Para DRÈZE (1994), lo importante del acceso al aseguramiento sanitario debe ser su universalidad, con independencia del estado de salud de los asegurados, aunque se tengan en cuenta otros factores individuales.

El aseguramiento colectivo también podría establecerse en el ámbito privado, sin la intervención del Estado, estableciendo la obligatoriedad del aseguramiento; sin

embargo, teniendo en cuenta que el 5% de los individuos concentran el 60% del gasto sanitario anual, el problema sólo se resolvería en parte.

Por todo ello, STIGLITZ (1994, pp. 37 y ss.) propone un aseguramiento obligatorio que cubriera varios riesgos (pensiones, desempleo, invalidez temporal, atención sanitaria crónica, seguro para los principales gastos médicos), a modo de cuenta individualizada, en la que se acumularían intereses, con la posibilidad de que el Estado pudiera hacer aportaciones complementarias por dos razones específicas: situación de extrema pobreza (política de redistribución de rentas) y elevados gastos de enfermedades crónicas.

Este sistema presenta varias ventajas: por una parte, como casi todo el mundo se enfrenta con el coste marginal de sus acciones, el problema de riesgo moral quedaría bastante atenuado; por otra parte, la obligación de comprar la cobertura cuando el individuo es joven, reduce el problema de selección adversa⁵⁹.

También GREEN (1998, p. 53) argumenta a favor de este modelo al afirmar que: “los individuos que confían en poder asegurar su porvenir frente a todas las necesidades que puedan presentarse a lo largo de su ciclo de vida entienden que el ahorro es el método para lograr la independencia”.

Si bien, el seguro obligatorio puede aumentar el problema de riesgo moral, pues el individuo tiene menos incentivos para limitar los costes (al ser su participación en ellos nula o mínima), disminuye significativamente la selección adversa, que dejaría sin seguro a aquellos individuos con mayor probabilidad de caer enfermos (por ejemplo, las personas mayores, que además, suelen tener rentas más bajas) o permitiría a las aseguradoras aplicar a estos individuos primas muy elevadas, solamente asequibles a quienes tienen rentas más altas.

⁵⁹ En Singapur se ha creado un sistema de ahorro obligatorio cuyas aportaciones, de empresarios y trabajadores, se destinan al Central Provident Fund (CPF) y cubren distintas contingencias. A partir de 1984 se amplió el programa de seguro obligatorio a las “cuentas Medisave”, con aportaciones de los trabajadores (un porcentaje de su salario) y cuyos fondos, en un principio, sólo podían emplearse en tratamientos hospitalarios.

Por otra parte, la sociedad no aceptaría que se privase a un individuo de la asistencia sanitaria que necesite debido a su capacidad económica, por no poder pagar el servicio recibido o no tener seguro. Si el individuo sabe que no se le va a negar la asistencia, no tiene incentivos para contratar un seguro, por lo que surge la figura del *free-rider*, que se aprovecha del sistema.

Una posible solución a este problema sería obligar a todo el mundo a contratar un nivel mínimo de seguro médico. Al ser la sanidad un bien preferente, el Estado es quien ha de garantizar el acceso de todos los ciudadanos a la sanidad y, por lo tanto, quien puede establecer la obligatoriedad del aseguramiento.

III.2. Aseguramiento público.

La financiación de la asistencia sanitaria con recursos públicos se realiza a través de dos fuentes: los impuestos generales y las cotizaciones sociales. Ninguno de los dos sistemas permanece puro (a excepción de Dinamarca), sino que han evolucionado hacia modelos mixtos, donde se combinan ambas fuentes.

El modelo basado en la financiación a través de impuestos es el inspirado en el sistema Beveridge. Este modelo establece una participación progresiva en la financiación de la sanidad: aportan más quienes tienen mayor renta, por lo que consigue otro objetivo de política social, que es la redistribución de la renta, basada en la solidaridad.

El modelo basado en la financiación con cotizaciones sociales, o modelo profesional, tiene como base el sistema de Bismarck. Las cotizaciones de la Seguridad Social proceden de los trabajadores y de los empleadores.

El aseguramiento público es, generalmente, obligatorio y cubre a toda la población, independientemente de su situación laboral, por lo que garantiza la equidad en el acceso a la asistencia sanitaria, evitando la selección de riesgos en función de las condiciones de salud de los asegurados.

El aseguramiento público de cobertura universal, puede fomentar el abuso (riesgo moral) por parte de los asegurados, pues éstos no tienen ningún incentivo para reducir costes, al no enfrentarse con una prima de aseguramiento, ni incentivos para evitar conductas proclives a generar enfermedad.

Por otra parte, el poder de decisión de los médicos acerca de los cuidados y tratamientos adecuados en cada caso (demanda inducida por la oferta), en un ámbito de progreso permanente de la medicina curativa y sin un control excesivo de los costes, tiende a incrementar la demanda total, presionando, tanto profesionales sanitarios como usuarios, para que se financien aportaciones marginales a la salud.

Los sistemas de aseguramiento público suelen complementarse con aseguramiento privado, que cubriría aquellas prestaciones que no ofrece el sistema público y/o las prestaciones para las que existen mayores listas de espera. En España, el 14% de la población⁶⁰, aproximadamente, tiene un seguro médico privado, manteniéndose en niveles similares a lo largo de los años, debido al techo de crecimiento que supone el sistema de aseguramiento público.

El principal obstáculo con que se enfrenta el aseguramiento privado complementario es el derroche que supone el doble pago para la cobertura de las mismas prestaciones. Por una parte, el ciudadano soporta el coste de la asistencia sanitaria a través de sus impuestos y, por otra parte, el pago de la prima del seguro privado complementario. En segundo lugar, otra rémora para el crecimiento del seguro sanitario privado es la eliminación de la deducción parcial de la prima en la actual Ley del IRPF, como gastos de enfermedad.

Esta situación de doble pago dejaría de existir si el ciudadano pudiese elegir entre los dos tipos de aseguramiento (público o privado), sin tener que pertenecer necesariamente al sistema público, aunque se impusiera por el Estado la obligatoriedad del aseguramiento.

⁶⁰ Otras fuentes lo cifran en el 10,5% de la población.

III.3. El impuesto sanitario.

El impuesto sanitario es una fuente de financiación de la sanidad que puede tener carácter directo o indirecto. Es de carácter directo cuando se incluye como un impuesto específico en el impuesto sobre la renta, y, por lo tanto, progresivo. Es de carácter indirecto cuando grava el consumo de determinados productos⁶¹, perdiendo su progresividad.

En los países donde la sanidad se financia a través de impuestos generales, existe una opinión generalizada a favor de este sistema de financiación (en España, casi un 63%, según las encuestas del INE, pero cerca del 50% cree que la asistencia sanitaria que recibe no compensa los impuestos que paga y un 36% opina que el Estado, del dinero que recauda a través de impuestos, destina demasiado poco a sanidad).

Una alternativa posible para incrementar los recursos sería la implantación de impuestos finalistas, dentro del sistema general de impuestos, es decir, un impuesto específico destinado a la asistencia sanitaria, de tal manera, que la decisión de reparto de los recursos públicos para la sanidad no dependiera del gobierno, sino que quedaría determinado de antemano.

Otra alternativa apuntada es la creación de impuestos al consumo de ciertos productos que ocasionan elevados gastos sanitarios (tabaco, alcohol, etc.), de tal manera que quienes los consumen aporten recursos para paliar sus efectos sobre la salud.

Recientemente, en España, se ha implantado un impuesto especial a los carburantes, cuya recaudación irá destinada a la sanidad. Esta medida, sin embargo, ha sido duramente criticada pues este impuesto, al ser un impuesto indirecto sobre el consumo, no sobre la renta, pierde la característica de progresividad (paga más quien más tiene) y grava por igual a todos los ciudadanos, independientemente de su renta. Por otra parte, la ventaja de los impuestos indirectos es que evita, en gran medida, la defraudación fiscal.

⁶¹ Similar al IVA.

IV. LA FUNCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS SANITARIOS. LA FIGURA DEL INTERMEDIARIO.

El agente que ejerce la función de compra es el encargado de adquirir servicios sanitarios a los proveedores. El comprador puede ser una entidad pública, privada (con o sin ánimo de lucro) o el propio paciente. La adquisición de asistencia sanitaria directamente por el paciente suele ser residual en los Sistemas Nacionales de Salud y en los Sistemas de Seguridad Social, por lo que nos vamos a centrar en las entidades compradoras que realizan la compra de servicios sanitarios para sus pacientes, estableciéndose una relación de agencia entre el comprador y el usuario. Estas entidades realizan su función para un número elevado de beneficiarios por lo que también se les denomina organizaciones compradoras colectivas.

El comprador colectivo recibe una prima del financiador (previamente determinada por capitación u otro sistema) y paga por los servicios adquiridos de acuerdo con el modo de pago establecido.

Los sistemas de pago a los proveedores de asistencia sanitaria son variados. Uno de los más utilizados en los países con Sistema de Seguro Libre es el contrato, aunque algunos Sistemas Nacionales de Salud también lo han adoptado en los últimos años (Reino Unido). Principalmente, se han extendido tres tipos de contratos entre las organizaciones compradoras y los proveedores de asistencia sanitaria: el contrato cerrado, el contrato de coste y volumen y el contrato de coste por servicio, siendo el primero el más utilizado. El mayor problema de la contratación son los elevados costes de transacción, sin olvidar la dificultad que encierran las especificaciones necesarias acerca del servicio contratado, calidad del mismo, período de tiempo, etc.

Estos inconvenientes se han resuelto en parte con la utilización de acuerdos entre las partes, que no tienen la consideración jurídica de contratos, y evitan costes de transacción elevados, si bien no eluden la necesidad de especificar las características del servicio que va a adquirirse. Este sistema se ha generalizado en España en los conciertos del sistema público con el sector privado. Sin embargo, existe gran dificultad para medir

de la actividad asistencial del proveedor precisa para proporcionar la asistencia sanitaria adquirida y determinar su coste, algo que no sucede en la contratación libre donde existe un precio o tarifa por servicio.

Finalmente, el pago a proveedores puede basarse en la transferencia directa de recursos a los proveedores en función de la actividad asistencial y, por lo tanto, de los servicios sanitarios proporcionados. El proveedor realiza un presupuesto global en el que se recoge la actividad prevista, teniendo en cuenta la actividad del ejercicio anterior, y el pago se realiza de forma global, por todos los servicios dispensados. En España, desde la década de los ochenta, se ha utilizado el contrato programa, por el que el proveedor se compromete a proporcionar unos servicios sanitarios presupuestados y por los que recibirá los recursos económicos correspondientes. La valoración de la actividad asistencial se determina mediante la Unidad Ponderada Asistencial, que será la medida de los servicios sanitarios y, en base a ella, se calculará el coste de cada servicio.

Los instrumentos para la gestión de estos compradores colectivos son (IBERN, 1998b, p. 459):

- Revisión de utilización, análisis de la utilización adecuada.
- *Case management* y responsabilidad presupuestaria del médico general.
- Acreditación de proveedores.
- Definición y aplicación de sistemas de pago de los servicios.

La elección del proveedor de la asistencia sanitaria se realizará en función del precio⁶² y de la calidad del servicio ofertado. El precio nos facilita una información clara acerca del servicio sanitario, pero la calidad del servicio es difícil de determinar para el usuario, debido a la falta de información.

⁶² En los Sistemas Nacionales de Salud, al no existir un precio, el factor determinante de la elección sería la calidad.

Las características singulares de los servicios sanitarios no permiten considerarlos como un *bien de búsqueda o inspección*, es decir, aquellos cuya calidad puede observarse con una muestra. Tampoco reúnen los atributos de un *bien de experiencia*, puesto que el consumidor no mejora su información mediante el consumo repetido de asistencia sanitaria.

Para WOLINSKY (1995), los bienes cuyos oferentes son a su vez expertos que determinan las necesidades de los consumidores y, por tanto, la demanda de los mismos, son denominados *bienes de confianza* o *credence goods*, pues en ellos nunca podrá establecerse un nivel de calidad con absoluta seguridad.

En los mercados de bienes de confianza, aunque la realización del servicio es observable, el usuario no puede determinar si el servicio era necesario, si era el adecuado, ni siquiera evaluar su realización de forma fiable (IBERN, P., 1998b, p. 461).

Esta asimetría de información puede proporcionar incentivos para un comportamiento oportunista del productor del servicio⁶³, por lo que se propone la creación de la figura del comprador experto, que ejerce la función de intermediario entre proveedor y financiador.

La asimetría de información justifica la existencia de organizaciones compradoras de servicios sanitarios que actuarían como intermediarios entre el financiador y el proveedor de dichos servicios. Estos compradores colectivos, acumulan la experiencia de un conjunto amplio de usuarios, su información sobre la oferta de servicios sanitarios y sus características es comparable a la que poseen los oferentes. De esta forma, la falta de información que sufre el usuario acerca del diagnóstico, tratamientos alternativos, calidad y precios de los distintos proveedores puede resolverse, al menos en parte, con el asesoramiento del intermediario en el caso de que sea el usuario quien realice la elección, o bien, dejando en manos del intermediario la

⁶³ La compra de servicios sanitarios se ha incluido en los análisis de los llamados “juegos de persuasión” de WOLINSKY (1993) y DRANOVE (1988).

adquisición del servicio sanitario. Este intermediario, que puede ser una organización compradora, desempeñaría varias tareas clave (IBERN, 1998b, pp. 462-3):

- Selección de proveedores cualificados para ciertas prestaciones.
- Coordinación de proveedores complementarios y clientes.
- Establecimiento de contratos.
- Supervisión de la actividad y resultados de proveedores (solventía y calidad, y del consumo de usuarios.
- Facilitar información a los usuarios para la elección de proveedor, en el caso de que tenga esa posibilidad.

El comprador colectivo ejerce un papel de inspección sobre los servicios sanitarios que adquiere, que unida al propio control público, favorecería al usuario, pues existiría una mayor garantía de calidad de la asistencia sanitaria que recibe.

V. LA COMPETENCIA FRENTE A UN SISTEMA DE “PLANIFICACIÓN Y CONTROL”.

La defensa del mercado competitivo como el mejor instrumento para una asignación eficiente de los recursos se basa, principalmente, en la capacidad del mercado para determinar la producción, en función de la demanda y de las expectativas de beneficio, la demanda, en función de las preferencias y la renta del consumidor y del precio, y el precio.

El análisis del mercado competitivo desde el marco de la economía del bienestar considera una situación económicamente eficiente si no es posible mejorar la posición de un individuo sin empeorar la de otro (óptimo de Pareto). Si la distribución de la renta que se genera en el mercado competitivo no se considera “justa”, la solución es

distribuir la riqueza inicial o la generada por el mercado competitivo, pero sin dejar de utilizar el mercado, a través de programas de ingresos y gastos públicos. Pero los mercados competitivos solamente conducen a la eficiencia cuando cumplen ciertas condiciones, por lo que cuando se producen fallos de mercado, como es el caso de la sanidad⁶⁴, el mercado no conduce a la asignación óptima ni a la eficiencia. En estos casos se recurre a la intervención del Estado, con los sistemas de “planificación y control”.

Los sistemas de “planificación y control”, modelo de los Sistemas Nacionales de Salud, con financiación, compra y provisión mayoritariamente públicas, presentan defectos derivados de su propio funcionamiento, por tener una estructura burocrática⁶⁵, pero existen otros defectos que pueden particularizarse al sector de la salud:

- La implantación de presupuestos globales, con el objetivo de controlar el gasto, conduce más a reducir los estándares o a restringir las prestaciones que a mejorar la eficiencia. Para ENTHOVEN (1993, p. 41): “La competencia es el modo de perfeccionar un sistema que está guiado por las decisiones bien informadas de consumidores que asumen la responsabilidad de las consecuencias que sus decisiones tienen sobre los costes. Un sistema controlado por el Gobierno está dirigido por fuerzas políticas”.
- La financiación de los servicios sanitarios a través de impuestos, mayoritariamente, coloca a los ciudadanos en una posición de debilidad, pues disminuye la capacidad de los pacientes para evitar servicios deficientes (GREEN, 1998, p. 67).
- El monopolio del sector público en la provisión de servicios sanitarios y el empleo directo de los profesionales sanitarios empeora la relación médico-paciente (gestión ineficaz de las listas de espera, de las citas a los pacientes, etc.).

⁶⁴ Ver el apartado I de este CAPÍTULO.

⁶⁵ En el CAPÍTULO I ya se ha hecho referencia a la estructura burocrática weberiana.

A estos defectos se les unen los inconvenientes generales de la empresa pública (CORONA, 1998, p. 216-217):

- Desde el punto de vista de la producción, la empresa pública es un monopolio protegido de la competencia e indiferente a las necesidades y preferencias de los consumidores.
- Al estar al margen del mercado de capitales sus gestores no sufren la disciplina del mercado sobre sus actuaciones.
- El empleo que genera otorga un gran poder a los sindicatos profesionales, lo que impide a los gestores tomar medidas similares a las aplicadas en empresas privadas.
- Tanto los gestores como los trabajadores saben que la empresa pública no puede declararse en quiebra, por lo que no existen incentivos para la eficiencia.
- La empresa pública ha sido utilizada por los gobiernos para conseguir objetivos no económicos.
- La inexistencia de presiones del mercado competitivo lleva a un mal uso de los recursos, con la consiguiente pérdida de bienestar social al no aplicarlos a otras alternativas.

Aunque habitualmente se acusa a la empresa pública de ser ineficiente, se ha de tener en cuenta que la medida de la eficiencia es distinta en la empresa pública que en la empresa privada.

Según la teoría de la empresa el concepto de eficiencia se define a partir de los incentivos que genera el mercado para que su estructura productiva consiga la minimización de costes para un nivel de producción dado. Sin embargo, la empresa

pública, y en particular la empresa pública sanitaria, tiene objetivos prioritarios distintos de los económicos, que son los objetivos sociales.

La eficiencia, por tanto, de la empresa pública, en general, se medirá por la minimización de los costes. Si no se produce la minimización de costes es imposible conseguir la eficiencia en la asignación de recursos (CORONA, 1998, p. 218).

Sin embargo, a menudo es preciso sacrificar la eficiencia a favor de la equidad, o la equidad a favor de la eficiencia, estableciendo prioridades para los recursos en asistencia sanitaria. Debido a que cualquier decisión afecta al conjunto de la sociedad, sería necesario abrir un debate social acerca de los principios que han de regir las prioridades en la asignación de recursos en sanidad⁶⁶.

Pero existen diversos motivos por los que puede esperarse que las empresas públicas no actúen bajo el principio de minimización de costes: a) la indefinición de objetivos (se fijan diversos objetivos, a veces, contradictorios entre sí), b) priorización de objetivos políticos y c) incentivos perversos (remuneraciones no vinculadas a resultados) (CORONA, 1998, p. 219).

Las características del empleo de las empresas públicas sanitarias, debido a su condición semifuncionarial (personal estatutario), no permiten adecuar las plantillas a las necesidades de la empresa. La imposibilidad de los centros sanitarios de contratar libre e independientemente profesionales sanitarios en el mercado laboral, debido a que la contratación está sujeta al derecho administrativo, así como la dificultad del despido, por su condición especial, dificultan una gestión adecuada de los recursos humanos.

Por otra parte, el sistema de incentivos económicos no tiene en cuenta el rendimiento, por no existir un modelo de premio cuando es superior a la media o de castigo cuando es inferior a la media. Una situación parecida, en cuanto a incentivos, es la establecida para los gestores de la empresa sanitaria pública, pues su remuneración no suele ir unida a los resultados.

⁶⁶ Ver WILLIAMS (1998).

GREEN (1998, p. 69) propone dos alternativas al modelo de “planificación y control” que podrían paliar sus defectos: 1ª. La independencia de los centros sanitarios del poder político. La conversión de los hospitales en centros sanitarios privados sin ánimo de lucro, estimulando la participación del usuario. 2ª. La asistencia sanitaria debería financiarse más por seguros y menos mediante impuestos, permaneciendo la garantía del acceso universal por el Estado.

V.1. La competencia organizada.

ENTHOVEN (1988) ha propuesto un modelo denominado “managed competition” (que se ha traducido por algunos autores por “competencia organizada” o “competencia gestionada”), que evitaría los peores efectos del aseguramiento privado, de los presupuestos globales determinados por el Estado y los del monopolio público.

Según este esquema, el Estado permanece como garante del acceso de los usuarios a la asistencia sanitaria, pero sin reforzar la posición de monopolio del sector público, de los que disfruta ahora. Puesto que el ciudadano paga su asistencia sanitaria mediante la forma coactiva de los impuestos, independientemente de su grado de satisfacción por el servicio recibido, se elimina su poder de negociación.

Por lo tanto, se respetan los principios fundamentales en que se basa el Sistema Nacional de Salud (universalidad, equidad y solidaridad⁶⁷), pero intentando evitar los defectos que acarrea.

La reducción del papel de monopolio del sector público requiere decisiones políticas para crear alternativas al modelo existente. Una de estas medidas podría ser la creación de organizaciones mutualistas independientes (similar a MUFACE en España), que actuarían como asesoras y defensoras de los consumidores. Otra medida podría ser la conversión de los hospitales públicos en organizaciones independientes del Estado, sin ánimo de lucro. Ambas políticas fomentarían el resurgimiento de la sociedad civil frente al poder del Estado (GREEN, 1998, p. 72).

⁶⁷ La solidaridad no es exclusiva de un sector público monopolista.

El modelo de competencia organizada se fundamenta en la libre elección por el usuario del asegurador, del comprador y del proveedor de la asistencia sanitaria. Al mismo tiempo, el usuario se hace responsable de su elección, por lo que si decide una cobertura mayor ha de hacerse cargo de ella, con un coste adicional. Por otra parte, al no tener suficiente información acerca de los oferentes de seguros sanitarios y de provisión de asistencia sanitaria, se hace imprescindible su asesoramiento a través de un intermediario, que ENTHOVEN denomina “sponsor”.

Puesto que un mercado integrado por oferentes y compradores aislados no puede funcionar bien en el sector de la salud, Enthoven propone las organizaciones mutualistas (organizaciones compradoras de servicios, bien de aseguramiento o de asistencia sanitaria) que son compatibles con “el Gobierno limitado, la acción voluntaria, la creación de la decisión descentralizadora, la elección individual, los enfoques de competencia múltiple, el pluralismo y la responsabilidad individual y local” (ENTHOVEN, 1993, p. 46).

El modelo de “managed competition” presenta cuatro elementos principales:

1. Cada usuario elige el aseguramiento o la provisión de un paquete de servicios sanitarios entre los distintos aseguradores o proveedores por un período de tiempo (por ejemplo, un año).
2. Una parte o la totalidad del coste de la prima del seguro sanitario o del servicios sanitario recibido ha de ser cubierta por el usuario, a excepción de los individuos de rentas muy bajas, con el fin de concienciar al beneficiario del coste de su elección.
3. Los proveedores de asistencia sanitaria tienen que competir en unidades económicas que integran la provisión y el seguro, bien estableciendo un sistema único (p. e. el Seguro Médico Global o Health Maintenance Organisation, en Estados Unidos), bien mediante contratos entre

aseguradores y proveedores (p. e. las Organizaciones de Proveedores Preferentes o Preferred Provider Organisations, en Estados Unidos).

4. Las organizaciones mutualistas pueden pertenecer al sector privado o ser organismos administrativos autónomos, independientes del poder político, que asesorarían al usuario sobre calidades y precios de los aseguradores y proveedores, proporcionando información acerca de los incumplidores. Estas organizaciones jugarían un papel de intermediario entre el asegurado y el asegurador o entre el usuario y el proveedor de servicios sanitarios que, incluso, puede realizar la compra del servicio en nombre del beneficiario, después de que éste haya realizado la elección del proveedor.

El funcionamiento de este modelo podría resumirse de la siguiente forma: cada demarcación territorial (región, Comunidad Autónoma, distrito, etc.) establecería una cooperativa de compras que negociaría con los aseguradores privados el precio de un mismo paquete global de prestaciones. Pasado el primer período de tiempo (por ejemplo, un año) el Gobierno pagaría a cada cooperativa el precio del paquete estándar más barato en su demarcación. La determinación del paquete básico se haría en base a la experiencia y quien prefiera pagar más, tendría que hacerlo de su bolsillo.

De esta forma, los ciudadanos siguen pagando impuestos, pero el Estado transferiría a las cooperativas, en nombre de todos sus miembros, la suma de dinero equivalente al plan más barato, quedando incluidos todos los ciudadanos.

Los hospitales, al igual que los médicos de atención primaria, pasarían factura a las aseguradoras por sus servicios y tendrían libertad para negociar contratos o establecer convenios con las aseguradoras que más les convengan, compitiendo entre sí por estos contratos los hospitales públicos y privados (con o sin ánimo de lucro).

VI. INTRODUCCIÓN DE COMPETENCIA EN EL ASEGURAMIENTO DE SERVICIOS SANITARIOS.

La asignación óptima de recursos mediante el mercado se basa en la libertad de elección para el consumidor, que selecciona aquel proveedor que se ajusta más a sus necesidades, teniendo como restricción su capacidad económica. Los factores que influyen en la decisión del consumidor de servicios, en general, son en el precio y la calidad de los mismos.

La existencia de un asegurador único no permite esta posibilidad de elección, al tratarse de una situación de monopolio, por lo que se genera una pérdida de bienestar social que, en el caso de la sanidad, se traduce en indiferencia ante las preferencias de los consumidores y posible pérdida en la calidad de los servicios.

En los modelos de aseguramiento público, al no existir un precio determinado previo del seguro para el consumidor, que lo paga a través de sus impuestos y desconoce la parte de los mismos que se destina a la atención sanitaria, las pérdidas de bienestar pueden concretarse en insatisfacción del usuario.

La introducción de competencia en el aseguramiento puede reducirse exclusivamente al ámbito público (competencia pública) o extenderse a los aseguradores privados (competencia mixta). En ambos casos, los aseguradores han de competir por los clientes bien ofreciendo mayor calidad o bien ofreciendo mejores primas.

En el primer caso, en lugar de existir un asegurador público único, se abre la posibilidad de que aparezcan otras entidades públicas que ofrezcan el seguro sanitario y que compitan entre sí.

En el segundo caso, el mercado de aseguramiento se extiende al sector privado, disfrutando el usuario de un abanico más amplio para su elección.

El Estado puede establecer la exigencia de que todos los ciudadanos tengan cubierto un mínimo de asistencia sanitaria, pero no tiene por qué imponerse como asegurador único, de tal manera, que quienes desearan contratar un seguro sanitario en el sector privado deberían poder hacerlo sin que ello supusiera una doble cobertura, y, por lo tanto, un derroche de recursos debido al doble pago.

La posibilidad de elección entre asegurador público o privado, pudiendo suscribir una póliza de cobertura sanitaria en el sector privado de un importe mínimo equivalente a la parte de sus impuestos que antes destinaba a financiar la asistencia sanitaria pública, presenta algunos problemas para los individuos de menor renta. Sin embargo, existen opciones para enfrentarse a ellos: que estas personas permanezcan en el sistema público o subvencionarles la compra en el mercado de seguros de un paquete de servicios sanitarios esenciales (BERNALDO DE QUIRÓS, 1998, p. 23).

Si los ciudadanos pueden elegir entre aseguramiento público y aseguramiento privado, sin la obligación de permanencia en el sistema público, los gestores públicos se verían obligados a competir y, por tanto, tendrían incentivos para mejorar o reformar su sistema de gestión.

VI.1. Deducción total o parcial de la prima de seguro privado.

Las deducciones fiscales suelen beneficiar a los individuos con rentas más altas, aunque su justificación se argumente como un apoyo a las rentas más bajas (OCDE, 1996, p. 21).

Para GREEN (1998, p. 55), los incentivos fiscales, como las deducciones sobre impuestos, se han diseñado para hacer más atractivos cierto tipo de ahorro, como es el caso del aseguramiento privado complementario o los planes de pensiones privados. Sin embargo, este autor afirma que reducen la capacidad del individuo para decidir según sus circunstancias personales y, además, disminuyen la competencia, puesto que ciertas entidades aseguradoras pueden atraer fondos por otras razones que no sean la rentabilidad de la inversión.

VII. INTRODUCCIÓN DE COMPETENCIA EN LA COMPRA DE SERVICIOS SANITARIOS.

La asimetría de información, característica de los servicios sanitarios, puede resolverse, al menos en parte, con el asesoramiento de un intermediario que posea la misma información que el proveedor de la asistencia sanitaria. De esta forma, el usuario podrá elegir entre los distintos proveedores sanitarios basándose en la experiencia de otros usuarios y recogida por el intermediario.

En un sistema de cobertura universal, como el nuestro, la elección del proveedor no puede basarse en el precio, por lo tanto la única diferencia que puede distinguir a unos proveedores de otros es la calidad de los servicios ofertados. Pero, como ya se ha comentado anteriormente, la calidad de la asistencia sanitaria es difícilmente observable cuando no se tiene la información suficiente⁶⁸, por ello se hace necesaria la existencia de una organización compradora que realice las funciones de intermediario.

La existencia de una organización compradora de asistencia sanitaria, que asesora al usuario y selecciona a los proveedores, puede producir un efecto de reducción de costes y mejora de la calidad de los servicios consumidos si es posible que los proveedores de tales servicios compitan entre sí por los pacientes. Si además se posibilita la elección por el usuario del comprador colectivo que va a realizar la función de intermediación entre las distintas organizaciones que ofertan este servicio, se generaría un modelo de competencia entre los intermediarios para atraer los pacientes.

El comprador colectivo puede tener carácter público⁶⁹ o privado (con o sin ánimo de lucro), por lo que el modelo de competencia es posible restringirlo a intermediarios públicos (competencia pública) o extenderlo al sector privado sin ánimo de lucro (competencia mixta), siendo posible la ampliación al sector privado lucrativo.

⁶⁸ Es considerado un bien de confianza.

⁶⁹ Un ejemplo de comprador colectivo de titularidad pública es el PAMEM (Prestacions d'Asistencia Mèdica al Personal Municipal) del Ayuntamiento de Barcelona, que se trata en IBERN (1998b).

Una de las restricciones más importantes para introducir competencia entre compradores colectivos es la densidad de población de una zona geográfica. En algunas zonas rurales, no sería posible elegir entre múltiples intermediarios, así como tampoco se podría elegir entre múltiples proveedores. El número de intermediarios estaría relacionado con el número de usuarios y el de proveedores, por lo que los usuarios no disfrutarían de la misma capacidad de elección en las distintas zonas geográficas del territorio considerado (IBERN, 1998b, p. 467).

Otra restricción es consecuencia de que se parte, generalmente, de una configuración territorial de los servicios públicos de salud, por lo que la conversión de las entidades existentes en intermediarios públicos, con la incorporación de entidades privadas, con o sin ánimo de lucro, obliga a determinar los mecanismos de asignación de recursos a los distintos intermediarios.

El comprador colectivo se financiaría con una prima equivalente por la población afiliada, por lo que la competencia no se realizaría por el precio, sino por la calidad del servicio de intermediación ofrecido.

Los contratos que se establezcan entre las organizaciones compradoras de asistencia sanitaria y los proveedores han de determinar claramente la duración del mismo, así como las condiciones de precios y calidad de los servicios adquiridos.

VII.1. Las Áreas de Salud.

La Ley General de Sanidad, en el artículo 56.1, considera las Áreas de Salud como “estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros, de las prestaciones sanitarias y programas en su demarcación territorial”. Sin embargo, esta tarea de coordinación entre prestaciones que ofrecen los proveedores de distintos ámbitos asistenciales a la población afiliada a un territorio, no se ha desarrollado suficientemente (IBERN, 1998b, p. 457).

En algunas Comunidades Autónomas, la regulación de ordenación sanitaria ha considerado primordial la participación comunitaria, mientras que en otros casos se han creado estructuras administrativas acordes con la ley pero sin definir claramente su funciones.

Las Areas de Salud podrían desempeñar el papel de entidades compradoras, adquiriendo servicios sanitarios a profesionales médicos y hospitales por cuenta de sus usuarios afiliados. Para ello, recibirían una prima, pagada por el financiador y abonarían las facturas correspondientes a los proveedores por los servicios proporcionados de acuerdo con el sistema de pago establecido contractualmente (IBERN, 1998b, p. 459).

Los instrumentos de gestión de las Areas de Salud serían los mismos de los compradores colectivos a los que se ha hecho referencia anteriormente (revisión de utilización y análisis de la utilización adecuada, *case management* y responsabilidad presupuestaria del médico general, acreditación de proveedores y definición y aplicación de sistemas de pago de los servicios). Las Areas de Salud actuarían como compradores colectivos expertos por cuenta de sus usuarios afiliados y éstos se beneficiarían de la información que tiene el comprador colectivo, por lo que las decisiones coste-calidad de los proveedores serían más ajustadas.

CAPÍTULO TERCERO

INTRODUCCIÓN DE MECANISMOS DE COMPETENCIA EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

I. INTRODUCCIÓN.

En los últimos años de la década de los setenta y a lo largo de los ochenta se empiezan a aplicar medidas para la contención del gasto sanitario¹, ante la duda sobre la capacidad de financiación de la sanidad en un contexto de aceleración del gasto.

Posteriormente, al inicio de los 90, se inician reformas estructurales de los sistemas sanitarios en diversos países de Europa: Reino Unido, Países Escandinavos, Holanda y Alemania, principalmente. Estas reformas se basan, en la introducción de mecanismos de competencia gestionada (*managed competition*), tanto en Sistemas Nacionales de Salud (competencia en la provisión: competencia pública y competencia mixta) como en Sistemas de Seguridad Social (competencia en el aseguramiento). En ambos casos, pueden identificarse tendencias comunes (MANZANERA LÓPEZ et al., 1998, pp. 101-102):

- Un traslado del poder al ciudadano, aumentando su capacidad de elección (de aseguradora, centro o profesional sanitario, con financiación vinculada a su elección), con la garantía de sus derechos de utilización de los servicios sanitarios y mayor protección de los mismos.
- Una actuación proactiva, con financiación prospectiva, mediante contratos de servicios que intentan asegurar la eficiencia del sistema.
- Una introducción de organizaciones de asistencia sanitaria y de nuevos esquemas de incentivos, basados en la medicina gestionada.
- Una apuesta por el aseguramiento privado complementario en los países con menor capacidad financiera, favoreciéndolo con medidas fiscales, para algunas prestaciones o como sustitutivo de la cobertura pública².

¹ Ver ABEL-SMITH (1984), donde se exponen las políticas sanitarias para el control del gasto, actuando sobre la oferta y sobre la demanda de asistencia sanitaria.

² Es el caso de Chile.

Los objetivos de la reforma de los sistemas sanitarios son garantizar la equidad, la calidad de la asistencia sanitaria, mejorar la eficiencia y contener el crecimiento del gasto sanitario. Los medios para conseguir estos objetivos son la financiación pública, la desregulación y la competencia. La libertad de elección de los usuarios es un elemento fundamental, constituyendo al mismo tiempo un objetivo y un medio.

La intervención del Estado en la provisión de servicios sanitarios se ha justificado, *a priori*, por los fallos de mercado, sin embargo, la provisión pública de la sanidad también presenta fallos de gobierno o del sector público que pueden ocasionar distorsiones mayores que los fallos de mercado (BAREA y GÓMEZ CIRIA, 1994, p. 214). Sería necesario, por tanto, la evaluación de las políticas sanitarias, comparando ventajas e inconvenientes del mercado y del sector público.

Para ello habría que analizar si la intervención pública mejora el bienestar social en el sentido de Pareto, lo que se reduce al estudio del sistema de funcionamiento del sector público y a la evaluación de sus programas, de sus objetivos y del grado en que los mismos se alcanzan.

Aunque se establezca la financiación pública de la sanidad, ello no implica que la producción deba ser también pública, pues, si bien es cierto que la decisión acerca de cuánto se ha de producir y a quién se va a distribuir está en el ámbito de lo público, determinar quién va a realizar la producción no debe estar condicionado a la procedencia de la financiación. Al tratarse de un proceso técnico y organizativo, la producción de servicios sanitarios debería llevarse a cabo por los agentes más eficientes, sean del sector público o del privado (BAREA y GÓMEZ CIRIA, 1994, p. 179).

Las posibilidades de intervención, teniendo como objetivo la eficiencia en la provisión de servicios sanitarios, puede instrumentarse en cuatro modelos³:

- *El modelo burocrático*: el Estado, a través de la administración sanitaria, se encarga de la compra y la provisión de la asistencia sanitaria.

³ En LÓPEZ CASASNOVAS, J. (1995) se analizan más profundamente los cuatro modelos.

- *La competencia pública:* el usuario decide directa o indirectamente al proveedor del servicio sanitario, pero quedando restringido el campo de elección a los proveedores públicos.
- *La competencia simulada dirigida:* se crea un cuasimercado de proveedores, públicos y privados, pero la elección permanece en la administración sanitaria pública.
- *La competencia simulada descentralizada:* en un cuasimercado de proveedores públicos y privados, quien decide la compra de la asistencia sanitaria es el usuario.

Los tres últimos tipos representan modelos de competencia donde los proveedores han de luchar para conseguir los recursos limitados de la financiación para su funcionamiento. Suponen métodos de control más sensibles a la realidad y a las características de la producción, una mayor adaptación a los costes relativos y a la introducción de innovaciones y contribuyen al bienestar del usuario aumentando su satisfacción. Sin embargo, su aplicación tiene importantes problemas de gestión y organización (PEROTE PEÑA, 1998, p. 177).

La utilización de criterios de mercado con el fin de minimizar costes, para un nivel de calidad dada, ha de realizarse tanto a nivel macroeconómico como microeconómico. El primero, se concreta en la introducción de competencia en el mercado sanitario, y el segundo, en la importación de técnicas de gestión y organización similares a las utilizadas en el sector privado y una reestructuración de los incentivos de los distintos agentes que operan en el sector.

Un paso previo e imprescindible para que exista competencia entre proveedores de asistencia sanitaria es su constitución en entidades autónomas e independientes del poder político. De esta forma, podrán competir entre sí entidades públicas o públicas y privadas, pero en igualdad de condiciones.

En España, a raíz de las recomendaciones de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud⁴, se inician una serie de cambios estructurales en los servicios sanitarios⁵, comenzando por la separación de las funciones de financiación y de provisión de asistencia sanitaria, lo que permite introducir cierto grado de competencia interna entre los proveedores de asistencia sanitaria. Se busca la diversificación de proveedores que han de competir, premiando al que presta una atención sanitaria más eficiente, y creando las bases para ampliar la capacidad de elección de los usuarios.

Para conseguir situar al Sistema Nacional de Salud en un marco de gestión empresarial, con descentralización administrativa y autonomía de gestión, se ponen en marcha los contratos programa: cada centro sanitario se compromete con unos objetivos asistenciales y en función de ellos recibirá la asignación económica correspondiente.

La introducción de métodos de gestión empresarial en la sanidad se consolida con la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, por la cual los centros sanitarios públicos pueden convertirse en entidades con personalidad jurídica propia, autónomas e independientes del poder público.

La introducción de competencia puede realizarse por el lado de la demanda (creación de la figura del intermediario, el bono del sanitario y el cobro al usuario del coste del servicio) y/o por el lado de la oferta (competencia entre proveedores: pública y mixta).

El debate se centra en la creación de mercados de servicios sanitarios, donde la financiación siga siendo pública, pero la provisión pueda ser pública o privada, obligando a competir entre sí a los distintos proveedores.

⁴ Conocido por *Informe Abril*.

⁵ Estas iniciativas se plasman en los distintos Planes Estratégicos, tanto del INSALUD como de los Servicios Regionales de Salud.

La introducción de competencia entre proveedores de servicios sanitarios es totalmente compatible con la financiación pública a través de impuestos de un Sistema Nacional de Salud, permitiendo a los usuarios que no estén satisfechos con la asistencia sanitaria que reciben de la sanidad pública recurrir a otros proveedores libremente.

Es preciso señalar que la introducción de competencia en la provisión de servicios sanitarios no significa la privatización de los mismos, si bien, es un paso previo necesario para la privatización de la sanidad.

En este Capítulo, en el segundo apartado, se analiza más detenidamente la provisión de servicios sanitarios, las prestaciones sanitarias que comprende (Asistencia Primaria, Asistencia Especializada, Prestación Farmacéutica y Prestaciones Complementarias), una comparación de su cobertura en varios países europeos con modelos sanitarios inspirados en el Sistema Nacional de Salud y en el Sistema de Seguridad Social, finalizando con el estudio de la provisión pública de servicios sanitarios y sus efectos sobre la asimetría de información existente en este mercado.

En el tercer apartado, se tratarán los mecanismos de introducción de competencia en la provisión de servicios sanitarios, considerando las políticas alternativas sobre la demanda y sobre la oferta de asistencia sanitaria.

Las medidas sobre la demanda se concretan en la introducción de la figura del *intermediario*, comprador especializado con mayor información acerca de la calidad de los servicios ofrecidos y la eficacia y eficiencia de los proveedores; el *bono del usuario*, como mecanismo necesario para obligar a competir a los proveedores entre sí por los recursos que cada bono representa, sin modificar la procedencia pública de la financiación sanitaria; el *cobro al usuario*, como una medida de reducción de la demanda y de competencia entre proveedores, con financiación pública si se reembolsa al usuario el importe satisfecho por el mismo, o con financiación mixta si solamente se le reembolsa parcialmente o se le fija una participación en el coste del servicio consumido (ticket moderador).

La introducción de competencia por el lado de la oferta se tratará a dos niveles distintos: la *competencia mixta* y la *competencia pública*. En el primer caso, los proveedores que han de competir por los pacientes pertenecen tanto al ámbito público como privado. En el segundo caso, la competencia se restringe a los centros sanitarios públicos, entre los cuales puede elegir el usuario.

Con la introducción de competencia en la provisión de asistencia sanitaria, el modelo burocrático desaparece y el centro del sistema es el usuario. Los proveedores se enfrentan a la elección del paciente, que representa recursos financieros para el funcionamiento de la entidad sanitaria, de tal manera que el usuario se convierte en cliente.

La separación entre el financiador, el comprador y el productor de asistencia sanitaria puede llevarnos a un cambio en la relación entre la entidad compradora y el proveedor sanitario, que pasaría de una subvención directa a una relación contractual, pero no necesariamente.

Finalmente, se analizarán las diferencias esenciales entre el modelo de competencia mixta (mercados internos) y el modelo de competencia pública.

En el cuarto y último apartado, se estudia la provisión de servicios sanitarios en España, la utilización del contrato programa y el concierto, así como la puesta en marcha de algunas de las recomendaciones del “Informe Abril” en nuestro país a partir del Plan Nacional de Salud, los Planes autonómicos y los Planes Estratégicos (del INSALUD y de los Servicios Regionales de Salud), que orientan la sanidad española a imitar elementos de las reformas llevadas a cabo en otros países, como el Reino Unido, aunque hayan sido paralizadas en la última Legislatura y se realiza una aproximación a los niveles asistenciales, recursos y actividad asistencial a nivel nacional. Finalmente, se analiza la evolución del INSALUD gestión directa, concretamente, desde la publicación de su Plan Estratégico hasta la actualidad.

II. LA PROVISIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS.

El concepto contable de provisión, similar al de financiación, que utilizan algunos autores, lo hemos desechado, prefiriendo la acepción de producción, que se ha acogido de forma más generalizada. La provisión de asistencia sanitaria comprende todos los servicios sanitarios producidos y suministrados a los usuarios.

La provisión de servicios sanitarios se concreta en diversas prestaciones sanitarias, que pueden resumirse en cuatro grupos: Atención Primaria, Atención Especializada, Prestación Farmacéutica y Prestaciones Complementarias⁶.

Los servicios sanitarios de atención primaria constituyen la puerta de entrada del sistema sanitario y, en muchos casos, el filtro de acceso a la atención especializada. La atención primaria es suministrada por los médicos de medicina general y los pediatras. En unos países la elección de los mismos es totalmente libre (por ejemplo, Alemania y Francia), en tanto que en otros esta elección queda limitada a una lista de proveedores (España y Reino Unido).

La asistencia especializada se suministra a través de los ambulatorios y de los hospitales, en consultas externas o en régimen de internamiento. La libre elección de especialista por el usuario y el acceso directo al mismo es generalizada en los países con Sistema de Seguridad Social, en tanto que en los demás países la capacidad de elección es más restringida. El acceso al especialista suele realizarse a través del médico de atención primaria, siendo este sistema menos costoso que el de libre acceso (ABEL-SMITH, 1996, p. 32). La atención especializada en centros públicos es gratuita en la mayoría de los países o con una pequeña participación en el coste de la asistencia sanitaria.

La financiación de las especialidades farmacéuticas se basa en una lista negativa (recoge los productos de farmacia que no están cubiertos) en Alemania, España,

⁶ En España, el Proyecto de Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, aprobado por el Gobierno el 5 de diciembre de 2002, amplía algunas de estas prestaciones.

Holanda, Luxemburgo y Reino Unido. Bélgica, Dinamarca, Francia, Grecia, Irlanda, Italia y Portugal tienen listas positivas, es decir, los medicamentos que tienen cobertura en el sistema. La participación en el coste del medicamento es variable, si bien en todos los países existen exenciones. En el caso de España, los pensionistas de la Seguridad Social, las personas sin recursos económicos, los pacientes por accidente laboral y enfermedad profesional, entre otros casos, disfrutan de la gratuidad de los productos de farmacia que tienen cobertura. También es gratuita la prestación farmacéutica en régimen de internamiento hospitalario.

La participación en el coste de los productos farmacéuticos se fija sobre el precio fijo financiado⁷ (PFF), sobre el precio de venta⁸ (PVP), sobre el precio de referencia⁹ (PR) o una cantidad fija por receta¹⁰. En algunos países se aplica la misma participación a todos los usuarios obligados a pagar, en tanto que en otros se clasifica a los beneficiarios en categorías¹¹, establecidas principalmente en función de la renta .

Las prestaciones complementarias comprenden los servicios de rehabilitación, la prestación ortoprotésica, medios de diagnóstico, obstetricia, medicina preventiva, salud bucodental, asistencia a domicilio y prestaciones de ayuda y, finalmente, transporte sanitario.

Los servicios de rehabilitación pueden darse en régimen ambulatorio o en régimen de internamiento, y los proporcionan los fisioterapeutas. La rehabilitación es gratuita en los países con Sistemas Nacionales de Salud, en tanto que en los demás el usuario ha de participar en el coste, bien en porcentaje sobre las tarifas o con una cantidad fija.

La prestación ortoprotésica comprende las prótesis, las sillas de ruedas, las prótesis ópticas (gafas y lentillas), auditivas (audífonos) y dentales. En todos los países

⁷ Alemania y Holanda.

⁸ Bélgica, España, Francia, Grecia, Luxemburgo y Portugal.

⁹ Dinamarca.

¹⁰ Reino Unido.

¹¹ Bélgica, Dinamarca, Francia, Irlanda, Italia y Portugal.

el usuario ha de aportar el total o la mayor parte del coste, excepto en las prótesis y en las sillas de ruedas, que son gratuitas. En Dinamarca e Italia las prótesis dentales no están cubiertas por el aseguramiento público.

Los medios diagnósticos en régimen de ambulatorio comprenden pruebas analíticas, cardiovasculares, electroencefalogramas, neurofisiología, radiología y T.A.C., siendo gratuitos en la mayoría de los países.

Los servicios de obstetricia son gratuitos en todos los países y cubren la asistencia pre y postnatal de las embarazadas y la maternidad. En Alemania, además, existe un servicio de atención domiciliaria.

La salud bucodental comprende tratamiento preventivo, extracciones, ortodoncia y laboratorio de prótesis dentales. Los reconocimientos preventivos en los niños y las extracciones están cubiertos por el aseguramiento público, pero en el resto de los servicios odontológicos existe la participación del usuario en el coste. En el caso de la ortodoncia, en España está en manos de la sanidad privada y no existen exenciones.

La medicina preventiva se ha desarrollado especialmente en la infancia, con profilaxis dental, vacunaciones y, en algunos países, reconocimientos médicos periódicos. En los adultos, se han generalizado las campañas para la detección precoz del cáncer y de enfermedades cardiovasculares, principalmente. Además, en todos los países existen programas específicos de atención pre y post-natal, así como servicios de planificación familiar.

El servicio de enfermería a domicilio cubre la falta de asistencia del enfermo por carencia o ausencia de una persona que le atienda. Se ha desarrollado mucho en los casos de pacientes graves crónicos y terminales, personas mayores y minusválidos. En algunos casos, se proporciona la ayuda económica para poder pagar esta asistencia, en lugar de proporcionarle el servicio de enfermería. Sin embargo, en este caso se trataría más de un servicio social que de un servicio sanitario.

Finalmente, el transporte sanitario es totalmente gratuito en España, Holanda, Italia, Luxemburgo (bajo prescripción) y Reino Unido (bajo prescripción y reembolso en urgencia en algunos casos). El resto de los países contempla el pago por el usuario de este servicio en parte o en su totalidad (Grecia y Portugal), si bien se tiene en cuenta ciertas situaciones del paciente para disfrutar de la exención del pago, como nivel de renta, determinadas enfermedades o por edad o distancia.

II.1. Provisión pública de servicios sanitarios.

Todos los sistemas sanitarios europeos, tanto los Sistemas Nacionales de Salud como los Sistemas de Seguridad Social, se han enfrentado en las últimas décadas a un gasto creciente y a un descontento de los ciudadanos por su falta de eficacia, lo que pone en entredicho si los recursos empleados en la sanidad se asignan de forma eficiente (BAREA y GÓMEZ CIRIA, 1994, p. 208).

El modelo de "planificación y control" de la asistencia sanitaria empieza a ser discutido, pues con el paso del tiempo las organizaciones burocratizadas tienen mayores problemas para su adaptación al entorno y a las preferencias de los usuarios a quienes prestan sus servicios, aunque nadie niega los beneficios sociales que han producido en las última décadas.

La tendencia general de los sistemas de producción pública al descontrol del gasto y a una ineficaz e ineficiente asignación de los recursos públicos ha llevado a un aumento alarmante del gasto sanitario público y de las listas de espera. Por otra parte, los presupuestos cerrados no han conseguido contener el gasto, sino a costa de la calidad de las prestaciones y de la implantación de medidas de racionamiento. Todo ello ha contribuido al descontento de los ciudadanos, cuyas expectativas no parece que pueda cubrir un sistema de dirección pública.

Por otra parte, los cambios tecnológicos y la modificación de la estructura de la población, que darán lugar al nacimiento de nuevas necesidades, acrecientan la

discusión sobre si los actuales sistemas de dirección y planificación públicas serán válidos en un futuro.

Este debate se ha iniciado, además de en nuestro país, en varios países de la Unión Europea, como el Reino Unido, Suecia, Finlandia, Holanda, Alemania y Francia, lo que pone de manifiesto la necesidad de aumentar la eficacia y la eficiencia de los sistemas de dirección pública en la sanidad.

Una de las ideas propuestas se basa en la introducción de criterios de mercado en la provisión de la sanidad. Otra de las alternativas contempladas es la mejora de la gestión de los recursos (eficiencia), relacionando los servicios suministrados con los costes asociados a ellos. Ambos criterios no son incompatibles entre sí, al contrario, son complementarios, y pueden ser utilizados simultáneamente para controlar el gasto sanitario.

Sin embargo, algunos autores consideran que la producción de algunos servicios públicos, como la sanidad o la educación, debería ser pública, basándose en los siguientes argumentos:

- La producción de servicios públicos preferentes tiene objetivos públicos que pueden entrar en conflicto con los objetivos económicos de una empresa privada. El objetivo de satisfacer una necesidad pública (sanidad), puede no coincidir con el objetivo de maximizar el beneficio económico del capital privado, por lo que se necesitaría una reglamentación muy estricta (BAREA y GÓMEZ CIRIA, 1994, p. 180).
- Una de las formas de aumentar el beneficio económico es la reducción de la calidad de los servicios suministrados.
- El mercado sanitario capitalista tenderá, en el largo plazo, a una estructura de monopolio, lo que dificultaría su control por el poder público.

- Podrían plantearse dificultades en la coordinación de los servicios de provisión privada y los de provisión pública.
- Para el sector privado, sus prioridades podrían anteponerse a las necesidades de asistencia de los usuarios.
- El sistema basado en el pago por servicio a médicos y hospitales privados provocaría una inflación de costes, lo que refuerza otros factores que incrementan el gasto: oferta creciente, uso de tecnologías avanzadas sin evaluar su eficiencia y eficacia, crecientes expectativas de los pacientes y mayor insatisfacción de los usuarios cuando no quedan cubiertas sus expectativas.
- Parasitismo del sector privado al funcionar con recursos públicos.

Muchas de estas situaciones ya se dan con la producción pública, incluso con mayor intensidad, pero otros podrían eliminarse o, al menos, paliarse con un mercado competitivo mixto (público-privado), en tanto que otros (como la calidad), pueden establecerse previamente por el Estado para todo el sector sanitario (BAREA y GÓMEZ CIRIA, 1994, p. 181).

Una de las razones para justificar la intervención del Estado en la sanidad es la asimetría de información, que, en la provisión de servicios sanitarios, se presenta en la relación entre el proveedor y el asegurado, en forma de riesgo moral y selección adversa.

- *Riesgo moral (entre proveedor y asegurado)*: se refiere a la diferencia de información entre el paciente y el proveedor acerca del diagnóstico, los posibles tratamientos alternativos, los resultados esperables, la calidad y los costes de los distintos proveedores del servicio sanitario requerido. Independientemente del sistema de remuneración del proveedor, éste tendría incentivos para explotar la asimetría de información a favor de aquel

tratamiento que le reportara mayores beneficios. El paciente estaría dispuesto a pagar el diagnóstico y el tratamiento más efectivo, que no tiene por qué ser el más costoso, pero, dada su falta de información, la decisión quedaría en manos del profesional médico, lo que no garantiza que la opción elegida sea la más eficiente. El único mecanismo de control sería su reputación, el cual funciona igual con o sin intervención pública (STIGLITZ, 1994, p. 42; PEROTE PEÑA, 1998, p. 162-3). La información sobre los profesionales sanitarios se ve disminuida por la existencia de asociaciones profesionales que funcionan de forma corporativista, impidiendo el conocimiento de los errores, conductas impropias, etc. de sus asociados, por lo que el usuario ha de confiar en último término en el juramento hipocrático. Sin embargo, se ha exagerado la diferencia de información entre el médico y el paciente, puesto que una minoría significativa de pacientes relativamente bien informados puede disciplinar el mercado¹². La relación entre ambos suele ser personal, no contractual, con un reconocimiento mutuo de derechos y responsabilidades¹³.

- *Selección adversa (entre proveedor y asegurado)*: el proveedor podría rechazar aquellos asegurados de alto riesgo, bien por su edad o por haber contraído una enfermedad grave, cuyo tratamiento podría ser muy costoso, prefiriendo pacientes con enfermedades leves. Para evitarlo, se ha de garantizar que el paciente va a recibir asistencia sanitaria del proveedor elegido, independientemente de su dolencia.

Para evitar el riesgo moral y la selección adversa se argumenta la intervención estatal en la provisión de servicios sanitarios. En el primer caso, porque se supone que el poder público está bien informado acerca de los proveedores y de sus actuaciones y, por lo tanto, ya no existiría asimetría de información. Sin embargo, en la práctica, la Administración sanitaria no adquiere, generalmente, servicios sanitarios para los usuarios basándose en la oferta de los proveedores, sino que los usuarios son asignados

¹² Ver LÓPEZ CASASNOVAS (1995).

¹³ En estudios empíricos realizados en Estados Unidos, se ha comprobado que no existen asimetrías de información en la atención ambulatoria, domiciliaria y de larga duración.

a los distintos proveedores dependiendo de la zona geográfica en que residan, por lo que el estar más informado no influye en sus comportamientos de compra. En el segundo caso, porque la provisión pública de servicios sanitarios aseguraría que nadie quedase sin asistencia sanitaria, independientemente de cuál sea su dolencia. Sin embargo, la provisión pública de la asistencia sanitaria presenta, como se ha dicho anteriormente, fallos de gobierno o de la provisión pública, unos derivados de la planificación burocrática y otros de los mecanismos de la acción política¹⁴.

III. INTRODUCCIÓN DE COMPETENCIA EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS.

La introducción de mecanismos de tipo mercantil incita a mejorar la eficiencia y, posiblemente, la eficacia y la calidad, dependiendo del grado de competencia y de la experiencia del comprador (CHRISTIE, 1996, p. 18).

Pero la introducción de modelos de mercado no tiene por qué resultar una reducción de los precios o de los costes, pues la demanda no crea la oferta, sino al contrario. Se compite a través de los servicios, no de los precios, por lo que puede producirse una duplicidad de servicios y encarecimiento de los mismos¹⁵ (FERNÁNDEZ-CUENCA GÓMEZ, 1998, p. 258). Si bien el mercado puede lograr, en determinadas circunstancias, la provisión eficiente de bienes y servicios, también es cierto que genera desigualdades en la distribución de lo producido (FERNÁNDEZ-CUENCA GÓMEZ, 1998, p. 261).

La experiencia empírica demuestra que en los países con sistemas sanitarios con predominio del sector privado, donde se aplican las leyes del mercado, la sanidad es más cara, así como los gastos de administración, y se acentúan las desigualdades sociales al existir capas sociales sin posibilidad de acceso a una asistencia sanitaria de calidad mínima. Además, los indicadores de salud suelen ser significativamente más bajos que en los países con sistemas sanitarios mayoritariamente públicos. En resumen,

¹⁴ Los fallos del sector público o de gobierno se han analizado en el Capítulo II.

¹⁵ En NAVARRO, V. (1995) también hace referencia a este problema de la separación de funciones.

el modelo de mercado es más caro e insolidario que el modelo de sistema público (FERNÁNDEZ-CUENCA GÓMEZ, 1998, p. 262).

Sin embargo, existe una solución intermedia en la que se mantiene la financiación pública de la sanidad pero la producción se realiza por entidades públicas o privadas.

La competencia, basada en la elección del proveedor, bien sea directa o indirectamente, se fundamenta en la información acumulada sobre la calidad asistencial y su relación con el coste del servicio recibido. Aunque el usuario disfrute de asistencia sanitaria gratuita, puede compararla con los impuestos que paga al Estado y evaluar esta relación. Si la relación con el proveedor es contractual, la entidad compradora puede fácilmente comparar servicio adquirido y coste del mismo, siempre y cuando disponga de suficiente información (STIGLITZ, 1994, p. 43).

III.1. Introducción de incentivos de mercado (políticas sobre la demanda).

La elección de proveedor de asistencia sanitaria es el elemento fundamental para que exista competencia en la provisión. Esta elección puede realizarla el usuario por sí mismo o a través de un tercero, que podría realizar también la función de compra del servicio sanitario.

III.1.a. La elección del usuario.

En la sanidad, muchas veces no coinciden en la misma persona quien toma las decisiones y quien posee la información, produciéndose así asimetría de información. “La cuestión clave no reside en esforzarse en cambiar quien toma la decisión (el paciente no tiene por qué hacer de médico), sino en preguntarse si existen mecanismos de vigilancia adecuados o en qué medida es posible transferir información a la parte que tiene menos” (IBERN, 1998a, p. 3). Existen tres instrumentos para que el usuario pueda tomar una decisión más adecuada, aún careciendo de suficiente información:

- a) el consumo repetido,
- b) la información de otras fuentes (familia, amigos, etc.) y
- c) la información suministrada con carácter general, aunque puede ser sesgada.

Estos tres elementos son los que ARROW (1963) denomina mecanismos no coercitivos de transmisión de la información.

Por otra parte, el Estado también puede contribuir a paliar la falta de información del usuario mediante la regulación, por su capacidad para otorgar títulos y facultar para el ejercicio de la profesión y, de esta forma, establecer un nivel mínimo en la prestación sanitaria.

Una elección puede considerarse racional si satisface tres condiciones: 1) debe ser el mejor medio para satisfacer los deseos del consumidor, según sus creencias sobre la relación medios-fines, 2) estas creencias deben ser óptimas con la información disponible, y 3) la relación entre la información adquirida y el coste soportado ha de ser óptima.

Sin embargo, las tres condiciones no se cumplen normalmente, por lo que las decisiones se han de tomar en un ámbito de incertidumbre y la racionalidad es limitada. La racionalidad limitada tiene dos aspectos: a) los costes de la información (su obtención, almacenamiento, procesamiento y comunicación) y b) la incertidumbre sobre las implicaciones lógicas del propio conocimiento.

Son destacables las aportaciones de la Teoría de la Decisión y de la Teoría de la Información al análisis económico de la elección del consumidor y facilitan la comprensión de la respuesta racional del individuo ante la incertidumbre. SAVAGE (1954) estableció los principios de racionalidad, basados en la probabilidad de acontecimiento de un suceso y la utilidad de los resultados.

La decisión racional se fundamenta en la maximización de la utilidad del decisor, por lo que una decisión puede ser la adecuada con la información disponible,

pero deja de serlo después de la aportación de información nueva, por lo que la decisión inicial ha de cambiar para ser racional (decisiones secuenciales: Teorema de Bayes).

Pero SAVAGE no tenía en cuenta el coste de obtención, almacenamiento, procesamiento y comunicación de la información para aplicar los principios de decisión racional. En los casos de las decisiones rutinarias, basadas en la experiencia, el coste de la información es casi inexistente, pero en los casos de decisiones excepcionales, que se toman sólo ocasionalmente, es necesario acumular la mayor información posible y el coste de la misma puede ser muy elevado.

En sanidad, la incertidumbre es una constante para el usuario (si un tratamiento es efectivo o no, si una prueba determinada es necesaria o no). Por esta razón, las decisiones se llevan a cabo con racionalidad limitada. La utilización de modelos de decisión racional es, por lo tanto, poco realista.

En un espacio competitivo, puede confiarse en que los comportamientos irracionales o ineficientes de los oferentes pueden provocar su expulsión del mercado, pero es difícil para el usuario determinar cuándo este comportamiento es no óptimo.

Para PAUKER y KASSIRER (1997), la elección del paciente es una situación en la que las consecuencias de las distintas opciones son, en la media, virtualmente idénticas. Por lo tanto, el paciente no puede tomar una decisión equivocada si entiende que en promedio cualquier elección tendrá un resultado equivalente al contrario (IBERN, 1998a, p. 5).

La búsqueda de información para tomar una decisión más racional tiene un coste que aumenta en la medida en que el número de oferentes es mayor. En el sector hospitalario, el número de oferentes suele ser pequeño y, en muchos casos, puede tratarse de un monopolio natural, pero en los servicios de atención primaria, si el número de oferentes es muy grande, el coste de búsqueda de información (basado principalmente en las recomendaciones de familiares y amigos) aumenta

considerablemente. Una solución a este problema podría ser la limitación de la elección de médico de atención primaria a una lista determinada.

A) La elección de médico.

La elección de médico de asistencia primaria está generalizado en todos los sistemas sanitarios, aunque con ciertas restricciones y supone una posibilidad de que la experiencia permita una elección informada, según las preferencias del usuario. Cuando la búsqueda entre distintos proveedores es costosa, la demanda sería menos elástica y los precios aumentarían¹⁶.

La teoría de la competencia monopolística en el mercado de asistencia primaria se ha demostrado en el mercado norteamericano para entornos de libre elección de médico¹⁷.

La elección de médico especialista resulta mucho más compleja que la de médico de atención primaria. En primer lugar, en muchos países no es posible la elección de especialista por el usuario, sino que es el médico general quien decide en su lugar. En segundo lugar, la información disponible para la decisión es insuficiente, pues en muchas ocasiones no puede apoyarse en la experiencia (propia o de personas cercanas) y está supeditada al modelo organizativo del sistema sanitario.

B) La elección de hospital.

La decisión relativa a la elección de hospital presenta importantes problemas de información. Por un lado, normalmente el usuario no conoce todos los servicios que proporciona cada hospital ni la calidad de los mismos. Una posible solución podría basarse en la calificación de ciertos indicadores relativos a la calidad de la atención sanitaria, que fueran generalmente aceptados y publicados periódicamente. Pero como la elección se realiza sobre el conjunto de los servicios proporcionados por el hospital,

¹⁶ Los estudios relativos al papel de los costes de búsqueda de información y su efecto en los precios se iniciaron con las aportaciones de PAULY (1979), si bien, han sido ampliamente discutidos.

¹⁷ WONG (1996) prueba la existencia de competencia monopolística en la asistencia primaria.

nos encontraríamos con que el hospital elegido puede tener una calificación alta en un determinado servicio y muy baja en otros, con lo que la puntuación media de todos los hospitales sería muy similar (IBERN, 1998a, p. 5).

Por otro lado, la percepción de la calidad asistencial por el usuario es muy subjetiva, pues las recomendaciones del especialista que llevan consigo la prohibición de un determinado comportamiento del paciente no son fácilmente aceptadas por éste, y puede llevarle a la pérdida de confianza en el profesional sanitario o, simplemente, no seguir sus consejos médicos y reclamar una mejor asistencia sanitaria puesto que el tratamiento aplicado no ha mejorado su estado de salud. Sin embargo, la información que proporciona el precio, como indicador elemental, es evidente y conocida.

Uno de los elementos que más influyen en la elección del hospital es la localización del mismo, no su calidad asistencial.

III.1.b. La figura del intermediario.

La elección final del proveedor de la asistencia sanitaria podría recaer en el propio usuario, previo asesoramiento sobre precio, calidad, lista de espera, experiencias de otros usuarios, etc., o ser delegada en el intermediario, que en todo caso será el encargado de pagar a los proveedores.

Las organizaciones compradoras de servicios sanitarios, que actúan como intermediarios, ejercen una función de control y auditoría de la calidad de los servicios ofertados por los proveedores, limitando la posibilidad de explotar la asimetría de información por los profesionales sanitarios y exigiendo unos niveles de calidad¹⁸. De esta forma, se transforma un bien de confianza para el usuario en un bien de experiencia para el comprador.

La organización compradora puede “modular los servicios hacia aquellos proveedores (o su combinación) que ofrezcan un conjunto de actividades de

¹⁸ Algunos autores, como IBERN, asignan este papel a los colegios profesionales.

diagnóstico y tratamiento (...) con el mayor nivel de coste-efectividad” (IBERN, 1998b, p. 464).

Como el comprador colectivo ha de sufragar el coste de la asistencia sanitaria de sus afiliados, tiene la posibilidad de comparar los proveedores y elegir los más eficientes, con el fin de obtener un coste por individuo mínimo, mediante una combinación adecuada de proveedores para el conjunto de patologías de sus afiliados.

Las relaciones entre organizaciones compradoras y proveedores pueden establecerse mediante un contrato, que debería caracterizarse por la estabilidad y continuidad con el fin de evitar comportamientos oportunistas (IBERN, 1998b, p. 464).

La utilización de modelos contractuales como subastas y concursos, que son muy habituales en el ámbito de otros servicios públicos, no es muy común en el sector sanitario. Ello se debe, principalmente, a la imposibilidad de elegir entre varios proveedores en una zona geográfica donde opera un monopolio natural¹⁹ productor de servicios sanitarios y el elevado coste que supondría la ampliación del espacio de elección, por lo que el papel de las organizaciones compradoras queda prácticamente anulado.

III.1.c. El bono o vale de usuario (bono sanitario).

En un sistema sanitario de financiación pública todos los ciudadanos tienen derecho a la asistencia sanitaria, por ser la cobertura universal, y nadie ha de quedarse sin ella por carecer de recursos económicos.

Los usuarios disfrutarían de un bono (el bono sanitario) facilitado por el Estado con el que podrían comprar asistencia sanitaria, bien directamente o asesorados por un intermediario u organización compradora. En este supuesto, todos los usuarios tendrían

¹⁹ McGUIRE, T. G., RIORDAN, M. H. (1995), han realizado un análisis teórico sobre la estructura óptima del mercado, en situaciones de información incompleta, para contratos de suministro público.

la posibilidad de elegir entre los distintos proveedores en un mercado formado solamente por entidades públicas o en un mercado mixto.

La cobertura del bono sanitario puede contemplar el conjunto de la atención sanitaria o desagregarse en dos: uno para la atención primaria y otro para la atención hospitalaria.

El importe de dicho bono puede determinarse según distintos criterios: de la misma cuantía para todos los usuarios y se iría descontando del total el coste de la asistencia sanitaria consumida, o calcularla individualmente, de tal forma que su cuantificación tendría en cuenta la situación del usuario, por ejemplo, la edad y la renta personal. Un punto de partida podría ser el coste medio de la asistencia sanitaria (primaria u hospitalaria) de un beneficiario en un año determinado, corregida por la inflación (BERNALDO DE QUIRÓS, 1998, p. 24).

La cobertura del bono sanitario puede reducirse a un paquete de servicios sanitarios considerados esenciales. De esta forma, quienes desearan ampliar las prestaciones básicas deberían aportar individualmente recursos complementarios, ya sea directamente o bien con un seguro adicional.

III.1.d. Cobro a los usuarios.

La participación del usuario en el coste de la asistencia sanitaria es una forma de financiación de la misma y un instrumento para la reducción de la demanda de asistencia sanitaria, cuyo objetivo es la contención del gasto sanitario público. La determinación de esa participación ha de tener en cuenta el principio de igualdad de acceso a los cuidados médicos, independientemente de sus recursos económicos.

La contribución del usuario por la utilización de un servicio sanitario se fundamenta en hacerle consciente del coste que tiene, una percepción inexistente cuando el servicio es gratuito. Si el usuario conoce el precio de la asistencia sanitaria, evitará el exceso de utilización de la misma, desapareciendo la demanda superflua, pero

sin restringir la demanda necesaria, por lo que no sufrirá deterioro en su salud²⁰ (ELOLA SOMOZA, 1991, p. 55).

Teniendo en cuenta que la mayor parte de los gastos se concentra en segmentos restringidos de la población²¹, y sobre todo en las personas mayores, el importe del pago ha de fijarse de un modo equitativo y eficaz.

JÖNSSON (1996, p. 43), propone un sistema de cobro al usuario en la prestación farmacéutica. El paciente se hace cargo del gasto farmacéutico hasta un tope máximo fijado previamente, a partir del cual, se beneficiará del reembolso de lo abonado, entrando en juego el sistema público. De esta forma, los pacientes que consumen mucho estarán protegidos y el resto de la población, la mayoría, soportaría el coste íntegro de su consumo. La ventaja de este modelo es que introduce una disciplina entre los usuarios, obligándoles a concienciarse de los precios.

En todo caso, la participación del usuario en el coste de la asistencia sanitaria es una decisión política poco popular, y en los países donde se ha querido generalizar su aplicación (España y Dinamarca, entre otros), al final se ha desistido de su implantación.

Una excepción es el caso de Francia, que a pesar de tener un Sistema de Seguridad Social, el usuario ha de pagar el total del coste de la asistencia sanitaria que reciba, si bien posteriormente se le reembolsa el importe parcial o total del coste.

En asistencia primaria, el usuario tiene derecho a libre elección de médico concertado, recuperando posteriormente el 70% de la tarifa médica y el 60% de la tarifa de enfermería. En asistencia especializada, la elección de médico en ambulatorio es totalmente libre y de acceso directo, sin pasar por el médico de atención primaria,

²⁰ Los efectos sobre la demanda de asistencia sanitaria de la introducción de una contribución por parte del usuario, son tratados ya anteriormente por varios autores: NEWHOUSE, J. P., MANNING, W. G., MORRIS, C. N., (1981).

²¹ Por ejemplo, en España los pensionistas están exentos en el pago de los medicamentos. Este grupo de población supone el 25% de la población, pero su gasto farmacéutico se eleva al 75% del gasto farmacéutico total.

siéndole reembolsado el 70% de la tarifa establecida. La elección de hospital es libre entre hospitales públicos y privados concertados y el pago, generalmente, suele realizarlo la Caja de Enfermedad, aunque en algunos casos se aplique también el sistema de reembolso.

La política de costes compartidos se ha aplicado tanto en los sistemas de seguros (públicos o privados) como en Sistemas Nacionales de Salud, existiendo tres mecanismos de participación del usuario:

- *Deducible*: cantidad de dinero a pagar del bolsillo antes de recibir la prestación del programa de seguro.
- *Co-pago*: cantidad fija que el beneficiario debe pagar por el servicio recibido.
- *Co-seguro*: porcentaje del cargo total por un servicio que el beneficiario ha de pagar.

A estas formas de compartir costes pueden asociarse otras políticas que afectan al bolsillo de los usuarios:

- *Prestación máxima*: una cantidad límite definida que el asegurador reembolsará al asegurado en un período determinado, a partir de la cual el paciente es el único responsable.
- *Desembolso directo máximo*: cantidad límite definida que cifra el total del pago de bolsillo que una persona u hogar están obligados a pagar en un período concreto, a partir de la cual es el asegurador quien cubre todos los gastos.

- *Facturación extra*: recargos efectuados por el proveedor por encima de los niveles de reembolso máximos establecidos por las aseguradoras, de modo que sean los pacientes quien abonen la diferencia.
- *Precios farmacéuticos de referencia*: lista de precios de los productos farmacéuticos terapéuticamente comparables que establece el asegurador, determinando un nivel máximo de reembolso para cada ítem prescrito, de forma que el paciente deba pagar la diferencia si elige fármacos más caros.
- *Exclusiones de cobertura*: servicios o métodos de utilizar éstos no cubiertos en el conjunto de prestaciones del seguro, por lo que el paciente ha de pagar el total de su coste.

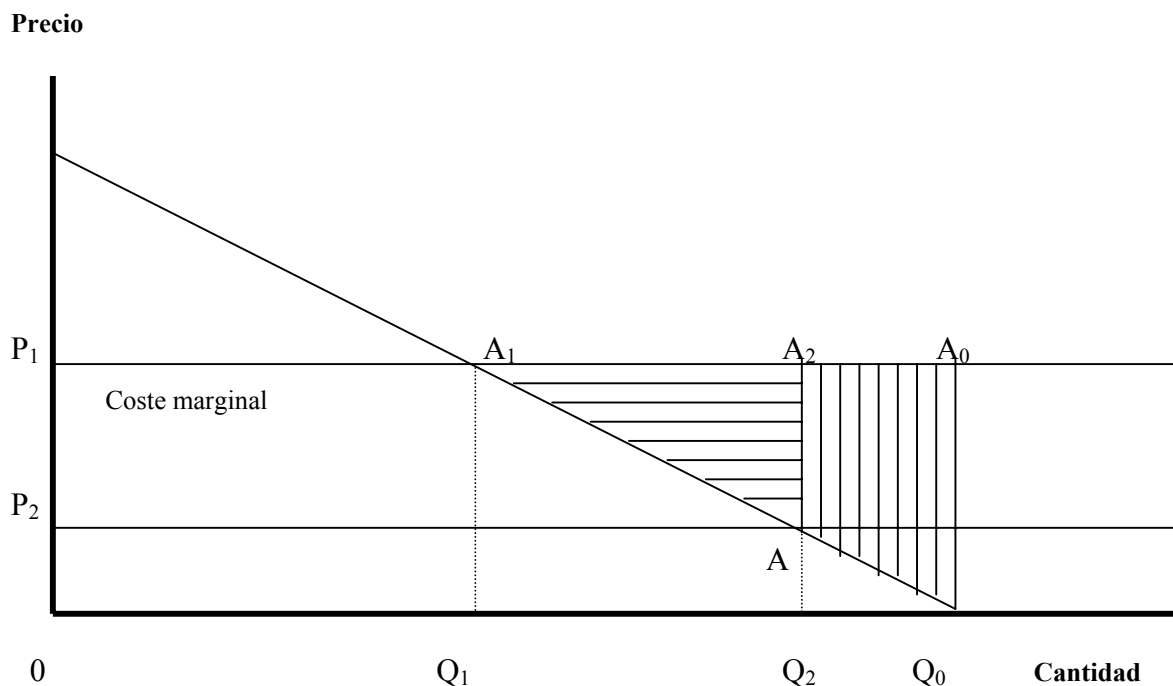
A) Participación parcial (ticket moderador).

En un sistema sanitario de provisión gratuita, como el consumidor no tiene que enfrentarse a un precio, la demanda de ciertos servicios sanitarios aumenta hasta que el beneficio marginal que le proporciona al usuario sea cero, aunque su producción tenga un coste marginal real. De esta forma, se produce una distorsión por exceso de consumo, equivalente al área $A_1A_0Q_0$ (GRÁFICO III.1).

Para contener la demanda de asistencia sanitaria, provista gratuitamente, se puede recurrir al racionamiento de la misma, bien a través de la cola o del precio, participando en el coste del servicio consumido. La cola ha sido utilizada en la atención especializada, principalmente en la hospitalización con internamiento, en tanto que la participación en el precio se aplica en el consumo de productos farmacéuticos con receta médica.

Las colas suponen un coste para el usuario, que se mide en tiempo de espera, lo que permite, hasta cierto punto, adaptar la oferta a la demanda existente, pero no supone ninguna ventaja directa.

GRÁFICO III.1
DISTORSIÓN EN LA DEMANDA POR LA PROVISIÓN GRATUITA DE LA ASISTENCIA
SANITARIA



OP_1 = precio de mercado
 OQ_1 = cantidad demandada

OP_2 = ticket moderador
 OQ_2 = cantidad demandada
 Q_2Q_0 = demanda reducida por el ticket moderador
 A_1A_2A = distorsión provocada por exceso de consumo

Precio cero = provisión gratuita
 OQ_0 = cantidad demandada
 $A_1A_0Q_0$ = distorsión provocada por exceso de consumo

Si se establece la participación del usuario en el coste del servicio (ticket moderador), cobrando un precio OP_2 por el consumo de asistencia sanitaria, la distorsión provocada por el exceso de consumo (A_1A_2A) sería menor que si el suministro fuese gratuito.

El ticket moderador tienen dos inconvenientes fundamentales: la determinación de su cuantía y la pérdida de equidad del sistema.

En cuanto a la cuantificación del ticket moderador, su importe debería ser suficientemente alto para eliminar la demanda superflua, pero sin impedir la satisfacción de las necesidades de asistencia sanitaria de los usuarios de menor renta. Con ello se conseguiría eliminar o, al menos, paliar el fallo de mercado de la provisión gratuita, aproximándose al óptimo de Pareto.

La equidad, entendida como la igualdad en el acceso a la asistencia sanitaria, independientemente de la situación personal del individuo y de su nivel de renta, no sería la misma que en un sistema de provisión gratuita, pero sí se ganaría en eficiencia al eliminar el exceso de consumo.

Es posible que la equidad no se viera afectada por el establecimiento del ticket moderador si el exceso de consumo se debe a la demanda superflua. En este caso, la demanda necesaria seguiría siendo inelástica y el ticket moderador no supondría una barrera de entrada para los usuarios (BAREA y GÓMEZ CIRIA, 1994, p. 212).

El importe del ticket moderador podría ser único, un porcentaje sobre el coste del servicio (como es el caso de los productos farmacéuticos con receta médica), con la exclusión de determinados colectivos de la obligación al pago.

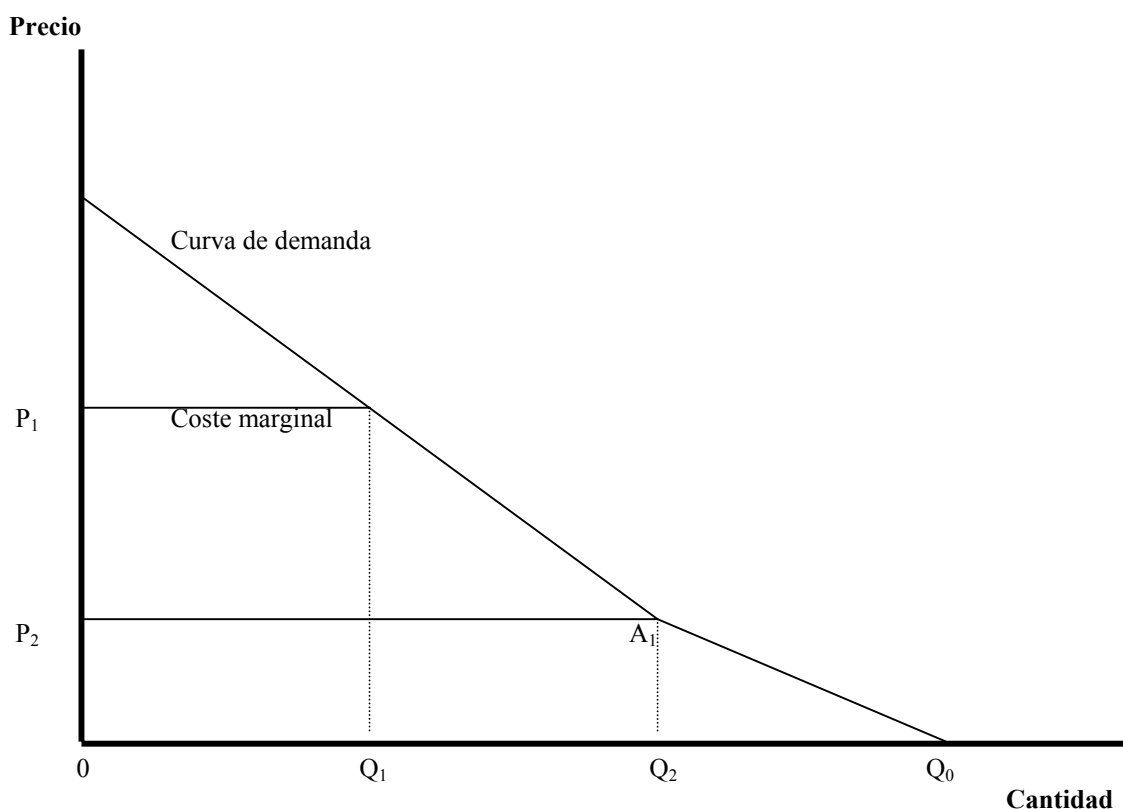
Otra alternativa posible sería establecer una participación progresiva en el coste del servicio en función de la renta, es decir, un porcentaje más elevado para los individuos de mayor renta y más bajo para los que tienen menor renta. Incluso, el colectivo social más desfavorecido puede quedar exento del pago del ticket moderador, de la misma forma que ocurre actualmente con la prestación farmacéutica.

La demanda de asistencia sanitaria se dividiría en dos tramos perfectamente diferenciados: un tramo de demanda inelástica, que representa la demanda necesaria, y otro tramo de demanda elástica, que supondría la demanda superflua (GRÁFICO III.2).

La decisión de implantar el ticket moderador como una medida para reducir la demanda sí sería efectiva, pues la cantidad demandada pasaría de ser Q_0 con provisión

gratuita, a ser Q_2 con el ticket moderador, sin que se presentaran pérdidas de equidad. La dificultad reside en la estimación de la demanda superflua, para establecer la cuantía del ticket moderador al nivel en que se inicia la misma. El ticket moderador puede considerarse más un sistema de contención de la demanda y, por lo tanto, del consumo, que un sistema de financiación, y su implantación es una decisión política.

GRÁFICO III.2
CURVA DE DEMANDA DE ASISTENCIA SANITARIA CON PROVISIÓN GRATUITA



OP_1 = precio de mercado
 OQ_1 = cantidad demandada

Precio cero = provisión gratuita
 OQ_0 = cantidad demandada
 Q_1Q_0 = ampliación de la demanda por provisión pública

OP_2 = ticket moderador
 OQ_2 = cantidad demandada
 Q_1Q_2 = ampliación de la demanda por provisión pública
 Q_2Q_0 = demanda reducida por el ticket moderador

En España, la Ley General de Sanidad establece en su artículo 80 la posibilidad de imposición de “tasas por la prestación de determinados servicios”, sin especificar a qué tipo de prestaciones o servicios se pueden aplicar.

B) Participación total (sistema de reembolso).

Cuando el usuario ha de sufragar la totalidad del coste del servicio sanitario que recibe suele implantarse un método de reembolso (total o parcial) del importe pagado. En los países, como Francia, donde existe este modelo se ha establecido un reembolso parcial y el precio de la asistencia sanitaria se fija, no en el coste del mismo para el sistema sanitario, sino en los honorarios por servicio determinados por el mercado o por el colectivo de profesionales sanitarios.

El hecho de enfrentarse a un precio de mercado supone un freno a la demanda²² de asistencia sanitaria, aunque luego exista el derecho a la devolución, sin embargo, también supone una pérdida de equidad, pues discrimina a los individuos con menor nivel de renta.

El sistema de pago de honorarios por servicio favorece la elección y la flexibilidad y evita los problemas del tiempo de espera, sin embargo, no facilita el control del gasto, más bien al contrario. Por una parte, las tarifas son fijadas por los profesionales sanitarios, bien según precios de mercado o por los colegios profesionales, no existiendo control alguno por parte de la administración. Por otra parte, los proveedores tenderán a incrementar el volumen de actividad mediante la demanda inducida. El control del gasto queda, por lo tanto, casi exclusivamente, en manos de los proveedores de asistencia sanitaria, dejando un margen muy reducido al poder público para aplicar políticas de contención del gasto.

La cantidad que ha de pagar el usuario puede determinarse también en función del coste del servicio, normalmente más bajo que el precio según tarifa, por lo que resultará más fácil el control del gasto sanitario total.

A la hora de recibir el reembolso, se han utilizado dos métodos. El primero, consiste en la presentación por el usuario del justificante del pago ante la administración sanitaria, la cual le devolverá, parcial o totalmente, lo abonado. El segundo método,

²² De la demanda superflua y, posiblemente, de la demanda de los menos favorecidos.

consiste en la deducción, total o parcial, del gasto soportado en el impuesto sobre la renta.

Para el usuario puede resultar más ventajoso el primer método, pues no ha de esperar mucho tiempo para recibir el reembolso. Sin embargo, para la administración pública es mejor el segundo, puesto que retrasa en el tiempo la devolución obligada.

III.2. Introducción de competencia en la provisión de servicios sanitarios (políticas sobre la oferta).

Con la introducción de competencia entre productores de servicios sanitarios, se pretende implantar un modelo similar al mercado libre, pero teniendo en cuenta las características específicas de la demanda y la oferta de servicios sanitarios, donde la información de los consumidores no es perfecta y no existe un auténtico mecanismo de determinación de los precios.

La información de los consumidores puede ampliarse con la ayuda de un experto que le oriente acerca de los distintos proveedores e, incluso, pueda realizar la compra en su nombre. Si la competencia es real, puede incitar a mejorar la eficiencia y, posiblemente, la eficacia y la calidad, dependiendo de la experiencia del comprador (CHRISTIE, 1996, p. 19).

Sin embargo, toda fórmula basada en menor o mayor grado de competencia o en la elección de los compradores tiene restricciones geográficas desde su inicio, pues solamente puede existir, en el mejor de los casos, en zonas urbanas.

La introducción de competencia entre proveedores precisa de la transformación de los centros sanitarios públicos en entidades públicas autónomas, con capacidad de gestión y decisión independiente del poder público. Esta situación derivará en un cambio en la vinculación laboral de los profesionales sanitarios, por lo que va a encontrar una fuerte oposición entre los mismos debido al carácter semifuncionario (estatutario) del que disfrutaban en la mayoría de los sistemas sanitarios públicos.

Si aquellas organizaciones que no son eficientes y no consiguen contratos, no mejoran su oferta de servicios tenderán a desaparecer, por lo que las pérdidas de empleo serían importantes. A ello se le une la pérdida de poder, que actualmente tienen, de los sindicatos profesionales sanitarios, los cuales no estarían dispuestos a ceder en los derechos adquiridos, tanto de sus afiliados como de la propia organización sindical.

III.2.a. Competencia pública.

El modelo de competencia pública se basa en la propuesta de reforma del sistema sanitario sueco de Richard SALTMAN y Caster VON OTTER (1988). Estos autores analizan el Sistema Nacional de Salud de Suecia, resaltando sus puntos fuertes y sus puntos débiles para, finalmente presentar un modelo que respeta los principios que lo inspiraron en su creación.

El nuevo modelo es exportable a cualquier Sistema Nacional de Salud, si bien, es necesario tener en cuenta las características específicas de cada país a la hora de su implantación.

Conceptualmente, la competencia pública se basa en tres principios (SALTMAN y VON OTTER, 1989, p. 46):

1. *Propiedad pública y funcionamiento de instituciones proveedoras de asistencia sanitaria*: la propiedad puede estar distribuida entre autoridades locales, regionales o nacionales, cuyos presupuestos han de ser asignados y garantizados públicamente.
2. *Elección por el paciente de centro sanitario y médico en el sector público*: la elección del paciente en la competencia pública se refiere a la capacidad de elegir entre instituciones públicas y/o proveedores públicos. Este principio difiere sustancialmente de la realidad existente en los países con sistema público, particularmente, en la elección de hospital.

3. *Presupuesto flexible unido a la cuota de mercado público*: el presupuesto flexible supone dejar las prácticas de planificación de reparto de recursos que funcionan en muchos sistemas de salud, donde para conseguir mayor nivel de productividad y/o eficiencia se recurre al ajuste institucional del presupuesto a través de las plantillas o de la oferta de servicios.

Los recursos de funcionamiento y presupuestarios pueden ajustarse según dos criterios: 1) Cuota de mercado público (volumen de pacientes); b) Productividad de la organización (eficiencia interna).

El coste de los servicios dispensados a pacientes que provienen de otros distritos será reembolsado de acuerdo con los honorarios fijados a nivel nacional, para evitar costes administrativos excesivos. Sin embargo, esto discrimina a los distritos con costes de funcionamiento más altos (debido, por ejemplo, a niveles salariales superiores).

La regulación que estipula estos ajustes es una decisión política, tomada por el poder público, y modificada si es necesario por su relación con la salud y/o criterios normativos generales (equidad social y acceso de la población rural).

Una nueva configuración del reembolso del proveedor y del presupuesto institucional reflejará directamente unidades de capacidad para atraer y satisfacer a los pacientes, pero sin arriesgar la capacidad conjunta del sistema para cubrir ampliamente las necesidades públicas demográficamente definidas (SALTMAN y VON OTTER, 1989, p. 47).

Este modelo alternativo ha de cumplir ciertas premisas (SALTMAN y VON OTTER, 1988, pp. 125-128):

- Incitar a los proveedores a emplear los recursos disponibles de forma más eficiente y crear incentivos a los profesionales sanitarios para la prestación de una asistencia de calidad con el mínimo coste.

- Mantener el modelo de cobertura universal, con descentralización de las decisiones, especialmente en el ámbito local.
- Estar capacitado para satisfacer las necesidades y deseos individuales, sin sacrificar la capacidad global del sistema para satisfacer las necesidades públicas, relacionadas con el acceso universal y la mejora de la salud de toda la población; una forma de atender a las preferencias individuales es la posibilidad de elección en un sistema de asistencia sanitaria definido en función del valor de uso.
- Reducir el desequilibrio entre la satisfacción de las necesidades de asistencia del paciente (el valor de uso) y la conveniencia organizativa del sector sanitario.
- Los medios organizativos no pueden prevalecer sobre el propósito final del sistema.

El sistema de organización de la sanidad que podía estar más capacitado para satisfacer todos estos requisitos lo denominamos “competencia pública”, cuyo elemento fundamental es la posibilidad de elección del paciente entre los centros públicos de asistencia sanitaria y entre los médicos disponibles, tanto en la asistencia especializada como en la primaria. De esta forma, se obligaría a los distintos proveedores sanitarios públicos a competir por los pacientes, con el fin de mantener unos niveles de ingresos y de personal.

Los centros sanitarios que consiguieran un elevado volumen de pacientes serían recompensados, tanto institucionalmente (con más personal, en caso de necesidad) como económicamente. Los centros sanitarios que sufrieran un descenso del volumen de pacientes también soportarían las consecuencias, con la reducción de recursos y, en último caso, el cierre.

Para mejorar la eficiencia de los proveedores, la compensación económica y otros incentivos podrían estar condicionados a su eficacia, definida de acuerdo con

protocolos tipificados de práctica médica para diagnósticos comunes, tanto en asistencia especializada como en asistencia primaria.

Aunque la elección del paciente es la base del sistema de competencia pública, sin embargo, no coincide con el modelo de libre elección en el sector privado, pues los pacientes podrían elegir entre los proveedores públicos existentes, generalmente cercanos geográficamente, no entre todos los proveedores.

La capacidad de elección sería mayor para los residentes en grandes núcleos urbanos que para los que viven en zonas rurales, pero el principio de elección daría la oportunidad a todos los ciudadanos de acceder a centros alternativos si lo desean, salvo en los casos en que el tiempo invertido en el desplazamiento y los costes para el erario público fueran excesivos, por lo que el sistema dispone de opciones mínimas (SALTMAN y VON OTTER, 1988, p. 130).

La elección podría ejercerse de forma colectiva o individual, de tal manera que la administración sanitaria o el personal médico pudiera enviar a los pacientes que lo requirieran a un centro hospitalario o a otros alternativos fuera de su distrito, asumiendo que los pacientes individuales tuvieran un mecanismo político apropiado para ratificar esta decisión.

Además de la elección, que estimularía una asignación más eficaz de los recursos entre los diversos centros sanitarios, debería existir un conjunto de incentivos para fomentar una utilización más eficiente en cada unidad sanitaria, lo que llevaría a una utilización más productiva de los recursos disponibles. Para ello, la financiación de los centros sanitarios y del personal sanitario debería acompañarse de demostraciones sobre la mejora de la eficiencia del funcionamiento interno y de la productividad. Para la medida de ambas serían necesarios índices adecuados de control, incluyendo datos cualitativos. Una opción posible es el cálculo del coste de los servicios sanitarios específicos²³ y su comparación con los objetivos predeterminados.

²³ Propuesto por la Universidad de Linköpin, en un informe de enero de 1986 al Ministerio de Economía.

La inclusión de metas políticas y financieras en el sistema de incentivos satisface la realidad práctica de que los profesionales sanitarios, en lo referente a la asistencia sanitaria, ejercen un gran poder en el proceso de asignación de recursos del sector sanitario.

El éxito de la competencia pública depende también de la flexibilidad del poder político y de los sindicatos de profesionales sanitarios, que engloban a la mayoría del personal del sector sanitario (SALTMAN y VON OTTER, 1988, p. 133). La movilidad geográfica es una realidad en algunas provincias, acompañándose de gratificaciones y otros incentivos económicos, similares a los utilizados en el sector industrial.

El poder político y los responsables de la planificación sanitaria han de cambiar su papel, en lugar de orientarse hacia los proveedores deberán orientarse hacia los consumidores, convirtiéndose en sus representantes y asumiendo su responsabilidad en los acuerdos institucionales, donde puede darse una competencia pública efectiva. Su función será la de facilitar el funcionamiento sin obstáculos de un mercado cuidadosamente construido, donde los consumidores pueden elegir entre varios proveedores públicos de alta calidad (SALTMAN y VON OTTER, 1988, p. 134). De esta forma, se conjugan las dos vías: las necesidades públicas y las preferencias individuales.

La implantación del modelo de competencia pública puede desagregarse en la asistencia primaria y la asistencia hospitalaria:

- a) **Asistencia primaria:** cada individuo elegiría, por un período anual, el centro de salud y, dentro del mismo, el médico general. Los centros de salud y el médico general recibirían una cuota de capitación por cada paciente que tuvieran en su lista. El centro de salud podría responsabilizarse de los gastos anuales de sus pacientes, de esta forma se evitaría la hospitalización innecesaria, fomentando la coordinación de la asistencia entre el nivel primario y el hospitalario. El salario de los médicos generales tendría una composición mixta: un salario base fijo más una parte variable en función

del número de pacientes o del número de visitas. También sería preciso incluir incentivos económicos adecuados para conseguir objetivos de productividad²⁴. Por otra parte, los pacientes deberían tener opción a recibir asistencia ambulatoria a corto plazo en clínicas públicas cercanas a su centro de trabajo, que podrían competir entre ellas por una cuota de mercado y por los recursos disponibles.

- b) **Asistencia hospitalaria:** una vez que el médico general ha decidido desviar al paciente hacia la asistencia hospitalaria, éste debería tener la posibilidad de elegir el centro sanitario deseado, así como el médico especialista que ha de suministrarle la asistencia sanitaria. La idea es que el paciente pueda elegir entre los diferentes hospitales públicos igual que lo haría en un sistema sanitario privado. De esta forma, tanto los hospitales como los médicos especialistas se verían obligados a competir por los pacientes. Los hospitales que obtuvieran un volumen de pacientes considerable, recibirían gratificaciones y, en su caso, más recursos. Los que tuvieran un volumen de pacientes reducido, se enfrentarían a recortes de personal y de recursos económicos, llegando, en caso extremo, al cierre. La utilización de formularios normalizados para diagnósticos comunes sería muy útil para la elaboración de estadísticas que proporcionarían información a los jefes médicos, responsables del control de la conformación de los hospitales a los mínimos del formulario.

Para Suecia, el modelo de competencia pública no supondría un cambio radical de la estructura del sistema sanitario, conservando los presupuestos globales y prospectivos, solamente que los proveedores han de competir por una cuota del mercado público. Por otra parte, los niveles de asistencia y control de calidad continuarían en manos de la Junta Nacional de Salud y Bienestar.

La introducción de competencia pública no tiene por qué aumentar ni crear nuevos costes administrativos (SALTMAN y VON OTTER, 1988, p. 142). En la

²⁴ Bonificaciones por ejecución puntual de las consultas, lo que atraería a más pacientes.

asistencia primaria el proceso de elección sería para un año, y podría aplicarse con un período de inscripción abierta un mes al año²⁵. En la asistencia hospitalaria, ya existe un mecanismo de reembolso para compensar a un hospital provincial que trate a un paciente de otra provincia.

III.2.b. Competencia mixta: mercados internos.

El modelo de competencia mixta es propuesto por el profesor ENTHOVEN, después de un exhaustivo estudio del Sistema Nacional de Salud británico, recogiendo sus recomendaciones en el Libro Blanco *Working for patients*. El objetivo de la implantación del nuevo modelo era preservar las características esenciales del NHS, pero aumentando su eficiencia, la satisfacción de usuario, la calidad asistencial y la contención del gasto.

En los Sistemas Nacionales de Salud, el mercado de asistencia sanitaria se encuentra muy influenciado por la oferta de los proveedores, dejando la demanda en un segundo plano²⁶. Con la creación de mercados internos se transfiere una mayor cuota de poder a los compradores de asistencia sanitaria, es decir, al lado de la demanda.

El modelo se inicia con la separación de funciones: financiación, compra y provisión de servicios sanitarios, siendo entidades distintas las que ejercen tales funciones.

La financiación sigue siendo pública y permanece en la instancia más alta de la administración sanitaria.

En la función de compra se produce una descentralización hacia autoridades administrativas inferiores, por ejemplo, locales (las Autoridades Sanitarias de Distrito).

²⁵ Según SALTMAN y VON OTTER, en los países donde se ha aplicado la libre elección de médico y centro de salud en atención primaria, los costes administrativos no han variado significativamente.

²⁶ Además de que la demanda de muchos servicios sanitarios viene determinada por la oferta, existe la demanda inducida por la oferta.

La función de provisión la ejercen los distintos proveedores, tanto públicos como privados. Los proveedores públicos se convierten en entidades autónomas e independientes del poder público, adoptando métodos de gestión similares a los existentes en el sector privado, con quien tienen que competir.

En la competencia mixta podemos distinguir tres principios fundamentales:

- *Propiedad pública de los centros sanitarios públicos y propiedad privada de los centros sanitarios privados*: los centros sanitarios públicos se convierten en entidades públicas autónomas, importando técnicas de gestión empresarial utilizadas en el sector privado.
- *Elección por el usuario, directa o indirectamente, de proveedor (público o privado)*: el usuario es asesorado por la organización compradora para la elección de proveedor y, en algunos casos, será ésta la que realice la elección.
- *Presupuestos flexibles resultantes de su actividad*: los recursos de los centros sanitarios, públicos y privados, dependerán de los contratos que consigan con las organizaciones compradoras.

Las organizaciones compradoras serían responsables de la compra de asistencia sanitaria para la población de su ámbito geográfico. Para realizar esta función deberían conocer las necesidades y preferencias de sus pacientes y establecer prioridades para la utilización de sus recursos de forma eficiente y responder a la demanda de los usuarios de manera efectiva.

La posibilidad de elección de proveedor puede quedar en manos del usuario o trasladarse a las organizaciones compradoras, pero no quedaría reducida a los proveedores existentes en su distrito, sino que su elección se extendería a los proveedores externos.

El problema de la falta de información sobre proveedores que sufre el usuario quedaría paliado considerablemente con la información y el asesoramiento proporcionado por la entidad compradora al usuario, puesto que la organización compradora puede acumular información con las experiencias de todos sus usuarios.

Por el lado de la oferta, los hospitales y sus profesionales médicos, los médicos generales o de familia y los demás proveedores de asistencia sanitaria se convertirían en vendedores de servicios sanitarios, con lo que los hospitales públicos perderían su condición de monopolio y tendrían competidores actuales y potenciales (ENTHOVEN, 1991, P. 65).

Los recursos disponibles de los proveedores dependerían de los servicios que fueran capaces de suministrar y vender (el dinero sigue al paciente), de tal manera que las organizaciones compradoras pagarían al hospital que desarrollara un servicio atractivo para ofertarlo a los pacientes.

Los hospitales públicos podrían transformarse en entidades autogestionadas, dirigidas por un consejo de administración y su funcionamiento puede ser similar al de un hospital privado sin ánimo de lucro.

La relación entre compradores y vendedores se establecería de la siguiente forma: los compradores definirían los servicios sanitarios que desean adquirir y contratarían con los proveedores los mismos, determinando en dicho contrato los servicios que se adquieren y la cuantía que se pagará por ellos. Los proveedores serían responsables de los resultados y del cumplimiento de los acuerdos firmados con los compradores.

Para hacer frente a los pagos a los proveedores, las organizaciones locales compradoras recibirían la financiación por capitación, ajustada por necesidades de su población. Posteriormente, tendrán que gestionar estos recursos y asignarlos según las necesidades y prioridades definidas.

Puede considerarse que el nuevo papel de las organizaciones locales compradoras es el de convertirse en un departamento de compra de servicios sanitarios para su comunidad, decidiendo qué comprar, a quién y a qué precio. Con la experiencia aprenderán a evaluar el rendimiento de los proveedores y con la acumulación de información conseguirían decisiones de elección cada vez más eficientes.

La contratación o concertación presenta cuatro características básicas (LÓPEZ CASASNOVAS y WAGSTAFF, 1993, p. 184-5):

- Desde la óptica de la teoría de las organizaciones, con la decisión de contratar externamente se asume el posible incremento de los costes de transacción, compensado con el descenso que se espera en los costes de producción.
- El contrato está referido a un tipo de actividad concreto, medido según los factores utilizados (por ejemplo, analítica) o por productos intermedios (por ejemplo, estancias, pacientes tratados, ingresos por niveles asistenciales, etc.). La contratación basada en el producto permite una delegación de la coordinación de factores a favor del contratado y menor necesidad de internalizar posibles externalidades en la producción para la actividad pública.
- El contrato supone el resultado de un cierto mecanismo de oferta/demanda, asociado a un componente financiero de remuneración o compensación, fijado previamente en función de la actividad realizada. Si existiera asimetría de información sobre dicha actividad, lo que puede dificultar la determinación o el control, la compatibilidad de intereses y la fijación de objetivos, se exigirá la participación de los agentes concurrentes en los resultados obtenidos²⁷.

²⁷ La teoría de la agencia ofrece un análisis en este aspecto.

- Los métodos de control establecidos en el sistema de compensación se determinarán por el período y contenido especificados en el contrato.

Pueden considerarse diversas modalidades de contratación, entre las que destacamos: a) la contratación de factores no relacionados directamente con los servicios de diagnóstico y tratamiento (por ejemplo, transporte de enfermos); b) la contratación de la asistencia sanitaria propiamente dicha; c) la contratación de productos intermedios de servicios de diagnóstico y tratamiento (por ejemplo, radiología); y d) la contratación de resultados finales, medidos en términos de los destinatarios de la asistencia sanitaria (por ejemplo, preferencias de los usuarios).

Las tres primeras modalidades de contratación han de tener en cuenta varios extremos (LÓPEZ CASASNOVAS y WASTAFF, 1993, p. 188):

- Los proveedores (públicos y privados) han de asumir las responsabilidades heredadas (instalaciones, personal, etc.).
- La falta de información sobre costes de los proveedores potenciales al competir por los contratos con los compradores.
- La dificultad para definir el producto objeto de contratación, lo que puede incrementar los costes de transacción.
- Las desviaciones en costes que pueden presentarse, por lo que los precios inicialmente concertados precisan de un margen de error y la posibilidad de revisión de los contratos.

La cuarta modalidad de contratación consiste en el pago anticipado capitativo y una delegación total, presente y futura, de la atención sanitaria a favor de la organización compradora y presenta varias ventajas: su coherencia con el concepto de salud, como producto final de la asistencia sanitaria y un estímulo permanente para

revisar las prácticas cuya eficiencia no está probada (LÓPEZ CASASNOVAS y WASTAFF, 1993, p. 189).

Para potenciar las ventajas de este modelo de contratación se precisan algunos desarrollos:

- Que los sistemas de provisión estén integrados, comprendiendo ofertas asistenciales alternativas a la hospitalización.
- Que se mantenga la competencia entre proveedores, evitando situaciones de monopolio.
- Que exista un control sobre los tratamientos y su duración.
- Que no se favorezcan procesos de selección adversa.

La competencia entre hospitales, no solamente en la calidad y precio de sus servicios sino también en tiempos de espera, fomentará las políticas de sustitución de asistencia sanitaria más cara por otro tipo de asistencia más barata (cirugía ambulatoria, cirugía de día, etc.).

El modelo de competencia mixta, desde el punto de vista conceptual, tiene como objetivo principal la reestructuración de la responsabilidad de la toma de decisiones para estimular conductas más coste-efectivas de las organizaciones compradoras locales. Esto se realiza por una nueva configuración de cada organización local, como una unidad empresarial, en gran medida independiente, cuya autoridad queda en manos de un gestor general.

En este nuevo marco, el nuevo gestor busca una serie de objetivos similares a los que perseguiría un directivo de una empresa privada (SALTMAN y VON OTTER, 1989, p. 47). El gestor general desarrolla las siguientes tareas:

- Ejerce el control sobre un presupuesto fijado para su zona geográfica, con autoridad para asignar los recursos entre los distintos niveles de asistencia sanitaria.
- Contrata servicios clínicos fuera de su zona de referencia, tanto con proveedores públicos como privados, negociando con ellos los precios.
- Reestructura los contratos con los médicos generales y médicos especialistas para cambiar los esquemas de referencia al contratar proveedores de asistencia y proporcionar incentivos.
- Negocia los salarios del personal de su zona geográfica sobre una base local.
- Consigue recursos en el mercado de capitales privado.
- Puede vender activos pertenecientes al distrito si resulta conveniente.

Este modelo cambiaría las relaciones entre la administración central, que ejerce además una función de control, y el gestor local. La creación de una autoridad local con autonomía considerable en la toma de decisiones, en particular la capacidad para comprar tanto en el sector privado como en el público del sistema sanitario, supone una descentralización y un cambio en el comportamiento de los gestores públicos, haciéndose similares a los del sector privado.

Si el sector sanitario público no se ajusta a las necesidades de los usuarios se convertiría en algo residual o, incluso, desaparecería (BERNALDO DE QUIRÓS, 1998, p. 24).

III.2.c. Comparación entre competencia pública y competencia mixta.

El modelo de competencia pública y el de competencia mixta comparten los principales objetivos sobre el desarrollo futuro de los sistemas sanitarios públicos.

Ambos buscan mejorar la eficiencia interna y reflejan una forma específica de elección consciente acerca de cómo introducir incentivos de mercado en la gestión existente. Los dos modelos intentan conseguir una utilización de los recursos más productiva, haciendo la práctica médica más coste-efectiva y ampliando la capacidad de elección en asistencia especializada, al menos, reduciendo los procedimientos de racionamiento, como las listas de espera.

En el largo plazo, los dos modelos podrían suplir la idea de competencia entre proveedores públicos, basada en el prestigio, por incentivos para transformar la cultura organizacional del sistema y conseguir una reforma estratégica (SALTMAN y VON OTTER, 1989, p.48).

Sin embargo, los instrumentos utilizados en ambos sistemas son distintos, así como los incentivos de mercado propuestos. La competencia pública se centra en la elección del paciente, actuando por el lado de la demanda, mientras que la competencia mixta se basa en la oferta competitiva de múltiples proveedores, actuando por el lado de la oferta.

La competencia pública aumenta el poder de los usuarios y concentra los incentivos en los médicos, el personal sanitario y, finalmente, en los políticos, para equilibrar calidad y precio de la asistencia sanitaria de forma más efectiva. La competencia mixta otorga más poder a los gestores locales para contrastar calidad y costes en la búsqueda de tipos de asistencia sanitaria menos costosa. Por lo tanto, los dos modelos concentran sus esfuerzos en niveles diferentes de la estructura de la asistencia sanitaria.

La competencia pública enfoca el cambio de incentivos en el proveedor (el hospital) mientras que la competencia mixta se orienta hacia la toma de decisiones de las organizaciones compradoras locales.

A) Eficiencia.

La eficiencia en la competencia mixta surge directamente de las decisiones tomadas por el gestor local. Autorizado para contratar con el sector privado, podría reproducir intencionadamente muchos de los incentivos que orientan la conducta del sector privado. Por lo tanto, la combinación de capacidades a nivel operativo (para elegir proveedor) con las capacidades sobre el capital (aumentando sus recursos en el mercado de capitales o vendiendo edificios y otros elementos propiedad del Distrito), podría otorgarle el control por el lado de la demanda de un sistema sanitario público (SALTMAN y VON OTTER, 1989, p. 49).

La influencia del gestor local sobre los servicios sanitarios que va a recibir el paciente aumenta considerablemente en un modelo de contratación.

En la competencia mixta, el énfasis sobre la eficiencia debería trasladarse hacia una mayor libertad del gestor para intentar equilibrar la oferta y la demanda de asistencia sanitaria. Esta situación de oferta dirigida y demanda controlada se aproxima a un diseño de mercado que altera las presunciones acerca de los vínculos entre la soberanía del consumidor y los sistemas basados en el mercado.

La competencia pública, por el contrario, busca la eficiencia económica basada en la elección por el paciente del proveedor de asistencia sanitaria. Las preferencias del paciente, según criterios de atención, calidad y conveniencia, tanto en atención primaria como en atención especializada, podría desencadenar un esquema coordinado de recursos e incentivos para mejorar la eficiencia y la efectividad clínica. Sin embargo, esta nueva estructura de incentivos económicos podría introducirse en un marco muy limitado de opciones de oferta²⁸.

Respecto al sector privado, la competencia pública intenta romper la conexión normal entre la obtención de una cuota de mercado y el control del mismo, excluyendo

²⁸ Por los proveedores públicos y por las decisiones políticas y normativas acerca de la dimensión de la oferta de servicios.

la influencia del sector privado sobre los objetivos generales que orientan a los sistemas públicos.

La diferencia en el origen de los recursos entre la competencia mixta y la competencia pública refleja diferentes perspectivas sobre los beneficios preferidos de un mercado de asistencia sanitaria, y en particular sobre la importancia relativa de la eficiencia en el corto plazo y la efectividad en el largo plazo.

La competencia mixta, con la reducción de costes por el lado de la oferta, busca crear una fuerte competencia entre proveedores públicos y privados. Con esta competencia se espera producir un impacto importante sobre la conducta de los proveedores públicos, que tendrían que cambiar la configuración de sus actividades, asemejándose más a los proveedores privados. En el largo plazo, las diferencias entre el sector público y el sector privado podrían poner en peligro la supervivencia del primero. Particularmente, los proveedores privados con ánimo de lucro tienen más fácil acceso al mercado de capitales y tienen mayor libertad de actuación y, por lo tanto, mejores oportunidades para reducir costes en el corto plazo (SALTMAN y VON OTTER, 1989, p. 50).

En el modelo de competencia pública las consecuencias son muy diferentes. Al excluir al sector privado, los proveedores públicos lucharán por una cuota de mercado, pero será difícil políticamente introducir criterios de productividad a los incrementos salariales de los empleados sanitarios²⁹ o una relación entre presupuestos y cuota de mercado. También va a ser complicado convencer al personal sanitario de la necesidad de informar más y mejor a sus pacientes.

B) El usuario.

En cuanto a la respuesta de los proveedores hacia los pacientes, en la competencia mixta las cuestiones relacionadas con la demanda permanecen bajo la supervisión del gestor local, por lo que la calidad, situación y conveniencia de los

²⁹ Una dificultad con que se ha encontrado Suecia.

proveedores de servicios se integran en un conjunto de esfuerzos del gestor para conseguir equilibrar la oferta y la demanda al mínimo coste posible en el corto plazo (SALTMAN y VON OTTER, 1989, p. 51). El paciente no tiene muchos medios efectivos para modificar o ratificar las decisiones del gestor.

Una consecuencia en el largo plazo podría ser la falta de énfasis en las preferencias de los pacientes y una disminución de la calidad de los servicios proporcionados, debido a las presiones económicas, pues los proveedores podrían interesarse más por los posibles beneficios económicos que por satisfacer las necesidades de los pacientes.

En la competencia pública el importante papel que juega el paciente asegura que la configuración del conjunto de los servicios será más sensible a la calidad, atención y conveniencia del paciente. El resultado refleja que la demanda dirigida de la competencia pública se orienta a conseguir la eficiencia y no requiere información adicional sobre la actividad de toma de decisiones.

Los problemas potenciales de la competencia pública reflejan temas muy distintos. La restricción de la capacidad de elección por el paciente del proveedor en atención primaria, por un período anual, es necesaria.

C) Equidad, acceso y calidad.

La garantía de equidad, acceso universal y calidad asistencial precisan de un desarrollo normativo con el fin de evitar la selección adversa o la contratación de servicios más baratos pero con niveles inferiores de calidad. Estos problemas parece que no los resuelven los mercados internos (SALTMAN y VON OTTER, 1988, p. 52). El gestor general local, en el intento de conseguir mayor eficiencia en su gestión, puede contratar servicios sanitarios con proveedores cuyos precios son más bajos, pero con calidad inferior, principalmente en áreas de servicio donde el profesional médico no tenga mucho interés en mantener su credibilidad. En el caso de que la calidad ofrecida no coincida con la contratada, el gestor general local tiene la posibilidad de rescindir

dicho contrato, pero nada puede hacer el usuario si en el contrato se especifica un servicio de menor calidad.

Las entidades locales pueden desarrollar mecanismos adecuados para proteger a los pacientes de esta situación³⁰, pero, inevitablemente, son caros y el usuario puede verse indefenso.

Un sistema de acreditación de todos los centros (tanto públicos como privados), especificando los procesos que comprenden cada servicio sanitario y la calidad exigida puede ser una fórmula para resolver este problema.

En cuanto a la equidad en el acceso, el Estado puede garantizarla obligando a cada proveedor a suministrar asistencia sanitaria al usuario que lo haya elegido, sin posibilidad de negativa, así como una información amplia a disposición de las organizaciones compradoras y de los usuarios acerca de los servicios suministrados, tiempos y listas de espera, y de todos aquellos factores que puedan influir en la decisión de elección.

En la competencia pública, la normativa necesaria para el control de los proveedores es mucho menor, al restringirse al ámbito público. Sin embargo, también pueden producirse situaciones de selección adversa y de merma de la calidad. La ventaja es que el sector público ya está acostumbrado a un control de su funcionamiento de forma centralizada con el fin de homogeneizar los servicios suministrados, sin presentar grandes diferencias de unos centros a otros.

La solución de acreditación de centros sanitarios públicos también sería aplicable en la competencia pública y, de hecho, es algo ya utilizado en la mayoría de los países desde hace varios años.

³⁰ Las experiencias en Estados Unidos con proveedores privados ponen de manifiesto este problema.

IV. LA PROVISIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS EN ESPAÑA Y LOS MECANISMOS DE INTRODUCCIÓN DE COMPETENCIA.

La asistencia sanitaria en nuestro país en el período democrático ha estado íntimamente ligada a la evolución del Instituto Nacional de la Salud. El INSALUD nace a partir del Real Decreto-Ley 36/78, de 16 de noviembre, que transformó el antiguo Instituto Nacional de Previsión en tres entidades gestoras de la Seguridad Social: el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) y el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO). Estas entidades gestoras actúan según los principios de solidaridad financiera y unidad de caja.

En este mismo Real Decreto-Ley se establece que el INSALUD, tendrá como objetivos la administración y gestión de servicios sanitarios, bajo los principios de simplificación, racionalización, economía de costes, eficacia social y descentralización.

En la Ley General de Sanidad 14/86, de 25 de abril, en su disposición transitoria tercera, se especifica que “el Instituto Nacional de la Salud continuará subsistiendo y ejerciendo las funciones que tiene atribuidas, en tanto no haya culminado el proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas con competencia en la materia”.

El INSALUD ha sido el responsable de la gestión de la asistencia sanitaria en las Comunidades Autónomas que no tenían transferidas las competencias en materia sanitaria³¹, algo que ha finalizado a partir del 1 de enero de 2002, en que ha terminado el proceso de transferencias sanitarias a todas las Comunidades Autónomas, excepto Ceuta y Melilla, y cubría una población de algo más de 14 millones de ciudadanos. En esta situación, destacamos los elementos de mayor relieve:

- La gestión y administración de la Seguridad Social se efectúan sujetas a los principios fundamentales, entre otros, de solidaridad financiera y unidad de caja.

³¹ De conformidad con lo previsto en el art. 57 del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, y en la Disposición Transitoria Tercera 1 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

- Las cuotas, bienes, derechos, acciones y recursos de cualquier otro género de la Seguridad Social, entre los que se incluyen los correspondientes al INSALUD, constituyen un patrimonio único afecto a sus fines, distinto del patrimonio del Estado.
- La titularidad del patrimonio único de la Seguridad Social corresponde a la Tesorería General de la Seguridad Social.
- La Tesorería General de la Seguridad Social interviene o participa en todas las operaciones de adquisición, enajenación y arrendamiento de bienes inmuebles así como en la realización de las operaciones de pago de todos los centros del INSALUD.
- Todos los actos de naturaleza económica del INSALUD se hallan sujetos a la actuación de la Intervención General de la Seguridad Social, que depende de la Intervención General de la Administración del Estado, si bien en los hospitales y otros centros del INSALUD puede ser sustituida por el control financiero permanente.
- El régimen de contratación y de todas las compras del INSALUD debe ajustarse a lo dispuesto en la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas.

La Ley General de Sanidad establece un modelo de organización burocrático, de gestión directa, sin una clara separación entre las funciones de compra y provisión de servicios sanitarios, por lo que resultaría difícil la introducción de mecanismos de competencia gestionada.

Sin embargo se han producido avances en el proceso de asignación más racional de los recursos destinados a la asistencia sanitaria, con la introducción de los contratos programa, si bien no se ha conseguido el objetivo de crear modelos de gestión competitivos. A pesar de ello, con la Ley 15/97, de 25 de abril, sobre habilitación de

nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, se introduce un punto de partida para dicha separación.

Esta Ley establece un nuevo marco que refuerza la necesidad de gestionar con criterios de eficacia, garantizando la calidad de la asistencia sanitaria, introduciendo la posibilidad de gestión directa o indirecta, a través de diversas entidades de naturaleza o titularidad jurídica admitidas en derecho, de los centros y servicios sanitarios y sociosanitarios. Además, se habilita al Gobierno y a las Comunidades Autónomas para determinar, reglamentariamente, la financiación y las particularidades en materia de personal de las entidades que se creen para la gestión de los servicios.

La estrategia seguida por el INSALUD y los Servicios Regionales de Salud con transferencias ha sido la aplicación del contrato programa para los hospitales y centros de atención primaria y el desarrollo de sistemas de información sobre costes y actividad, sin acompañar por una regulación adecuada, por un lado, y la puesta en funcionamiento de servicios nuevos, creando distintos tipos de empresas públicas y nuevas formas organizativas de gestión, por otro.

Las iniciativas legislativas sobre ambas estrategias se han adoptado a partir de 1997, tanto por el Gobierno central como por las Comunidades Autónomas, pero la apariencia de cierta voluntad de generalizar el proceso de reformas, parece haberse desvanecido en los dos últimos años.

IV.1. Los contratos programa.

Las recomendaciones del Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud se orientan hacia la introducción de mercados internos, poniendo en marcha la separación de las funciones de financiación (pública) y provisión (pública y privada) de servicios sanitarios. El objetivo es crear un marco de gestión empresarial en el Sistema Nacional de Salud, con descentralización administrativa y autonomía de gestión de los centros sanitarios. El primer paso fue la implantación de los

contratos programa, de forma que cada centro se compromete a unos objetivos asistenciales, en función de los cuales recibirá una asignación económica.

Hasta 1991, el presupuesto de los hospitales se fijaba sobre bases históricas exclusivamente. En 1992, se inicia el sistema de presupuestación global prospectiva y, en 1993 aparecen los primeros contratos programa³².

En este nuevo sistema de financiación, se hace indispensable definir una unidad de medida de la actividad hospitalaria, así se define, en un estudio del Ministerio de Sanidad y Consumo, la Unidad Ponderada de Asistencia³³ (UPA), que permite vincular el presupuesto a objetivos de actividad de acuerdo con los sistemas de información existentes en todos los hospitales y que refleja los distintos tipos de actividad hospitalaria, ponderando las actividades con los diferentes consumos de recursos de las mismas y teniendo en cuenta las distintas características de los hospitales según sus carteras de servicios.

En el diseño de la UPA se clasifican los productos hospitalarios en dos grandes grupos:

- Los que por su singularidad, o por razones estratégicas, no deberían ponderarse en relación al resto de la actividad hospitalaria, sino que deberían tener una tarifa propia común para todos los hospitales, constituyendo un listado abierto y revisable.
- El resto de la actividad hospitalaria, agrupada en una serie de actividades cuyo consumo de recursos se habría de ponderar respecto a la estancia médica, que se tomaría como unidad.

³² En INSALUD, (1997): *Plan Estratégico*, se analiza los elementos más destacados de los contratos programa.

³³ Basada en la Unidad Básica Asistencial (UBA), utilizada en Cataluña como medida de actividad hospitalaria. Posteriormente, en Andalucía se introducirá la Escala de Valoración Andaluza (EVA), como medida de actividad hospitalaria y la Unidad de Coste Asistencial (UCA) en el País Vasco.

Posteriormente, se analizaron las actividades definidas y las ponderaciones relativas a las restantes en un conjunto de cinco hospitales, mediante un sistema de imputación de costes clásico. El coste de las actividades no ponderadas se expresó en pesetas y el de las actividades ponderadas por un coeficiente que representaba el cociente entre el coste medio de dicha actividad y el coste medio de la estancia médica en cada hospital. Finalmente, los coeficientes de ponderación se validaron en 64 hospitales del INSALUD.

Con estos criterios, se establecieron los valores para las actividades ponderadas en UPAs (UBAs, EVAs y UCAs):

- Estancia Médica = 1 UPA (1 UBA, 1 UCA);
- Estancia Quirúrgica = 1,5 UPAs (1 UBA, 1 EVA, 1 UCA);
- Estancia Obstétrica = 1,2 UPAs (1 UBA, 1,2 EVAs, 1 UCA);
- Estancia Pediátrica = 1,3 UPAs (1 UBA, 1,3 EVAs, 1 UCA);
- Estancia Neonatológica = 1,3 UPAs (1 UBA, 1 UCA);
- Estancia U.C.I. = 5,8 UPAs (1 UBA, 5,8 EVAs, 1 UCA);
- Consultas primeras = 0,25 UPAs (0,5 UBAs, 0,25 EVAs, 0,4 UCAs);
- Consultas sucesivas = 0,15 UPAs (0,25 UBAs, 0,15 EVAs, 0,2 UCAs);
- Urgencias no ingresadas = 0,3 UPAs (0,5 UBAs, 0,3 EVAs, 0,4 UCAs);
- Cirugía Ambulatoria = 0,25 UPAs (0,75 UBAs, 0,25 EVAs, 0,75 UCAs).

En el territorio INSALUD, al comprobar que el coste de la UPA variaba de unos hospitales a otros, se analizaron las variables que podrían influir en el coste, señalándose siete variables que intervienen de forma significativa: UPAs/cama; Plantilla/cama; Médicos/cama; Servicio de oncología; Camas UCI (% sobre el total de camas); Estancia media; y Escala (nº de camas). De esta forma se llega a la conclusión de que las dos primeras variables (UPAs/cama y Plantilla/cama) explican el 73,8 de la varianza del gasto por UPA (INSALUD, 1997, *Plan Estratégico*, Análisis de la situación, p. 24).

Para la elaboración del presupuesto global de cada hospital, la actividad prefijada se transforma en UPAs y se multiplica por la tarifa de cada centro, calculada según sus características, y se le suma la cantidad correspondiente de las actividades extraídas de la UPA. La diferencia entre el presupuesto histórico y el calculado según la actividad y complejidad se considera como subvención a la explotación.

En 1995 y 1996, el concepto de subvención a la explotación desaparece prácticamente, y la financiación pasa de nuevo a tener base histórica y no estar ligada a la actividad realizada.

En atención primaria, el contrato programa contempla los objetivos a alcanzar, tanto en actividad como en criterios de calidad. Se establece una cartera de servicios a prestar que es el elemento básico de las prestaciones ofertadas, al que se añade su indicador de evaluación de cobertura.

La medida del producto en la atención primaria se define como un vector de dos componentes: el sumatorio de la cobertura de cada programa por su valor técnico y el cumplimiento de las normas técnicas mínimas definidas a nivel central para todas las Gerencias de Atención Primaria. El valor técnico se define como la ponderación que se aplica al porcentaje de cumplimiento de programas de salud. La evaluación se realiza, por una parte, a los Equipos de Atención Primaria (evaluados por su Gerencia respectiva) y, por otra, a las Gerencias (evaluadas por la Subdirección de Atención Primaria).

La incorporación de los contratos programa, se inicia como un proceso de descentralización de la gestión, que tiene los siguientes objetivos³⁴:

- Reconocer a los profesionales como gestores del sistema.
- Establecer unidades de provisión de servicios, asignación de recursos e imputación de costes.
- Establecer un sistema de incentivos a las unidades de responsabilidad en función de los recursos obtenidos y los servicios prestados.
- Descentralización progresiva de la toma de decisiones a nivel de las unidades de responsabilidad.
- Establecer las funciones de los Equipos Directivos: gestión de las decisiones de los profesionales, garantizar cantidad y calidad de los servicios, proporcionar el adecuado apoyo técnico y evaluar la gestión de recursos y servicios.

De esta forma, el centro sanitario, hospital o centro de salud, es considerado como una empresa de servicios, con el objetivo de ofrecer los mejores servicios al mínimo coste (eficiencia). Estas formas de gestión se corresponden con un modelo de economía de mercado, maximizando la eficiencia, pero no se asegura la consecución de objetivos sociales (FERNÁNDEZ-CUENCA GÓMEZ, 1998, p. 258).

Aunque el contrato programa nació como un instrumento para ligar la financiación a la actividad, junto con indicadores de calidad y normas mínimas de organización y gestión, posteriormente, se ha ido degradando, volviendo a los presupuestos de base histórica y quedando reducido a un pacto de objetivos. Al mismo

³⁴ Puede encontrarse más desarrollado en JIMÉNEZ PALACIOS, A. (1997).

tiempo, si no se incluyen incentivos ni penalizaciones por su grado de cumplimiento³⁵ no sirve como instrumento para mejorar la gestión de los hospitales.

IV.2. Nuevas formas de gestión sanitaria.

Otra de las recomendaciones del Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud era la transformación de los centros sanitarios públicos en sociedades públicas sometidas al derecho privado, con personalidad jurídica propia y autonomía de gestión patrimonial. La conversión de los centros sanitarios podría ser completa o afectar únicamente a alguna de sus unidades. Uno de los aspectos clave es el cambio de status de los trabajadores sanitarios, que pasan de un régimen estatutario o funcionarial a un régimen laboral.

La Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, consagra lo que ya se había puesto en marcha en algunas Comunidades Autónomas³⁶ y se había adelantado en el INSALUD por el Real Decreto-Ley 10/1996, abriendo la posibilidad de gestionar los servicios sanitarios indirectamente a través de la constitución de entidades de naturaleza o titularidad jurídica admitidas en Derecho (en el CUADRO III.1 se resumen las nuevas formas de gestión atendiendo a su régimen jurídico, si están sujetas o no a la Ley de Contratos del Estado, su órgano rector, el régimen del personal y la forma en que se determina su financiación).

Las formas de gestión contempladas para el nuevo modelo son (FERNÁNDEZ-CUENCA GÓMEZ, 1998, pp. 260-261):

- *Empresas públicas*: Sociedades Mercantiles con participación mayoritaria de la Administración Central, Organismos Autónomos y/o demás Entidades de derecho público del Estado o de la Comunidad Autónoma; gestión

³⁵ En Andalucía, los contratos programa tienen incentivos y penalizaciones sobre su cumplimiento, pero en el INSALUD gestión directa no se incluyeron.

³⁶ La Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado, establece la posibilidad de creación de entidades de derecho público con personalidad jurídica propia, sometidas al derecho privado, que pasan a denominarse Entidades Públicas Empresariales. Esta figura ha sido la elegida en Andalucía y otras Comunidades Autónomas para distintas experiencias piloto en servicios sanitarios.

privada; consejos de administración designados por el poder público; posibilidad de beneficios; privatización por decisión gubernamental.

- *Fundaciones*: se rigen por un patronato y tienen un patrimonio fundacional que podrá adscribirse a la fundación en régimen de cesión, sin que implique transmisión del dominio; son entidades sin ánimo de lucro; los recursos que obtengan se destinarán a la realización de los objetivos fundacionales o al incremento de la dotación fundacional³⁷. Al disfrutar de los bienes que gestiona en régimen de cesión y por ser su patrimonio indisoluble, es difícil plantear la privatización, pero sí es posible la externalización de los servicios, pudiendo contratar determinados servicios a empresas que no pertenezcan al sistema público.
- *Consortios*: han de concurrir al menos dos administraciones públicas, pudiendo participar entidades privadas sin ánimo de lucro en cualquier proporción; los beneficios obtenidos se repartirán proporcionalmente entre las entidades consorciadas y tienen personalidad jurídica propia de carácter asociativo.
- *Entes públicos*: tienen personalidad jurídica propia, distinta del Estado o la Comunidad Autónoma; su fin es la realización de actividades de su competencia, en régimen descentralizado; se rigen por el ordenamiento jurídico privado, aunque sujetos al control de la administración pública.
- *Organismos Autónomos Comerciales*: son Entidades de Derecho Público creadas por Ley, con personalidad jurídica y patrimonio propio, independiente de la Administración Pública; su objetivo es la organización, en régimen descentralizado, de algún servicio público y la gestión de los fondos asignados al mismo cuando la actividad realizada tenga carácter comercial.

³⁷ Este modelo es el adoptado por el INSALUD y el Servicio Gallego de Salud.

- *Sociedades de autogestión en atención primaria*: son sociedades cooperativas o sociedades de responsabilidad limitada, donde los médicos son los socios y los beneficios obtenidos se reparten proporcionalmente a la participación de cada socio en la sociedad.

Las primeras experiencias basadas en estos modelos se pusieron en marcha en 1993: el Hospital de Verín (fundación) y el Hospital de la Costa del Sol (empresa pública). Posteriormente, el Hospital de Manacor y el Hospital de Alcorcón (fundaciones ambas). En 1997, ya se habían constituido 6 Fundaciones, 18 Entes Públicos Empresariales y 8 Consorcios en distintas Comunidades Autónomas. El desarrollo de las nuevas formas de gestión es especialmente importante en Cataluña, donde se concentran el 65% de estas nuevas experiencias.

En Andalucía, las evaluaciones realizadas a los entes públicos Empresa Pública de Emergencias Sanitarias y Empresa Pública Hospital Costa del Sol, reflejan un notable nivel de eficiencia de gestión³⁸. La utilización de sistemas retributivos multinivel, asociados a resultados, y una mayor orientación a la gestión clínica, así como el abandono del modelo administrativo, podrían ser las causas de los resultados obtenidos (MARTÍN MARTÍN, 1998, p. 438).

En el País Vasco, la transformación del Servicio Vasco de Salud en un ente público de derecho privado, subrogándose todos los derechos y obligaciones del Organismo Autónomo Administrativo desaparecido, se realiza mediante la Ley de Ordenación Sanitaria. Las funciones de aseguramiento y contratación permanecen en la Administración Pública, que las ejercerá a través de los contratos programa, con naturaleza jurídica de un convenio de carácter especial. Por otra parte, la creación de un Régimen Estatutario Vasco específico, que regirá el ámbito laboral, intentará propiciar la unificación de los regímenes contractuales con ofertas voluntarias de integración en dicho régimen.

³⁸ En 2002, se ha construido un nuevo hospital en Sevilla, San Juan de Dios, que se pretende se constituya como un Consorcio.

CUADRO III.1
NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN DEL SNS.

	ORG. PÚBLICOS	SOCIEDADES MERCANTILES					
	Organismos Autónomos	Entidades Públicas Empresariales	Anónimas Públicas	Responsabilidad Limitada	Consortios	Fundaciones	Cooperativas
Régimen Jurídico	Derecho Administrativo	Derecho privado	Derecho privado (Mercantil, Civil y Laboral)	Derecho privado (Mercantil, Civil y Laboral)	Derecho público y Derecho privado	Derecho privado (Administrativo, Civil, Mercantil y Laboral)	Derecho privado
Ley de Contratos del Estado	Sujetos a ella	Ley 13/1995 de 18 de mayo, de Contratos de las Administraciones Públicas	Real Decreto Legislativo 1564/1989, de 22 de diciembre	Ley 2/1995, de 23 de marzo, de Sociedades de Responsabilidad Limitada	Derecho privado. Principios de publicidad y concurrencia	Derecho privado. Principios de publicidad y concurrencia	La gerencia está sujeta a ella. Las compras de los facultativos asociados, no.
Órgano rector	Según su ley de creación específica	Según su ley de creación específica	Consejo de Administración	Consejo de Administración	Junta General o Consejo de Gobierno	Patronato	Consejo Rector
Régimen de personal	Laboral o funcionarial	Laboral	Laboral	Laboral	Laboral, en su mayor parte	Laboral	Laboral
Financiación Actividad	Ingresos propios autorizados y dotaciones de los PGE. Contrato programa simulado	Contrato programa	Subvenciones de los PGE y recursos asignados. Contrato programa		Contrato programa entre la gerencia y la unidad	Contrato programa entre la gerencia y la unidad que agrupa los servicios	Contrato de gestión clínica entre la gerencia y la cooperativa

FUENTE: MARTÍN MARTÍN (1998).

En Cataluña, la Ley 15/90, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria, modificada por la Ley 11/95, considera la figura del Consorcio, la empresa pública sometida a derecho privado y la contratación de servicios a entidades asociativas (cooperativas, sociedades mercantiles, etc.) con personalidad jurídica propia, como otras formas alternativas de gestión sanitaria. Estas entidades asociativas pueden estar formadas por profesionales sanitarios del Servicio Catalán de Salud, que pasarían a situación de excedencia voluntaria, y podrían contratar prescripción farmacéutica y algunas prestaciones de atención especializada.

En Galicia, la opción elegida es la fundación pública, al igual que ha ocurrido con el INSALUD gestión directa. Sin embargo, también se admite la existencia de Entes Públicos Empresariales (por ejemplo, el MEDTEC, S.A., Instituto de Medicina Técnica).

La generalización de las nuevas formas jurídico-organizativas, orientadas a dotar de autonomía a los centros asistenciales y de responsabilidad en la gestión, precisa de una adecuada regulación institucional para evitar la disociación existente. El cambio institucional y organizativo se ha articulado en cuatro aspectos: la separación efectiva de las funciones de financiación, compra y provisión; la configuración de los centros asistenciales como organizaciones autónomas, con facultad de decisión y de riesgo; la adaptación de los mecanismos de financiación de los centros; y el desarrollo de un sistema común de acreditación de centros y servicios sanitarios (MARTÍN MARTÍN, 1998, p. 442).

Estos cambios organizativos se enfrentan a dos problemas: la dificultad de su generalización en la estructura burocrática de la asistencia sanitaria del SNS y el control de la influencia política y de los grupos de interés. Las estrategias que podrían resolverlos podrían ser (MARTÍN MARTIN, 1998, p. 443):

- La creación de entidades compradoras, independientes del poder político, pero que apliquen las directrices de política sanitaria en la contratación y financiación de los proveedores y en la evaluación de los resultados. La

potenciación de la atención primaria como entidad compradora, así como de asociaciones de profesionales sanitarios de atención primaria que también podrían realizar esta función³⁹.

- El desarrollo de un sistema de acreditación de centros sanitarios para todo el SNS, independientes del financiador público, de los compradores y de los proveedores de servicios sanitarios.
- La creación de un marco de regulación específico para todas las nuevas formas de gestión.
- La generalización de las experiencias de gestión al conjunto del SNS, provocaría cambios institucionales y de gestión, recogidos en los Planes Estratégicos del INSALUD y de los Servicios Regionales de Salud, sistemas de presupuestación prospectiva, reforma de las relaciones laborales⁴⁰, reconversión de los grandes centros hospitalarios, etc.

Sin embargo, las nuevas formas de gestión han sido consideradas como fórmulas de privatización de la gestión de la asistencia sanitaria, cuyo objetivo es la reducción de costes salariales, debilitando el poder de los sindicatos y modificando la relación laboral de los profesionales sanitarios, que han pasado de un status funcional o estatutario a un status laboral (FERNÁNDEZ-CUENCA GÓMEZ, 1998, p. 261).

IV.3. Modelos de compra: el concierto.

Los contratos de asistencia sanitaria realizados por el sector público con proveedores privados se realizan bajo la interpretación restrictiva de los principios de subsidiariedad y complementariedad de las prestaciones y actividades sanitarias de la Seguridad Social. A igualdad de eficacia, calidad y costes, se prioriza la concertación

³⁹ Siguiendo el modelo de mercados internos del Reino Unido.

⁴⁰ La Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) ha vertido fuertes críticas sobre los Estatutos de las nuevas Fundaciones Hospitalarias, a las que se han sumado los sindicatos y asociaciones de profesionales al ver en peligro los derechos adquiridos.

con proveedores privados cuya titularidad sea ejercida por entidades sin ánimo de lucro. Los tipos de conciertos con centros sanitarios privados son:

a) Hospitalarios:

- *Conciertos por estancias*: contratación directa con modelo tipo de contrato, con utilización por el INSALUD según sus necesidades y sin existir reserva de camas ni número de camas concertadas.
- *Conciertos para procedimientos quirúrgicos (por procesos)*: contratación por concurso público para procedimientos quirúrgicos, según las necesidades. Suele realizarse de forma discontinua mediante fórmulas ajenas a la Ley de Contratos de Administraciones Públicas, deducidas del art. 199 del Texto Refundido de la Ley de la Seguridad Social, tales como la “autorización de uso utilizada en función de las necesidades”.
- *Conciertos singulares*: se establece un régimen de funcionamiento coordinado y programado, pudiendo incluir la contratación individualizada de procesos médicos y quirúrgicos.
- *Conciertos sustitutorios*: es un concierto singular por el que se adscribe al centro concertado un área asistencial, cumpliendo la misma función que los hospitales públicos en su ámbito geográfico.
- *Conciertos o Convenios de gestión integrada*: el INSALUD y los Servicios Regionales de Salud gestionan y administran centros de titularidad pública (Diputaciones o Comunidades Autónomas), en virtud de un concierto o convenio.

b) Extrahospitalarios: para procesos que no requieren hospitalización, con tratamientos concretos incluidos en Cirugía Mayor Ambulatoria. La contratación es directa y las tarifas preestablecidas.

- c) De servicios: se contratan para la realización de una determinada prestación sanitaria, incluidos los servicios de diagnóstico, tratamiento y complementarios. La contratación se lleva a cabo por concurso público, aplicando tarifas y duración de un año prorrogable.
- d) Otros: incluye todos los tipos de conciertos de naturaleza diversa, como contratos de transporte, arrendamiento de locales, prestación a colectivos ajenos, entidades colaboradoras, etc.

En los centros sustitutorios la fórmula de contratación por el INSALUD, desde 1995, es el contrato programa, similar al que se establece para los hospitales públicos. Las condiciones económicas de los conciertos sustitutorios son determinadas anualmente, basadas en costes efectivos de cada centro y teniendo en cuenta las distintas fuentes de financiación del hospital, pudiendo fijarse el pago por proceso o por UPAs.

IV.4. Niveles asistenciales, recursos y actividad asistencial.

En nuestro país, la Ley General de Sanidad establece la cobertura universal, la financiación pública, fundamentalmente a través de impuestos, y la provisión pública, con provisión privada complementaria, mediante conciertos.

Anteriormente a dicha ley, existían tres niveles de asistencia sanitaria (asistencia primaria, asistencia especializada ambulatoria y asistencia especializada hospitalaria), que posteriormente quedan reducidos a dos: asistencia primaria y asistencia hospitalaria. La primera, ha de ser provista por el poder público, en tanto que en la segunda, se contempla la posibilidad de conciertos con el sector privado.

Siguiendo las recomendaciones del Informe de la Comisión, se aprueba el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, en el que se determinan las prestaciones cubiertas por el sistema público, en sus distintas modalidades (Atención Primaria, Atención Especializada, Prestaciones Farmacéuticas, Prestaciones Complementarias y Servicios

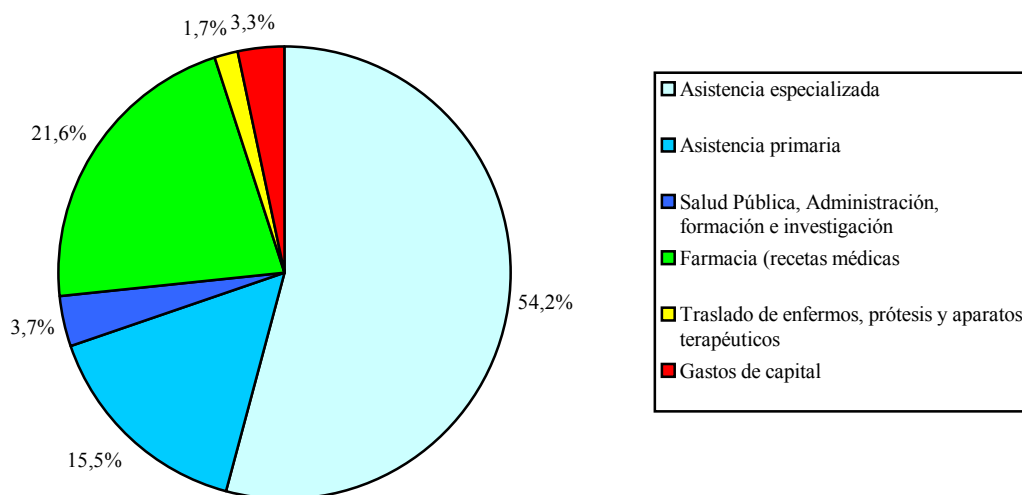
de Información y Documentación Sanitaria, incluyendo las prestaciones personales de carácter preventivo). Este Real Decreto recoge formalmente las prestaciones que ya anteriormente ofrecía el Sistema Nacional de Salud y, además, regula el procedimiento para la inclusión de nuevas técnicas y servicios.

CUADRO III.2
DISTRIBUCIÓN FUNCIONAL DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO (EN %). 1995-1999.

CLASIFICACION FUNCIONAL	1995	1996	1997	1998	1999 (P)
Servicios hospitalarios y especializados	55,8	55,6	55,1	54,8	54,1
Servicios primarios de salud	16,5	16,3	15,9	15,5	15,5
Salud pública, administración, formación e investigación	4,2	4,1	3,7	3,7	3,7
Farmacia (recetas médicas)	18,9	19,5	20,8	21,1	21,6
Traslado de enfermos, prótesis, aparatos terapéuticos	1,7	1,8	1,7	1,8	1,7
Gastos de capital	2,9	2,7	2,9	3,3	3,3

FUENTE: MSC, *Sistema Nacional de Salud en Cifras 2002. España.*

GRÁFICO III.3
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO. 1999.



FUENTE: MSC, *Sistema Nacional de Salud en Cifras 2002. España.*

La distribución funcional del gasto sanitario público, en estructura porcentual, entre 1995 y 1999 no ha variado significativamente (CUADRO III.2). La mayor partida se destina a asistencia especializada (GRÁFICO III. 3, para 1999), si bien su participación ha disminuido en casi dos puntos, debido, principalmente, a la utilización

de alternativas a la hospitalización. Destaca el incremento del gasto farmacéutico, casi tres puntos desde 1995, a pesar de las campañas promovidas para su contención (genéricos, restricciones para las recetas médicas, etc.).

IV.4.a. La Atención Primaria.

La organización general de la atención primaria antes de la LGS se basaba en el Real Decreto 137/84, sobre estructuras básicas de salud. El núcleo de articulación de la atención primaria es la Zona Básica de Salud, en cuyo ámbito se ubica el Equipo de Atención Primaria, formado por los Médicos de Medicina General y Pediatría, Puericultura de Zona, Ayudantes Técnicos Sanitarios o Diplomados de Enfermería, Matronas y Practicantes de Zona y Auxiliares de Clínica adscritos a la Zona, Funcionarios Técnicos del Estado al servicio de la Sanidad Local adscritos a los Cuerpos de Médicos, Practicantes y Matronas titulares radicados en la Zona, los Farmacéuticos titulares radicados en la Zona, Veterinarios, Trabajadores Sociales y personal de administración y servicios. Los Equipos de Atención Primaria son elementos de organización de carácter y estructura jerarquizada bajo la dirección de un Coordinador Médico.

En España, con la Ley General de Sanidad se consolida un nuevo modelo de Atención Primaria, definido anteriormente por el Real Decreto 137/1984, que presenta importantes diferencias con el anterior (CUADRO III.3).

CUADRO III.3
DIFERENCIAS ENTRE EL MODELO ANTERIOR Y POSTERIOR A LA LGS.

MODELO ANTIGUO	MODELO NUEVO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médicos: dedicación parcial ▪ Enfermeros de zona cada 2-3 médicos ▪ Actividad curativa ▪ Trabajo individual ▪ Sin ordenación territorial ▪ Pago capitativo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médicos: dedicación completa ▪ Enfermeros: dedicación completa; responsabilidad sobre cuidados ▪ Actividades curativas y preventivas ▪ Trabajo en equipo ▪ Ordenación en zonas de salud ▪ Pago por salario ▪ Servicios de apoyo

FUENTE: FERNÁNDEZ-CUENCA GÓMEZ (1998).

Los profesionales sanitarios pasan a tener una dedicación completa en el sector público, se potencia la medicina preventiva y el trabajo en equipo, cambia el sistema de remuneración y el territorio se organiza en Zonas de Salud.

Como el pago por salario no relaciona la remuneración con la carga de trabajo, a partir de 1993, se ha optado por un sistema mixto de pago: por salario y capitación. Además, se incluyen otros elementos de incentivación de los profesionales al valorar también la formación, la investigación, las mejoras de equipamiento, etc. Sin embargo, el sistema de incentivos económicos más utilizado ha sido el reparto de beneficios (FERNÁNDEZ-CUENCA GÓMEZ, 1998, p. 264).

Los centros y servicios de atención primaria se clasifican en: Centros de Salud, Consultorios, Puntos de Atención Continuada, Servicios Normales de Urgencias, Unidades de Atención a la Mujer, Centros de Orientación Familiar, Unidades de Salud Mental, Unidades de Fisioterapia, Unidades de Salud Bucodental y Unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica.

Una década después de su creación, el número de Centros de Salud asciendía a 1.707 en todo el país, distribuidos por las Comunidades Autónomas, donde Cataluña concentra 206, seguida de Castilla y León (192) y Andalucía (191), atendiendo a un 90,71% de la población, por término medio.

En las zonas rurales, donde antes se hallaban los médicos generales dispersos, con una consulta individual en cada Ayuntamiento, se han creado Centros de Salud, que dan servicio a la población de toda una comarca, centralizando las consultas⁴¹ y ofreciendo otros servicios que antes no existían (por ejemplo, urgencias).

Entre el personal sanitario coexisten los pertenecientes a equipos de atención primaria (EAP) con los del modelo tradicional. En 1998, se crea la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, a la que se accede a través del MIR, aunque también

⁴¹ Este modelo está generalizado en el Norte de España, donde la diseminación de la población en pequeñas aldeas dificultaba el acceso a la asistencia sanitaria.

se ha facilitado el acceso al título de especialista a través de cursos de formación a los médicos generales que cumplan determinados requisitos.

A pesar de los esfuerzos realizados, la accesibilidad a los servicios de atención primaria, medida como el tiempo empleado en llegar a la consulta y el tiempo de espera, ha evolucionado negativamente en los primeros años, es decir, ha aumentado tanto el tiempo en llegar a la consulta (de 14,73 minutos, en 1987, a 17,73, en 1995) como el tiempo de espera para ser atendido por el médico (de 28,45 minutos, en 1987, a 30,89 en 1995). Sin embargo, el tiempo de espera se ha reducido en los últimos años (25,35 minutos, en 2000) gracias a la utilización de la cita previa.

Las prestaciones sanitarias cubiertas por los servicios de atención primaria quedan reguladas en el Real Decreto 63/1995 sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud⁴²:

- La asistencia sanitaria en consultas, servicios, centros de salud y domicilio.
- La indicación o prescripción y realización en su caso, de las pruebas y medios de diagnósticos básicos.
- Las actividades programadas sobre educación sanitaria, vacunaciones y otras medidas programada para la prevención de enfermedades, la promoción de la salud o la rehabilitación.
- La administración de tratamientos parenterales, curas y cirugía menor.
- Aplicación y reposición de sondajes vesicales y nasogástricos.
- Remisión o derivación de los pacientes a la asistencia especializada.
- Tratamientos de rehabilitación básicos.

⁴² En el Proyecto de Ley de Cohesión y Calidad del SNS se amplían algunas prestaciones sanitarias.

- Indicación y seguimiento de los distintos métodos anticonceptivos.
- Prestaciones específicas: atención a la mujer (embarazo, preparación al parto, postparto, detección precoz del cáncer ginecológico y tratamientos de las complicaciones de la menopausia); atención a la infancia hasta los 14 años (educación sanitaria, vacunaciones y revisiones del niño sano); atención al adulto y al anciano (vacunaciones, detección de factores de riesgo, enfermos crónicos, problemas específicos de la tercera edad, atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales); atención de urgencia (atención médica y de enfermería de forma continuada y en consulta o domicilio si se requiere); atención de la salud buco-dental (información y educación, medidas preventivas y asistenciales, tratamiento de procesos agudos y exploración preventiva a embarazadas).

La posibilidad de elección del usuario en atención primaria queda recogida en el Real Decreto 1575/93, de 10 de septiembre, que establece la libre elección de médico general y pediatra entre los existentes en la correspondiente Área de Salud y, en poblaciones con más de 250.000 habitantes, entre los de su localidad (con limitaciones).

La atención primaria, además de tener sus prestaciones propias, sigue cumpliendo la función de puerta de acceso a la asistencia especializada.

IV.4.b. La Atención Especializada.

La provisión de atención especializada puede ser pública o privada, mediante conciertos, convenios o contratos entre el INSALUD o el Servicio Regional de Salud correspondiente y el sector privado. La asistencia sanitaria especializada en hospitales absorbe una parte importante del gasto sanitario público (54,1%, en 1999), siendo mayoritariamente pública.

Desde 1988 hasta 2000, el número total de hospitales ha registrado dos tendencias distintas: de 1988 a 1995, ha experimentado una reducción, pero, a partir de

este año, y hasta 2000, se han incrementado, siendo los privados los que presentan un crecimiento más significativo hasta 1999 (CUADRO III.4).

CUADRO III.4
ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS CON RÉGIMEN DE INTERNADO. 1988-2000.

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1999	2000
Según la finalidad								
Total establecimientos	820	813	801	790	783	782	798	802
Generales	447	453	452	449	450	456	471	483
Esp. de corta estancia	173	156	145	140	134	124	240*	231*
Esp. de larga estancia	106	111	114	113	111	114		
Psiquiátricos	94	93	90	88	88	88	87	88
<i>Total camas instaladas</i>								
Generales	115.705	117.440	117.035	116.155	115.574	114.169	124.121	124.432
Esp. de corta estancia	14.632	12.608	11.202	10.000	9.818	9.227	21.616*	20.538*
Esp. de larga estancia	10.779	10.996	11.479	11.664	10.829	11.290		
Psiquiátricos	24.781	23.407	21.821	21.125	21.212	19.958	16.871	16.247
Según la entidad jurídica de quien dependen								
Públicos	350	345	344	337	333	324	326	335
SNS	195	198	198	198	201	198	196	196
Otros públicos	155	147	146	139	132	126	130	139
No públicos	470	468	457	453	450	458	472	467
Priv. sin fines de lucro	150	152	148	144	138	131	160	162
Priv. con fin de lucro	320	316	309	309	312	327	312	305
<i>Camas instaladas</i>								
Públicos	112.654	111.201	110.453	108.724	107.484	104.432	109.833	109.914
SNS	76.943	78.332	78.926	78.929	78.887	77.923	83.629	83.133
Otros públicos	35.711	32.869	31.527	50.220	28.597	26.509	26.204	26.781
No públicos	53.243	53.250	51.084	50.220	49.949	50.212	52.775	51.303
Priv. sin fin de lucro	24.596	25.531	23.992	23.529	22.628	20.111	23.427	23.666
Priv. con fin de lucro	28.647	27.719	27.092	26.692	27.321	30.101	29.348	27.637

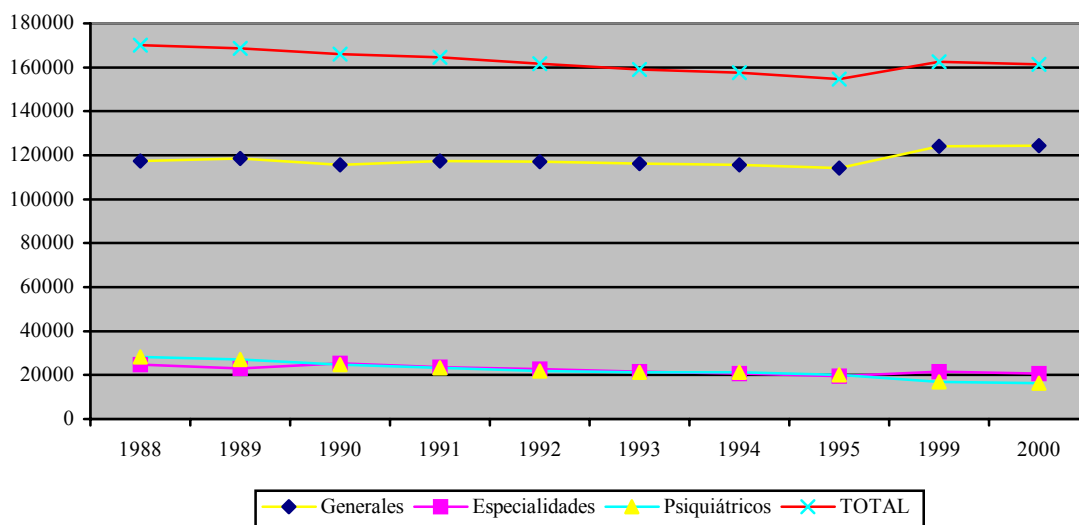
FUENTE: INE: Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado y *Catálogo Nacional de Hospitales* (2002).

* Comprenden los hospitales de corta y de larga estancia.

El número de camas sigue una tendencia similar al de hospitales. Sin embargo, los hospitales privados (con o sin ánimo de lucro) siguen siendo muy superiores en número, en tanto que las camas ofertadas son significativamente menos. Esto se debe a que los hospitales públicos suelen ser de gran tamaño, mientras que los privados son mucho más pequeños.

Según la finalidad del hospital, el descenso más significativo ha sido en los hospitales psiquiátricos, pues la disminución del número de centros ha sido en ese período del 17,1%, lo que se traduce en una reducción de camas del 40%. Esto se explica por las alternativas al internamiento y la reconversión de hospitales psiquiátricos en hospitales de especialidades de larga estancia que se ha llevado a cabo en los últimos años (GRÁFICO III.4).

GRÁFICO III.4
EVOLUCIÓN DE CAMAS INSTALADAS SEGÚN LA FINALIDAD DEL HOSPITAL. 1988-2000.



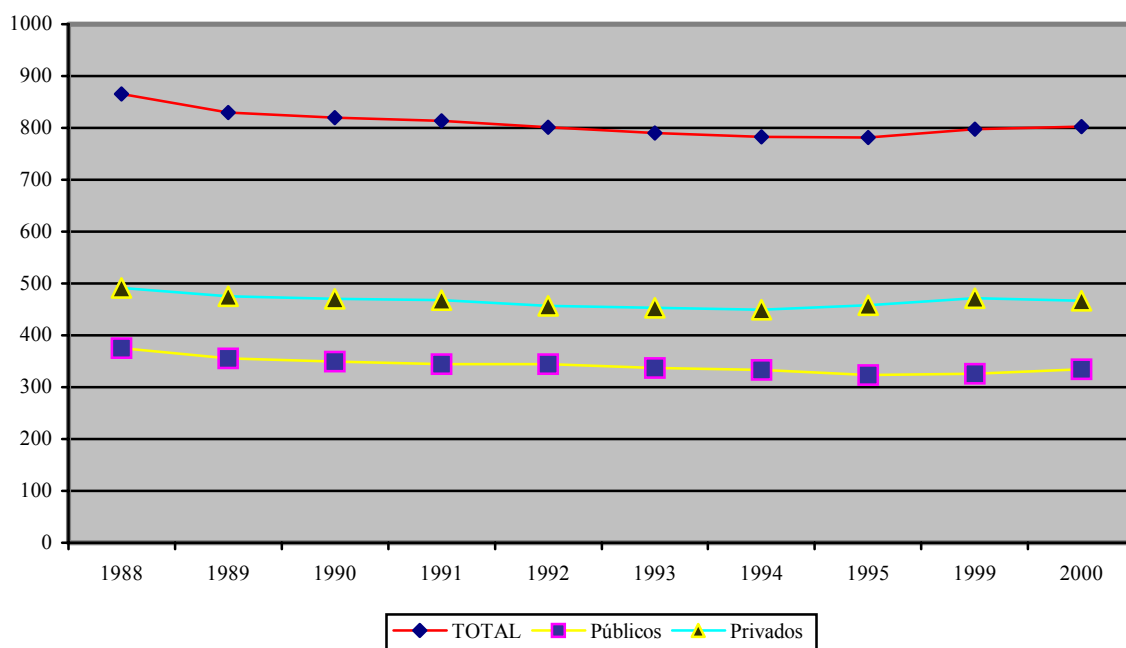
FUENTE: Elaboración propia a partir de los datos del CUADRO III.4.

Los establecimientos sanitarios, según la entidad jurídica de quien dependen, presentan una tendencia general similar (GRÁFICO III.5). Los hospitales públicos⁴³, en

⁴³ Distinguimos entre los hospitales dependientes del SNS y otros hospitales públicos, pues los últimos son los causantes del crecimiento entre 1995 y 1999. Sin embargo, son los hospitales del SNS los que experimentan un aumento del número de camas en los últimos cuatro años.

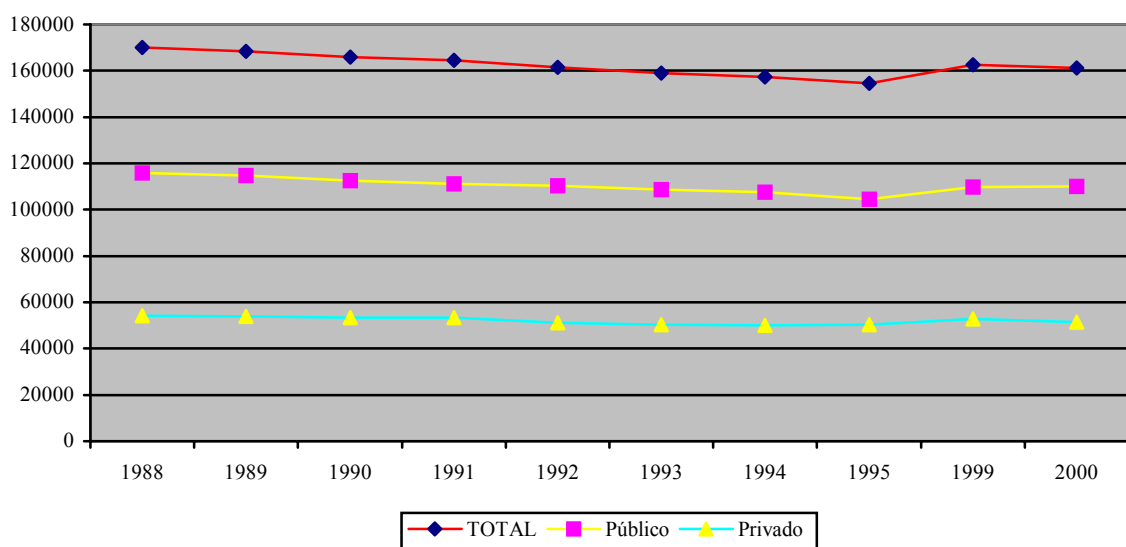
su conjunto, disminuyen en un 13,6% y el número de camas en casi un 10%, hasta 1995, y aumentan ligeramente hasta 2000 (GRÁFICO III.6).

GRÁFICO III.5
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS CON RÉGIMEN DE INTERNADO. 1988-2000.



FUENTE: Elaboración propia a partir de los datos del CUADRO III.4.

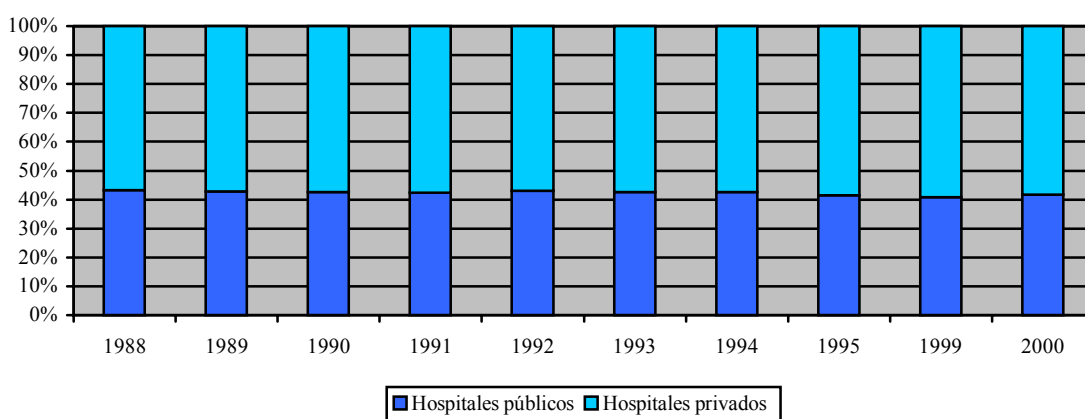
GRÁFICO III.6
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE CAMAS EN ESTABLECIMIENTOS CON RÉGIMEN DE INTERNADO. 1988-2000.



FUENTE: Elaboración propia a partir de los datos del CUADRO III.4.

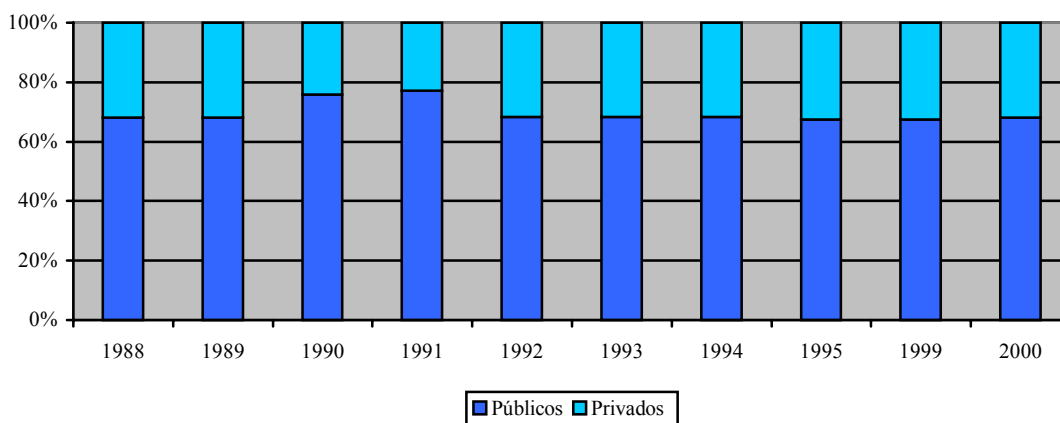
Los hospitales privados, sin embargo, empiezan a crecer a partir de 1994 (pasando de 450 en este año a 472, en 1999 y descendiendo a 467 en 2000), habiendo disminuido en el período anterior en un 6,7%. Este aumento se debe, principalmente, a los hospitales privados sin ánimo de lucro. En cuanto al número de camas en funcionamiento en el sector privado, son los hospitales con ánimo de lucro los que experimentan un mayor crecimiento hasta 1995, para descender posteriormente. A pesar de estas variaciones, la proporción de hospitales públicos sobre el total, apenas ha cambiado, manteniéndose en torno al 40% (GRÁFICO III.7). Sin embargo, el 67% de las camas instaladas pertenecen al sector público (GRÁFICO III.8).

GRÁFICO III.7
PROPORCIÓN HOSPITALES PÚBLICOS Y PRIVADOS. 1988-2000.



FUENTE: Elaboración propia a partir de los datos del CUADRO III.4.

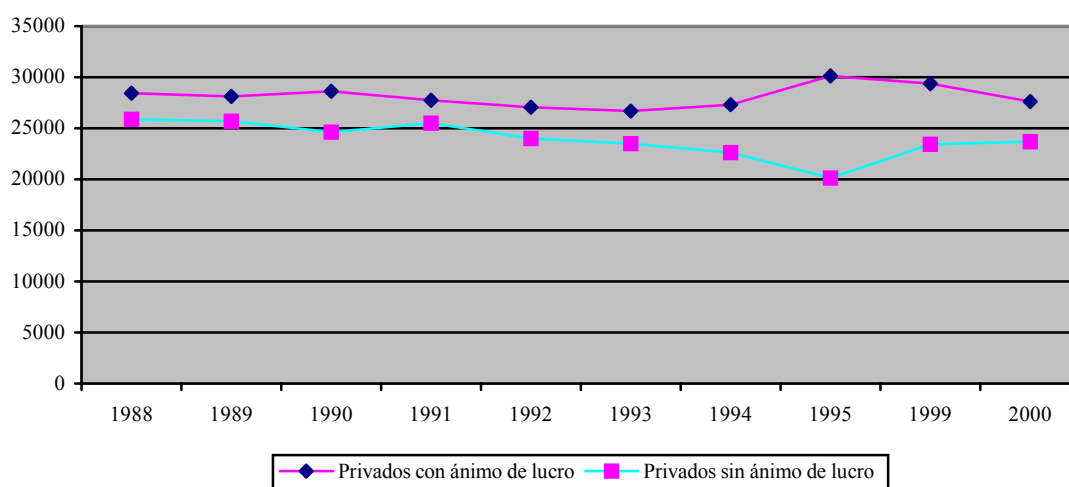
GRÁFICO III.8
PROPORCIÓN DE CAMAS DE ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS Y PRIVADOS. 1988-2000.



FUENTE: Elaboración propia.

La evolución de los hospitales privados ha sido distinta entre los que tienen fin de lucro y los que no tienen fin de lucro. Los primeros son más numerosos y ofrecen un mayor número de camas, pero a partir de 1994 reflejan tendencias contrarias, mientras los primeros aumentan, tanto en número como en camas en funcionamiento, los segundos disminuyen de forma significativa en ambos indicadores (GRÁFICO III.9). El comportamiento se invierte en el período de 1995 a 2000.

GRÁFICO III.9
CAMAS INSTALADAS EN HOSPITALES PRIVADOS. 1988-2000.



FUENTE: Elaboración propia a partir de los datos del CUADRO III.4.

Los hospitales suponen un sector muy dinámico, en continua evolución, tanto en su estructura como en la actividad desarrollada, debido a una serie de factores condicionantes, tanto extrínsecos como intrínsecos al sistema sanitario (FERNÁNDEZ-CUENCA GÓMEZ, 1998, pp. 268 y ss):

- Condicionantes extrínsecos: modificaciones de los patrones de morbilidad y cambios demográficos (envejecimiento de la población).
- Condicionantes intrínsecos: universalización de la cobertura, mejora de la accesibilidad geográfica, modificaciones en los criterios de hospitalización y cambios en los modelos de gestión.

Con la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad, se van a producir numerosos cambios en la organización de la asistencia especializada, debido a la unificación de las diversas redes asistenciales en los Servicios Regionales de Salud y la integración de la asistencia especializada, tanto ambulatoria como hospitalaria, en el ámbito territorial del Área de Salud, teniendo un hospital como centro de referencia.

Por otra parte, mientras que en los años 80 y mediados de los 90 había una tendencia a la unión de hospitales, formando grandes complejos, recientemente se tiende a la segregación de servicios, sobre todo diagnósticos, pasando a ser unidades gestionadas de forma autónoma, sujetas al derecho privado, que venden sus servicios al hospital donde se ubican o a otros compradores, públicos o privados.

Con esta nueva forma de gestión, las unidades asistenciales se relacionan con los Servicios de Salud mediante contratos programa, convenios o cualquier otra forma de concertación.

La evolución de algunos indicadores de actividad hospitalaria, desde 1985 a 1997⁴⁴, se refleja en el CUADRO III.5.

CUADRO III.5
EVOLUCIÓN DE INDICADORES HOSPITALARIOS. 1985-1997.

AÑOS	ESTANCIA MEDIA	ALTAS/1000 HAB.	CAMAS INSTALADAS/1000 HAB.
1985	13,42	93,17	4,56
1986	13,09	91,78	4,44
1987	13,10	93,83	4,41
1988	12,74	96,78	4,38
1989	12,58	96,75	4,33
1990	12,17	97,34	4,26
1991	11,86	99,47	4,21
1992	11,35	102,29	4,14
1993	11,00	104,67	4,07
1994	10,54	106,82	4,02
1995	10,46	108,82	3,94
1997	9,65	115,08	3,85

FUENTE: INE (2000), *Establecimientos sanitarios con régimen de internado 1995* e INE (2002), *Estadística de Indicadores Hospitalarios 1997*.

⁴⁴ Con los datos disponibles del INE.

La estancia media se ha reducido en casi 4 días a lo largo del período 1985-1997, quedando en algo más de 9 días, inferior a la media de los países europeos en ese año, según datos de la OCDE. Al mismo tiempo, se ha incrementado el número de altas por mil habitantes y ha disminuido la densidad de camas por mil habitantes, lo que indica una mayor rotación de los pacientes. Como ya se ha dicho anteriormente, la utilización de alternativas a la hospitalización ha facilitado la evolución de estos indicadores, procurando un mayor aprovechamiento de los recursos existentes. Sin embargo, aunque la densidad de camas ha bajado, existen diferencias entre las Comunidades Autónomas (CUADRO III.6).

CUADRO III.6
CAMAS INSTALADAS/1000 HABITANTES POR COMUNIDAD AUTÓNOMA. 1997.

TOTAL	3,85
ANDALUCÍA	3,02
ARAGÓN	4,46
ASTURIAS	3,86
BALEARES	4,67
CANARIAS	4,80
CANTABRIA	4,23
CASTILLA-LA MANCHA	3,06
CASTILLA Y LEÓN	4,38
CATALUÑA	4,79
COMUNIDAD VALENCIANA	2,93
EXTREMADURA	3,68
GALICIA	3,80
MADRID	3,97
MURCIA	3,37
NAVARRA	4,94
PAÍS VASCO	4,08
LA RIOJA	3,83
CEUTA Y MELILLA	3,46

FUENTE: INE (2002): *Estadística de Indicadores Hospitalarios 1997*.

La densidad media de camas instaladas es 3,85 a nivel nacional, pero se rebasa ampliamente en Aragón, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León y Navarra, quedando por debajo de la media la Comunidad Valenciana, Andalucía, Castilla-La Mancha, Ceuta y Melilla y Murcia.

Con relación a la finalidad del hospital, según los indicadores hospitalarios, en 1997, la mayor parte de las camas instaladas pertenecen a los hospitales generales, que también registran el mayor número de altas y grado de ocupación (CUADRO III.7).

CUADRO III.7
INDICADORES HOSPITALARIOS SEGÚN LA FINALIDAD. 1997

	Total	Generales	Especiales de corta estancia	Especiales de larga estancia	Psiquiátricos
Camas instaladas/1000 Hab.	3,85	2,91	0,24	0,29	0,5
Altas/1000 Hab.	115,08	97,71	8,96	1,36	0,78
Grado de ocupación	79,03	77,09	64,50	88,73	92,03
Estancia media	9,65	7,77	5,84	70,79	193,02
Rotación por cama en el año	29,90	36,20	40,30	4,58	1,74
Índice por cama en funcionamiento					
Total de personal	2,31	2,82	2,49	1,1	0,62
Personal sanitario	1,60	2	1,77	0,69	0,4

FUENTE: INE (2002): *Estadística de Indicadores Hospitalarios 1997*.

Del total de la actividad hospitalaria, los hospitales generales recogen el 72% de las estancias de pacientes, el 90% de las altas de enfermos por año, el 90% de los ingresos, el 91% de las consultas externas y el 94% de las urgencias, para lo que cuentan con el 73% de las camas totales en funcionamiento y el 87% del personal total del sector hospitalario.

En cuanto a los indicadores de actividad, según la entidad jurídica de que dependen los hospitales, en el CUADRO III.8 se reflejan los resultados de 1997 distinguiendo los públicos, los pertenecientes al Sistema Nacional de Salud y los no públicos.

La actividad hospitalaria, según los datos de ingresos, altas, estancias, consultas externas, urgencias y actos quirúrgicos, todos ellos por 1000 habitantes, reflejan una mayor actividad de los hospitales públicos que de los privados, especialmente de los hospitales pertenecientes al Sistema Nacional de Salud, que registra el 60% de los ingresos y de las altas, el 52% de las estancias, el 65,6% de las consultas externas, el 66% de las urgencias y el 53% de los actos quirúrgicos. Además, los hospitales del SNS presentan la estancia media más baja y los índices de rotación y de ocupación más elevados.

Por otra parte, los índices de personal por cama más reducidos pertenecen a los hospitales no públicos, en tanto que los hospitales del SNS tienen los índices más altos. De la misma forma, las compras y gastos (en miles de pesetas) por habitante son muy

reducidos en la sanidad privada, multiplicándose por más de 4 en los hospitales públicos y por 3,5 en los hospitales del SNS.

CUADRO III.8
INDICADORES HOSPITALARIOS SEGÚN LA DEPENDENCIA. 1997.

	TOTAL	PÚBLICOS	SNS	NO PÚBLICOS
Hospitales por 100.000 habitantes	2	0,81	0,49	1,2
Camas instaladas/1000 habitantes	3,85	2,59	1,96	1,26
Ingresos/1000 habitantes	115,1	80,2	69,13	34,89
Altas/1000 habitantes	115,08	80,2	69,11	34,88
Estancias/1000 habitantes	1.110,15	756,67	579,2	353,48
Consultas externas/1000 habitantes	997,09	775,23	654,1	221,85
Urgencias/1000 habitantes	454,51	346,11	300,4	108,4
Actos quirúrgicos/1000 habitantes	84,47	51,91	44,8	32,56
Compras y gastos (en miles de pts)/ habitante	391,09	316,47	269,58	74,61
Estancia media	9,65	9,43	8,38	10,13
Índice de rotación	29,9	31,01	35,19	27,63
Porcentaje de ocupación	79,03	80,15	80,08	76,73
Actos quirúrgicos/quirófano en funcion.	980,68	989,88	1025,5	966,36
Partos por cama en obstetricia	49,57	48,86	49,1	51,86
Necropsias/100 fallecidos	4,55	5,38	5,45	1,78
Total personal/cama	2,31	2,83	3,12	1,25
Personal sanitario/cama	1,6	1,97	2,2	0,85
Personal médico/cama	0,31	0,4	0,45	0,14
Personal enfermería/cama	0,64	0,82	0,94	0,28

FUENTE: INE (2002): *Estadística de Indicadores Hospitalarios 1997.*

Del total de los recursos gestionados en la atención hospitalaria, una parte importante se destina a personal. En 1997, el total de personas que trabajaban en hospitales, tanto públicos como privados, era de 370.244 (un 77,83% en hospitales públicos y un 22,17% en hospitales privados), habiéndose incrementado en un 28% desde 1985. Esta variación es de distinta intensidad en el sector público y en el sector privado. En el primero, aumenta en un 32,33% en tanto que en el segundo solamente lo hace en un 14,8%.

Los mayores aumentos de plantilla se dan entre el personal dedicado a dirección y gestión (93%), correspondiendo un 170,7% a los hospitales públicos y un 24,05% a los privados. También es necesario señalar el incremento de personal médico en un 34,4%, siendo del 45,5% en los hospitales públicos y solamente del 18,96% en los privados.

La mayor dotación de personal en los hospitales públicos se refleja en la proporción del gasto de personal sobre el total de gastos corrientes. A pesar de haber disminuido esta participación durante el período 1985-1997, sigue siendo significativamente más alta en los hospitales públicos (más del 66%) frente a los privados (52,69%).

En conjunto, el gasto de personal hospitalario se ha incrementado en los hospitales públicos en un 190,31%, mientras que en los privados solamente un 130,81%, sin embargo la proporción que supone el gasto de personal sobre el total de los gastos corrientes ha disminuido sensiblemente (en cuatro puntos), tanto en el sector público (del 73,87% en 1985 al 69,59% en 1997) como en el privado (del 56,48% en 1985 al 52,69% en 1997).

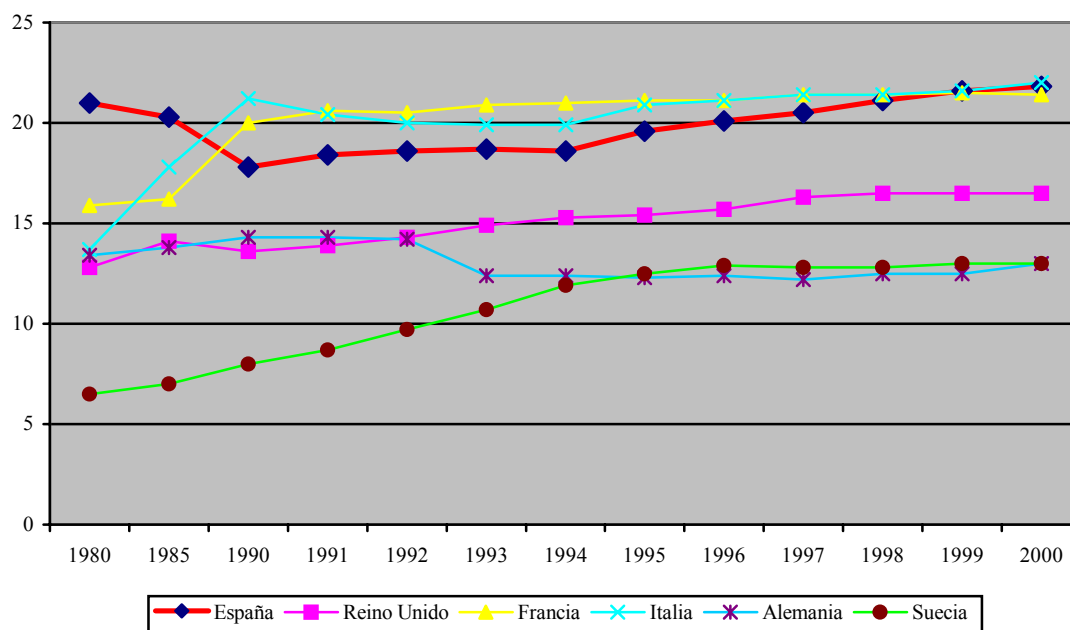
Finalmente, la capacidad de elección del usuario en la asistencia sanitaria especializada se recoge en el Real Decreto 8/1996, por el que se concede al paciente la posibilidad de elegir especialista y centro hospitalario, si bien esta medida no ha sido desarrollada en la totalidad del territorio nacional.

IV.4.c. La Prestación Farmacéutica.

Los recursos destinados a productos farmacéuticos en nuestro país no han dejado de crecer en la última década, no solamente en términos nominales, sino en participación sobre el total del gasto sanitario, donde se registran porcentajes muy superiores a los del Reino Unido o Suecia, ambos Sistemas Nacionales de Salud como el nuestro (GRÁFICO III.10). En 1990, el porcentaje del gasto farmacéutico sobre el gasto sanitario total era del 17,8, pero en 2000 ha llegado al 22%.

Por otra parte, el gasto farmacéutico se concentra en el grupo de población mayor de 65 años, suponiendo el 75% del total. Esto es debido a dos razones: en primer lugar, las personas mayores son las que más necesitan asistencia sanitaria, de cualquier tipo, en particular, prestación farmacéutica; en segundo lugar, la exención en el copago de este grupo de población fomenta la demanda y, en algunos casos, el fraude.

GRÁFICO III.10
EVOLUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO EN ESPAÑA Y OTROS PAÍSES DE LA U.E.
1980-2000.



FUENTE: OECD HEALTH DATA 2002.

Con el fin de controlar el progresivo aumento, se han adoptado diversas medidas, como la implantación de “listas negativas”, la descentralización de la gestión presupuestaria en las Gerencias de Atención Primaria, con asignación de presupuestos individualizados de recetas a los médicos y los programas de Uso Racional de Medicamentos.

En España, se utilizan fórmulas de copago similares a las de otros países de la Unión Europea, pero la participación del usuario español es menor que en los países de nuestro entorno. En general, el paciente abona un 40% del precio del medicamento, pero para los medicamentos destinados a enfermedades crónicas solamente se abona un 10% del precio, con un tope de 439 pesetas (2,64 euros). Esta misma aportación se ha fijado para el colectivo de enfermos de SIDA. Por otra parte, los pensionistas, minusválidos, inválidos, los que han sufrido accidentes de trabajo o enfermedades profesionales y los afectados por el síndrome tóxico, están exentos del copago.

Desde 1997, a partir del Informe de la Subcomisión Parlamentaria, se proponen nuevas fórmulas de racionalización de la prestación farmacéutica, como la promoción de la prescripción de genéricos, el establecimiento de precios de referencia, la mejora de los instrumentos de gestión de la prestación y la participación de los profesionales, a los que se les ha de facilitar mayor información acerca de los medicamentos e incentivos e instrumentos de gestión como la implantación de presupuestos farmacéuticos en cada unidad asistencial.

IV.5. El INSALUD gestión directa.

Los principales cambios en la sanidad española se producen a partir del Plan Nacional de Salud y, concretamente, con la presentación de los distintos Planes Estratégicos del INSALUD y de los Servicios Regionales de Salud. En los Planes Estratégicos se exponen las directrices generales y el diseño futuro de la asistencia sanitaria en cada Comunidad Autónoma y en el territorio INSALUD.

Al no existir uniformidad entre las prioridades recogidas en los Planes Estratégicos, nos hemos centrado en el caso del INSALUD gestión directa debido a su dependencia directa del Ministerio de Sanidad y Consumo y que, por lo tanto, refleja las directrices fundamentales del Gobierno sobre el tema. Por otra parte, en el Plan Estratégico del INSALUD se alude de forma clara al modelo de competencia gestionada. Además, el INSALUD gestión directa cubre a una parte muy importante de la población española.

La evolución del INSALUD desde 1998 está enmarcada en el Plan Estratégico⁴⁵, presentado el 21 de enero de 1998, que se articula en torno a los siguientes aspectos:

- *La orientación de los servicios sanitarios a los ciudadanos:* La potenciación de la calidad de la asistencia sanitaria, mediante una atención más personalizada y eficaz, eliminando trabas burocráticas y facilitando la

⁴⁵ INSALUD, (1997).

elección de centro y de profesionales, así como la reducción de las listas de espera quirúrgica.

- *La separación de las funciones corporativas institucionales*: compra, como garantía básica de prestación de asistencia sanitaria a los usuarios, y provisión de servicios, como responsable de la calidad asistencial en los centros de atención primaria y atención especializada.

- *Dotación de autonomía de gestión de los centros sanitarios, mediante la personalidad jurídica pública*: se fundamenta en la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de Nuevas Formas de Gestión del SNS, el Acuerdo Parlamentario para la Consolidación y Modernización del SNS, de 18 de diciembre de 1997, y en el art. 111 de la Ley 50/1998, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social, se posibilita la creación de Fundaciones Públicas Sanitarias en todo el SNS, siendo la fórmula elegida por el INSALUD para su ámbito territorial.

- *Motivación, incentivación y participación social y de los profesionales en la gestión*: el Real Decreto 702/1998, de 24 de abril, introduce cambios en la estructura de los órganos de participación en el control y vigilancia de la gestión. Además, se negocia con los sindicatos el procedimiento de abono de la productividad variable.

- *Mejoras continuas de calidad*: además de mejoras en la atención primaria y especializada de cara al usuario, se potencian los Sistemas de Información (Sistema de Identificación de Pacientes) y se pone en marcha el Plan de Tecnologías de Información (informatización de citas previas, archivo, historias clínicas, prescripción farmacéutica, etc), encaminadas a la evaluación y control de la gestión, de la actividad y de los resultados.

Además, se recogen otros objetivos, como la modernización de la gestión, implicación y motivación del personal sanitario, buscando nuevas fórmulas de

incentivación, mayor coordinación entre los niveles asistenciales, atención primaria y especializada, reforzamiento del papel de la atención primaria, tanto en la gestión como en la canalización de las demandas de la población.

En la atención especializada, se fomentan los programas de calidad, la reconversión de los servicios hospitalarios hacia el paciente, con la reforma y construcción de centros más funcionales, la reducción de las listas y tiempos de espera y el cumplimiento de los presupuestos pactados.

En la prestación farmacéutica, el programa de uso racional de medicamentos se considera fundamental para la contención del gasto farmacéutico, potenciando la utilización de genéricos.

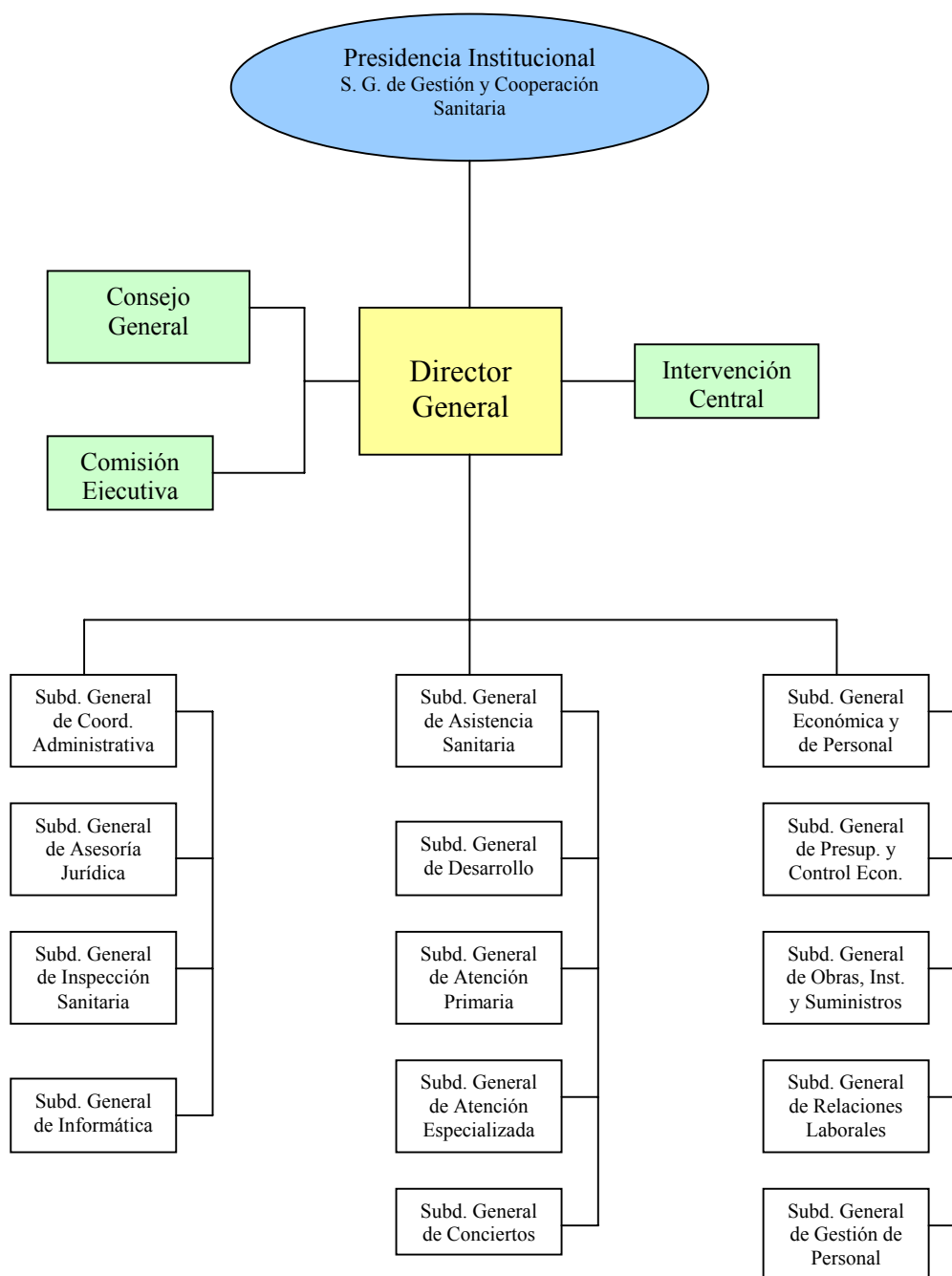
La organización del INSALUD se establece en el Real Decreto 1450/2000, de 28 de julio, de acuerdo con lo previsto en el Real decreto 809/2000, de 19 de mayo, que desarrolla la nueva estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo (FIGURA III.1).

El INSALUD depende de la Secretaría General de Gestión y Cooperación Sanitaria, cuyo Secretario General ostenta su Presidencia Institucional. La gestión del INSALUD es competencia del Director General, quedando la estructura orgánica dividida en varias Subdirecciones Generales.

La Comisión de Dirección es responsable del estudio y formulación de propuestas relacionadas con los planes de actuación del Organismo, así como la coordinación de competencias y actuaciones de los centros directivos que integran el Instituto.

El Consejo General, integrado por representantes sindicales, organizaciones empresariales y asociaciones de consumidores y usuarios y la propia Administración, junto con la Comisión Ejecutiva, forman los órganos de control de la gestión.

FIGURA III.1
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD



FUENTE: INSALUD: *Memoria 2000*.

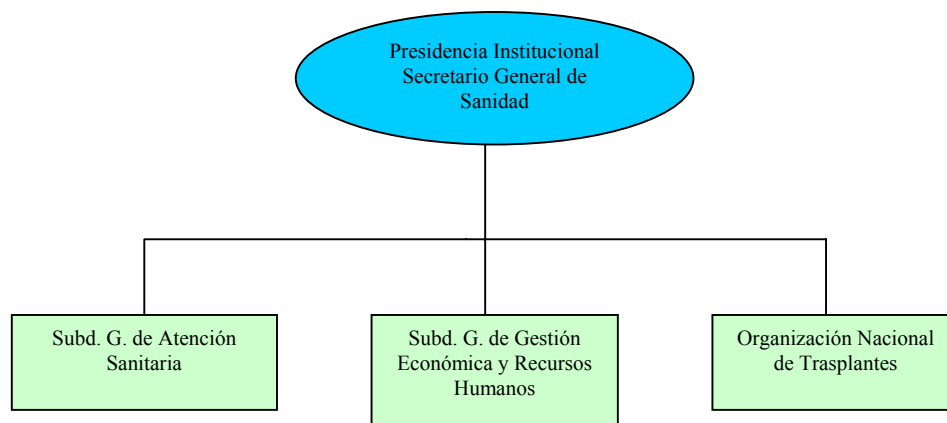
La estructura periférica del INSALUD se articula a través de 12 Direcciones Territoriales y 15 Direcciones Provinciales, y, en lo que se refiere a las Áreas Sanitarias,

por 57 Gerencias de Atención Primaria, 9 Gerencias del 061 y 81 Gerencias de Atención Especializada.

A las Direcciones Territoriales corresponde la coordinación de los centros y recursos sanitarios del INSALUD en cada Comunidad Autónoma, con el fin de contribuir a la programación adecuada de las transferencias de competencias.

Una vez culminado el proceso de transferencias en materia de sanidad a las Comunidades Autónomas, a partir de enero de 2002, el Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, modifica y desarrolla una nueva estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, estableciendo la desaparición del INSALUD y su adaptación en una entidad de menor dimensión que conserva la misma personalidad jurídica, económica, presupuestaria y patrimonial, la naturaleza de entidad gestora de la Seguridad Social y las funciones de gestión de los derechos y obligaciones del INSALUD, y pasa a denominarse Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (FIGURA III.2).

FIGURA III.2
INSITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA



FUENTE: BOE, N° 185, de 3 de agosto de 2002.

El Ministerio de Sanidad y Consumo desarrolla sus funciones a través de la Subsecretaría de Sanidad y Consumo y la Secretaría General de Sanidad (desapareciendo la Secretaría General de Gestión y Cooperación Sanitaria). El Consejo Asesor de Sanidad permanece como órgano consultivo en materia de política sanitaria.

De la Subsecretaría de Sanidad y Consumo dependen los siguientes órganos directivos: a) la Secretaría General Técnica; b) la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestario; c) la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios; y d) la Dirección General de Consumo y Atención al Ciudadano. La Agencia Española del Medicamento queda adscrita al Ministerio a través de la Subsecretaría. El Instituto Nacional del Consumo queda adscrito a la Dirección General de Consumo y Atención al Ciudadano.

La Secretaría General de Sanidad desempeña las funciones de salud pública, coordinación interterritorial y alta inspección, calidad y planificación sanitaria y sistemas de información. De ella dependen la Dirección General de Salud Pública, la Dirección General de Alta Inspección y Coordinación del Sistema Nacional de Salud y la Dirección General de Planificación Sanitaria, Sistemas de Información y Prestaciones. El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria depende de la Secretaría General de Sanidad y su presidencia corresponde al Secretario General de Sanidad.

La estructura orgánica del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria queda regulada por el mismo Real Decreto, conservando el régimen jurídico, económico, presupuestario y patrimonial y la misma personalidad jurídica y naturaleza de Entidad Gestora de la Seguridad Social. Al nuevo Instituto Nacional de Gestión Sanitaria le corresponde la gestión de los derechos y obligaciones del INSALUD, las prestaciones sanitarias en el ámbito de las Ciudades de Ceuta y Melilla y la realización de todas las actividades necesarias para el normal funcionamiento de sus servicios, en el marco de la Ley General de Sanidad, en su disposición transitoria tercera.

La presidencia del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria corresponde al Secretario General de Sanidad. La estructura del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

se reduce a dos Subdirecciones Generales: la Subdirección General de Atención Sanitaria y la Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos, desapareciendo las antiguas Subdirecciones Generales y asumiendo las nuevas algunas de sus funciones.

La Subdirección General de Atención Sanitaria tiene encomendada la ordenación, el control y la evaluación de la gestión de la atención primaria, la atención especializada y los conciertos del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

La Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos se encargará de la gestión de presupuestos y control económico, la gestión de obras, instalaciones y suministros, la ordenación y ejecución de la política de personal del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y la asistencia técnica y administrativa a todos los servicios central es del Instituto y la relación con los servicios periféricos y el régimen interior, así como la secretaría de los órganos de participación en el control y vigilancia de la gestión.

La Organización Nacional de Trasplantes queda adscrita al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, con nivel orgánico de Subdirección General y con las funciones establecidas en el Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, y el Centro Nacional de Dosimetría de Valencia.

IV.5.a. Recursos y actividad.

El estudio de la evolución del INSALUD, se va a centrar en los resultados de la implantación del Plan Estratégico, a partir de 1998, y la comparación con datos anteriores o, en algunos casos, a los referidos al conjunto de la sanidad nacional.

Los recursos humanos con que cuenta el INSALUD, a 31 de diciembre de 2000, suponen una plantilla total de 135.730 personas, de las que el 21,6% son facultativos, el 50% es personal sanitario no facultativo y el resto personal no sanitario. Los Equipos de

Dirección están integrados por 752 profesionales, de los cuales 62 son Directores Gerentes en Atención Primaria y 68 en Atención Especializada.

Los recursos materiales se componen, por una parte, de 1.093 Centros de Salud y 1.177 Equipos de Atención Primaria, y por otra parte, de 82 hospitales en Atención Especializada, poniéndose en funcionamiento en 2000 un nuevo hospital, gestionado como Fundación Sanitaria, la Fundación Hospital de Calahorra, que se añade a los ya en funcionamiento (Fundación Hospital de Alcorcón y Fundación Hospital de Manacor).

El presupuesto final del INSALUD gestión directa para el año 2000 (10.373,37 millones de euros) representa el 38,9% del presupuesto total de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, canalizado a través del INSALUD estatal, del que se ha liquidado al final de ejercicio el 98,87% (10.255,90 millones de euros). Del total de los recursos económicos utilizados, un 44,85% se ha destinado a gastos de personal, un 23,23% a farmacia y un 9,92% a la asistencia concertada.

El presupuesto por grupos de programas se reparte, un 37,53% en asistencia primaria, un 59% a asistencia especializada⁴⁶ y el resto para Administración y Servicios Generales y Formación del Personal Sanitario.

Este presupuesto se enmarca en el Modelo de Financiación de la Sanidad Pública para el cuatrienio 1998-2001, aprobado por el Consejo de Política Fiscal y Financiera, el 27 de noviembre de 1997, con el consenso de todas las Comunidades Autónomas que gestionan directamente la asistencia sanitaria y que están representadas en dicho Consejo.

El gasto capitativo total se ha incrementado en un 13,7% desde 1998 a 2000, pero existen Comunidades Autónomas donde no se alcanza la media total, como Baleares (89,4% del gasto capitativo total) y Castilla-La Mancha (95,8%),

⁴⁶ La suma de los recursos destinados a asistencia primaria y asistencia hospitalaria suponen el 96,53% del total del presupuesto.

principalmente, aunque Melilla (130,7%) y Melilla (116,4%) superan ampliamente esta media (CUADRO III.9).

CUADRO III.9
EVOLUCIÓN DEL GASTO CAPITATIVO TOTAL (en euros corrientes). 1998-2000. Según población protegida.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	1998	1999	2000
Aragón	683,83	717,84	763,75
Asturias	666,00	713,35	760,03
Baleares	551,99	600,31	635,57
Cantabria	661,22	708,16	772,82
Castilla-La Mancha	589,10	633,99	680,97
Castilla y León	609,11	653,45	701,08
Extremadura	631,10	673,99	724,45
La Rioja	585,57	620,37	698,03
Madrid	633,18	663,42	699,60
Murcia	602,42	661,12	719,04
Ceuta	744,84	782,93	827,26
Melilla	776,25	812,86	928,93
INSALUD gestión directa	625,19	665,48	710,80

FUENTE: INSALUD, *Memoria 2000*.

A) Asistencia Primaria.

La atención primaria, además de la medicina de familia, pediatría y enfermería, comprende otra serie de servicios destinados a grupos de población predeterminada: servicios a la infancia, servicios a la mujer y servicios al anciano⁴⁷.

Por otra parte, se ha puesto en funcionamiento el Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte, si bien el experimento se inició solamente en tres Áreas de Madrid, pero, a finales de 2000 ya se había extendido a 16 Áreas de Salud, alcanzando la población cubierta el 47,4% de la población atendida por el INSALUD. Este servicio va destinado a personas inmovilizadas y enfermos terminales.

⁴⁷ A partir de 1998 se han puesto en funcionamiento diversos programas para la mejora de la calidad de la atención sanitaria, recogidos en el Plan Estratégico del INSALUD, como el Sistema de Identificación de Pacientes (TAIR), el Plan de Tecnologías de la Información, de Reducción de Lista de Espera Quirúrgica, el Plan Integral de atención a la Mujer, etc, de los que nosotros solamente nos centraremos en los resultados de algunos de ellos.

Durante el año 2000 se ha conseguido que en todas las Comunidades Autónomas pertenecientes al INSALUD gestión directa, sea operativo el Centro Coordinador de Urgencias, con el Servicio 061, y puedan contar con Unidades Móviles de Emergencias.

En 2000, el número de zonas básicas de salud dotadas con su correspondiente Equipo de Atención Primaria, era al final del ejercicio del 98,43%, habiendo llegado en seis Comunidades Autónomas al 100% (CUADRO III.10).

CUADRO III.10
PORCENTAJE DE ZONAS BÁSICAS CON EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Comunidad Autónoma	1999	2000	Variación 2000/1999
Aragón	94,42	98,34	3,92
Asturias	97,50	97,50	-
Baleares	93,33	97,83	4,82
Cantabria	86,49	100,00	15,62
Castilla-La Mancha	100,00	100,00	-
Castilla y León	97,50	97,92	0,26
Extremadura	97,06	99,02	2,02
La Rioja	100,00	100,00	-
Madrid	94,21	97,32	3,30
Murcia	100,00	100,00	-
Ceuta	100,00	100,00	-
Melilla	100,00	100,00	-

FUENTE: INSALUD, Memoria 2000.

La actividad asistencial en atención primaria, medida por el número de consultas del período, ha disminuido ligeramente en el año 2000, respecto a 1999, (0,01%), manteniéndose en 91.404.832 en medicina de familia y 10.156.785 en pediatría (INSALUD, 2000, p. 67). La presión asistencial (número de usuarios/profesional/día) refleja un decrecimiento en medicina general, pero un aumento en pediatría y enfermería. El servicio de Atención Continuada se ha utilizado un 9,72% más que en el año anterior, alcanzando 9.732.191 consultas en 2000.

B) Asistencia Especializada.

La asistencia especializada es suministrada por hospitales públicos (propios, administrados por el INSALUD y Fundaciones hospitalarias) y hospitales privados concertados. Los hospitales públicos se clasifican por grupos:

- Grupo 1: Hospitales Comarcales (suponen un total de 24 y cubren a una población de 1.588.943 habitantes).
- Grupo 2: Hospitales Generales de Área (suman 29 y cubren a una población de 5.074.734 habitantes).
- Grupo 3: Hospitales con Servicios de Referencia (son un total de 9 y cubren a una población de 2.581.308).
- Grupo 4: Hospitales con Alta Tecnología (suponen un total de 12 y cubren a una población de 4.809.675 habitantes).
- Grupo 5: Hospitales no clasificables (suman 8, sin población de referencia).

La evolución de indicadores sobre recursos y actividad hospitalaria global en el período 1991-2001 se refleja en el CUADRO III.11. Los indicadores reflejados se refieren a la relación oferta/demanda, actividad hospitalaria, recogiendo intervenciones quirúrgicas, consultas y urgencias, y la actividad ambulatoria llevada a cabo en recintos hospitalarios. Posteriormente, se especifica la fórmula utilizada para el cálculo de dichos indicadores.

El número de camas instaladas por 1000 habitantes ha aumentado desde el inicio del período considerado hasta 1998, a partir del cual ha ido disminuyendo hasta el mismo nivel de 1991, sin embargo, las variaciones han sido muy pequeñas pues se ha mantenido en valores próximos a 2,6, muy inferior al dato registrado para el conjunto nacional (3,85 en 1997, último dato disponible del INE).

La reducción de camas ha sido posible al utilizar otras alternativas a la hospitalización, incrementándose la actividad ambulatoria considerablemente, en particular las consultas externas han aumentado en un 17% en el período. También se ha desarrollado la actividad ambulatoria en otros medios diagnósticos, como ecografías, mamografías, T.A.C., R.N.M. y litotricias.

CUADRO III.11
EVOLUCIÓN DE INDICADORES DE ACTIVIDAD HOSPITALARIA GLOBAL. 1991-2001.

INDICADORES	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
OFERTA/DEMANDA											
Camas instaladas/1000 habitantes	2,58	2,58	2,56	2,56	2,61	2,66	2,65	2,66	2,65	2,59	2,58
Ingresos totales/1000 habitantes	70,46	72,75	75,77	76,47	76,51	82,00	82,09	82,60	84,21	85,88	86,85
Consultas totales/1000 habitantes	1.366,08	1.392,95	1.419,87	1.439,29	1.405,06	1.480,75	1.496,40	1.508,06	1.532,81	1.559,25	1.587,60
Urgencias totales/1000 habitantes	267,48	270,28	284,66	298,03	318,59	332,20	344,74	257,30	369,29	382,06	399,39
Interv. Quirúrgicas totales/1000 habitantes	40,03	43,58	49,59	52,74	47,54	53,17	54,21	55,86	54,76	55,80	57,33
HOSPITALIZACIÓN											
Estancia media	9,55	9,19	8,91	8,79	9,14	8,55	8,28	8,12	7,95	7,81	7,68
Índice de ocupación	78,20	78,48	79,95	80,10	82,44	81,88	80,69	79,92	80,30	80,75	80,69
Índice de rotación	29,88	31,26	32,76	33,27	32,92	35,04	35,56	35,91	36,86	37,83	38,37
% Ingresos programados	35,28	34,87	35,57	36,34	33,17	35,62	35,10	33,49	31,94	30,82	30,16
Índice de mortalidad	3,56	3,47	3,55	3,51	3,81	3,75	3,67	3,84	3,99	3,89	3,84
URGENCIAS											
Presión de urgencias	64,72	65,13	64,43	63,66	66,83	64,38	64,90	66,51	68,06	69,18	69,84
% de urgencias ingresadas	17,05	17,53	17,15	16,34	15,19	14,95	15,45	14,40	14,55	14,51	14,00
Urgencias/día	10.239,4	10.318,3	10.896,9	11.408,7	12.195,9	12.681,9	13.274,5	13.758,0	14.219,8	14.671,4	15.378,9
Interv. Quir. Urgentes con ingreso/día	330,19	331,80	325,60	334,58	339,53	344,70	343,33	343,33	355,40	367,12	374,06
ACTIVIDAD QUIRÚRGICA											
Interv. Quir. Program. Con ingreso/día hábil	1.162,09	1.221,30	1.276,12	1.310,00	1.175,02	1.381,07	1.394,93	1.384,50	1.351,79	1.337,91	1.360,12
Interv. Quir. Prog./Quirófanos inst./día hábil	2,31	2,54	3,01	3,18	2,68	3,02	3,04	3,16	3,03	3,08	3,14
Partos totales/día	323,57	320,86	306,97	292,35	282,61	277,65	278,98	271,52	286,55	297,58	307,55
% Cesáreas/partos	14,08	14,94	15,75	16,70	16,86	17,46	17,76	18,88	19,26	20,02	20,31
Transplantes totales	1.210,00	1.558,00	1.646,00	1.938,00	1.892,00	2.043,00	2.348,00	2.201,00	2.312,00	2.317,00	2.290,00
ACTIVIDAD AMBULATORIA											
Consultas totales/día hábil	78.226,8	79.765,9	81.307,1	82.419,2	80.459,4	84.793,4	85.617,9	86.865,6	88.291,4	89.814,3	91.447,6
Relación sucesivas/primeras	2,31	2,33	2,27	2,20	2,05	1,94	1,99	1,97	1,96	2,00	2,01
Ecografías totales/día hábil	4.303,59	4.930,60	5.563,18	6.158,45	5.837,67	7.423,70	4.592,03	5.040,82	5.318,69	5.439,84	5.639,42
Mamografías totales/día hábil	508,71	622,74	801,32	942,59	1.049,56	1.237,08	1.345,11	1.573,15	1.625,92	1.574,00	1.712,02
T.A.C. totales/día hábil	878,02	1.114,21	1.306,44	1.430,64	1.541,90	1.830,89	2.015,66	2.317,46	2.498,36	2.637,68	2.821,57
R.N.M. totales/día hábil	22,15	39,17	70,65	101,81	110,00	120,58	174,60	279,08	366,20	391,42	479,92
Litotricias totales/día hábil	6,16	14,52	19,86	22,25	20,66	24,19	19,56	19,41	20,94	24,60	24,89

FUENTE: INSALUD, 2002.

RELACIÓN DE INDICADORES Y FÓRMULAS:

1. OFERTA/DEMANDA:

- Camas instaladas/1000 habitantes: promedio de camas instaladas/población asignada al Centro * 1000.
- Ingresos totales/1000 habitantes: total de ingresos (programados + urgentes)/población asignada al Centro * 1000.
- Consultas totales/1000 habitantes: total de consultas (primeras + sucesivas)/población asignada al Centro * 1000.
- Urgencias totales/1000 habitantes: N° de urgencias/población asignada al Centro * 1000.
- Intervenciones Quirúrgicas totales/ 1000 habitantes: total de Intervenciones Quirúrgicas (programadas + urgentes) Ambulatorias y con Hospitalización/ población asignada al Centro * 1000.

2. HOSPITALIZACIÓN:

- Estancia media: N° de estancias/N° de ingresos (programados + urgentes).
- Índice de ocupación: N° de estancias/(promedio de camas en funcionamiento * 365) * 100.
- Índice de rotación anual: N° de ingresos (programados + urgentes)/ promedio de camas en funcionamiento.
- % de ingresos programados: N° de ingresos programados/ N° de ingresos totales (programados + urgentes) * 100.
- Índice de mortalidad: N° de éxitus en hospitalización/N° de ingresos totales * 100.
- Índice de necropsias: N° de necropsias (hospitalización + urgencias)/ N° de éxitus (hospitalización + urgencias) * 100.

3. URGENCIAS:

- Presión de urgencias: N° de ingresos urgentes/ (N° de ingresos programados + N° de ingresos urgentes) * 100.

- % de urgencias ingresadas: $\text{N}^\circ \text{ de urgencias ingresadas} / \text{N}^\circ \text{ de urgencias totales} * 100$.
- Urgencias/día: $\text{N}^\circ \text{ de urgencias totales} / 365 \text{ días}$.
- Intervenciones Quirúrgicas urgentes con ingreso/día: $\text{N}^\circ \text{ de intervenciones quirúrgicas urgentes con hospitalización} / 365 \text{ días}$.

4. ACTIVIDAD QUIRÚRGICA:

- Intervenciones Quirúrgicas programadas con ingreso/día hábil: $\text{N}^\circ \text{ de intervenciones quirúrgicas programadas con hospitalización} / 244 \text{ días}$.
- Intervenciones Quirúrgicas programadas/Quirófano instalado/día hábil: $\text{N}^\circ \text{ total de intervenciones quirúrgicas programadas (con ingreso + ambulatorias)} / \text{Promedio de quirófanos instalados} / 244 \text{ días hábiles}$.
- Partos totales/día: $\text{N}^\circ \text{ de partos totales (vía vaginal + cesáreas)} / 365 \text{ días}$.
- % cesáreas/partos: $\text{N}^\circ \text{ de cesáreas} / \text{N}^\circ \text{ de partos totales (vía vaginal + cesáreas)}$.
- Transplantes totales: $\text{N}^\circ \text{ de órganos transplantados de Riñón, Córnea, Corazón, Hígado, Médula ósea, Pulmón y otros órganos}$.

5. ACTIVIDAD AMBULATORIA:

- Consultas totales/día hábil: $\text{N}^\circ \text{ de consultas totales (primeras + sucesivas)} / 244 \text{ días hábiles}$.
- Relación sucesivas/primeras: $\text{N}^\circ \text{ de consultas sucesivas} / \text{N}^\circ \text{ de consultas primeras}$.
- Ecografías totales/día hábil: $\text{N}^\circ \text{ total de ecografías realizadas} / 244 \text{ días hábiles}$.
- Mamografías totales/día hábil: $\text{N}^\circ \text{ total de mamografías realizadas} / 244 \text{ días hábiles}$.
- T.A.C. totales/día hábil: $\text{N}^\circ \text{ total de T.A.C. realizados} / 244 \text{ días hábiles}$.
- R.N.M. totales/día hábil: $\text{N}^\circ \text{ de Resonancias Nucleares Magnéticas realizadas} / 244 \text{ días hábiles}$.

La actividad hospitalaria en ingresos y urgencias, por 1000 habitantes, se ha incrementado significativamente. Los ingresos totales por 1000 habitantes han aumentado en un 21,88% y las urgencias en un 42,8%.

En cuanto al servicio de urgencias, se observa un incremento de la presión de urgencias, urgencias/día e intervenciones quirúrgicas urgentes con ingreso, pero disminuye el porcentaje de urgencias ingresadas (del 17,05% al 14,51%).

Las intervenciones quirúrgicas totales por 1000 habitantes se han elevado en un 39,4%, desde 1991 a 2001, pero se ha reducido el porcentaje de ingresos programados (de un 35,28% en 1991 a un 30,82% en 2001), lo que indica una mayor utilización de otras alternativas a la hospitalización del paciente, como ya se ha comentado anteriormente. Esto ha permitido la reducción de la estancia media (que ha pasado de 9,55 días a 7,68 en 2001) y el aumento del índice de ocupación (en más de dos puntos) y del índice de rotación (de 29,88 en 1991 a 38,37 en 2001).

Las intervenciones quirúrgicas programadas con ingreso presentan una evolución creciente, excepto en 1995 (en 1994 se elevan a 1.310, pero en 1995 descienden a 1.175), que caen a niveles de 1991. En 1996, se produce un nuevo repunte (1.381 intervenciones quirúrgicas programadas con ingreso/día hábil) para iniciar en 1997 una tendencia decreciente, terminando en 2001 con 1.360,12.

A pesar del incremento de la actividad, existen recursos insuficientemente utilizados, puesto que en torno al 15% de los quirófanos no se utilizan.

En el INSALUD, como ya se ha comentado anteriormente, se han introducido experiencias de nuevas formas de gestión sanitaria, optándose por las fundaciones sanitarias. Una de estas fundaciones hospitalarias es la Fundación Hospital de Manacor, cuyos datos sobre recursos y actividad⁴⁸ se recogen en el CUADRO III.12.

⁴⁸ Con los datos disponibles del INSALUD.

CUADRO III.12
FUNDACIÓN HOSPITAL DE MANACOR

INDICADORES	1998	1999	2000
OFERTA/DEMANDA			
Camas instaladas/1000 Hab.	1,58	1,59	1,59
Ingresos totales/1000 Hab.	82,07	88,36	90,63
Consultas totales/1000 Hab.	886,06	991,56	1.046,78
Urgencias totales/1000 Hab.	392,84	423,52	429,89
Interv. Quirúrgicas totales/1000 Hab.	47,71	50,64	52,91
HOSPITALIZACION			
Estancia media	6,29	5,56	5,43
Indice de ocupación	89,56	84,39	84,35
Indice de rotación	52,01	55,41	56,83
% Ingresos programados	20,75	19,37	20,93
Indice de mortalidad	3,09	3,21	3,01
Indice de necropsias	2,28	4,03	2,94
URGENCIAS			
Presión de urgencias	79,25	80,63	79,07
% Urgencias ingresadas	15,22	15,53	15,52
Urgencias/día	129,59	139,71	141,42
Interv. Quir. Urgentes con ingreso/día	3,68	3,68	3,36
ACTIVIDAD QUIRÚRGICA			
Interv. Quir. Programadas con ingreso/día hábil	8,12	7,92	8,96
Interv. Quir. Prog./Quirófanos Inst./día hábil	3,72	3,22	3,49
Partos totales/día	2,50	2,55	2,89
% Cesáreas/partos	15,48	12,67	13,60
Trasplantes totales	0,00	0,00	0,00
ACTIVIDAD AMBULATORIA			
Consultas totales/día hábil	437,23	489,30	516,55
Relación sucesivas/primeras	1,54	1,42	1,45
Ecografías totales/día hábil	24,50	30,36	30,57
Mamografías totales/día hábil	10,12	12,08	10,41
T.A.C. totales/día hábil	23,23	23,86	23,82
R.N.M. totales/día hábil	0,00	0,00	0,00
Litotricias totales/día hábil	0,00	0,00	0,00

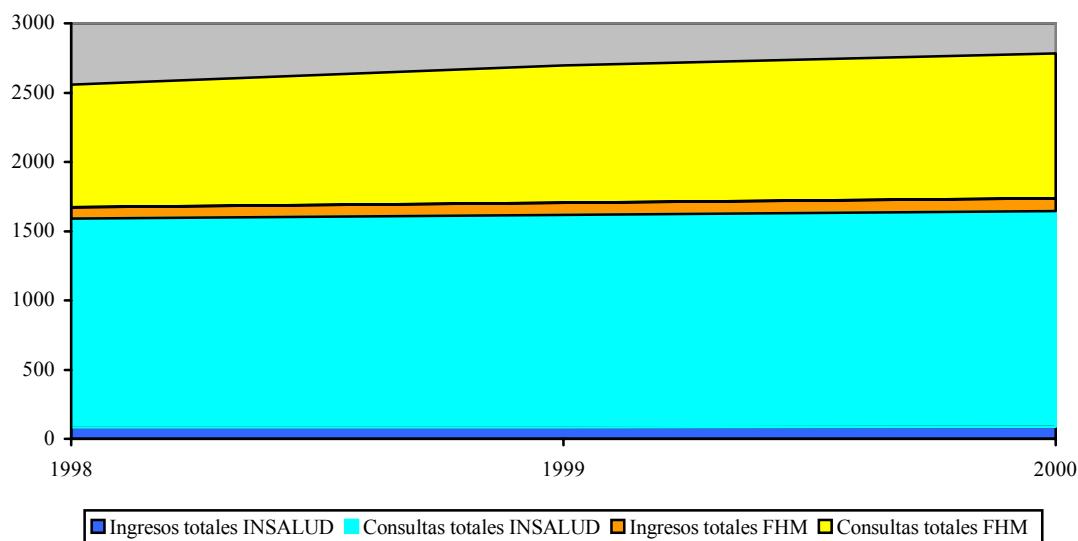
FUENTE: INSALUD, 2001.

La Fundación Hospital de Manacor (FHM) cubre a una población de unos 120.000 habitantes y fue una de las primeras en constituirse, al amparo de lo establecido en la Ley 30/1994, de 24 de noviembre, sobre Fundaciones e Incentivos Fiscales a la participación privada en actividades de interés general con sujeción a lo establecido en los Reales Decretos 316/1996, de 23 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Fundaciones de Competencia Estatal y 384/1996, de 1 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de Registro de Fundaciones de Competencia Estatal.

En cuanto a recursos, la densidad de camas de la FHM es inferior a la del INSALUD global (suponen el 61,4%), pero la totalidad de camas instaladas coincide con las camas en funcionamiento, por lo que no existe infrautilización.

Los ingresos totales por 1000 habitantes se han incrementado en el INSALUD en un 21,88% desde 1991, pero en el período 1998-2000 solamente aumentan un 4%, en tanto que en la FHM, en el mismo período, lo hacen en un 10,43%. La evolución de las consultas totales por mil habitantes refleja un incremento de las mismas en el INSALUD global del 3,39%, y en la FHM del 18,13% (GRÁFICO III.11).

GRÁFICO III.11
INGRESOS TOTALES/1000 HAB. Y CONSULTAS TOTALES/1000 HAB. 1998-2000.



FUENTE: Elaboración propia a partir de los datos del INSALUD.

Las urgencias atendidas por mil habitantes son superiores en todo el período en la FHM, aunque las intervenciones quirúrgicas son un poco más bajas. La presión de urgencias es superior en la FHM que en el INSALUD global, aunque la diferencia de casi 13 puntos se ha reducido en 2000 a 10.

La estancia media se ha reducido en ambos casos, pero la FHM ya parte, en 1998, 6,29 días frente a los 8,12 del INSALUD. Al final del período esta diferencia de 1,83 días se amplía a 2,38. Sin embargo, el índice de ocupación, aunque es mayor el de

la FHM, sin embargo, ésta presenta una tendencia decreciente, por lo que la diferencia de 10 puntos de 1998, se reduce a 3,6 puntos en 2000. El índice de rotación es significativamente más alto en la FHM, ampliándose la diferencia de 1998 de 16 puntos a 19 en 2000.

El porcentaje de ingresos programados sobre el total de ingresos es superior en 10 puntos en el INSALUD, registrando niveles más elevados a lo largo del período considerado.

Para analizar la utilización de alternativas a la hospitalización, compararemos los resultados de 2000 del Grupo 1 del INSALUD con los de la FHM, que también pertenece a dicho grupo. Los tratamientos de hospital de día en relación con el total de ingresos (programados + urgentes) es el 17,3% en el Grupo 1, en tanto que suponen el 27,54% en la FHM, lo que indica una política de sustitución de asistencia especializada en internamiento por asistencia especializada ambulatoria.

En resumen, puede afirmarse que la FHM ha conseguido un mayor aprovechamiento de sus recursos, niveles de actividad más elevados (tanto en consultas como en ingresos programados y urgencias atendidas) y políticas de sustitución más intensivas que el INSALUD en su conjunto. De ello, podría concluirse que la utilización de sus recursos ha sido más eficiente.

Otro de los objetivos que se marca el Plan Estratégico es la reducción de la Lista de Espera Quirúrgica, para lo que se han determinado varias estrategias: el incremento de la actividad, la utilización de políticas de sustitución y la implantación de una nueva estructura de incentivos profesionales.

La demora media para procedimientos quirúrgicos no urgentes era de 98 días en 1997, mientras a 31 de diciembre de 2001 se reducía a 60 días. El objetivo de eliminar las esperas de más de seis meses (en cuya situación se encontraban 24.993 pacientes) se cumplió con creces en 1998 (que descendieron a 530 pacientes), pero esta tendencia se

ha frenado en los dos últimos años, terminando 2001 con 241 pacientes que han de esperar más de seis meses.

La especialidad que cuenta con mayor número de pacientes en lista de espera, en 2001, es la cirugía Vasculor, con 103 pacientes, y que supera la demora media (66 días), aunque le igualan en tiempo de espera media Traumatología y la superan Neurocirugía (67 días).

Según los procesos más frecuentes, en 2001, el mayor número de pacientes en lista de espera se ubican en la operación de catarata⁴⁹ (26.437), seguida de osteoartrosis y enfermedades afines (8.599), pero con bastante diferencia.

El Programa de Garantía contra la Demora Quirúrgica ha continuado su desarrollo, extendiéndose de 8 a 12 procedimientos.

El incremento de los ingresos, de consultas externas, de intervenciones quirúrgicas y la disminución de la estancia media y de la lista de espera quirúrgica reflejan una mayor utilización de los recursos y, posiblemente, mayor eficiencia en la gestión de los mismos.

Estos resultados se deben, en gran medida, a la potenciación de alternativas a la hospitalización convencional, a la Cirugía Mayor Ambulatoria, al Hospital de día y a la Cirugía Menor en Centros de Salud. Solamente en Cirugía Mayor Ambulatoria, los procesos realizados en 1998 suponen un incremento del 32,5% respecto al año anterior⁵⁰.

La Cirugía Menor en Centros de Salud, se inició en 1997 y en sólo un año aumentó un 216%, mejorando de esta forma el acceso del usuario a asistencia sanitaria para procesos leves, sin soportar la espera de la asistencia hospitalaria.

⁴⁹ La demora media de los pacientes de catarata es de 59 días.

⁵⁰ Un 163% más que en el año 1995.

Además de la asistencia sanitaria especializada suministrada por los distintos centros sanitarios públicos, nos encontramos con asistencia especializada, financiada públicamente, pero cuyos proveedores son privados, cuya relación con el INSALUD se determina mediante algún tipo de concierto.

La actividad concertada supone el 10,4% del presupuesto total del INSALUD, en 2000, habiendo aumentado en un 4,75% respecto al año anterior.

Según la modalidad de concierto, la mayor parte de los centros pertenecen a la modalidad general (82,5% de los centros y el 67,7% de las camas), el resto son conciertos singulares sustitutorios o no sustitutorios (INSALUD, 2001, p. 31). El mayor incremento desde 1999, tanto en centros como en camas lo registra también la modalidad general (20 centros más y 1.006 camas), en tanto que las camas concertadas con la modalidad sustitutoria han descendido en un 25,4%.

La actividad sanitaria concertada es muy superior en el territorio INSALUD gestión directa que en las Comunidades Autónomas con gestión transferida⁵¹, donde se concentra la concertación en la hospitalización y por procesos, seguida de la concertación por procesos quirúrgicos, sin registrar conciertos sustitutorios ni singulares.

⁵¹ Con datos de 2000.

CAPÍTULO CUARTO

LAS REFORMAS SANITARIAS Y LA COMPETENCIA: ANÁLISIS DE CASOS

I. INTRODUCCIÓN.

Desde los años 80, los sistemas sanitarios de los países desarrollados han sufrido una presión creciente por el aumento del coste de la asistencia sanitaria, debido a los cambios demográficos (envejecimiento de la población), a la aparición de nuevas patologías y proliferación de enfermedades crónicas, nuevos tratamientos y tecnologías y mayores expectativas de los ciudadanos acerca de la sanidad.

En casi todos los países se han tomado medidas encaminadas a controlar el incremento del gasto, unas veces a nivel macroeconómico (en la década de los 80) y otras veces a nivel microeconómico (en la década de los noventa).

Sin embargo, las políticas de contención de costes se han intentado combinar con el mantenimiento de los principios que inspiraron la creación de los sistemas sanitarios (la solidaridad, la equidad) y el impacto de dichas medidas sobre el estado de salud de los ciudadanos.

En algunos casos, la reforma ha sido solamente la introducción de pequeños cambios en la organización de la asistencia sanitaria. En otros casos, la reforma ha sido más radical.

CASSELS (1995) define la reforma de los sistemas sanitarios como un conjunto de actividades que buscan cambiar las políticas sanitarias, así como las instituciones que las ponen en práctica. Hablaremos de reforma, por lo tanto, cuando existe un cambio estructural, en los objetivos políticos y en las instituciones, sostenido y de largo plazo, en un proceso “de arriba hacia abajo” dirigido por el Gobierno nacional, regional o local (SALTMAN y FIGUERAS, 1997, p. 3).

En el planteamiento de la reforma, es necesario tener en cuenta el esquema de normas y valores de la sociedad en la que se va a actuar, pues los servicios asistenciales, en general, reflejan las aspiraciones sociales y culturales más arraigadas.

Los valores normativos sociales varían significativamente de unas sociedades a otras. En algunos países la sanidad es un bien social del que se beneficia toda la sociedad, por lo que la asistencia sanitaria se plantea desde el prisma de la solidaridad. En otros, en cambio, la asistencia sanitaria es un bien económico que puede comprarse y venderse en un mercado abierto.

Otro conjunto de normas se refiere al papel del Estado en la asistencia sanitaria. En unos países, el Estado es el principal protagonista en la financiación y la provisión de servicios sanitarios. En tanto que en otras sociedades, este papel queda muy restringido, prevaleciendo la autoregulación de aseguradores y proveedores.

Finalmente, otra norma social es la rendición de cuentas, en el plano político, financiero, jurídico, profesional y ético.

Según las normas y valores sociales, el sistema sanitario establecerá instituciones y prioridades, cuya estabilidad dependerá de la congruencia entre los distintos valores de la sociedad y la estructura social y física de las instituciones asistenciales. En el sistema de valores predominante en las sociedades democráticas destacan la equidad, la autonomía individual y la eficiencia por la tensión que generan entre sí.

Se define la equidad como una apreciación de lo que se considera justo distribuir igualitariamente entre grupos o individuos (SALTMAN y FIGUERAS, 1997, p. 9).

La autonomía individual es uno de los valores centrales tanto del sistema sanitario como de la sociedad en general, y suele interpretarse como independencia y libertad, por contraste con una visión colectivista que comporta el concepto de equidad.

La eficiencia es la maximización de una entidad social (salud o acceso asistencial) de la manera menos costosa posible. Se pueden distinguir tres tipos de eficiencia: la técnica, la ubicativa y la social (SALTMAN y FIGUERAS, 1997, p. 10).

Los valores y normas sociales se introducen en la regulación del sistema sanitario y de la asistencia sanitaria, que se presenta en cuatro modelos básicos: el tecnocrático¹, el de autorregulación profesional, el del mercado y el democrático.

El modelo tecnocrático se basa en los conocimientos especializados y posición dominante en el plano político y económico de un conjunto de expertos, encargados de estructurar, supervisar y evaluar las actividades asistenciales. Implica la intervención directa del Estado, con el fin de racionalizar y limitar los cambios en los objetivos políticos producidos por los distintos agentes.

En el modelo de autorregulación profesional, son los médicos quienes toman las decisiones sobre la utilización de los recursos. Para paliar la asimetría de información se recurre a un riguroso código ético.

En el modelo basado en el mercado, la regulación se establece en el ámbito del juego de la oferta y la demanda, aunque con ciertas restricciones².

En el modelo democrático, el ciudadano puede influir en las decisiones y actuaciones políticas de la sociedad, ejerciendo este derecho de forma directa o indirecta.

En la realidad, no existe ninguno de estos modelos en estado puro, sino que nos encontramos con una mezcla de dos o más modelos. Además, no existe un modelo óptimo para todos los países, pues depende de las preferencias sociales y de los valores que rigen cada sociedad.

Por otra parte, la estructura económica de cada país es un factor determinante del carácter de la reforma sanitaria. En general, la reducción del gasto del sector público y la liberalización de capital para la inversión privada que ello supondría es una necesidad

¹ También denominado de “planificación y control”.

² Utiliza la asignación de recursos ajustada al óptimo de Pareto.

para mantener la competitividad de los países desarrollados ante una economía globalizada (SALTMAN y FIGUERAS, 1997, p. 13)

Además, destinar más recursos a la sanidad no deriva necesariamente en una mejora del estado de salud de la población, pues depende también de otros factores y, posiblemente, se esté incurriendo en un coste de oportunidad muy elevado.

La medicina curativa, que es la que se lleva la mayor parte de los recursos, parece no ser efectiva para la ganancia en salud de la población, por lo que podría ser necesario desviar una proporción mayor de los mismos a la prevención, lo cual significaría cambiar los esquemas de financiación y provisión de la sanidad. No se trataría, entonces, de contener los costes simplemente, sino de reformar su estructura.

Sin embargo, el empeño de muchos países por la tendencia creciente del gasto sanitario, parece haber dejado la equidad en un segundo plano. Las pérdidas de equidad, que en algunos casos han ido acompañadas de menor calidad de los servicios sanitarios, se atribuyen en gran parte a las reformas basadas en la introducción de competencia³.

Estudios más recientes parecen apuntar que la estructura de jerarquías organizativas en el lugar de trabajo y el grado de autonomía en cada puesto podrían ser factores fundamentales que explicarían la distribución de inequidades en salud entre poblaciones (SALTMAN y FIGUERAS, 1997, p. 43).

Por otra parte, la relación coste-efectividad (eficiencia ubicativa) no parece adecuada, puesto que, según los estudios realizados, la idoneidad y/o relación coste-efectividad de diversos procedimientos clínicos queda cuestionada⁴, algo que puede corregirse con la evaluación tecnológica y económica de los procesos.

³ A esta conclusión llegan WITHEHEAD, M. (1994): "Is it fair? Evaluating the equity implications of the NHS reforms", en Robinson, R. & Le Grand, J., ed. *Evaluating the NHS reforms*, Londres, King's Fund Institute, 1994, pp. 208-242; DIDERICHSEN, F., (1995): "Market reforms in health care and sustainability of the welfare state: lessons from Sweden", *Health Policy*, 32, 1995, pp. 141-153.

⁴ Entre un 20% y un 30% de los servicios sanitarios podrían carecer de efectividad.

La mala coordinación entre proveedores y entre subsectores, la falta de información acerca de los costes y la calidad, la gestión incorrecta de los recursos de capital, la inadecuada gestión institucional y de los presupuestos de explotación reflejan una actuación ineficiente del sistema sanitario (eficiencia técnica).

La calidad ha tomado un papel protagonista en los sistemas sanitarios, utilizándola en muchos casos como elemento estratégico para la competencia entre proveedores de asistencia especializada.

Finalmente, las exigencias y preferencias de los pacientes cobran mayor importancia, concediéndole mayor poder al usuario, tanto en la reclamación de sus derechos, como en la ampliación de su capacidad de elección y su participación en la toma de decisiones clínicas.

Todos estos elementos se han tenido en cuenta al analizar las distintas alternativas de reforma sanitaria, combinando, en la mayoría de los casos, instrumentos de intervención estatal⁵ con incentivos de mercado⁶. Esta es la base de partida de los modelos denominados mercado interno y competencia pública⁷.

Sin embargo, esta nueva inclinación hacia el mercado plantea nuevos problemas. En primer lugar, en el concepto neoclásico de mercado existe un comprador y un vendedor, pero en la asistencia sanitaria operan cuatro agentes distintos: el paciente, el médico, el proveedor de servicios y la entidad pagadora. En segundo lugar, el médico presta el servicio sanitario al paciente y, al mismo tiempo, determina la demanda de otros servicios. En tercer lugar, según la teoría económica neoclásica, los subsidios cruzados entre distintas categorías de pagadores y clientes son ineficientes e injustos y, en la sanidad, se requiere de dichos subsidios: de los más jóvenes a los ancianos, de los ricos a los pobres y de los sanos a los enfermos. En cuarto lugar, en una relación de mercado se fijan precios reales, pero en la asistencia sanitaria, la determinación de los

⁵ Basados en la concepción de la asistencia sanitaria como un bien preferente.

⁶ Basados en la concepción de la asistencia sanitaria como un bien económico susceptible de venderse en un mercado.

⁷ A los que podrían añadirse mercado de proveedores y cuasimercado.

mismos resultaría muy caro, debido principalmente a las características concretas del mercado sanitario y a la dificultad que presenta la determinación del coste de un servicio sanitario (SALTMAN y FIGUERAS, 1997, p. 47). Finalmente, la introducción de mecanismos de mercado, tanto en el aseguramiento como en la provisión de asistencia sanitaria, se ha criticado tanto desde el punto de vista económico, como clínico y social⁸.

Por otra parte, el cambio en la relación entre compradores y proveedores de asistencia sanitaria hacia un modelo de contratación de servicios, conlleva unos costes de transacción asociados a la negociación de los contratos (costes de determinación de precios, negociación de contratos y litigación) que podría eliminar el efecto de reducción de costes debidos a la introducción de competencia.

En los países europeos, las reformas implantadas en los distintos sistemas sanitarios tienen objetivos similares, en cuanto a sus políticas sanitarias:

- Servicios sanitarios adecuados para todo los ciudadanos.
- Igualdad en el acceso a dichos servicios.
- Protección de los ingresos.
- Eficiencia macroeconómica (contención de costes).
- Eficiencia microeconómica:
 - Maximización de los servicios prestados.
 - Maximización del grado de satisfacción de los pacientes.
 - Minimización de costes.
- Libertad de elección de los usuarios.

⁸ Ver SALTMAN, R. B. (1994).

- Adecuada independencia de quienes prestan los servicios.

El modelo de competencia organizada, creado por A. Enthoven⁹, es la base de las reformas llevadas a cabo en distintos países, bien sea con la introducción de competencia en el aseguramiento, en la compra o en la provisión de asistencia sanitaria.

El elemento fundamental de la introducción de competencia es la posibilidad de elección por el usuario: elección de aseguradora (solamente en el ámbito público o incluyendo también el sector privado), elección de la entidad que realizará la compra del servicio sanitario en nombre del usuario (entre los distintos compradores públicos o dando entrada también a los compradores privados) y elección del proveedor de asistencia sanitaria (solamente entre proveedores públicos o considerando también los proveedores privados).

Los modelos incorporados incluyen en muchos casos otros elementos que se han analizado en el Capítulo Tercero de este trabajo, y que se han denominado como incentivos de mercado o políticas sobre la demanda (el intermediario o sponsor que asesora al usuario en la elección del asegurador o del proveedor de asistencia sanitaria; el bono del usuario, que le otorga el derecho a elegir asegurador o proveedor, manteniéndose la financiación pública; y la participación, parcial o total, del usuario en el coste del servicio sanitario recibido, o en el coste del aseguramiento, con o sin derecho a reembolso del precio soportado).

Este capítulo, se iniciará con un análisis de otros aspectos unidos a las reformas sanitarias, como la descentralización, el poder del usuario en el sistema, las medidas de contención de costes, tanto enfocadas por el lado de la oferta como de la demanda, y la asignación de recursos.

⁹ La competencia organizada se ensayó, en un principio, en las HMOs de Estados Unidos, con el fin de buscar un modelo que resolviera la falta de cobertura sanitaria de una parte importante de la población, facilitando la compra de seguros sanitarios en función de lo que el individuo pudiera pagar y con participación del Estado para quienes tuvieran rentas más bajas.

Las políticas de descentralización se concretan en tres formas: la desconcentración, la devolución y la delegación.

Las medidas de contención de costes actuando sobre la demanda¹⁰ han buscado diversas alternativas: la participación del usuario en el coste del servicio, la opción de salirse del sistema, las bonificaciones por no solicitud de reembolso y las medidas de racionamiento. Todas ellas tienen como objetivo una reducción de la demanda.

Las medidas de contención de costes basadas en la oferta¹¹ se han basado en la introducción de competencia, el establecimiento de techos de gasto, las restricciones de la oferta de médicos, la reducción del número de camas, las políticas de sustitución de servicios más caros por otros más baratos, el control del equipamiento médico, la utilización de la autorización médica y las políticas salariales de los profesionales médicos.

Finalmente, en la búsqueda de una asignación más eficiente de los recursos se han intentado nuevos métodos de relacionar a los compradores y a los proveedores de asistencia sanitaria (contratos) y sistemas más adecuados de remunerar a los proveedores (médicos y hospitales).

En el apartado III, se analizará la introducción de competencia en el aseguramiento en dos casos: Alemania y Holanda, aunque también se haya ensayado en otros países. En Alemania, con la ley de reforma sanitaria, se facilita a los ciudadanos la elección del fondo de seguro sanitario, teniendo que competir entre sí los distintos fondos para conseguir clientes.

Los principios del sistema sanitario alemán, basados en un modelo de Seguridad Social, no han variado, pues la financiación del sistema sigue siendo pública y la cobertura universal. Sin embargo, se esperaba una reducción importante del gasto sanitario (aún supera el 10% del PIB), que no se ha producido, si bien se ha contenido

¹⁰ Han sido muy utilizadas en la década de los 80.

¹¹ Se han extendido por todos los países europeos en la década de los 90.

su crecimiento. Esta situación es debida, según algunos autores, a la falta de competencia en la compra y provisión de asistencia sanitaria.

En el caso de Holanda, con un sistema de Seguridad Social, con financiación pública y provisión mixta (con gran peso del sector privado), no se ha conseguido la pretendida cobertura universal, si bien se ha logrado una reducción del gasto sanitario, descendiendo del 9% del PIB, en 1993, al 8,7% en 1998.

En ambos casos, la competencia ha obligado a los distintos fondos a asociarse, de tal manera que se ha reducido el número de los mismos de forma significativa.

En el apartado IV, veremos la introducción de competencia en la compra de servicios sanitarios que se ha ensayado en Estados Unidos, con las Health Maintenance Organizations (HMO). La función de estas organizaciones compradoras de asistencia sanitaria es la de asesorar y, en su caso, elegir en nombre del usuario a los proveedores más eficientes. El objetivo era la reducción de costes y se orientaba hacia los beneficiarios del Medicaid y Medicare.

La mayor parte de los seguros sanitarios de este país son seguros de reembolso, que apenas permiten un control sobre el gasto, por lo que se promovía desde el poder público un cambio de tendencia hacia los seguros sanitarios de riesgo, si bien tienen el inconveniente de que reducen la capacidad de elección del usuario a una lista determinada de proveedores.

Los resultados obtenidos han sido diversos, si bien se ha conseguido frenar el crecimiento del gasto sanitario de Estados Unidos (el más alto de los países de la OCDE) y no llegar al temido 14% del PIB que se preveía. Sin embargo, también es cierto que la calidad se ha resentido y han surgido manifestaciones de selección adversa.

Finalmente, en el apartado V, la competencia en la provisión de servicios sanitarios se presenta en dos grandes modelos: la competencia mixta y la competencia pública. En el primero, aplicado en el Reino Unido, la competencia entre los

proveedores se extiende también a aquellos que pertenecen al sector privado. En el segundo, inspirado en el anterior, la competencia se restringe al ámbito público.

En el Reino Unido se ha creado un modelo de “cuasimercado” o “mercado interno”, donde los proveedores han de competir entre sí por los pacientes. La posibilidad de elección no se reduce solamente a los proveedores de asistencia primaria (como ocurre generalmente en los Sistemas Nacionales de Salud), sino que se extiende a los proveedores de asistencia especializada (principalmente hospitales), aunque la elección la realiza el comprador en nombre del usuario. En este nuevo mercado las relaciones entre compradores y proveedores son contractuales y los proveedores competirán por los contratos ofrecidos por los compradores.

En la asistencia primaria, el usuario puede elegir directamente el médico general entre dos tipos: los *General Practitioners* (GPs) y los *General Practitioners Fundholders* (GPFHs). Los primeros reciben su financiación directamente de las Autoridades Sanitarias de Distrito y su función es igual a los antiguos GPs. Los segundos, además de las funciones de los GPs, gestionan un presupuesto propio por lo que pueden contratar servicios sanitarios a proveedores especializados, competencia anteriormente exclusiva de las Autoridades Sanitarias de Distrito.

Finalmente, los hospitales, para competir entre sí, se constituyen como empresas públicas autónomas, independientes del poder político, cuya financiación dependerá de los contratos suscritos con los GPFHs y las Autoridades Sanitarias de Distrito y de la gestión más o menos eficiente de sus recursos. De esta forma, aquellas entidades sanitarias que no puedan captar suficientes clientes para su mantenimiento pueden llegar a la desaparición y permanecerán únicamente las más eficientes.

Los efectos principales del modelo aplicado son tanto positivos como negativos: una reducción del gasto sanitario (uno de los más bajos de la OCDE), pérdidas de equidad debidas al distinto poder de negociación de los GPs y de los GPFHs, a favor de éstos, y aumentos de los tiempos (aunque hay autores que afirman lo contrario) y listas de espera en el sistema.

Esta reforma, iniciada por el Partido Conservador inglés, termina su andadura en 1998, con el Gobierno de Blair, que implanta una nueva reforma del sistema sanitario. En el nuevo modelo, las Autoridades Sanitarias de Distrito siguen siendo compradoras de servicios especializados, pero no mediante contratos, sino transfiriendo directamente recursos a los hospitales. Los GPs y los GPFHs se unen en los denominados Grupos de Atención Primaria, que tienen capacidad para contratar servicios sanitarios especializados entre los proveedores existentes. Puede afirmarse, por lo tanto, que los elementos principales de los mercados internos prevalecen en el nuevo modelo, incluso el papel que antes realizaban los GPFHs se generaliza a todos los GPs.

Los resultados de esta segunda reforma no han podido ser evaluados al haber transcurrido un período de tiempo muy corto, puesto que sus efectos podrán ser estudiados cuando hayan pasado unos años desde su aplicación y existan suficientes datos disponibles.

El modelo de competencia pública, es decir, donde los proveedores que compiten por los usuarios pertenecen al ámbito público, se ha implantado en distintas fases en Suecia. Iniciada la reforma en 1992, el modelo aplicado era similar al del Reino Unido, empezando su andadura en Estocolmo. Posteriormente, a partir de 1996, el mercado interno creado se fue transformando en un modelo de competencia pública, basado más que en la competencia organizada en la cooperación organizada e inspirado en la propuesta de competencia pública de Saltman y Von Otter.

En Suecia, todos los servicios sociales se integran en una entidad única, donde se ubica también la asistencia sanitaria, como un servicio social más. El sistema sanitario sueco es un Sistema Nacional de Salud, basado en los principios de universalidad y equidad que inspiraron su creación, similar al del Reino Unido.

Este sistema se financia con impuestos generales y la provisión es mayoritariamente pública. Sin embargo, la imposibilidad de elección por el usuario del proveedor de la asistencia sanitaria y la insatisfacción que esta situación y las medidas de racionamiento conllevan son la causa del planteamiento de la reforma, junto con el

hecho de ser uno de los países que más recursos dedica a la sanidad (más del 10% de su PIB).

La asistencia sanitaria sueca no es de provisión gratuita, como en el Reino Unido, sino que todos los usuarios han de pagar una cantidad fija (ticket moderador) por la utilización de los servicios, tanto de atención primaria como de atención especializada (con o sin internamiento).

Al analizar los resultados obtenidos, hemos de distinguir un primer período, desde 1992 a 1996, en que el modelo aplicado es similar al del Reino Unido (competencia mixta) y un segundo período, desde 1996 hasta la actualidad, con competencia pública. Puesto que los datos disponibles de la fuente utilizada (OCDE, HEALTH DATA 2002), solamente alcanzan a 2000 (en algunos casos, hasta 2001), y en algunos condados siguen el sistema de contratación con proveedores públicos y privados, estudiaremos la evolución del sistema en su conjunto.

Aunque es cierto que el usuario sueco ha salido beneficiado, al tener la posibilidad de elección de proveedor de asistencia sanitaria especializada, también es cierto que se ha producido una pérdida de equidad, pues la introducción de competencia se ha acompañado de un aumento de la participación del usuario en el coste de los servicios sanitarios que recibe.

II. ELEMENTOS DE LA REFORMA SANITARIA.

II.1. La descentralización.

El papel del Estado en los sistemas sanitarios ha cambiado en las últimas décadas. En los países donde jugaba un papel central se replantea la preeminencia de lo público y en los países donde su papel ha sido menos importante, quedando como responsable legislativo y árbitro entre los distintos agentes del sistema sanitario, también se está replanteando su intervención.

Esta reorganización estatal ha llevado al sector público en unos casos a la descentralización, la recentralización y, en el caso más extremo, a la privatización.

La descentralización supone la transferencia de autoridad a niveles inferiores para planificar, tomar decisiones y gestionar. Con la descentralización, el gestor local, más cercano al usuario, puede conocer mejor sus necesidades y sus preferencias, implicar a la comunidad en las decisiones sobre prioridades y reducir las desigualdades en salud (SALTMAN y FIGUERAS, 1997, p. 49). Así mismo, los sistemas descentralizados tienen mayor facilidad para adecuarse a las modificaciones del entorno.

La descentralización puede llevarse a cabo en el ámbito administrativo¹² (desconcentración), en el político¹³ (devolución o traspaso), o en la delegación de tareas concretas¹⁴ (planificación y toma de decisiones)¹⁵.

La desconcentración es la redistribución de responsabilidades administrativas en la estructura existente de gobierno central, transfiriendo competencias de administración a niveles inferiores, principalmente a nivel local.

La devolución o traspaso supone la cesión de ciertas funciones a organizaciones distintas o nuevas, fuera del control directo. Implica el fortalecimiento de niveles subnacionales de gobierno y, en gran medida, independientes del nivel nacional para funciones concretas. Es una opción más radical que la desconcentración pues lleva consigo la transferencia de autoridad política. Tiene dos componentes importantes: en

¹² Un ejemplo de desconcentración combinada con delegación es el Reino Unido, donde la actividad de compra de la asistencia sanitaria queda en manos de las Autoridades Sanitarias de Distrito y de los médicos generales con presupuesto propio, sin embargo, el Secretario de Estado de Salud sigue nombrando a las autoridades sanitarias subnacionales.

¹³ Un ejemplo de devolución es Suecia, donde la responsabilidad de financiar y organizar los servicios sanitarios se ha devuelto a las autoridades de los condados, que son elegidas democráticamente.

¹⁴ Un ejemplo de delegación es Italia, donde las unidades sanitarias locales se han transformado en empresas públicas dotadas de autonomía y responsabilidad organizativa propias. Su gestión queda en manos de un gerente elegido por las regiones por su cualificación profesional y se le contrata por cinco años renovables. El mismo modelo se ha aplicado a los grandes hospitales públicos, que también se han convertido en empresas públicas autónomas del poder político.

¹⁵ Algunos autores consideran también la privatización como una forma de descentralización. No nos estamos refiriendo a la privatización con venta o traspaso de activos de la entidad pública al sector privado, sino a la privatización de la gestión.

primer lugar, existe una tendencia a aumentar el gasto en tanto que las fuentes de ingresos permanecen restringidas; en segundo lugar, al depender económicamente del gobierno central, la autonomía se reduce.

Con la delegación se transfiere la capacidad de planificar y adoptar decisiones sin supervisión directa de otra autoridad superior. Suele realizarse únicamente para tareas concretas y permite una gestión más flexible.

Sin embargo, la descentralización también lleva consigo efectos negativos: la fragmentación de los servicios, debilitamiento de los departamentos centrales, falta de equidad, manipulación política y una posición menos favorecida para el sector público.

En la asistencia sanitaria, sería posible la descentralización de varias tareas, devolviendo el protagonismo al poder local: la recaudación de impuestos¹⁶, la elaboración de políticas y planificación¹⁷, la financiación de la prestación de servicios y la coordinación.

II.2. El usuario.

Las reformas sanitarias, además de objetivos de eficiencia, equidad y efectividad, han replanteado el papel del usuario, el poder que tiene en el sistema sanitario y los derechos que le protegen.

La participación de los ciudadanos en la toma de decisiones puede ayudar a democratizar el sistema, aumentando su poder para pedir responsabilidades, tanto al Estado como al profesional médico¹⁸. La ampliación de su capacidad de elegir obliga a los proveedores de asistencia sanitaria a ajustar su oferta a la demanda del paciente¹⁹.

¹⁶ En Suecia, los condados pueden gravar con impuestos a sus ciudadanos, con destino a la asistencia sanitaria.

¹⁷ En España, las Comunidades Autónomas tienen competencias en materia de sanidad para su ámbito geográfico, si bien bajo la coordinación nacional.

¹⁸ Esta es una visión de la sanidad como un bien social.

¹⁹ Este es el enfoque basado en el mercado y la competencia.

Ambos derechos se garantizan mediante ley en varios países²⁰, regulando también los procedimientos formales para la tramitación de quejas. Sin embargo, generalmente los organismos que tramitan las quejas únicamente pueden tomar decisiones sobre medidas disciplinarias, puesto que lo referente a indemnizaciones económicas queda en manos de los Tribunales de Justicia²¹.

Respecto a la capacidad de elección, en la mayor parte de los países desarrollados el paciente puede elegir al proveedor de la asistencia sanitaria (médico general²², especialista y hospital²³), pero solamente en algunos de ellos pueden elegir también la entidad aseguradora.

La elección del proveedor de asistencia sanitaria es normalmente por un período determinado²⁴, si bien en algunos casos es necesaria la ratificación por la administración pública para ser efectiva.

La elección de especialista y hospital ha sido la más controvertida, pues no existe un consenso sobre el acceso directo al proveedor de asistencia especializada por parte del paciente, por lo que en muchos países el médico general ejerce el papel de “puerta de entrada” para la asistencia especializada, no existiendo un modelo único en los Sistemas Nacionales de Salud²⁵ ni en los Sistemas de Seguridad Social²⁶.

Sin embargo, se ha generalizado la elección de hospital para intervenciones no urgentes, cuyo objetivo era la reducción de las listas de espera, estimular la

²⁰ En el Reino Unido, la Carta de los Pacientes(1992) recoge los derechos de los mismos, así como estándares nacionales y locales para mejorar la calidad asistencial. En Finlandia, no solamente existe una ley que protege los derechos de los usuarios (1993), sino que se creó la figura del Defensor del Paciente. En Holanda, la legislación sobre el Contrato Médico (1995), define claramente los derechos fundamentales de los pacientes. En Italia, se ha creado el Tribunal para los Derechos de los Pacientes.

²¹ En Finlandia, se ha establecido el Consejo de Perjuicios al Paciente y en Suecia el Consejo Nacional de Salud y Bienestar, cuyo objetivo es paliar este problema.

²² En Finlandia, se sigue asignado el médico de cabecera.

²³ Aunque el acceso a la asistencia sanitaria especializada no siempre es directo y decidido por el paciente, sino que es necesaria la derivación hacia la misma por el médico general.

²⁴ Tres meses en Alemania y un año en Dinamarca.

²⁵ En Suecia, el paciente puede acceder directamente al especialista, pero en Finlandia y Reino Unido (al igual que en España), no tienen esa posibilidad.

²⁶ En Alemania, el paciente puede derivarse a sí mismo al especialista, pero en Holanda no es posible.

productividad hospitalaria y ejercer un mayor control sobre los tratamientos (SALTMAN y FIGUERAS, 1997, p. 72).

El efecto de las reformas sobre la capacidad de elección del consumidor no ha sido siempre el esperado, pues en algunos casos, como el Reino Unido, el proceso de contratación ha restringido la capacidad de escoger proveedor para el paciente entre aquellos hospitales que tengan contrato suscrito con la entidad compradora (Autoridad Sanitaria de Distrito o GPFHs) a la que pertenezcan.

La elección de aseguradora es una posibilidad en países con Sistemas de Seguridad Social, como Holanda y Alemania, donde se ha introducido competencia entre los fondos de seguro de enfermedad, pero se ha demostrado que, además de poner en peligro la solidaridad, incrementa los costes y no aporta muchos beneficios en servicios adicionales.

II.3. Los costes en sanidad.

Todos los países de la OCDE han tomado diversas medidas encaminadas a la contención de los costes en asistencia sanitaria, bien sea recortando gastos o mejorando la eficiencia. Para ello, se ha actuado sobre la demanda y sobre la oferta de asistencia sanitaria.

Podría decirse que la década de los ochenta ha sido cuando más se han desarrollado las políticas sobre la demanda y la década de los noventa las de la oferta, aunque no son incompatibles entre sí, sino que pueden ser complementarias.

II.3.a. Medidas sobre la demanda.

La principal medida sobre la demanda es la obligación del usuario a compartir los costes del servicio que recibe. Pero existen otras opciones, como la de salirse del sistema de aseguramiento público, la bonificación por no solicitud de reembolso y las medidas de racionamiento.

- *Compartir costes*: tiene un efecto de reducción de la demanda, que puede ser beneficioso si la demanda que se elimina es superflua, pero puede ocasionar pérdidas de equidad. Por otra parte, no puede demostrarse su efectividad debido a la existencia de demanda inducida por la oferta. La respuesta del proveedor de servicios sanitarios ante una disminución de la demanda será intentar compensarla para poder mantener sus ingresos, sobre todo si éstos dependen del volumen de servicios suministrados. Su utilización es bastante generalizada en Europa, tanto en Sistemas Nacionales de Salud como en Sistemas de Seguridad Social²⁷.
- *La opción de salirse del sistema*: suele ofrecerse a personas de renta elevada y a trabajadores autónomos. En los países con Sistema Nacional de Salud no existe esta opción y en los que tienen Sistema de Seguridad Social, como Alemania, se han propuesto reformas para eliminarla. Es una medida que perjudica la solidaridad, debido a que traslada al individuo la responsabilidad de la financiación de la asistencia sanitaria. Solamente estaría al alcance las personas con mayor renta, por lo que se eliminarían los subsidios cruzados entre los más ricos y los más pobres.
- *Las bonificaciones por no solicitud de reembolso*: son reducciones en las cotizaciones sociales para los individuos que limitan la utilización del sistema público. Solamente se han empleado en Sistemas de Seguridad Social²⁸.
- *Medidas de racionamiento*: las principales medidas de racionamiento son la reducción de servicios cubiertos por el sistema público y las listas de espera. Ambas alternativas van orientadas a disminuir la demanda: con la primera se

²⁷ En la prestación farmacéutica, todos los países obligan al usuario a compartir costes, estableciendo excepciones. En Suecia, existe una aportación fija en cada nivel asistencial. En Francia, con un sistema de reembolso, se fijan porcentajes sobre el precio soportado para su recuperación por el paciente. En la mayoría de los países, se tienen establecidas situaciones especiales basadas en la renta y otros factores específicos del paciente.

²⁸ En Alemania, desde 1991, quienes no utilicen el sistema público más que para reconocimientos médicos ordinarios durante un año tienen derecho a una bonificación equivalente a la cotización de un mes a la Seguridad Social.

traslada al individuo el coste de estas prestaciones, al tener que buscarlas en el sector privado y con la segunda, se traslada la demanda en el tiempo, con lo que se fomenta el recurso a la asistencia sanitaria privada.

II.3. b. Medidas sobre la oferta.

Se incluyen en este conjunto diversas estrategias de reforma: la introducción de competencia entre proveedores (competencia pública o competencia mixta), la fijación de presupuestos globales, la reducción de la producción de asistencia sanitaria y/o número de camas hospitalarias, el control de los recursos humanos (costes salariales) o de suministros, la introducción de protocolos de prestación de servicios más efectivos, la sustitución de servicios sanitarios más caros por otros más baratos, la regulación y evaluación de tecnologías, la influencia en el uso de los recursos previa autorización médica y los cambios en la retribución del profesional médico.

- *La introducción de competencia entre proveedores:* se ha ensayado tanto en el modelo de competencia entre proveedores públicos como ampliándola al sector privado²⁹. En el primer caso, se ha producido una separación entre el comprador y el proveedor y las relaciones entre ambos son contractuales. En el segundo caso, se amplía la capacidad de elección del usuario para obligar a competir entre sí a los proveedores públicos, cuyos recursos, tanto económicos como humanos irán ligados al nivel de actividad y volumen de servicios suministrados.
- *Los techos de gasto:* la presupuestación global es la más utilizada y se ha reforzado en muchas ocasiones con controles de personal³⁰. También se puede aplicar a centros sanitarios individualmente, siempre que tengan autonomía de gestión.

²⁹ Ya se ha analizado con mayor profundidad en el Capítulo III.

³⁰ Este sistema es utilizado en España, Irlanda, Alemania, Bélgica, Reino Unido e Italia, entre otros países.

- *Restricciones de la oferta de médicos:* se establecen límites al número de estudiantes de Medicina y de médicos³¹, así como medidas de jubilación anticipada a los activos. En algunas ocasiones, existen instituciones que regulan la profesión médica (Colegios Profesionales), que pueden limitar el ejercicio de la profesión³².
- *Reducción del número de camas hospitalarias:* es una estrategia extendida por todos los países³³, con el fin de reducir los costes de estructura de los hospitales, de evitar activos ociosos, reducir la estancia media³⁴ y aumentar la rotación de pacientes. Se ha combinado con otras estrategias que reemplazan la asistencia hospitalaria, más cara, por otros tipos de asistencia más baratos.
- *Políticas de sustitución:* están muy relacionadas con la reducción de camas hospitalarias y revisten varias formas: la reagrupación de recursos de diversos entornos asistenciales y la sustitución de la asistencia hospitalaria por otras formas de asistencia, como la asistencia ambulatoria y la primaria. Se ha desarrollado la cirugía de día, la cirugía ambulatoria y la asistencia domiciliaria, como alternativas al internamiento en centros hospitalarios.
- *El control del equipamiento:* se concreta en la regulación, la concentración de instalaciones, la prevención de un crecimiento descontrolado y evitar la duplicación de servicios. La introducción de nuevas tecnologías está sujeta a la evaluación de su efectividad en la mejora de los tratamientos³⁵.

³¹ En la década de los 80, la mayoría de los países introdujo alguna restricción de este tipo, pero actualmente, existen casos, como el Reino Unido, donde la falta de profesionales médicos le está llevando a incrementar la contratación de médicos extranjeros.

³² En Alemania, las asociaciones de médicos pueden impedir el acceso de nuevos profesionales en zonas geográficas que presenten un exceso de oferta de los mismos.

³³ En algunos casos, como en Bélgica, Irlanda o el Reino Unido, la reducción de camas se ha llevado a cabo con el cierre de algunos hospitales o el cambio de uso de los mismos. El caso más llamativo es el de Suecia, que ha pasado de 12,4 camas por mil habitantes, en 1990, a 3,8 en 1998.

³⁴ La estancia media presenta grandes variaciones: apenas se ha reducido en Holanda, que se mantiene por encima de los 30 días, pero en Suecia ha disminuido de forma significativa, de 18 días en 1990 a 6,6 días en 1998.

³⁵ La mayoría de los países han creado una Agencia de evaluación tecnológica, con el fin de controlar la compra indiscriminada de innovaciones y conocer la efectividad de las mismas.

- *La autorización médica*: los sistemas de referencia³⁶, en los que se especifican procedimientos, exploraciones, pruebas clínicas y prescripciones farmacéuticas para cada patología, y el control de las prescripciones son métodos para controlar el gasto, particularmente en la prestación farmacéutica³⁷. Otra alternativa es la asignación al médico general de un presupuesto destinado a diversas prestaciones médicas³⁸.
- *La retribución del profesional médico*: existen tres tipos de remuneración: el pago por servicio³⁹, es la remuneración del servicio suministrado basándose en la tarifa existente; el salario⁴⁰, retribuye el tiempo dedicado a la provisión del servicio, y se determina con la negociación entre los profesionales médicos y el pagador; y la capitación⁴¹, por la que se paga la responsabilidad sobre la salud del paciente, y su fijación se realiza por una agencia central. A estos tipos de remuneración se pueden añadir incentivos económicos ligados a la actividad o a la productividad. El pago puede realizarlo el consumidor, la entidad compradora o la institución en la que trabaja el médico.

II.4. La asignación de recursos.

La debilitación de las relaciones de gestión directa ha abierto el campo a la introducción de otros mecanismos de asignación de recursos basados en la negociación. Entre estos instrumentos se encuentran la contratación, los sistemas de remuneración a profesionales e instituciones sanitarias, los métodos de compra de productos de farmacia y la asignación de capital para invertir en salud.

³⁶ Utilizados en Alemania, Francia y Holanda, entre otros.

³⁷ Se ha generalizado la utilización de genéricos y, en algunos países, se permite la sustitución de marcas comerciales por éstos.

³⁸ Es el caso del Reino Unido, con los GPFHs, que gestionan un presupuesto propio destinado a la adquisición de asistencia especializada y la prestación farmacéutica, entre otros servicios.

³⁹ En Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Luxemburgo, y Suiza, se utiliza la remuneración por servicio.

⁴⁰ En Finlandia, Grecia, Portugal y Suecia, el pago es por salario.

⁴¹ En España, se utiliza un modelo mixto de salario y capitación para la asistencia primaria y de salario para la asistencia especializada. En Italia y Reino Unido, se utiliza la capitación. En Noruega y Dinamarca se utiliza un sistema mixto de capitación y pago por servicio.

II.4.a. La contratación.

Los Sistemas Nacionales de Salud han empezado a utilizar este instrumento como alternativa a la gestión tradicional de la asistencia sanitaria, basada en el modelo de “mando y control”. En cambio, en los Sistemas de Seguridad Social lo llevan utilizando desde hace bastante tiempo.

La separación de funciones, con la que se determina claramente quién realiza la compra y quién la provisión, la introducción de relaciones contractuales supone una mejor asignación de recursos, orientada al mercado. De esta forma, la vinculación entre compradores y proveedores de asistencia sanitaria se basa en compromisos concretos y genera motivación económica para cumplir los mismos (SALTMAN y FIGUERAS, 1997, p. 159).

Por otra parte, la práctica de la contratación ya se había extendido anteriormente a otros servicios relacionados con la sanidad (la contratación de limpieza, por ejemplo) y a otros servicios públicos (la contratación externa de determinados servicios municipales, por ejemplo).

Existen diversas razones para la introducción de relaciones contractuales en los Sistemas Nacionales de Salud:

- *Fomenta la descentralización*: permite delegar en agentes de nivel inferior la responsabilidad de asignar recursos para hacer frente a las necesidades sanitarias de la población. En los contratos se pueden especificar más claramente los compromisos de cada una de las partes y se comparten los riesgos⁴², de esta forma los proveedores han de hacer frente, hasta cierto punto, a los gastos no previstos.

⁴² Los contratos de coste y volumen entre compradores y proveedores del Reino Unido son una forma de especificación de los compromisos adquiridos por ambas partes.

- *Mejora la actuación de los proveedores:* las cláusulas de los contratos pueden terminar con la indefinición de responsabilidades, al permitir a los compradores influir en la conducta de los proveedores, los cuales han de responder en los términos recogidos en el contrato sobre volumen, calidad y mezcla de servicios a precios negociados o regulados. Además, facilita el control y evaluación de las actuaciones y, en su caso, las reclamaciones de los compradores por incumplimiento.
- *Mejora la planificación de los servicios sanitarios:* los compradores han de valorar las necesidades sanitarias, establecer prioridades y elegir al proveedor que mejor se adecue a lo establecido. Para ello, necesitan información sobre sus pacientes, el coste de la asistencia sanitaria y el comportamiento de los proveedores, por lo que se desarrollarán los sistemas de información. Con mayor información, la planificación de la asistencia sanitaria será más precisa y se ajustará a las necesidades de la población, también incentivará económicamente a los proveedores para asumir las estrategias de planificación incorporadas en los contratos.
- *Mejora la gestión asistencial:* se fomenta la utilización de servicios más baratos como alternativas al internamiento hospitalario, así como a las intervenciones médicas con mejor relación coste-actividad.

Por lo tanto, la contratación puede considerarse como un instrumento de planificación y gestión asistencial, tanto en ámbitos competitivos como no competitivos, y como un mecanismo de selección de proveedores en entornos competitivos, donde los proveedores han de competir entre sí.

Sin embargo, también tiene sus inconvenientes, puesto que los costes de transacción en los sistemas de contratación suelen ser más elevados y pueden aparecer manifestaciones de selección adversa. En unos casos, se ha optado por relaciones contractuales entre compradores y proveedores, donde las partes actúan con cierta

autonomía y pueden negociar las condiciones de los contratos con bastante libertad⁴³. En otros casos, se ha optado por un modelo menos formal, donde la relación entre las partes se basa más en la cooperación, la confianza y la continuidad, que en la competencia⁴⁴.

Se han creado tres tipos de contratos: el contrato cerrado, el contrato de coste y volumen y el contrato de coste por caso.

La negociación del contrato cerrado, o en bloque, se basa en una gama de servicios definidos, aunque pueden contener acuerdos sobre volúmenes máximos y mínimos y sobre calidad de los mismos. La información que proporcionan es reducida debido a que no es posible relacionar el coste de cada servicio concreto con sus resultados, por lo que no permiten un análisis coste-efectividad y resultados en salud⁴⁵.

El contrato de coste y volumen, se centra en la negociación de servicios específicos y su coste, pudiendo incluir una diferenciación según el nivel del servicio prestado. Resulta más sencillo relacionar cada servicio suministrado con su coste y, por lo tanto, el análisis que relaciona el coste, la actividad y los resultados⁴⁶.

El contrato de coste por servicio establece un precio para cada ítem del servicio, por lo que permite el análisis de los resultados, pero exige un nivel de precisión y detalle en la determinación del coste de cada ítem que puede resultar muy gravosa para el sistema⁴⁷.

⁴³ En Alemania, la contratación de asistencia sanitaria la realizan las aseguradoras establecidas y negocian sus contratos con los proveedores con autonomía e independencia del poder público.

⁴⁴ Los contratos entre Autoridades Sanitarias de Distrito y hospitales, en el Reino Unido, son más bien acuerdos que contratos en sentido jurídico.

⁴⁵ Es el más utilizado en el Reino Unido por ser el que tiene unos costes de transacción más bajos.

⁴⁶ Este tipo de contratos se ha desarrollado bastante en los últimos años de funcionamiento de los mercados internos en el Reino Unido.

⁴⁷ En Alemania, las asociaciones federales de fondos de enfermedad firman contratos a nivel nacional con los médicos, donde se establecen tablas de tarifas con 2.500 ítems de servicio.

II.4.b. Sistemas de pago a proveedores.

Los sistemas de pago a proveedores han de estimular el suministro de asistencia sanitaria de calidad de forma eficiente, al tiempo que han de combinarse con políticas de contención de costes y de eficiencia del sistema.

A) Remuneración a los profesionales sanitarios.

Los sistemas de pago a los médicos pueden considerarse de dos tipos: retrospectivos y prospectivos, basados en el tiempo. El pago por servicio es retrospectivo, en tanto que el pago por capitación y salarios es prospectivo, puesto que el importe total de la remuneración se conoce previamente⁴⁸.

El pago por servicio es poco utilizado debido, en primer lugar, a que las tarifas no son necesarias para la motivación del profesional, en segundo lugar, porque los precios llevan consigo una distorsión de los incentivos y, en tercer lugar, porque este sistema dificulta el control del gasto y genera costes de administración más elevados (STIGLITZ, 1994, p. 43).

B) El pago a los hospitales.

La reforma de los sistemas de pago a los hospitales tiene como objetivo mejorar los mecanismos de contención de costes, aumentar la calidad del servicio con una provisión más eficiente, conseguir el acceso de todos los individuos a la asistencia hospitalaria y reducir las listas de espera.

En la mayor parte de los países, el gasto hospitalario supone un parte muy importante del gasto total, por lo que los sistemas de pago que se establezcan pueden tener un efecto muy significativo en los resultados de todo el sistema. El pago a los hospitales se realiza principalmente de dos formas: mediante el presupuesto prospectivo

⁴⁸ En SALTMAN y FIGUERAS, (1997) se trata de forma más profunda las ventajas e inconvenientes de cada uno de los sistemas de remuneración de profesionales sanitarios.

y el pago basado en el servicio. Sin embargo, la remuneración a los hospitales puede realizarse de forma retrospectiva o de forma prospectiva. En la primera, el pago se calcula sobre el volumen de servicios suministrados, valorados de acuerdo con una lista de precios por servicio o por unidades día-paciente. En la segunda, se realizan dotaciones presupuestarias calculadas según el coste real, patrones históricos de gasto, dotación de camas, población cubierta o volumen de servicios a prestar. La presupuestación prospectiva es la que se utiliza en la mayoría de los países con Sistemas Nacionales de Salud o Sistemas de Seguridad Social.

Pero no todos los países realizan la presupuestación prospectiva de la misma forma, si bien todos ellos tienen características comunes, siendo su determinación anticipada para un período definido. La forma más tradicional son los *presupuestos prospectivos globales* (Dinamarca, y Polonia) y suelen determinarse sobre bases históricas, con ajustes por variaciones de sueldos y precios, de calidad y mejoras de eficiencia⁴⁹. Aunque parece que la asignación de los recursos y contención de costes ha funcionado adecuadamente, resulta difícil medir la eficiencia sobre un presupuesto histórico y su potencial para reducir las listas de espera se ha demostrado bastante limitado.

Los *presupuestos prospectivos ajustados por actividad* se han utilizado tanto en Sistemas Nacionales de Salud como en Sistemas de Seguridad Social. El reembolso al hospital del precio o coste diario (días/cama), incitan a prolongar la estancia del enfermo, con el fin de aumentar los ingresos, por lo que no se estimula una conducta eficiente del proveedor⁵⁰.

Los *presupuestos prospectivos ajustados según la mezcla de casos* (Irlanda, Italia y Noruega) tienen en cuenta las diferencias en actividad y severidad entre hospitales y la combinación de casos. La incorporación de este sistema va acompañada de la utilización de los grupos relacionados de diagnósticos (GDR). La aplicación

⁴⁹ En Dinamarca, a partir de 1994, con la libre elección de hospital para reducir los tiempos de espera quirúrgica, se podía obtener financiación adicional para proveer los servicios necesarios para conseguir este objetivo, por lo que se inició una competencia entre hospitales por estos recursos.

⁵⁰ En Alemania y Francia se incorporaron a la presupuestación prospectiva medidas de actividad hospitalaria, lo que ha tenido un impacto importante sobre la contención de costes.

adecuada de una medida de mezcla de casos puede facilitar la medición de la eficiencia y ofrecer incentivos positivos para el funcionamiento del servicio.

El *pago basado en el servicio* relaciona recursos y servicios concretos, por lo que resulta más fácil medir y mejorar la eficiencia técnica. Sin embargo, si su determinación no es suficientemente estricta puede tener consecuencias negativas sobre la contención de los costes. Una forma de evitarlo es la contratación, donde el servicio, el tiempo, la cantidad y los precios se fijan de antemano, si bien, puede tener costes de administración más elevados⁵¹.

Los elementos analizados se han utilizado en la reforma del sistema sanitario de diversos países, consiguiendo en muchos casos, que la combinación de dos o más de ellos aumente su efecto sobre los resultados esperados y los objetivos prefijados, por lo que no pueden considerarse incompatibles entre sí.

III. INTRODUCCIÓN DE COMPETENCIA EN EL ASEGURAMIENTO: ALEMANIA Y HOLANDA.

La política de introducción de competencia entre fondos de enfermedad ha intentado mantener la solidaridad, si bien la competencia entre aseguradoras (públicas o privadas) tiende a disminuir la solidaridad, por lo que es inevitable combinarla con otras políticas para impedirlo. En algunas ocasiones, se ha optado por imponer la inscripción abierta obligatoria y en otras, introducir sistemas de ajuste de riesgo con la intención de redistribuir los ingresos de los sistemas de seguro entre las aseguradoras competidoras.

La idea central en todos los casos era que la situación financiera de los fondos de enfermedad no dependiera de la estructura de riesgo de sus miembros (renta, sexo, edad del asegurado, número de hijos, etc.).

⁵¹ En Austria, el pago a los hospitales se basa en la duración de la estancia, con subvenciones a tanto alzado del Ministerio de Sanidad. En Letonia, el pago se determina por una mezcla de tasa diaria y servicios prestados. En el Reino Unido, el pago se basa en la actividad y se fija por los contratos entre compradores y proveedores de asistencia sanitaria.

Las diferencias en las primas nominales (Holanda) o las tasas de contribución (Alemania) son debidas a estructuras de riesgo desiguales, por lo que se viola el principio de equidad. Además, el individuo podría elegir la aseguradora que ofreciese una mejor estructura de riesgos, no por ello la más eficiente, por lo que se resentiría la eficiencia ubicativa (SALTMAN y FIGUERAS, 1997, p. 158).

La competencia entre aseguradoras tiene sentido únicamente si se les proporciona libertad absoluta para comportarse como compradoras prudentes, sin imponerles contratos regulados con proveedores determinados.

Finalmente, está por demostrar que la competencia entre aseguradoras se traduzca en una asistencia sanitaria más eficiente y efectiva, de la misma forma que tampoco se ha demostrado el éxito de combinar solidaridad con competencia (SALTMAN y FIGUERAS, 1997, p. 158).

Estudiaremos el caso de Alemania y el de Holanda que, aunque sus objetivos finales eran distintos, sin embargo tienen en común su preocupación acerca de los efectos que la competencia puede producir sobre la solidaridad del sistema.

III.1 Alemania.

El sistema sanitario alemán es un Sistema de Seguridad Social, financiado mayoritariamente con cotizaciones sociales y con provisión mixta.

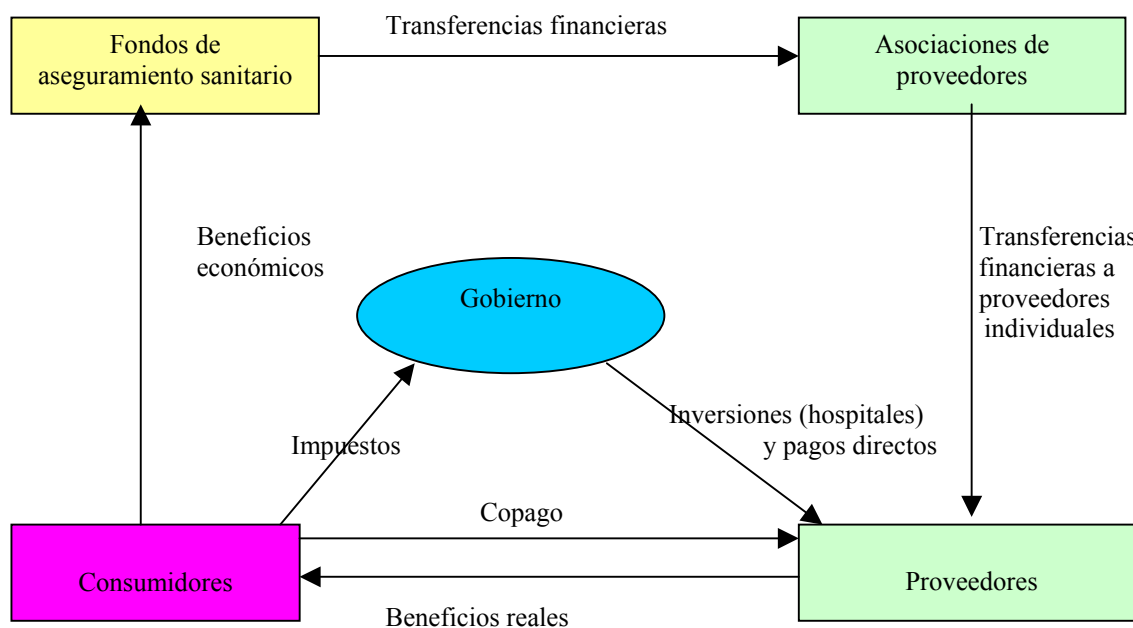
El sistema sanitario alemán está basado en tres principios:

1. El principio de solidaridad (*Solidarprinzip*).
2. El principio de subsidiaridad (*Selbstverwaltung*).
3. El principio de economía (*Wirtschaftlichkeitsprinzip*).

En Alemania el principio de solidaridad prevalece frente a la competencia, aunque siempre ha existido competencia en el sector sanitario⁵²: entre fondos privados de aseguramiento sanitario, entre fondos de aseguramiento sanitario privados y públicos y entre proveedores de asistencia primaria.

La tradición de un Estado social en Alemania orienta la organización y la financiación de los servicios sanitarios hacia la transferencia desde el Gobierno a entidades parafiscales y administrativamente autónomas de fondos de aseguramiento sanitario y asociaciones de proveedores (FIGURA IV.1).

FIGURA IV.1
PRINCIPALES TRANSACCIONES EN EL SISTEMA SANITARIO ALEMÁN



FUENTE: PFAFF y WASSENER, 2000, p. 908.

La tendencia creciente del gasto sanitario lleva al planteamiento de la necesidad de una reforma del sistema, que se materializa en la Ley de Reforma Sanitaria de 1993 (*Gesundheits-Strukturgesetz*).

⁵² Con ciertas restricciones.

Esta ley persigue dos objetivos: a) estabilizar la situación financiera de los fondos de aseguramiento sanitario en el corto plazo y evitar el crecimiento de las tasas de contribución con un mayor esfuerzo para contener los costes y b) introducir reformas estructurales, basadas en el aumento de la competencia, que hagan más efectivas en el largo plazo las medidas de contención de costes aplicadas en el corto plazo.

La reforma estructural se basa en el derecho de elección del ciudadano entre diferentes tipos de fondos de aseguramiento estatutario, aumentando la competencia entre los mismos de forma significativa.

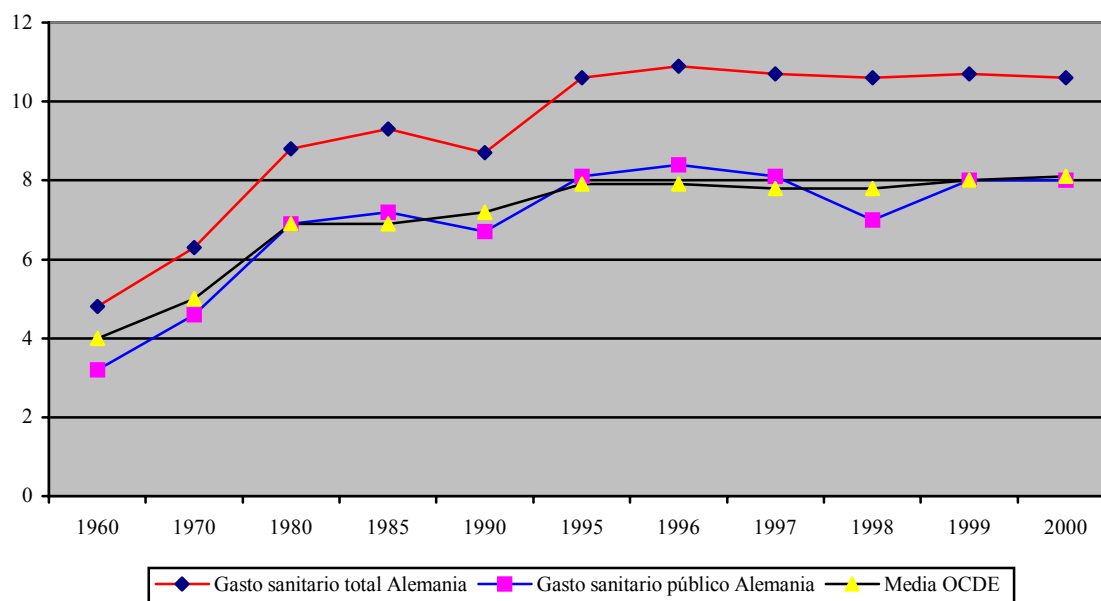
Esta reforma se pone en marcha en 1996 y todos los asegurados pueden elegir entre los principales fondos, de tal manera que los fondos con primas más altas que la media, perderían a sus asegurados a favor de otros fondos con primas más bajas. Para prevenir la selección adversa y promover la competencia entre fondos, manteniendo el principio de solidaridad, ya se había introducido en 1994 un mecanismo de transferencia de riesgos entre los fondos.

El problema surge al no ampliar el ámbito competitivo a la relación entre los fondos y los proveedores⁵³. La estructura de monopolio por el lado de la oferta (fondos que negocian con asociaciones federales y regionales de proveedores y no con los proveedores individuales) proporciona elevados beneficios no sujetos a negociación entre fondos y proveedores y no estimula la competencia entre éstos (PFAFF y WASSENER, 2000, p. 911).

El éxito limitado en el largo plazo de las reformas estructurales, cuyo objetivo era aumentar la eficiencia y reducir costes con la introducción de elementos competitivos, lleva a reconsiderar el papel de la competencia en el sistema sanitario alemán. A pesar de que se ha conseguido cambiar la tendencia del gasto sanitario, aún supera el 10% del PIB, el más alto de la OCDE después de Estados Unidos y Suiza (GRÁFICO IV.1).

⁵³ La competencia existente está muy restringida por la intervención pública.

GRÁFICO IV.1
EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO TOTAL Y DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO EN ALEMANIA Y MEDIA DE GASTO SANITARIO TOTAL DE LA OCDE. 1960-2000.



FUENTE: OCDE HEALTH DATA 2002.

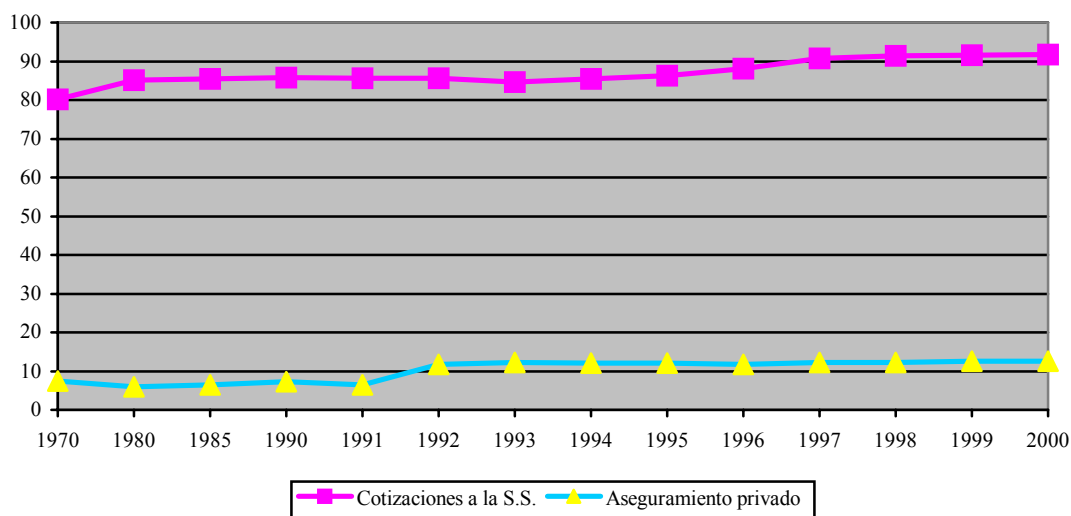
El gasto sanitario total se reparte entre el aseguramiento público (cotizaciones sociales y subvenciones presupuestarias⁵⁴), el aseguramiento privado y el pago de los pacientes, ya sea como participación en el coste de la prestación sanitaria o como pago directo del paciente en el mercado libre de asistencia sanitaria.

El 80% del gasto sanitario público de 1970 correspondía a cotizaciones a la Seguridad Social, pero este porcentaje se ha ido elevando en los últimos años, sobre todo a partir de 1993, alcanzando el 91,7% en, el más alto después de Francia (96,8%) y Holanda (94,2%) (GRÁFICO IV.2).

El aseguramiento privado se mantiene en torno al 7% del gasto sanitario total hasta 1991, pero experimenta una fuerte subida en 1992 hasta el 11,8% del gasto sanitario total, y en los dos últimos años no desciende del 12,5.

⁵⁴ Si bien éstas suponen una mínima parte del total del gasto sanitario público.

GRÁFICO IV.2
COTIZACIONES A LA S.S. (en % sobre el GASTO SANITARIO PÚBLICO) Y
ASEGURAMIENTO PRIVADO (en % sobre el GASTO SANITARIO TOTAL). 1970-2000.



FUENTE: OECD HEALTH DATA 2002.

El pago directo del paciente supone, en 2000, 290 \$ (a paridad de poder de compra), algo superior a Francia (240 \$), pero inferior al de Estados Unidos (707 \$), Italia (466 \$), Austria (401 \$), Dinamarca (396 \$), Canadá (392 \$) (OECD HEALTH DATA, 2002).

Aunque no se duda de los potenciales elementos positivos de la reforma sobre la eficiencia, en 1998, la nueva coalición de Gobierno del Partido Socialdemócrata y del Partido Verde se replantean la reforma y la reconducen hacia nuevos derroteros, eliminando o recortando los elementos relacionados con “mercado” o “privatización” del aseguramiento. Se implantan otras medidas, como la integración de la asistencia ambulatoria y hospitalaria, la limitación del presupuesto farmacéutico, se potencia el papel de los médicos generales y de los fondos de aseguramiento en su capacidad para realizar contratos con proveedores y se reforman las organizaciones de los mismos.

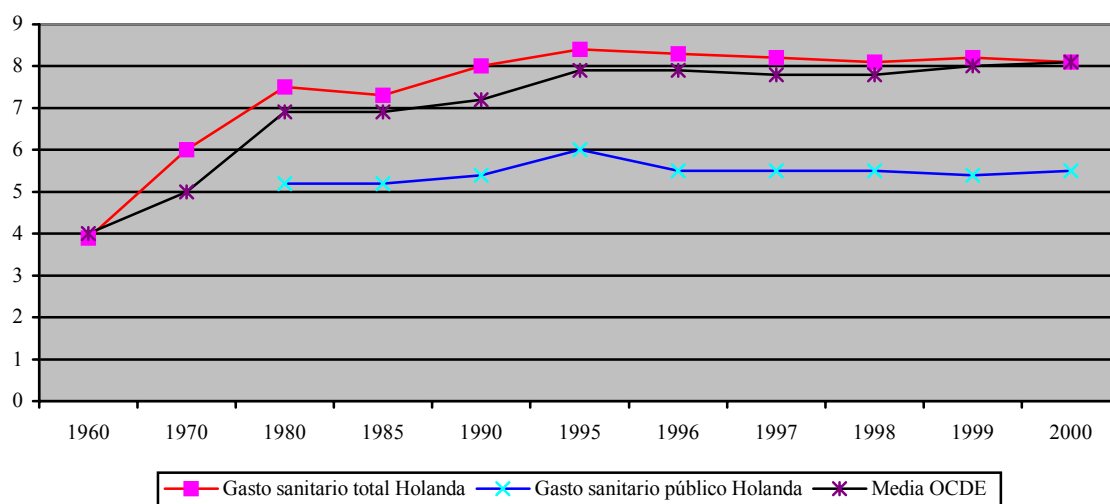
Mientras que la mayoría de las medidas aplicadas intentan mantener los principios básicos del sistema sanitario alemán, se percibe un intento de trasladar la introducción de elementos competitivos del aseguramiento a la provisión de asistencia sanitaria.

III.2. Holanda.

Holanda tiene un sistema sanitario de Seguridad Social, financiado mayoritariamente con cotizaciones sociales y de provisión mixta.

El gasto sanitario, en proporción al PIB, se incrementa desde 1960 hasta llegar casi al 8% en 1995. A partir de 1995 y hasta 2000, con los datos disponibles, se observa un mantenimiento y un leve crecimiento en los dos últimos años (GRÁFICO VI.3).

GRÁFICO VI.3
EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO TOTAL Y DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO EN HOLANDA Y MEDIA DE GASTO SANITARIO TOTAL DE LA OCDE (EN % PIB). 1960-2000.



FUENTE: OCDE HEALTH DATA, 2002.

Las cotizaciones sociales alcanzan el 94% del gasto sanitario público, en 1998⁵⁵, y el mercado de aseguramiento privado es el más desarrollado de los países de la Unión Europea, alcanzando el 18% del gasto sanitario total, el más elevado de la OCDE después de Estados Unidos. Sin embargo, la cobertura sanitaria es la más baja de todos los países de la OCDE, beneficiando solamente al 74,5% de la población.

Existe una amplia regulación de la financiación y la provisión de asistencia sanitaria, pero no es el Estado el principal proveedor como sucede en otros países. El

⁵⁵ Son los últimos datos disponibles.

seguro de enfermedad es obligatorio y lo proporcionan mutualidades o fondos de enfermedad, que son organizaciones sin ánimo de lucro. Los proveedores de la asistencia sanitaria son mayoritariamente entidades privadas sin ánimo de lucro.

En Holanda, una tercera parte de la población (la mayoría perteneciente a grupos con rentas muy elevadas) no puede beneficiarse del aseguramiento público, por lo que han de recurrir al aseguramiento privado (excepto para la asistencia sanitaria de larga duración, la cual está cubierta por el sistema público). Al igual que otros países europeos, los sucesivos gobiernos de Holanda han intentado reducir el problema de riesgo moral y lograr la contención del gasto sanitario, principalmente con una extensa regulación de la oferta.

La introducción de reformas en Holanda basadas en la competencia, fue instigada en 1987, a partir de las propuestas de la Comisión Dekker, encargada por el Gobierno holandés. Después del cambio de Gobierno, en 1989, el proyecto de reforma fue ligeramente modificado, convertido en el Plan Simons (Secretario de Estado para la Salud en ese momento). Posteriormente, dicho plan fue ajustado por el siguiente Gobierno de 1994. Los dos elementos clave del Informe de la Comisión Dekker y del Plan Simons eran: la ampliación de la cobertura del seguro sanitario básico y la competencia organizada. Aunque no se consiguieron ninguno de los dos objetivos, sin embargo, se dieron pasos importantes hacia la implantación de la competencia organizada:

- El monopolio de los fondos regionales de enfermedad fue abolido, y se permite elegir entre los distintos fondos del país, por lo que los fondos de enfermedad han de competir por los usuarios.
- Los beneficiarios pueden inscribirse en un fondo de enfermedad por períodos anuales.
- Los fondos de enfermedad tienen capacidad legal para elegir y contratar proveedores sanitarios.

- Desde 1993, los fondos de enfermedad reciben con anterioridad del Fondo General el pago por cada beneficiario inscrito, ajustado por riesgo. Sin embargo, estos pagos no son suficientes para cubrir todos los gastos médicos.

El principal efecto de esta reforma fue un gran número de fusiones entre aseguradoras y hospitales y un considerable reforzamiento de la cooperación regional entre los proveedores de servicios sanitarios (VAN DOORSLAER y SCHUT, 2000, p. 878).

En marzo de 1995, el nuevo ministro de sanidad publicó un plan de reforma revisado, en el que desaparece el objetivo de ampliar la cobertura del seguro sanitario básico. Sin embargo, el Gobierno emprende una reforma de la estructura de incentivos en la financiación del sistema. El sistema de financiación resultante consiste en tres “departamentos” que cubren diferentes tipos de servicios sanitarios, cada uno con un régimen de regulación (CUADRO IV.1).

CUADRO IV.1
SISTEMA DE FINANCIACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA ACORDADA EN EL PLAN DE REFORMA SANITARIA DE 1995. HOLANDA.

DEPARTAMENTO	FINANCIACIÓN	COMPRADOR	RÉGIMEN DE REGULACIÓN
1. Asistencia sanitaria de larga duración y salud mental	Aseguramiento Sanitario Nacional	Compradores regionales individuales	Regulación gubernamental de la oferta y los precios
2. Asistencia sanitaria curativa básica	Aseguramiento sanitario obligatorio	Fondos de enfermedad y aseguradoras privadas	Competencia organizada (modelo Dekker)
3. “Comodidades” y asist. sanitaria económica	Aseguramiento sanitario voluntario	Fondos de enfermedad y aseguradoras privadas	Libre mercado

FUENTE: VAN DOORSLAER y SCHUT, 2000, p. 879.

El primer departamento incluye la asistencia sanitaria de larga duración y la salud mental, que suponen en conjunto el 43% del gasto sanitario total, en 1997. En este departamento no existe competencia entre aseguradoras y su financiación se realiza a través del Seguro Nacional de Enfermedad.

El segundo departamento incluye la asistencia sanitaria primaria, especializada y en régimen de internamiento (hospitales) y supone el 54% del total del gasto sanitario en 1997. Siguiendo el modelo Dekker, el gobierno aumentó el riesgo financiero de las aseguradoras con el fin de motivarles a conseguir asistencia sanitaria coste-efectiva en nombre de sus clientes.

Desde 1995 a 1999, el nivel de riesgo-comportamiento de los pagos prospectivos en la financiación de fondos de enfermedad había crecido de un 2,5% a un 35% por dos ajustes de riesgo: región de residencia y empleo/status seguridad social, que se añadían a la fórmula de riesgo-ajuste por edad y sexo (VAN DOORSALER y SCHUT, 2000, p 880).

Desde 1997, el incremento financiero ha provocado gran competencia en precios entre los fondos de enfermedad, con una diferencia de cerca del 25% entre los más baratos y los más caros. De esta forma, muchos fondos de enfermedad empezaron a organizar las actividades de asistencia sanitaria, asesorando sobre proveedores sanitarios y desarrollando organizaciones de proveedores preferentes.

El tercer departamento incluye servicios complementarios que suponen el 3% del gasto sanitario total de 1997.

Los resultados de esta última reforma no pueden ser aún evaluados en profundidad, debido al poco tiempo transcurrido desde su aplicación.

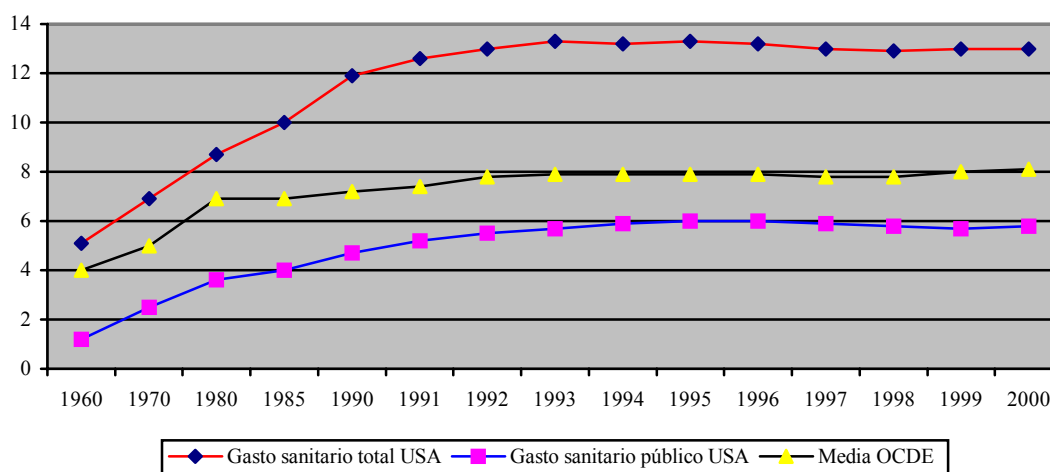
IV. INTRODUCCIÓN DE COMPETENCIA EN LA COMPRA DE SERVICIOS SANITARIOS: ESTADOS UNIDOS.

La sanidad en Estados Unidos presenta una paradoja importante, mientras que se sitúa a la cabeza de los países de la OCDE en recursos destinados a la sanidad, sin embargo, aproximadamente 35 millones de norteamericanos carecen de protección económica ante los gastos generados por enfermedad. Puede considerarse este sistema

de aseguramiento y provisión libre de inflacionista, poco equitativo y despilfarrador (ENTHOVEN y KRONICK, 1988, p. 36).

El gasto sanitario sufre un fuerte crecimiento hasta 1990, en que se ralentiza la tendencia, manteniéndose en los años siguientes en torno al 13% del PIB, si bien en todo el período registra valores muy superiores a la media de la OCDE. Sin embargo, la proporción del gasto total que tiene origen público⁵⁶ no llega al 46% del gasto sanitario total (GRÁFICO IV.4), en tanto que el aseguramiento privado es el más elevado de la OCDE, el 34,8% del gasto sanitario total en 2000, así como el pago directo de los pacientes (707 \$, PPP) en el mismo año.

GRÁFICO IV.4
EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO TOTAL Y DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO EN ESTADOS UNIDOS Y LA MEDIA DE GASTO SANITARIO TOTAL DE LA OCDE (en % PIB). 1960-2000.



FUENTE: OCDE HEALTH DATA 2002.

Los principales factores responsables del incremento del gasto son, en primer lugar, la innovación tecnológica, aplicando las novedades tecnológicas sin evaluación previa, por lo que se utilizan nuevas técnicas cuya eficacia no ha sido comprobada.

En segundo lugar, existe una duplicación considerable y exceso de capacidad de las instalaciones médicas.

⁵⁶ Del total del gasto sanitario público, el 33,7% proviene de cotizaciones sociales, en 2000.

En tercer lugar, la asociación de empleos y seguros de enfermedad complica e interfiere en la movilidad laboral, pues normalmente se ha de cambiar de plan de salud cuando se cambia de empleo.

En cuarto lugar, la presencia de un elevado número de personas no aseguradas⁵⁷ impone grandes costes a los proveedores cuando determinan la cobertura y el derecho a disfrutar de los planes de salud; estas personas reciben la atención primaria en ambulatorios y salas de urgencia de hospitales públicos, en lugar de recibirla en una consulta de atención primaria, que sería menos costosa.

Finalmente, la carencia de aseguramiento puede llevar al aplazamiento de tratamientos necesarios o a la negativa a la atención sanitaria. Por todo ello, no puede decirse que el sistema americano sea eficiente ni equitativo (ENTHOVEN y KRONICK, 1988, p. 40).

IV.1. Las Health Maintenance Organizations de Estados Unidos.

La introducción de competencia en la compra de servicios sanitarios se basa en la creación de una organización compradora que asesora al usuario para la elección de proveedor de asistencia sanitaria, o bien, esta organización elige, en su caso, al proveedor de servicios sanitarios en nombre del usuario.

La posibilidad previa para el usuario de decidir qué organización compradora desea que realice las funciones de intermediario es fundamental para que exista competencia entre las distintas organizaciones compradoras.

En 1988, Alain Enthoven y Richard Kronick⁵⁸ proponen para todos los que no estén cubiertos sanitariamente por el Medicaid o el Medicare un programa de aseguramiento que puedan costear, con lo que se ampliaría la cobertura sanitaria.

⁵⁷ La cobertura sanitaria solamente la disfrutaban el 45% de la población.

⁵⁸ En "Un Plan de Salud basado en la Elección del Consumidor para la Década de los 90", *Papeles de Gestión Sanitaria*, Junio 1988, pp. 34-85. Posteriormente fue publicado el artículo "A consumer-choice Health Plan for 1990s Universal Health Insurance in a System Designed to Promote Quality and Economy", *The England Journal of Medicine*, Vol. 320, nº 1, pp. 29-38, 5 de Junio de 1989.

La estrategia definida por los autores es una estrategia global, que conjugue la eficiencia y la equidad del sistema: reducir los excesos de gasto y aumentar la equidad. Su propuesta tiene dos objetivos: proporcionar a todos los individuos cobertura sanitaria y fomentar el desarrollo de medidas de financiación y prestación económicas, haciendo conscientes a los individuos de los costes de su elección entre los distintos proveedores sanitarios (ENTHOVEN y KRONICK, 1988, p. 42).

Existe evidencia de que consultas de grupo eficaces, pagadas con anterioridad, pueden reducir el coste de la asistencia sanitaria entre un 10 y un 40%, comparado con las consultas en que se paga por servicio, que no tienen limitación alguna, incluso sin competencia de otras HMO (ENTHOVEN y KRONICK, 1988, p. 42).

Para reducir los excesos de gasto se propone una estrategia de competencia organizada, en la que unos agentes colectivos, denominados sponsors o patrocinadores, como la Health Care Financing Administration y los grandes empresarios, contraten planes de salud que compitan entre sí y dirijan un proceso en el que exista suficiente información y consciencia de los costes para el consumidor, de forma que los proveedores que proporcionen la mejor atención sanitaria resultarían premiados de forma económica.

Existen razones para creer que la competencia para atender a compradores conscientes de los costes puede motivar una reducción de costes y frenar el crecimiento del gasto en atención sanitaria (ENTHOVEN y KRONICK, 1988, p. 42).

Las organizaciones para la promoción de la salud, Health Maintenance Organizations (HMO), y los seguros con prestador preferente, Preferred Provider Insurance (PPI), denominados “planes de atención controlada”, son organizaciones compradoras de asistencia sanitaria y ya cubrían a más de 60 millones de norteamericanos en 1989.

Los empresarios de la mayoría de los asegurados ofrecen a sus empleados un plan de seguro sanitario tradicional, por el que se reembolsan total o parcialmente los

gastos médicos, tras el pago de un deducible. Este sistema es poco equitativo, pues, aunque la mayoría de las personas que trabajan regularmente para un empresario disfrutan de una cobertura, bien gratuitamente o a precios subvencionados por el empresario y el sistema fiscal, sin embargo, existen millones de personas a las que se les niega tal cobertura (los trabajadores estacionales, a tiempo parcial, por cuenta propia, viudas, divorciados, personas jubiladas anticipadamente, parados, etc.).

Según la propuesta de estos autores, todos los individuos que no estén cubiertos por un programa público podrán comprar cobertura subvencionada, bien por los empresarios, bien por los patrocinadores públicos. El patrocinador es una institución que asegura a cada miembro de su grupo la cobertura económica de los gastos de asistencia sanitaria a un precio moderado. En el modelo competitivo recomendado, el patrocinador actuaría de intermediario, seleccionando coberturas, contratando planes de salud y acordando con los beneficiarios las normas de participación; también sería el encargado de llevar el proceso de suscripciones, de recoger las contribuciones de los afiliados en forma de primas, de pagar dichas primas a los planes de salud y de administrar las subvenciones cruzadas y las disponibles para todo el grupo. Para asegurar la cobertura universal o casi universal, los individuos con bajo nivel de renta podrían disfrutar de una subvención estatal para una parte o la totalidad del coste del seguro, sobre todo para aquellas familias cuya renta es inferior al 100% del nivel de pobreza (ENTHOVEN y KRONICK, 1988, p. 46).

En Estados Unidos, de los casi 40 millones de beneficiarios de Medicare y Medicaid cerca de cinco millones tienen contratados planes privados de salud, con pago anticipado. Estos planes incluyen a los beneficiarios de Medicare que han decidido inscribirse en las Health Maintenance Organizations (HMO) o en los Competitive Medical Plans (CMP). Medicare o Medicaid aporta a las HMO o los CMP aproximadamente el 95% de los costes promedio de sus beneficiarios, con la ventaja para éstos de tener mayor posibilidad de elección y, en muchos casos, conseguir mejores prestaciones que las de la sanidad pública⁵⁹.

⁵⁹ El 76% de los planes ofrecen mejor cobertura hospitalaria que Medicare o Medicaid. El copago suele ser más bajo, y a veces, nulo. Se reduce significativamente la tramitación burocrática, pues el plan se encarga de tramitar las peticiones.

Un caso novedoso son los Medicare Insured Groups (MIGs), que agrupan jubilados que tienen cobertura por planes patronales o de asociaciones postjubilación, con el fin de complementar la cobertura de Medicare. Los MIGs posibilitan combinar las prestaciones privadas y las de Medicare, reduciendo los costes de administración y la tramitación burocrática.

El asesoramiento para la selección de proveedores eficientes por las organizaciones compradoras es la base de las Health Maintenance Organizations (HMO) de Estados Unidos, las cuales también se encargan de la compra de servicios sanitarios para Medicare.

Desde el poder político se promovía la inscripción de los beneficiarios de esta institución en las HMO, con la creencia de que la asistencia sanitaria concertada reduciría los costes frente al sistema de honorarios por servicio. En 1998, eran casi 2 millones de beneficiarios los que pertenecían a alguno de los planes HMO. Sin embargo, los datos empíricos no contemplan los ahorros esperados.

Según los estudios realizados, el programa implantado no ha supuesto una reducción de los costes de la asistencia sanitaria, sino al contrario, son más elevados⁶⁰, aunque parece haber rebajado la línea de coste base de los participantes (BANDOW, D. y TANNER, M. 1998, p. 101). Esto es debido, en parte, a la elección de los pacientes, pues son quienes tienen mejor salud los que se inclinan por las HMOs, por lo que es explicable que tengan gastos inferiores.

Si bien las HMOs son, por término medio, más baratas que otros planes, sin embargo, las diferencias de primas entre la asistencia concertada y los planes de honorario por servicio son mínimas⁶¹. En un estudio realizado por la firma A. Foster Higgins Company, que asesora en prestaciones de la Seguridad Social, en 1991 las

⁶⁰ Un estudio que puede consultarse es BROWN, R. et. al. (1993): *Does Managed Care Work for Medicare? An Evaluation of the Medicare Risk Program for HMOs*, Mathematica Policy Research, Inc., Washington, diciembre, 1993.

⁶¹ Ver KPMG Peat Marwick, (1992): *Health Benefits in 1992: Executive Summary*, 1992, y BAILIT, H. Y SENNETT, C. (1991): "Utilization Management as a Cost-Containment Strategy", *Health Care Financing Review*, Suplemento Anual 1991, pp. 87-93.

HMOs eran un 14,7% más baratos que otros planes, aunque el 35% de las corporaciones estudiadas afirmaba que sus primas HMO eran más altas que las de los demás planes de indemnización convencionales (A. FOSTER HIGGINS CO., 1991, p. 4).

Aunque al principio de la implantación de la asistencia concertada se consiguieron ahorros en la asistencia sanitaria en algunos planes individuales, este efecto inicial no se ha mantenido a lo largo de los años, debido a que la estructura de incentivos subyacente, creada por el pago a cargo de terceros, no ha variado (BANDOW y TANNER, 1998, p. 103).

Otra de las funciones de las HMOs es el control de calidad, pero han surgido informes que aportan datos acerca de los problemas de calidad de la asistencia concertada, así como dificultades de acceso a las prestaciones. La utilización de los análisis de diagnóstico, ampliamente desarrollados en los planes de honorarios por servicio, es denegada a los beneficiarios de los planes HMO, así como algunos tratamientos. El descontento de los usuarios les ha llevado en ocasiones a los tribunales, y es compartido por profesionales sanitarios que han denunciado las presiones para reducir costes incluso a costa de la calidad (GOODMAN y MUSGRAVE, 1992, pp. 40-41). Esta situación es especialmente llamativa en los usuarios de la tercera edad, donde la relación calidad/coste está seriamente amenazada.

Ante un objetivo perseguido de reducir costes, resulta impactante el estudio de Anne Scitovsky donde se demuestra que la mayor parte de los recursos se emplean en cuidados a pacientes cuyo diagnóstico médico es erróneo⁶².

V. INTRODUCCIÓN DE COMPETENCIA EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS.

La introducción de competencia en la provisión de asistencia sanitaria no altera la procedencia de la financiación de la misma, que sigue siendo pública, pero busca mejorar la eficiencia del sistema y ampliar la capacidad de elección del consumidor.

⁶² Ver GOODMAN y MUSGRAVE, 1992, p. 43.

La introducción de competencia en la provisión de servicios sanitarios se ha implantado en sus dos formas: competencia mixta y competencia pública. La primera, se refleja en el ejemplo del Reino Unido, que resulta ser el más novedoso y en el que se han inspirado todas las reformas llevadas a cabo en otros países, incluidos aquellos que han restringido la competencia únicamente a los proveedores públicos. La segunda, se materializa en el caso de Suecia, donde se han introducido otros elementos de competencia por el lado de la demanda (el ticket moderador).

Aunque los dos casos son Sistemas Nacionales de Salud, parten de situaciones muy distintas, pues, como se verá a continuación, los recursos que dedican estos países a la sanidad difieren significativamente.

El punto de conexión entre ambos es el conjunto de objetivos que se perseguían con las reformas iniciadas en su momento: la eficiencia, la contención del gasto sanitario, el mantenimiento de los principios que inspiraron su sistema sanitario y la ampliación de la capacidad de elección del usuario.

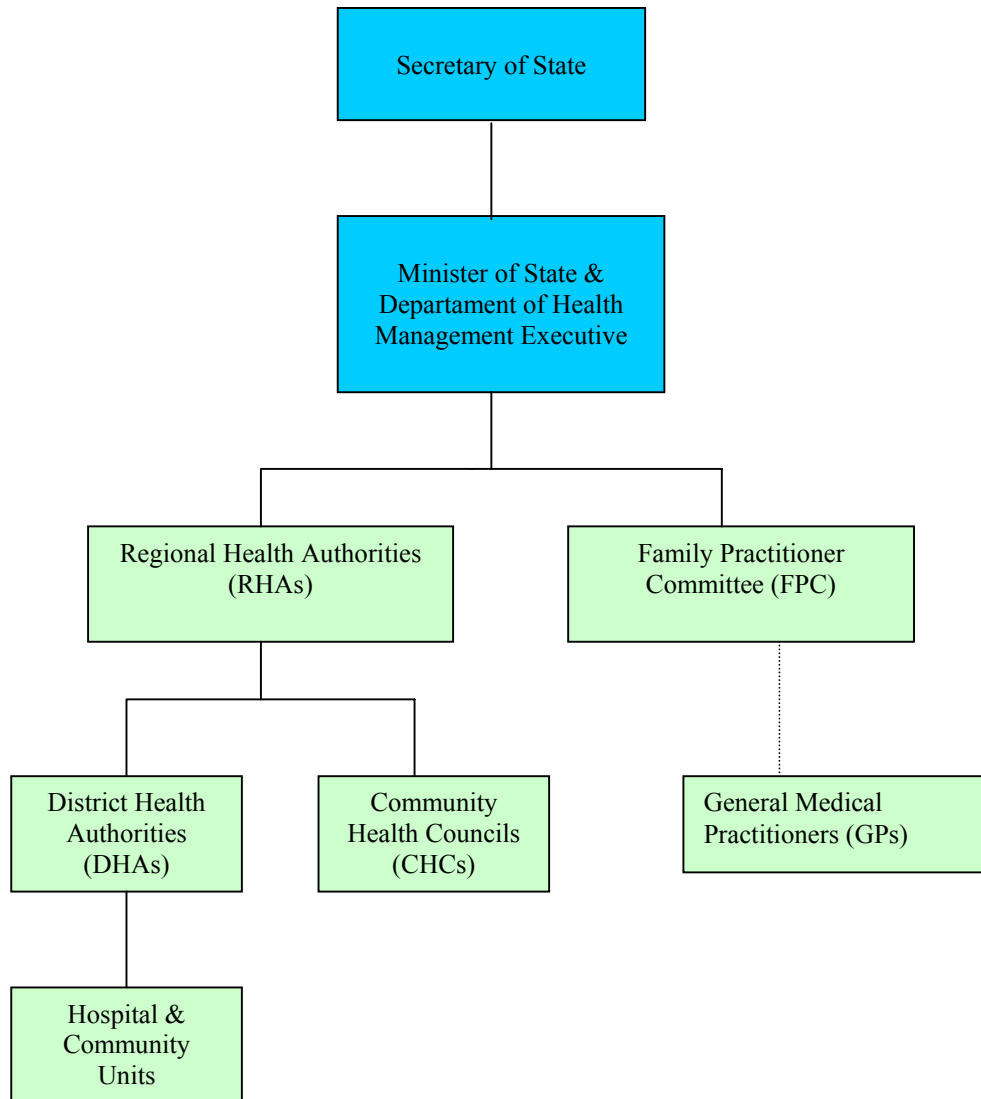
V.1. Competencia mixta: mercados internos. Reino Unido.

El Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido fue creado en 1948 como un sistema centralizado y financiado públicamente, con provisión gratuita, mayoritariamente pública, y cobertura universal. Todos estos principios han permanecido inalterables a lo largo de las cuatro décadas siguientes, si bien se han producido algunas reformas de las prácticas administrativas, lo que ha conllevado una disminución del principio de libre acceso, en particular en la asistencia dental, de oftalmología y de medicamentos.

A finales de la década de los 80 estos servicios no cubiertos se cobraban casi a precio de coste, a excepción de las personas con edad superior a la de jubilación, mujeres embarazadas, niños, personas con bajos ingresos y aquellos que satisfacen ciertas condiciones sanitarias. Otra de las prestaciones donde se obliga al usuario a participar en el coste del servicio es la prestación farmacéutica, en la que se fija un

porcentaje sobre el precio que ha de soportar el paciente. Sin embargo, la asistencia primaria, especializada y de la comunidad siguen siendo gratuitas.

FIGURA IV.2
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD BRITÁNICO HASTA 1990.



Management Relationship _____

Contract Relationship

FUENTE: WARNER, 1996, p. 4.

La financiación del Sistema Nacional de Salud (NHS) británico es desde su creación mayoritariamente pública, a través de impuestos generales, y el Secretario de Estado es el responsable ante el Parlamento de la política sanitaria, en tanto que la gestión estaba delegada en las autoridades regionales y locales, designadas por el gobierno central (FIGURA IV.2).

El NHS anterior a la reforma, era el sistema de atención sanitaria más centralizado de la OCDE, puesto que los salarios y las condiciones laborales se establecían mediante acuerdos a nivel nacional (ENTHOVEN, 1991, p. 62). Incluso, después de las reformas de los noventa, sigue siendo más centralizado que el modelo italiano o el español.

El presupuesto regional para hospitales y servicios de asistencia comunitaria se fijaba sobre la base per cápita, ajustada por otros factores demográficos y los hospitales lo recibían a través de las Autoridades Sanitarias de Distrito (DHAs).

La rigidez de tales presupuestos y su control por el NHS tuvo como consecuencia largas listas de espera y una falta de sensibilidad hacia las necesidades y preferencias de los pacientes (OCDE, 1995, p. 16).

Los consultores, médicos del hospital con antigüedad, con cargos vitalicios, y los gerentes de los hospitales tenían pocos incentivos para llevar un servicio o dirigir el hospital más eficientemente, ya que siempre eran pagados por el gobierno (OCDE, 1995, p. 17, ENTHOVEN, 1991, p. 62). El control económico del hospital era imposible, pues aunque ya se habían publicado datos comparativos de costes normales y de costes de especialidades desde 1988, los costes principales unitarios eran desconocidos.

Los médicos generales (GPs), que eran autónomos y recibían sus honorarios de acuerdo con un contrato resultante de una mezcla de capitación, pago por servicio y otros complementos, proporcionaban servicios ambulatorios y actuaban de vía de acceso a la asistencia especializada.

Los pacientes podían elegir su médico general, pero sin inscribirse a más de uno simultáneamente, aunque podían cambiar su elección pasado un período de tiempo. Sin embargo, el usuario no tenía acceso directo a la asistencia especializada si no a través del médico general, que decidía la necesidad facilitando al paciente un “volante”, sin el cual ni el especialista ni el hospital admitiría ver un paciente para cirugía “selectiva”⁶³.

Existía un sistema pernicioso de incentivos, pues el hospital que realizaba un gran esfuerzo por mejorar la calidad y la eficiencia en un servicio concreto y obtenía éxito en acortar las listas de espera, al atraer más pacientes, aumentaba su carga de trabajo, sin tener ninguna compensación en recursos por ello. Mientras que los hospitales “exportadores” de pacientes, tendrían menor carga de trabajo, pero no menos recursos, en proporción.

Cada Autoridad Sanitaria de Distrito monopolizaba la oferta de servicios a los habitantes de su zona, por lo que el suministro de tales servicios se regía más por las necesidades y deseos de los proveedores que de los pacientes (ENTHOVEN, 1991, p. 63).

Por otra parte, la falta de información sobre la gestión (coste por caso, carga de trabajo, mortalidad quirúrgica en cada procedimiento, etc.) imposibilitaba un análisis y evaluación acerca de la asignación de recursos y de los resultados en salud obtenidos.

Aunque la mayoría de la población británica confía en el NHS, desde los 80 ha aumentado el número de individuos que han optado por el aseguramiento privado complementario. En 1988, alrededor del 15% de la población tenía suscrito algún seguro privado, principalmente para asistencia sanitaria hospitalaria puntual y de breve duración (OCDE, 1995, p. 16). En todos los demás casos era preferida la sanidad pública, incluso por aquellos que tenían aseguramiento privado.

A pesar de que la insatisfacción creció sustancialmente en los 80, sin embargo, ha permanecido la lealtad del ciudadano al NHS, aunque se demanda mayor gasto y

⁶³ A excepción de las urgencias.

mejora de la atención sanitaria⁶⁴. Por otra parte, el NHS ha proporcionado niveles sanitarios satisfactorios, en comparación con el resto de los países de la OCDE, pero con menores niveles de gasto (OCDE, 1995, p. 17; KOEN, 2000, p. 5).

La reforma del NHS británico en la década de los noventa se plantea con la intención de mantener las características esenciales de su creación, pues es una institución muy valorada por los ciudadanos británicos. Los objetivos de dicha reforma son la flexibilización del sistema, la contención del gasto sanitario y ampliar la capacidad de elección del usuario.

Es necesario reconocer que, a pesar de los problemas estructurales del NHS, no puede considerarse un sistema sanitario caro. El gasto en salud suponía casi un 4% del PIB del Reino Unido en 1960, pero a partir de 1965 el crecimiento que experimenta es menor que la media de la OCDE y se mantiene en todo momento a niveles inferiores que dicha media. Las sucesivas medidas tomadas a partir de 1980 ralentizan el incremento del gasto sanitario, pero la previsión de aproximarse en los noventa al 7% enciende la señal de alarma y despierta la necesidad de una reforma más profunda del NHS.

La situación del NHS en 1990 puede reflejarse en los datos sobre recursos, tanto económicos como humanos, empleados en la asistencia sanitaria. El gasto sanitario llega a suponer el 14% del gasto público total y el NHS emplea cerca de un millón de personas, la mayoría en los hospitales y sus costes salariales absorben la cuarta parte de los costes salariales totales del sector público.

Por tratarse de un modelo de Sistema Nacional de Salud, la mayor parte de la sanidad se financia públicamente (el 85% del total del gasto sanitario es público, en 1990), una parte a través de los impuestos generales y una pequeña proporción (14,6% del gasto sanitario público) por cotizaciones sociales, con tendencia decreciente. El

⁶⁴ Posteriormente se aportarán más datos sobre la opinión de los ciudadanos británicos acerca del NHS.

resto de los recursos provienen del aseguramiento privado⁶⁵ (3,3%) y del pago directo del paciente (el más bajo de Europa y uno de los más reducidos de la OCDE).

Al igual que en todos los países, la mayor parte del gasto sanitario se destina a la atención especializada en régimen de internamiento (en torno al 60%), repartiéndose el resto en atención primaria y prestaciones farmacéuticas.

La oferta sanitaria, medida en número de camas y médicos por mil habitantes, ha experimentado dos tendencias contrarias: el número de camas ha descendido muy rápidamente hasta 1990 (situándose en 5,9, muy lejos de las 16,0 de Japón, las 12,4 de Suecia, o las 11,3 de Holanda, siendo de los países con niveles más bajos). Sin embargo, el número de médicos por mil habitantes ha aumentado (de 0,9, en 1970, hasta 1,4, en 1990), aunque sigue siendo el más bajo de Europa.

Los indicadores de salud de la población británica registran valores similares al resto de los países de la Unión Europea: la esperanza de vida se ha incrementado en cerca de cuatro años y la tasa de mortalidad se redujo a la mitad entre 1970 y 1990.

Al sistema de “mando y control” le faltaba flexibilidad, incentivos a la eficiencia, información financiera (método de contabilización de ingresos y gastos) y mayor interés por las preferencias y necesidades de los usuarios, con la posibilidad de elección de proveedores de asistencia especializada, puesto que ya estaba en marcha la elección en atención primaria.

V.1.a. La reforma del Sistema Sanitario del Reino Unido de 1990.

La reforma del Sistema Nacional de Salud británico se planteaba con el convencimiento de que existía un modelo alternativo que mantuviera los principios del sistema inalterables (cobertura universal, financiación a través de impuestos, provisión gratuita, etc.), ampliando la capacidad de elección del usuario y con la posibilidad de reducir las ineficiencias de la provisión de asistencia sanitaria.

⁶⁵ Con tendencia creciente: del 0,9% de 1970 se ha llegado al 3,3% sobre el total del gasto sanitario.

La característica distintiva del NHS es su combinación de equidad en el acceso, mantenida con la cobertura universal y una pequeña participación en el coste, y el estricto control del gasto. La equidad se ha promovido mediante la inversión en distintas zonas geográficas, para acercar los servicios sanitarios a todos los usuarios. El control del gasto se ha conseguido con los presupuestos cerrados en casi todos los servicios (SMEE, 2000, p. 947).

El modelo del NHS de los ochenta, de “mando y control” carecía de incentivos para la eficiencia y la innovación. Con la implantación del modelo de mercados internos se pretendía mejorar la eficiencia del sistema y conseguir que el NHS fuera más sensible a las necesidades de los consumidores.

Los objetivos del modelo de mercado interno son mejorar la atención a los pacientes, su acceso y una mayor satisfacción de los mismos, con una atención sanitaria menos costosa, centrándose en la asignación responsable de los recursos limitados (ENTHOVEN, 1991, p. 64).

Los medios para conseguir estos objetivos son la gestión presupuestaria, la competencia y la innovación. Un diagnóstico acertado realizado con prontitud y la aplicación del procedimiento adecuado resultarán mejores para la salud y satisfacción del paciente y para el presupuesto del financiador.

La introducción de competencia entre los proveedores, tanto entre médicos de atención primaria como entre hospitales, podría suponer la mejora de la calidad asistencial, incrementar la satisfacción del usuario, aumentar la eficiencia y contener el gasto sanitario.

Los incentivos son la clave para que el proceso de cambio tenga éxito, pues un sistema en el que las organizaciones que mejoren la calidad y el sistema económico prosperen y reciban más pacientes y mayores recursos crea incentivos positivos frente a los que pierden pacientes y se aboquen al fracaso.

Las reformas fueron propuestas en 1989⁶⁶, en el Libro Blanco *Working form Patients*, incluidas en la legislación de 1990 (*National Health Service and Community Care Act 1990*), e implantadas a partir de 1991. La intención era preservar el libre acceso, la financiación esencialmente a través de impuestos (por encima de las tres cuartas partes) y contribuciones al aseguramiento nacional (algo más de la octava parte). En segundo lugar, se iniciaba la separación de las funciones de financiación, compra y provisión de servicios sanitarios, que, hasta el momento, eran competencia del NHS principalmente (financiación, compra y provisión). Finalmente, se crea un “cuasimercado” o “mercado interno”, donde los proveedores de servicios sanitarios han de competir entre sí.

En la atención primaria, el usuario puede elegir entre dos tipos de médicos generales: los General Practitioners (GPs) y los General Practitioner Fundholders (GPFHs) que pueden gestionar un presupuesto propio.

En la asistencia especializada, los proveedores sanitarios compiten entre sí por los contratos que ofrecen los compradores. Estos compradores son de dos tipos: las Autoridades Sanitarias de Distrito (DHAs) y los denominados General Practitioners Fundholders (GPFHs).

Las Autoridades Sanitarias de Distrito tienen asignado un presupuesto para comprar asistencia especializada, determinado según las características de la población que pertenece a su área. El número de áreas, con su Autoridad Sanitaria de Distrito, en todo el país es de 100.

Los GPFHs son médicos generales autónomos o pertenecientes a grupos sanitarios, que gestionan un presupuesto destinado a la provisión de asistencia primaria, la compra de asistencia especializada y la prestación farmacéutica de los pacientes que se encuentran en su lista. Su presupuesto es deducido del presupuesto recibido por las Autoridades Sanitarias de Distrito de su área geográfica.

⁶⁶ Inspiradas en el modelo de competencia organizada de A. ENTHOVEN.

En 1997, más de la mitad de la población estaba inscrita a GPFHs, que suman un total de 3.500 grupos, con 15.000 médicos generales (KOEN, 2000, p. 7). El superávit que hayan generado en la gestión de su presupuesto pueden destinarlo a la compra de servicios o a facilitar beneficios a sus pacientes.

Por otra parte, permanece la figura del antiguo General Practitioner (GP), que no tiene un presupuesto asignado propio, sino que siguen siendo financiados a través de las Autoridades Sanitarias de Distrito y suponen unos 12.000 en todo el país.

Los hospitales y proveedores de servicios sanitarios especializados (públicos y privados) se han organizado en corporaciones, formando “trusts”, semi-independientes del NHS. Los trusts contratan, sobre una base anual, con las Autoridades Sanitarias de Distrito y los GPFHs para proporcionar servicios sanitarios especializados, bien sean gratuitos o en condiciones de copago.

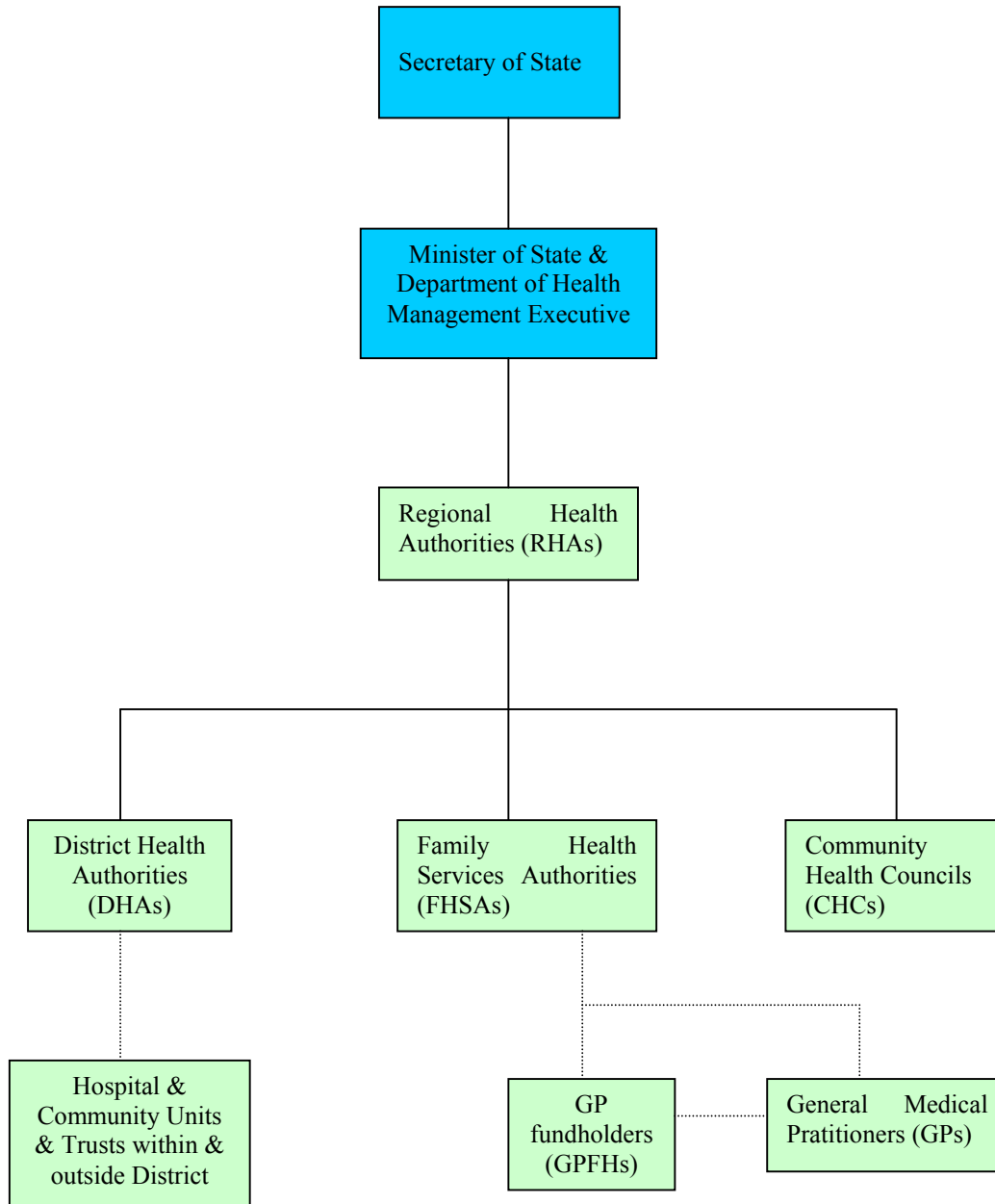
Al mismo tiempo, los hospitales públicos están obligados a seguir un programa fijado sobre precios e inversiones. En particular, se les requiere que contabilicen el coste de capital, incluyendo en los precios de los contratos la amortización más una tasa de retorno sobre el valor de los activos.

La inclusión del coste de capital se implantó en 1991, al mismo tiempo que el modelo de mercados internos. La idea era inducir a las corporaciones de hospitales de NHS el uso más eficiente de sus activos, obligándoles a pagar por la disposición de su capital. El coste de capital significaba también facilitar la comparación con el sector privado. Una contabilización adecuada del coste de capital era un requisito previo para conseguir un nivel aceptable de competencia entre proveedores públicos y privados (KOEN, 2000, p. 9).

Los proveedores de asistencia sanitaria compiten entre sí, tanto en asistencia primaria como especializada. Además, en la asistencia especializada, los hospitales públicos han de competir con los privados para conseguir los contratos con las Autoridades Sanitarias de Distrito, los GPFHs y las aseguradoras privadas.

A) Estructura organizativa del NHS desde 1991 hasta 1998.

FIGURA IV.3
ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL NHS A PARTIR DE 1991.



Management Relationship —————
Contract Relationship
.....

FUENTE: WARNER, 1996. P. 4.

La estructura organizativa del nuevo NHS británico se refleja en la FIGURA IV.3. Las Autoridades Regionales⁶⁷ (RHAs) transfieren los recursos a las Autoridades Sanitarias de Distrito (DHAs), las Autoridades de Servicios de Salud Familiar (FHSAs) y los Servicios de la Comunidad (CHCs).

Las Autoridades Sanitarias de Distrito establecen relaciones contractuales con los hospitales (públicos o privados), Unidades Comunitarias, trusts formados por varios hospitales, incluso con otros que no pertenecen al distrito.

Las Autoridades de Servicios de Salud Familiar establecen relaciones contractuales con los médicos generales (tanto los GPs como los GPFHs). Así mismo, los médicos generales con presupuesto propio (GPFHs) pueden contratar servicios sanitarios a hospitales, Unidades Comunitarias, etc.

La financiación permanece, por lo tanto en el poder público, pero la compra de asistencia sanitaria, además de ser competencia de las Autoridades Sanitarias de Distrito (100 DHAs), también pueden realizarla médicos generales (3500 GPFHs).

Sin embargo, el elemento fundamental de la introducción de competencia, el consumidor, no ha aumentado su capacidad de elección de proveedor, pues si bien puede elegir médico general, con ciertas restricciones, el médico especialista y el hospital no son una posibilidad de decisión a su alcance. La elección del proveedor de asistencia sanitaria especializada queda en manos del comprador, que actúa de intermediario.

B) Mercados internos: modelos de contratación y formas de contratos.

Del modelo de financiación directa a los proveedores de asistencia sanitaria, con presupuestos cerrados, se ha pasado a un modelo de contratación de servicios sanitarios. En este modelo, los distintos proveedores de asistencia especializada han de competir

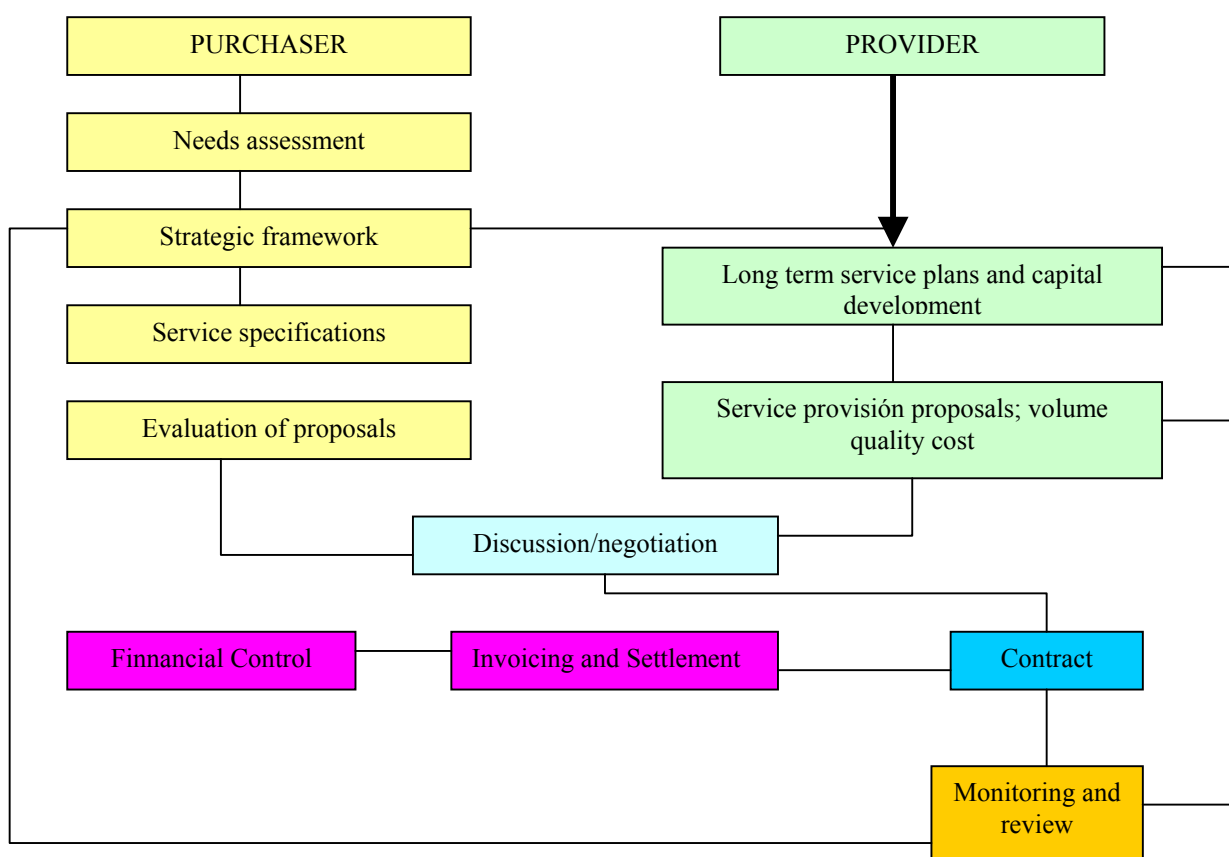
⁶⁷ Con posterioridad al inicio de la reforma, se pretendió que fueran las Autoridades Sanitarias de Distrito y las Autoridades de Servicios de Salud Familiar quienes recibieran los recursos directamente del NHS, aboliendo la figura de las Autoridades Regionales.

por conseguir contratos con los compradores y será a través de la contratación de servicios como lograrán los recursos necesarios para su funcionamiento.

De esta forma, aquellos proveedores que no consigan los contratos suficientes para su supervivencia, simplemente desaparecerán del mercado, o bien, tendrán que mejorar su oferta para hacerla más atractiva al comprador. Solamente permanecerán en el mercado aquellos proveedores de asistencia sanitaria que sean más eficientes.

La contratación de asistencia sanitaria facilita la asignación de recursos más eficiente, puesto que el usuario se convierte en cliente, aunque sea el comprador el que realice la adquisición y el pago del servicio sanitario (el dinero sigue al cliente).

FIGURA IV.4
CONTRATACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS



FUENTE: WARNER, 1996, p. 6.

La relación entre compradores y proveedores se refleja en la FIGURA IV. 4. Sin embargo, en la realidad las relaciones contractuales son más complicadas, debido a la existencia de dos tipos de compradores: las Autoridades Sanitarias de Distrito y los GPFHs.

Originalmente, las Autoridades Sanitarias de Distrito tenían la responsabilidad de compra de diversos servicios sanitarios para cubrir las necesidades sanitarias de una población en torno a 300.000 ciudadanos. Sin embargo, los GPFHs tienen la responsabilidad de compra de asistencia sanitaria para los usuarios de su lista (en torno a 7.000 ciudadanos). Más tarde, el proceso de valoración de necesidades y el desarrollo de una estrategia marco es, probablemente, en el mejor de los casos informal, y en el peor inexistente.

Han prevalecido tres tipos de contratos desde el inicio de la reforma en 1991:

- Cerrado.
- Coste y volumen.
- Coste por servicio.

Dos años después de implantarse la reforma, los contratos cerrados son los mayoritarios. El comprador adquiere esencialmente el acceso a una serie de servicios, pero los niveles indicativos de servicio han ido creciendo, con especificaciones más detalladas.

La importancia de los contratos cerrados no surge por ventajas intrínsecas del proveedor, sino por las deficiencias de información y el sistema de cálculo de los costes (WARNER, 1996, p. 6). Los contratos cerrados ofrecen un ahorro relativo en una posición inicial cuando los datos históricos sobre los cuales se toman las decisiones de compra no son confidenciales, pero la confidencialidad ha sido la nota dominante.

La inclinación por los contratos de coste y volumen se debe a la sutil determinación de las especificaciones y la superior certeza de los niveles indicativos que en el contrato cerrado, con menores márgenes de error. En estos contratos, el pago está relacionado más explícitamente con el trabajo desarrollado.

Los contratos de coste por servicio, los cuales se identifican con el coste por cada ítem, son excepcionales, debido a que su administración es costosa por el elevado volumen de servicios desagregados y porque los sistemas de financiación no están suficientemente desarrollados para identificar todos los costes asociados a la mayor parte de los tratamientos. Sin embargo, esta forma de contrato es utilizada para algunos tratamientos de costes elevados o fácilmente distinguibles, tales como trasplantes de médula (WARNER, 1996, p. 7).

Los conflictos entre las partes contratantes se resuelven mediante apelación a la Secretaría de Estado, que realiza la función de arbitraje.

Durante el primer año de relaciones contractuales entre compradores y proveedores, se pone en marcha el proceso de valoración de las necesidades de asistencia sanitaria. Junto con la publicación del documento de debate sobre la Salud de la Nación (Health of Nation), en 1991, se genera un interés nuevo acerca del nivel de salud y, en particular, sobre las ganancias en salud de la población y la reducción de las enfermedades existentes y la muerte prematura. Hay, sin embargo, una creciente sospecha de que pueden conseguirse mayores ganancias en salud para un nivel dado de inversiones si se diseñan diferentes esquemas de servicio (WARNER, 1996, p. 8). La contratación para mejoras del nivel de salud demanda que los sistemas de medida de los resultados se desarrollen tanto como la medida de los outputs⁶⁸.

Las Autoridades Sanitarias de Distrito no pueden conseguir progresos en el status de salud para su población por sí mismas, deben colaborar con otras organizaciones involucradas directamente en el reparto de la asistencia sanitaria, como

⁶⁸ El único indicador utilizado ha sido el índice coste/actividad, pero no se han analizado otros factores importantes.

los GPs y las Autoridades de Servicios de Salud Familiar (FHSAs), e indirectamente con los Servicios Sociales, educativos, etc. Surge así la cuestión de si las Autoridades Sanitarias de Distrito podrían ser libres para contratar con otras entidades públicas servicios distintos a los tradicionales y si los contratos son el único instrumento para conseguir ganancias en salud.

En la relación contractual, el dinero sigue al paciente, lo que tiene como efecto positivo el poder terminar con los incentivos perversos, obligando a los hospitales a ser más eficientes, los cuales incrementarán su carga de trabajo dentro de un presupuesto global predeterminado y podrían consumir sus fondos antes de finalizar el período presupuestario, resultando sus recursos permanentes infrautilizados (WARNER, 1996, p. 8).

Un beneficio anticipado puede ser la mayor equidad en el acceso a los servicios ofrecidos a la población de diferentes distritos. Anteriores intentos a favor de la equidad han fracasado porque ponían en seria amenaza la estabilidad de los servicios sanitarios existentes. Cuando el dinero sigue al paciente y los recursos con que cuentan los proveedores dependen de su actividad, la principal amenaza es la caída de la demanda de asistencia sanitaria.

Existen, sin embargo, problemas relacionados con los sistemas de información. Primero, los sistemas de financiación no están suficientemente desarrollados para ser sensibles a las pequeñas variaciones en los niveles de servicio y los límites de impacto de la contratación. Segundo, existe un tema de confidencialidad y, por lo tanto, de falta de información. Los compradores necesitan asegurarse que el servicio por el que van a pagar está disponible para cada uno de sus beneficiarios, pero la información que se requiere es, normalmente, confidencial.

➤ **La compra de asistencia sanitaria.**

A pesar de la importancia creciente de los GPFHs, los compradores dominantes son las Autoridades Sanitarias de Distrito, que han tenido que adaptarse al cambio de

sus funciones para gestionar directamente los servicios sanitarios. En la actualidad, en la organización de las Autoridades Sanitarias de Distrito se precisan técnicas de gestión cuyo conocimiento no es generalizado. No obstante, en cuanto a conseguir metas ambiciosas en salud⁶⁹, se necesitarían cambios radicales en los esquemas de compra de servicios, poniendo especial énfasis en la prevención y promoción de actividades y de rehabilitación (WARNER, 1996, p. 9).

Los GPFHs pueden encontrar dificultades en la contratación de servicios sanitarios especializados. Sin embargo, muchos de ellos se han puesto de acuerdo para negociar mejoras significativas en el servicio adquirido para sus pacientes, hasta el punto de que ha habido acusaciones de crear un sistema con dos niveles de servicio: un nivel superior para los pacientes de los GPFHs y otro inferior para los pacientes que dependen de un GP y que tienen como comprador de asistencia especializada a las Autoridades Sanitarias de Distrito. Como consecuencia de esto, a los gestores de la provisión se les ha prohibido ofrecer condiciones especiales a los GPFHs.

Por otra parte, la proliferación de compradores podría cambiar el equilibrio de poder entre los proveedores de gran tamaño y los compradores de pequeño tamaño, resultando una creciente fragmentación de la actividad clínica (WARNER, 1996, p. 9).

Los proveedores también podrían enfrentarse con enormes dificultades logísticas al intentar planificar sus servicios ante la demanda dispar de múltiples compradores.

➤ **La provisión de asistencia sanitaria.**

En el corto plazo, existen grandes esfuerzos para limitar los cambios entre grupos de proveedores, relacionados con las costumbres de los GPs que no gestionan presupuesto propio, su pre-contrato monopolista geográfico y los vínculos permanentes con Autoridades Sanitarias de Distrito para la gestión directa de los grupos.

⁶⁹ Las indicaciones de los expertos en materia de salud y las opiniones de los usuarios van, en la mayoría de los casos en direcciones opuestas, por lo que se ha establecido un diálogo entre las autoridades compradoras y la población residente.

Sin embargo, el número y tipo de proveedores que compiten por una parte de los recursos de las Autoridades Sanitarias de Distrito irá aumentando con el tiempo, incluyendo, no solamente a los proveedores sanitarios del sector privado, sino también a algunas asociaciones de voluntariado, las cuales están interesadas en conseguir contratos para nuevos servicios, particularmente en tratamientos de enfermos no agudos y atención sanitaria domiciliaria. El reto principal para los proveedores en el nuevo modelo será la facilidad para responder más rápidamente a los cambios de la demanda, lo que les obligará a competir en costes⁷⁰ (WARNER, 1996. P. 10).

➤ **Autonomía médica.**

La relación entre los médicos especialistas de hospital y los GPs, incluso si éstos no son gestores de presupuesto propio, se altera con la contratación.

En primer lugar, los GPs están dispuestos a influir sobre las rentas disponibles para el servicio asistencial, porque los pacientes que remiten traen consigo recursos. Los GPs podrían cambiar sus esquemas de orientación hacia la asistencia especializada, por lo que los grupos de proveedores perderían el contrato.

Los especialistas, sin embargo, no tienen un incentivo para enfrentarse a los requerimientos de los GPs. Esto cambia el equilibrio tradicional de poder que existía cuando, por el exceso de demanda sobre la oferta, prácticamente todos los especialistas tenían más trabajo del que podían encargarse (WARNER, 1996, p. 10).

El proceso de contratación de las Autoridades Sanitarias de Distrito se ve como una limitación tanto sobre la libertad, hasta ahora sin restricciones, de los GPs para remitir a los pacientes al hospital o especialista que les plazca, como sobre el derecho de todos los médicos generales a ejercer solamente juicios clínicos al decidir sobre tratamientos. En la práctica, ambas competencias de los GPs están limitadas por las listas de espera y el proceso de racionamiento.

⁷⁰ No solamente a competir entre sí a los proveedores públicos, sino también competir con los privados.

La contratación está empezando a reemplazar el racionamiento encubierto por el racionamiento abierto. El monopolio de los médicos en la toma de decisiones sobre tratamientos no es absoluto, aunque es cierto que muy pocos compradores han puesto en duda, equivocadamente, el papel tradicional de los médicos especialistas y la mayoría lo han tenido en cuenta en sus decisiones de compra. Pero la intervención de los profesionales sanitarios es una parte fundamental de la reforma y los requerimientos para una aproximación sistemática en la intervención es característica esencial de la existencia de contratos (WARNER, 1996, p. 10).

➤ **La influencia de los consumidores.**

Un primer objetivo de las reformas del Sistema Nacional de Salud Británico era la mejora de la calidad asistencial percibida por el consumidor. Sin embargo, el consumidor tiene poco control directo en el nuevo modelo.

En la asistencia hospitalaria, los compradores ejercen su función en nombre del usuario, mientras que en la atención primaria son los GPs quienes actúan como apoderados de los consumidores. No obstante, muchas Autoridades Sanitarias de Distrito están haciendo esfuerzos para conocer las opiniones de los consumidores sobre sus preferencias y la calidad de los servicios.

En resumen, en los contratos se indican niveles de servicio y costes, incluyendo especificaciones detalladas sobre la calidad⁷¹, a menudo procurando mejorar la experiencia de los usuarios en términos de tiempos de espera, información y otros temas no médicos. En la atención primaria, la competencia entre GPs por los pacientes está alimentando la tendencia hacia el consumerismo⁷².

La introducción de un Patients Charter, en 1991, fija formalmente standards mínimos de servicio, con lo que el consumidor ha ganado poder para demandar dichos

⁷¹ A pesar de la mejora, permanece el problema de la confidencialidad.

⁷² Las Autoridades Sanitarias de Distrito han cambiado su relación con los usuarios de su zona, mejorando la comunicación con el movimiento de defensa de los consumidores y manifestando mayor interés por las necesidades de los pacientes.

niveles mínimos como un derecho y los compradores tienen la obligación de proporcionárselos.

V.1.b. Evaluación de los resultados de la reforma de 1990.

Resulta difícil afirmar los éxitos de los mercados internos, porque el modelo ha sido implantado en distintas fases, introduciéndose cambios a lo largo del tiempo y su funcionamiento ha sido relativamente corto, desde 1991 a 1997⁷³. Sin embargo, ha traído consigo varias mejoras. En primer lugar, la separación de compradores y proveedores y el proceso de contratación asociado han aportado mayor claridad sobre la calidad y los precios. En segundo lugar, la concienciación sobre los costes ha contribuido a la reducción de los mismos, especialmente en los mercados locales más competitivos. En tercer lugar, el poder de los GPs frente a un sistema burocratizado ha mejorado. En cuarto lugar, ha aumentado la eficiencia, principalmente con la reducción de la duración media de las estancias hospitalarias (KOEN, 2000, p. 10).

En resumen, analizaremos el efecto que ha tenido la introducción de competencia en el gasto sanitario, la eficiencia, la equidad, la actividad asistencial y en la capacidad de elección del usuario, así como en sus preferencias.

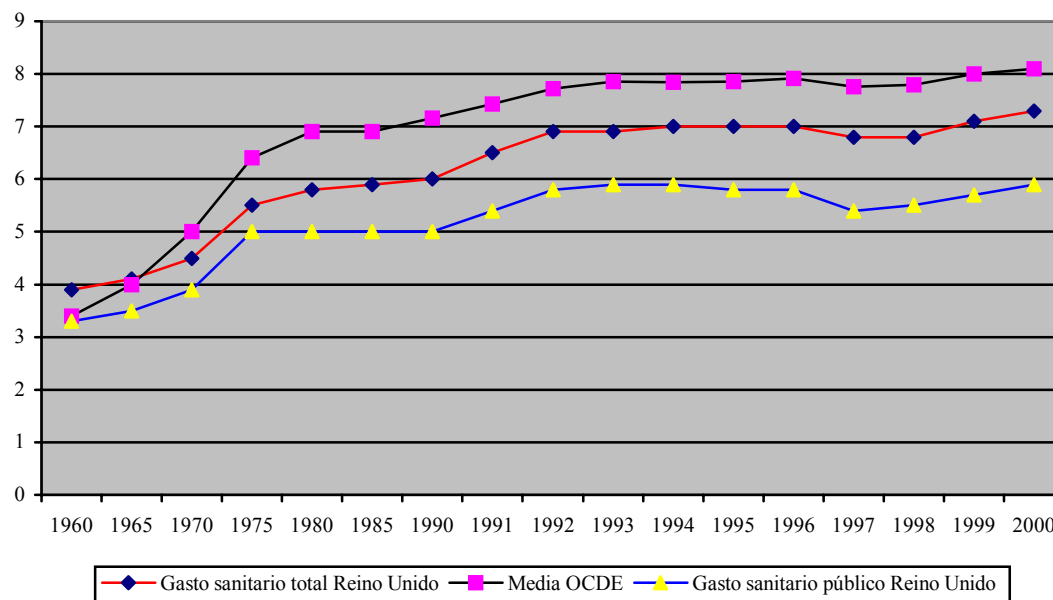
A) El gasto sanitario.

El gasto sanitario total y el gasto sanitario público han seguido tendencias similares a lo largo del período 1960-2000. Sin embargo, como ya se ha señalado anteriormente, el gasto sanitario en el Reino Unido se mantiene durante todo el período considerado por debajo de la media de la OCDE⁷⁴, registrando como valor máximo el 7% del PIB, muy lejos de los datos referidos a Estados Unidos, Alemania e, incluso, de Francia (GRÁFICO, IV.5).

⁷³ Para LE GRAND (1999, p. 8), no puede decirse que haya fracasado pues simplemente no se ha aplicado un modelo de mercados internos.

⁷⁴ La medida de la OCDE en 2000 es del 8,1% del PIB.

GRÁFICO IV.5
EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO TOTAL Y PÚBLICO EN EL REINO UNIDO Y LA
MEDIA DEL GASTO SANITARIO TOTAL DE LA OCDE. (% PIB). 1960-2000.



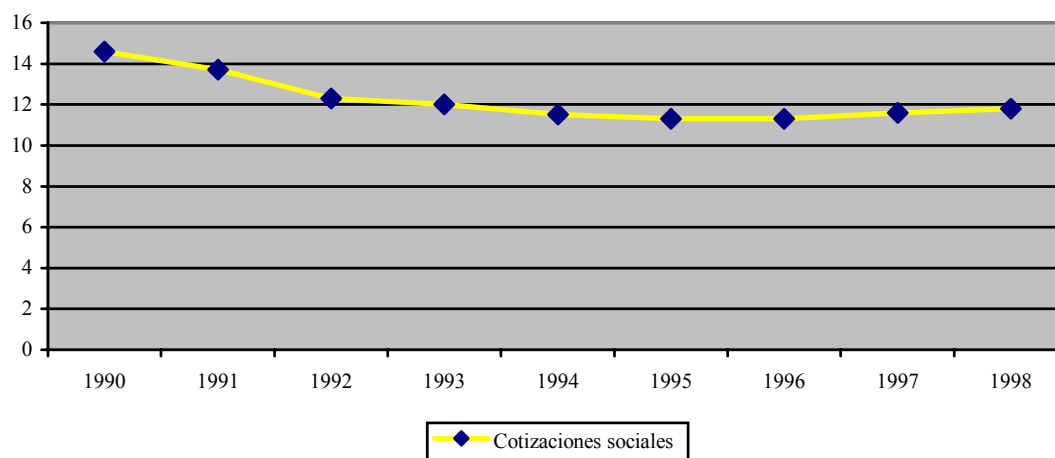
FUENTE: OCDE HEALTH DATA 2002.

La tendencia creciente sufre una desaceleración a partir de 1992, y un decrecimiento entre 1996-1997, pero se incrementa en los dos últimos años, terminando con un 7,3% en 2000 (inferior al 8,1% de la media de la OCDE, el 13% de Estados Unidos, el 10,6% de Alemania y el 9,5% de Francia). En el período de funcionamiento de los mercados internos se observa un mantenimiento del gasto sanitario total por debajo del 7% del PIB, cifra que supera en 1999 y 2000, sin embargo, en todo el período permanece inferior a la media de la OCDE en casi un punto.

Del total del gasto sanitario, el 81% tiene origen público en 2000, pero esta proporción se ha ido reduciendo desde 1993 en que se alcanzaba el 85,1%. El resto es de origen privado (aseguramiento privado y pago directo del paciente).

Las reformas en la financiación del NHS han tenido como resultado una aportación superior de recursos dedicados a la sanidad de los impuestos y una reducción de las cotizaciones sociales, que han disminuido su participación en el gasto sanitario público, descendiendo de algo más del 14% al 12%, en 1998 (GRÁFICO IV.6).

GRÁFICO IV.6
EVOLUCIÓN DE LAS COTIZACIONES SOCIALES. % SOBRE EL GASTO SANITARIO PÚBLICO TOTAL. 1990-1998.

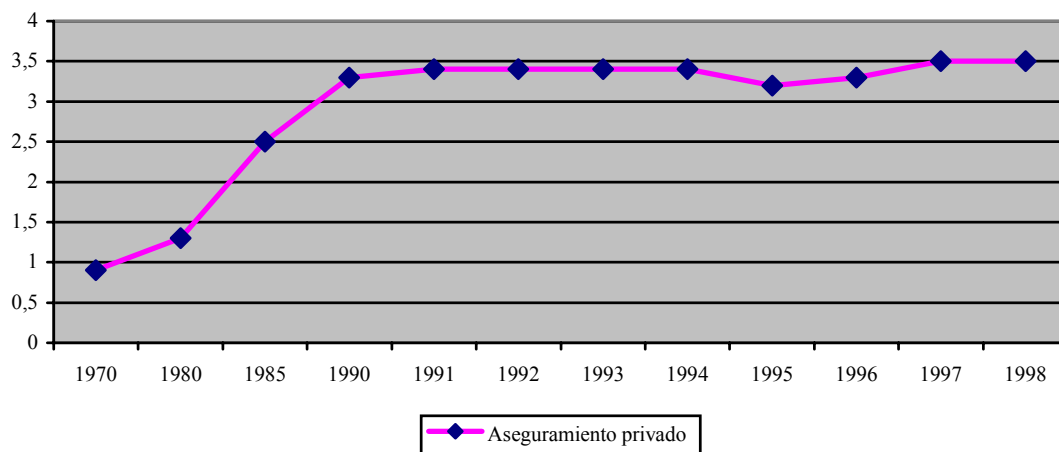


FUENTE: OCDE HEALTH DATA 2002.

El aseguramiento privado juega un papel complementario al aseguramiento público y, en 2000, cubría al 11% de la población. Ofrece la ventaja de elección del especialista, evitando las listas de espera y con un nivel de confort y privacidad más elevados que el sistema público.

El aseguramiento privado experimentó un aumento muy significativo en la década de los ochenta (del 1,5% del gasto sanitario total al 3,3%) , pero desde 1990 se ha mantenido en torno al 3,5%, con una leve caída en 1995 (GRÁFICO IV.7).

GRÁFICO IV.7
ASEGURAMIENTO PRIVADO, % SOBRE EL GASTO SANITARIO TOTAL. 1960-1998.



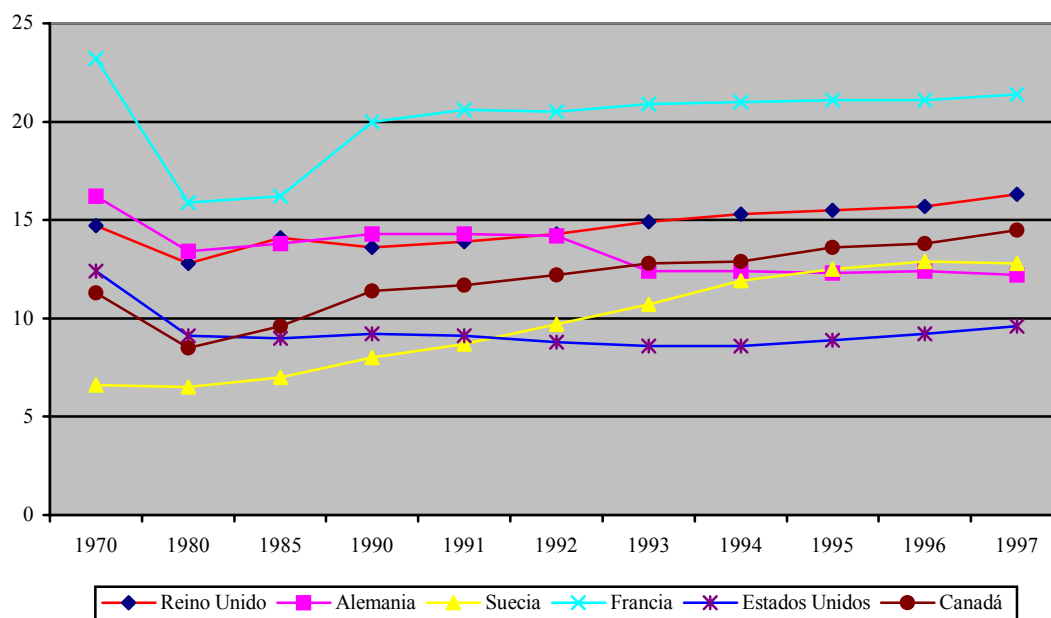
FUENTE: OCDE HEALTH DATA 2002.

Las razones por las que los individuos acuden al aseguramiento privado en un Sistema Nacional de Salud, con cobertura universal, son, principalmente, la alternativa para no tener que sufrir interminables esperas para intervenciones quirúrgicas comunes y la búsqueda de cobertura de prestaciones no contempladas en el sistema público. El incremento del aseguramiento privado en los ochenta puede explicarse como una alternativa de los ciudadanos, frente a un sistema público que no satisface sus necesidades ni tiene en cuenta sus preferencias.

El total del gasto sanitario se reparte entre los distintos niveles de asistencia y las distintas prestaciones sanitarias, entre las que destaca la asistencia especializada que supone en torno al 60% del total del gasto.

El gasto en productos farmacéuticos ha experimentado un crecimiento sostenido, pero moderado desde 1990, llegando a superar el 16% del gasto sanitario total⁷⁵, a pesar de la introducción de productos genéricos (GRÁFICO IV.8).

GRÁFICO IV.8
EVOLUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO, % SOBRE EL TOTAL DEL GASTO SANITARIO. 1970-1997.



FUENTE: OECD DATA HEALTH, 2001.

⁷⁵ Más del 80% de las prescripciones farmacéuticas las paga íntegramente el NHS.

En comparación con otros países de la OCDE, el gasto farmacéutico del Reino Unido es muy superior al de Estados Unidos (9,6% en 1997), pero inferior al de Francia, que registra en todo el período los valores más altos. Podría decirse que el gasto farmacéutico británico está prácticamente en la media de los países considerados. Con respecto a Suecia (no supera ningún año el 13%), que es otro país con Sistema Nacional de Salud, los datos del Reino Unido son superiores en todo el período.

El efecto de los mercados internos en el gasto farmacéutico en su conjunto no es fácil de evaluar, sin embargo, es de destacar la actuación que han llevado a cabo algunos de sus agentes.

Los GPFHs reciben una suma limitada de fondos para las prescripciones farmacéuticas, de tal manera que si reduce el gasto en farmacia, el superávit generado puede destinarlo a otros tratamientos sanitarios. Este incentivo directo no ha reducido significativamente el gasto en recetas médicas, pero se ha contenido la tasa de incremento de sus costes⁷⁶, en comparación con los GPs, debido a que se han mostrado más prudentes a la hora de recetar nuevos y costosos medicamentos y a la tendencia a utilizar genéricos (OCDE, 1995, p. 24).

B) Eficiencia.

El único indicador de eficiencia total del sistema para el conjunto del NHS, esta basado en el índice coste/actividad (CWAI), obtenido por agregación de actividades tales como la asistencia sanitaria especializada en consultas externas y pacientes internados en hospitales, según el período de estancia, y se mide por su coste. El índice coste /actividad es un indicador del output sanitario que no tiene en cuenta la calidad, la diferencia entre los distintos casos que se tratan y la efectividad en términos de ganancia en salud.

⁷⁶ En 1992/1993, el incremento nacional en costes de prescripción farmacéutica era del 12%, en tanto que el incremento referido a los GPFHs ha sido solamente del 8%.

Si consideramos dos períodos distintos, uno anterior a la reforma (1980-1990) y otro posterior a la misma (1991-1996), el índice coste/actividad es del 2% en el primer caso y del 1,5% en el segundo, lo que refleja una mejor asignación de los recursos en el período de mercados internos (LE GRAND, 1999, p. 3).

A pesar de que el incremento presupuestario del NHS durante la reforma es superior al asignado en los años anteriores e inmediatamente posteriores, la comparación del aumento de gastos hospitalarios y servicios sanitarios a la comunidad y el indicador global de incremento de actividad arrojan una tasa anual de mejora de la eficiencia cercana al 3%, desde 1991 a 1995 (OCDE, 1995, p. 20).

Esta mejora en la eficiencia existe a pesar del incremento de los costes de administración y gestión en el NHS. Tradicionalmente, los costes de administración del NHS han sido muy bajos⁷⁷. Con la introducción de los contratos entre compradores y proveedores y los procedimientos necesarios de contabilización de los mismos, los costes de administración han aumentado hasta el 8% en 1991-1992 y el 11% en 1995-1996. Desde 1990 a 1995, el personal de administración y servicios se ha incrementado en un 15% y los directivos de gestión en un 133%⁷⁸.

C) Recursos y Actividad.

La oferta sanitaria en asistencia primaria y especializada registra dos tendencias contrarias: mientras que el número de camas por 1000 habitantes sigue su tendencia decreciente, si bien a un ritmo inferior que en la década anterior⁷⁹, la densidad de médicos por 1000 habitantes aumenta lentamente, aunque sigue siendo de las más bajas de la OCDE (1,8 en 2000) (GRÁFICO IV.9).

El descenso del número de camas se ha conseguido reduciendo el tiempo de permanencia de los pacientes, pero, sobre todo, buscando otras alternativas al

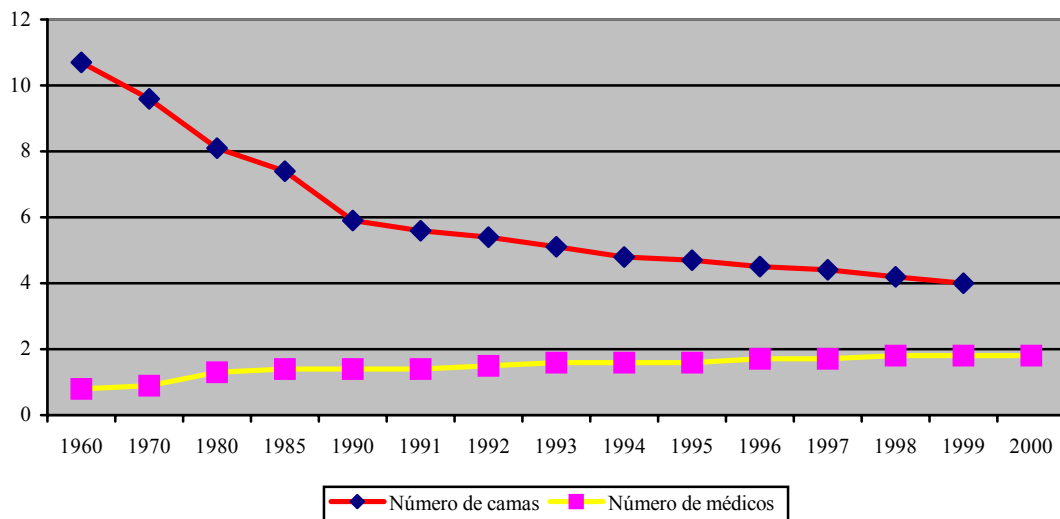
⁷⁷ Un 4% del gasto sanitario total, frente a un 25% de Estados Unidos, por ejemplo.

⁷⁸ A pesar de estos incrementos, el aumento de la actividad, superior al de los recursos totales, resulta en una ganancia en eficiencia.

⁷⁹ A pesar de la reducción, el 90% de las camas hospitalarias pertenecen al sector público (SMEE, 2000, p. 945).

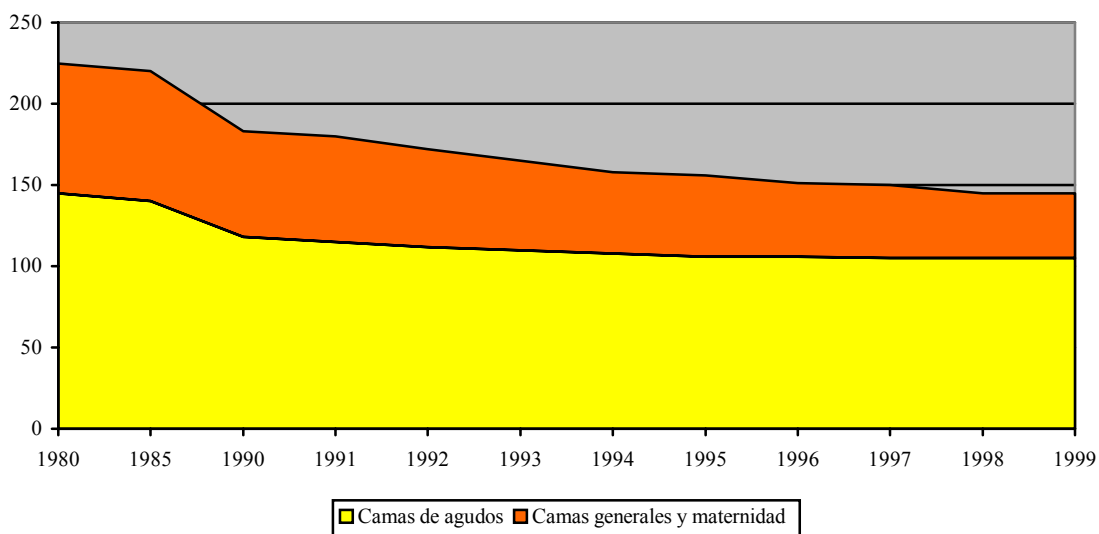
internamiento, como la cirugía de día y la atención domiciliaria, principalmente a los ancianos y discapacitados, se consigue de esta forma un uso más eficiente de los recursos disponibles.

GRÁFICO IV.9
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE CAMAS Y DE MÉDICOS POR MIL HABITANTES.
1960-2000.



FUENTE: OCDE HEALTH DATA 2002.

GRÁFICO IV.10
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE CAMAS EN HOSPITALES GENERALES Y MATERNALES
Y EN HOSPITALES DE AGUDOS (en miles). 1980-1999.

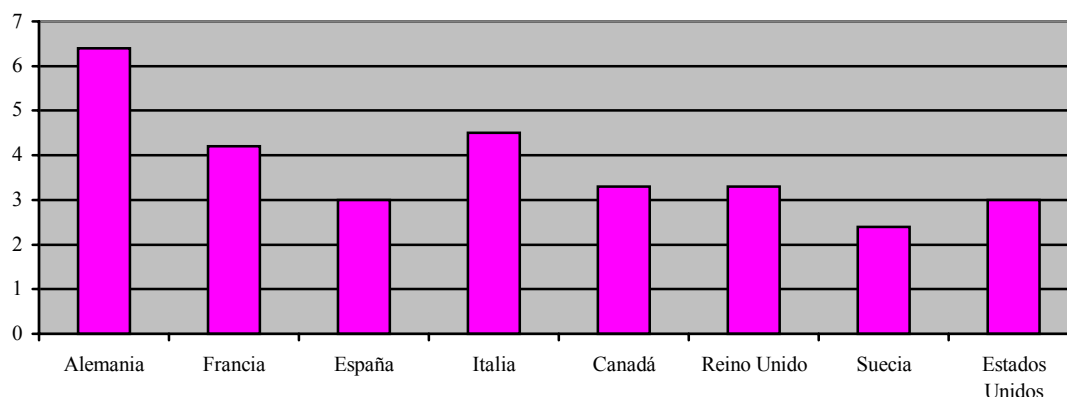


FUENTE: NHS.

El número de camas, en términos absolutos, se ha reducido tanto en hospitales generales y maternos como en hospitales de agudos. En los primeros, según los datos facilitados por el Sistema Nacional de Salud británico, entre 1980 y 1999, han disminuido en torno a un 40%, en tanto que, en los hospitales de agudos, en el mismo período, se han reducido en un 25% (GRÁFICO IV.10).

Si comparamos los datos del Reino Unido con otros países de la OCDE, el número de camas de agudos por mil habitantes en 2000 es inferior a la media (4,3) y de los más reducidos, junto a Canadá, Suecia, Estados Unidos y España. Muy alejados se encuentran Alemania (6,4), Italia (4,5) y Francia (4,2), que cuentan con más del doble (GRÁFICO IV.11).

GRÁFICO IV.11
CAMAS DE AGUDOS POR 1000 HABITANTES. 2000.



FUENTE: OECDE HEALTH DATA 2002.

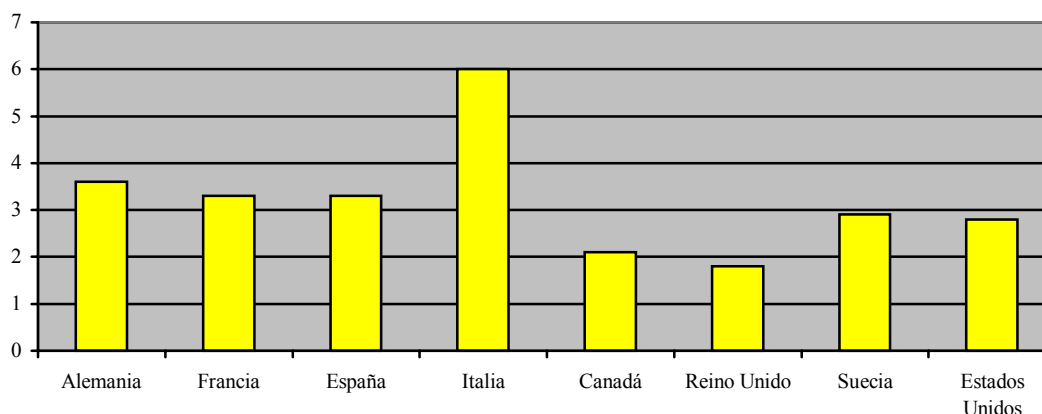
Respecto a los profesionales médicos, si bien el aumento de los mismos es muy pequeño, es necesario destacar que, para prestaciones que no tienen cobertura universal, como la salud bucodental y la oftalmología, el número de dentistas ha crecido⁸⁰, mientras que el de oftalmólogos ha descendido⁸¹, ambos en términos absolutos.

⁸⁰ Según los datos estadísticos del NHS para Inglaterra, de los 15.070 que había en 1990 se ha pasado a 17.245 en 1998.

⁸¹ En 1990 suponían 779 y en 1999, 706, (en Inglaterra), sin embargo los optometristas han experimentado un efecto contrario, de 5.652 que había en 1990 han aumentado hasta los 6.811 de 1999.

La densidad de médicos por mil habitantes, en comparación con otros países de la OCDE, el Reino Unido registra el valor más bajo, con 1,8, prácticamente la mitad que la media de la OCDE; le siguen Canadá y Nueva Zelanda. En el otro extremo se encuentra Italia, con 6 médicos por mil habitantes, que es el valor más alto de la OCDE (GRÁFICO IV. 12).

GRÁFICO IV.12
MÉDICOS POR 1000 HABITANTES. 2000.



FUENTE: OECD HEALTH DATA, 2002.

Más de la cuarta parte (27%) de los médicos que había en el Reino Unido en 1998 se han graduado en el extranjero⁸², principalmente en los países desarrollados, debido a que el número de graduados nacionales no crece al mismo ritmo que la demanda de médicos (KOEN, 2000, p. 20).

Aunque el número de médicos ha aumentado en un 18%, el mayor incremento se ha registrado entre los médicos procedentes del extranjero (34,62%, frente al 12,8% de los nacionales) (CUADRO IV.2).

El grupo que más ha crecido es el de especialistas, con un 32,9%, seguido de los médicos que se encuentran aprendiendo una especialidad (22,4%). Entre los especialistas, destacan los médicos extranjeros, que suponen un 62% más que en 1991 en tanto que los nacionales han aumentado en un 27%.

⁸² En 1991, eran el 24% del total de los médicos del NHS.

CUADRO IV.2
NÚMERO DE DOCTORES DEL NHS EN INGLATERRA, SEGÚN SU ORIGEN Y CUALIFICACIÓN

	1991	1998
MÉDICOS CUALIFICADOS DEL REINO UNIDO	56.790	64.060
Médicos de hospital especialistas	13.120	16.650
Jefes de servicio	20.470	22.170
Médicos especialistas en formación	17.080	19.890
Otros	6.120	5.350
MÉDICOS CUALIFICADOS DEL EXTRANJERO	17.880	24.070
Médicos de hospital especialistas	2.710	4.390
Jefes de servicio	5.210	5.220
Médicos especialistas en formación	7.170	9.800
Otros	2.790	4.660
TOTAL	74.670	88.130
Médicos de hospital especialistas	15.830	21.040
Jefes de servicio	25.680	27.390
Médicos especialistas en formación	24.250	29.690
Otros	8.910	10.010

FUENTE: NHS.

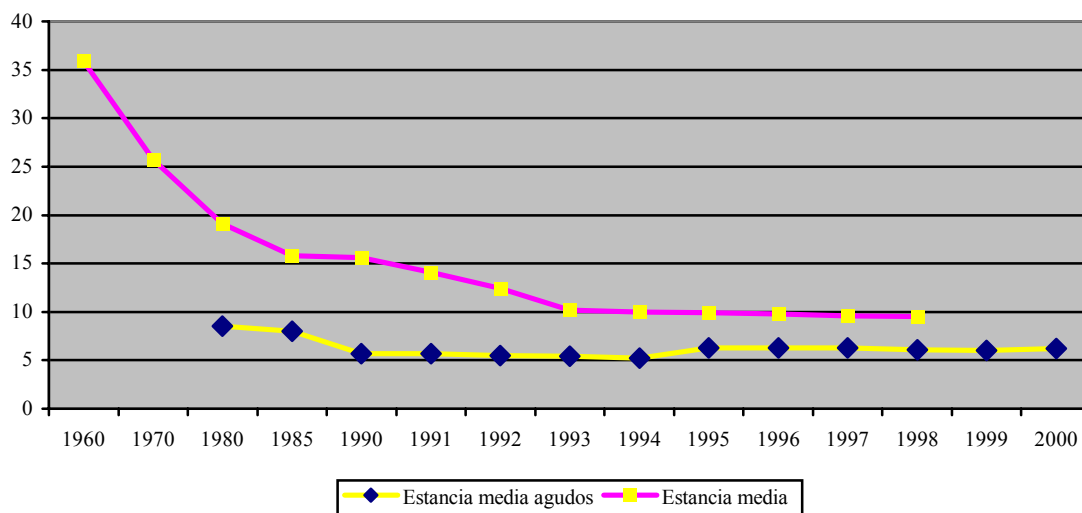
En cuanto a los médicos en formación, los nacionales han crecido un 16,45% y los extranjeros un 36,7%. Finalmente, en el apartado otros, debemos señalar que, mientras que los médicos nacionales se han reducido en un 12,58%, los procedentes del extranjero se han incrementado en un 67%, en el período 1991-1998.

Se ha reconocido el problema de la falta de profesionales sanitarios, por lo que se han intensificado los esfuerzos para remediarlo. El actual Gobierno británico ha acordado un aumento del 20% de plazas en las Facultades de Medicina, que se aplicará de forma escalonada a lo largo de cinco años (hasta 2005).

Otro de los indicadores que se va a analizar es la estancia media en hospital, medida en días. A lo largo del período en que han funcionado los mercados internos (1991-1998), la estancia media hospitalaria ha disminuido en seis días, quedando inferior a 10 días, sin embargo, en los cinco años anteriores la reducción había sido solamente de 0,2 días. La estancia media en hospitales de agudos ha descendido en el

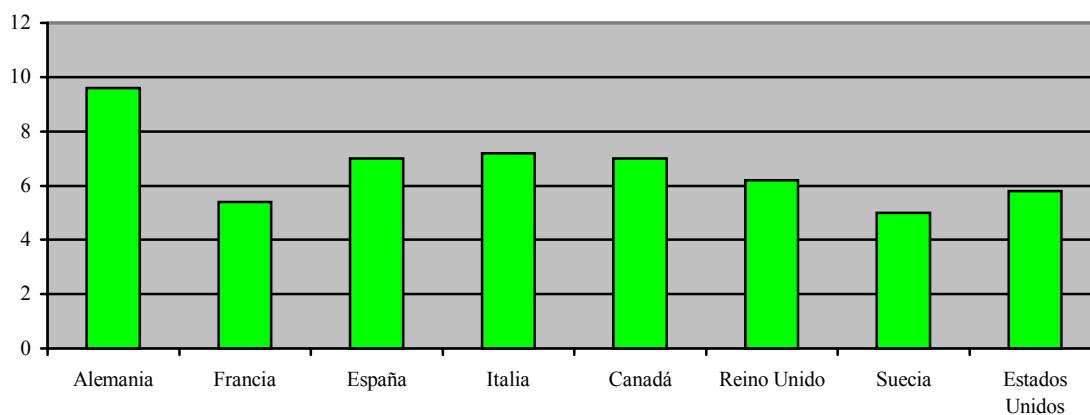
período 1990-1994, a partir de este año presenta una evolución errática, si bien en 2000 registra un valor superior a 1990 (GRÁFICO IV.13). La estancia media se ha reducido principalmente en no agudos, utilizando alternativas a la hospitalización.

GRÁFICO IV.13
EVOLUCIÓN DE LA ESTANCIA MEDIA GENERAL Y EN AGUDOS. REINO UNIDO.
1960-2000.



FUENTE: OECD HEALTH DATA 2001 y HEALTH DATA 2002.

GRÁFICO IV.14
ESTANCIA HOSPITALARIA MEDIA EN AGUDOS(en días). 2000.



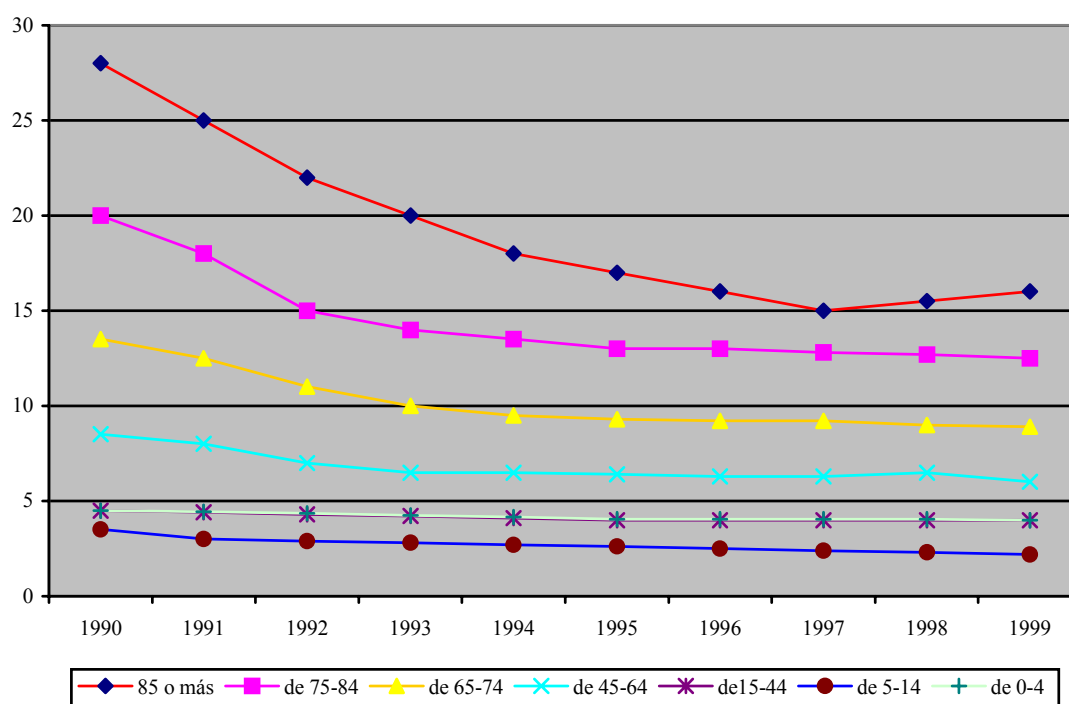
FUENTE: OCDE HEALTH DATA 2002.

En un estudio comparado con otros países de la OCDE, la estancia media en agudos, registrada en 2000, es de 6,2 días para el Reino Unido, más baja que la de

Alemania (9,6), Italia, Canadá y España. El valor más bajo lo registra Suecia, con 5 días (GRÁFICO IV.14).

Sin embargo, ha tenido una importante reducción desde 1990⁸³, sobre todo para las personas mayores que, al buscar otras alternativas al internamiento en hospitales, ha disminuido a la mitad (GRÁFICO IV.15).

GRÁFICO IV.15
ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA (en días) POR GRUPOS DE EDAD. HOSPITALES
GENERALES Y DE AGUDOS. REINO UNIDO. 1990-1999.



FUENTE. NHS.

La estancia media hospitalaria ha descendido de forma distinta según los grupos de edad, siendo en los mayores de 75 años el descenso más significativo, debido a, como ya se ha comentado anteriormente, la utilización de otras alternativas para los ancianos, como es la atención sanitaria domiciliaria.

⁸³ Esta tendencia es generalizada en todos los países, debido al intento de una mejor utilización de recursos, buscando la menor ociosidad de los mismos.

En el grupo de edad de mayores de 75 años, al tratarse, en la mayoría de los casos, de enfermos crónicos o con enfermedades graves, pero cuyo tratamiento es posible en su domicilio, con un seguimiento por un grupo de profesionales médicos, se ha conseguido desocupar gran parte de las camas que ocupaban estos grupos de población.

En el caso de los menores de 5 años, la variación apenas se ha notado, si bien se percibe una tendencia decreciente.

En los grupos de edad intermedios, de 15 a 64 años, el descenso es más acusado en los tres primeros años, en que se empezó a utilizar como alternativa los centros de atención primaria, con la cirugía ambulatoria, o en los centros hospitalarios, con la denominada cirugía de día, sin ser necesario el internamiento del paciente en un centro hospitalario, pues es posible pasar el período de recuperación en el propio domicilio, con un seguimiento de profesionales sanitarios.

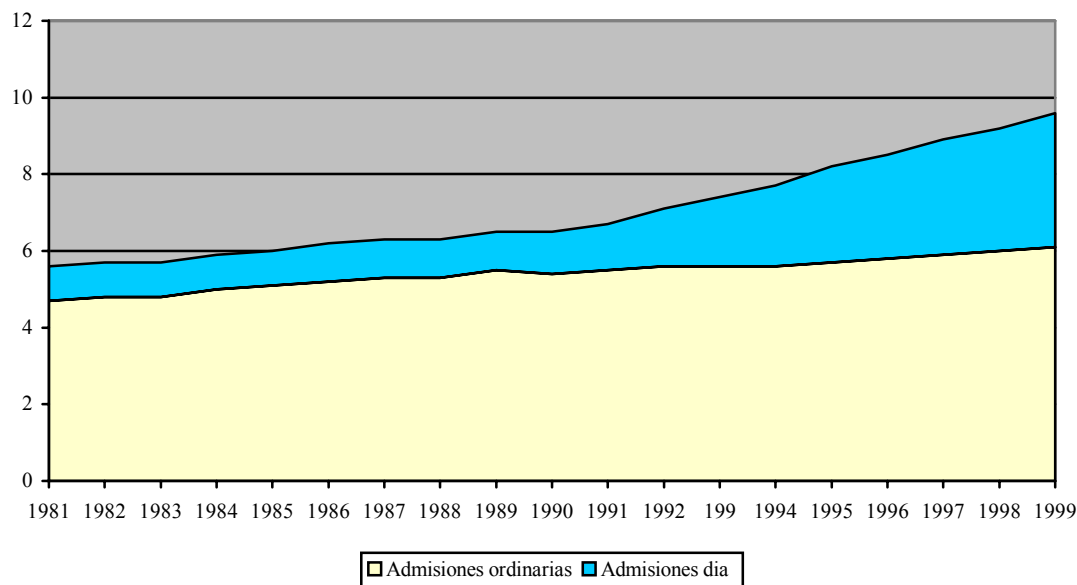
Con la utilización de este nuevo sistema, se ha conseguido que, a pesar de que las admisiones hospitalarias, en general, casi se ha duplicado entre 1980 y 1999, sin embargo, las admisiones ordinarias apenas han aumentado, en tanto que las admisiones por un día han absorbido la mayor parte del incremento registrado.

Asociado al incremento de la eficiencia se ha experimentado un resurgimiento de la actividad asistencial, particularmente en los hospitales.

Podría decirse que los mercados internos han proporcionado nuevos incentivos a los compradores y a los proveedores para sustituir la admisión ordinaria por la admisión por un día (consulta externa diaria) (OCDE, 1995, p. 20).

Los casos de admisiones por un día se han multiplicado por seis en el período considerado, mientras que las admisiones ordinarias se han incrementado en un 25% (GRÁFICO IV.16).

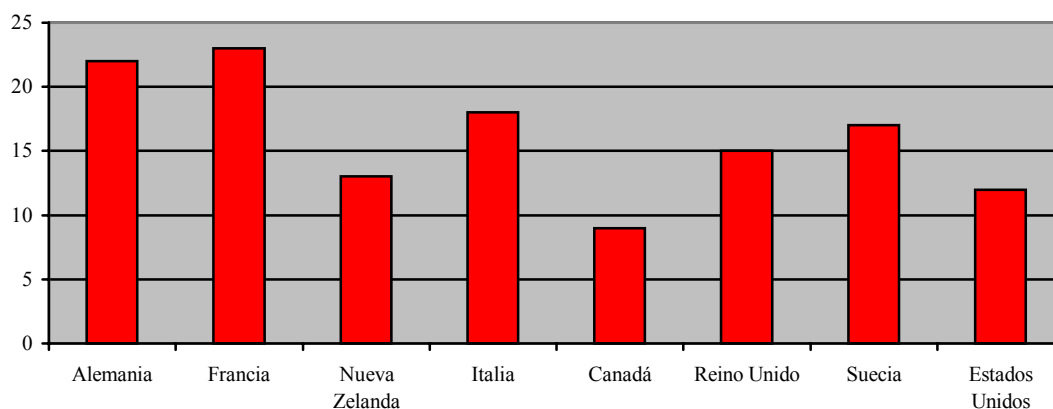
GRÁFICO IV.16
ADMISIONES EN HOSPITALES GENERALES Y AGUDOS (en millones). 1981-1999.



FUENTE: NHS.

Si comparamos las admisiones en hospitales del Reino Unido con otros países, en porcentaje sobre la población (15%), observamos que salvo Canadá (9%), Estados Unidos (12%) y Nueva Zelanda (13%), el resto de los países considerados tienen porcentajes muy superiores. Es necesario resaltar los casos de Francia y Alemania, pues para ambos países se supera el 20% (GRÁFICO IV.17).

GRÁFICO IV.17
ADMISIONES EN HOSPITALES (% de población). 1997.



FUENTE: NHS.

Los resultados analizados anteriormente se han traducido en una mejora de la eficiencia del sistema, pues ha conseguido una mejor asignación de los recursos existentes, intentando reducir la falta de utilización de elementos pertenecientes a la estructura hospitalaria.

D) Equidad.

La equidad no aparecía en el documento oficial como un objetivo, pero el acceso igualitario a la asistencia sanitaria está muy arraigado en la percepción de los ciudadanos desde que fue creado el NHS.

La principal cuestión que preocupaba a muchos analistas al inicio de los mercados internos era el peligro de selección adversa: la selección deliberada de pacientes, tanto por los hospitales como por los GPFHs, entre aquellos casos más fáciles o de menor coste de tratamiento, con el fin de proteger sus presupuestos. Sin embargo, no hay evidencia de que esto fuera un problema, tanto por el lado de la compra como de la provisión de asistencia sanitaria (LE GRAND, 1999, p. 4).

A pesar de ello, son los GPFHs quienes tienen más incentivos para esta práctica, puesto que son los únicos que pueden disfrutar de los superávits presupuestarios, los cuales se pueden obtener tanto por una buena gestión como por la selección de pacientes menos costosos, excluyendo a los demás de su lista.

La experiencia indica que la calidad de los servicios asistenciales recibidos por los pacientes de los GPFHs, tanto en atención personalizada como en tiempo de espera para su consulta y para asistencia especializada, es superior que la recibida por los pacientes dependientes de los GPs y de las Autoridades Sanitarias de Distrito. Pero la respuesta a esta potencial desigualdad no ha de ser abandonar la figura de los GPFHs, sino ampliar las competencias de los GPs en la función de gestión de un presupuesto propio y la selección de proveedores de asistencia sanitaria especializada (OCDE, 1995, p. 23).

Sin embargo, el peligro real de falta de equidad se percibe en las diferencias de recursos entre las distintas regiones, que, a pesar de todo, han disminuido notablemente (OCDE, 1995, p.22). El Reino Unido ha puesto en marcha uno de los medios más sofisticados y efectivos para distribuir los servicios sanitarios hacia las áreas más necesitadas.

A partir de 1991, la distribución del presupuesto sanitario cambia de estructura, incluyendo una nueva fórmula en la que tiene más en cuenta la edad de la población protegida y menos las tasas de mortalidad, de esta forma, las asignaciones dependen más de la población residente en el distrito sanitario que de los hospitales que contienen dichas zonas.

E) La elección del usuario.

La evidencia refleja que la capacidad de elección del usuario en los mercados internos no ha aumentado significativamente en el conjunto de la asistencia sanitaria⁸⁴, en realidad, en algunos casos, la capacidad de elección para los dos tipos de compradores y los pacientes parece haberse reducido (LE GRAND, 1999, p. 4)

En la atención primaria, se han abolido las trabas administrativas para el cambio de médico general, pero en algunas zonas rurales la elección permanece limitada por la baja densidad de médicos generales existentes (OCDE, 1995, p. 21).

En la atención especializada, es el comprador el que realiza la elección del proveedor, aunque nada le impide escuchar las preferencias del usuario. Pero no puede hablarse de una mejora de la situación en su conjunto, a pesar de que existan casos en los que se haya permitido la elección⁸⁵.

⁸⁴ Un estudio sobre la capacidad de elección de los pacientes de cirugía de cataratas demuestra que no ha aumentado ni en los pacientes de GPs ni en los pacientes de GPFHs.

⁸⁵ En cinco hospitales estudiados se llegó a la conclusión de que solamente el 10% de los pacientes afirmaba que se le había permitido elegir hospital para una intervención quirúrgica.

Los GPFHs son los compradores que, aparentemente, han conseguido una mayor sensibilidad de sus proveedores ante las preferencias de los pacientes, sin embargo, apenas existe evidencia de este aumento en la capacidad de elección de los mismos.

A pesar de no haber conseguido ampliar la sensibilidad hacia las preferencias de los consumidores, sí parece haberse concienciado a todos los agentes que participan, de una forma u otra, en el sistema sanitario del coste de la asistencia sanitaria.

F) Calidad.

Los estudios realizados sobre la calidad asistencial no han encontrado mejoras importantes, tanto en el tiempo de espera como en la calidad de los servicios no clínicos, si bien es cierto que se ha intentado mejorar la comunicación con el paciente y la información en su admisión y alta hospitalaria.

La insatisfacción ha aumentado debido a las medidas de racionamiento implantadas pero también por las expectativas generadas por la reforma, que aumentaron a un ritmo mucho mayor que los recursos (OCDE, 1995, p. 21).

Desde el inicio de los mercados internos, las listas de espera han ido creciendo⁸⁶, pero el tiempo medio de espera ha descendido desde un promedio de 7,6 meses en 1991 a 4,8 meses en 1993.

A nivel microeconómico, algunas mejoras en la calidad pueden ser atribuidas principalmente a la actuación de los GPFHs⁸⁷. Obtienen la admisión de sus pacientes más rápidamente y reciben mejor respuesta de los proveedores. Tienen más control sobre los costes relativos de las prescripciones y generan más beneficios en la gestión de su presupuesto que las Autoridades Sanitarias de Distrito⁸⁸. Sin embargo, existe una

⁸⁶ Gran parte de este incremento se debe a las admisiones por un día o casos diarios.

⁸⁷ Los servicios proporcionados por los GPFHs son mejores y se ajustan más a las preferencias del usuario que los servicios de los GPs.

⁸⁸ También tienen más incentivos para ello.

controversia acerca de si los éxitos relativos de los GPFHs derivan de un presupuesto más generoso, aunque parece que no es así (LE GRAND, 1999, p. 3).

Además se iniciaron otras medidas para el control de la calidad, como la auditoría médica, con el fin de ayudar a los médicos a mejorar sus grados de atención mediante procedimientos de revisión sistemáticos. Sin embargo, el principal método utilizado no tenía en cuenta apenas los costes, la ganancia en salud o la satisfacción del usuario. A mediados de los noventa, se estableció una evaluación independiente del programa de auditoría y se ha constituido el Grupo de Resultados Clínicos, cuyo objetivo es asesorar cara a un desarrollo completo de las auditorías clínicas (OCDE, 1995, p. 22).

A pesar de todo, parece que la separación de compradores y proveedores y el proceso de contratación implantado ha proporcionado mayor claridad en los intercambios entre ambos, tanto en lo que respecta a la calidad como al precio de los servicios sanitarios.

G) Los compradores de asistencia sanitaria especializada.

La respuesta de los agentes encargados de la compra de asistencia especializada, Autoridades Sanitarias de Distrito y GPFHs, ha sido muy distinta, así como su adecuación al nuevo sistema de contratación.

Las Autoridades Sanitarias de Distrito, después de asumir su papel de compradoras de asistencia especializada, se han liberado de otras tareas que antes tenían encomendadas, por lo que se han centrado en las prioridades y necesidades sanitarias locales.

Pero podría decirse que su función compradora no ha sido suficientemente desarrollada, pues, en muchos distritos, un único proveedor dominante mantiene vínculos tradicionales con las Autoridades Sanitarias de Distrito y sus responsables, por lo que no se deja espacio para la competencia.

En realidad, la existencia de un proveedor en situación de monopolio local, aunque impide la competencia, sin embargo, en ocasiones, resulta inevitable, pues en algunas zonas geográficas no existe espacio más que para un hospital.

En otras ocasiones, la Autoridades Sanitarias de Distrito prefieren contratar los servicios al hospital de su zona, por no molestarse en buscar otros proveedores o porque reciben presiones de la administración central para que así lo hagan (OCDE, 1995, p. 23).

La asimetría de información entre las Autoridades Sanitarias de Distrito y sus proveedores⁸⁹ les llevan a confiar en aquellos que les indican cuáles son las necesidades sanitarias de su zona de referencia.

Por otra parte, la habilidad para la negociación de contratos escasea en los responsables de las Autoridades Sanitarias de Distrito, bien sea por inexperiencia o por falta de conocimientos específicos (OCDE, 1995, p. 23).

El objetivo para asignar el papel de comprador de asistencia especializada a los GPFHs era mejorar la calidad de los servicios dispensados a los pacientes, con el fin de estimular la sensibilidad de los proveedores a las necesidades de los usuarios y desarrollar sus consultas para el beneficio del paciente.

Su tarea de compradores la han realizado mucho mejor que las Autoridades sanitarias de Distrito, pues han diversificado mejor sus proveedores y han sabido negociar mejor sus contratos, con el beneficio añadido para sus pacientes. Los GPFHs parecen haberse aproximado más al paciente y a sus necesidades y demandas, para trasladarlas, en su caso, a los proveedores, con la ventaja de que el equilibrio de información, aunque persiste asimetría, es mejor que en la Autoridades Sanitarias de Distrito.

⁸⁹ Algo que sucede en menor medida con los GPFHs.

Sin embargo, también tienen desventajas frente a sus homólogas compradoras, pues no están tan bien informados sobre temas de salud pública de mayor amplitud y su menor tamaño podrían llevarles a costes de transacción más elevados para ciertos tipos de contratos (OCDE, 1995, p. 24).

H) Los proveedores de asistencia sanitaria especializada.

La respuesta de los hospitales públicos ante los mercados internos se manifiesta por su conversión en organizaciones autónomas, de gestión independiente al poder público (trusts).

La nueva organización y la estructura de incentivos que se generaban con la competencia (gestión autónoma y relación contractual con los compradores) hacía pensar en resultados positivos para la asistencia especializada.

Los primeros análisis realizados reflejan mejores indicadores para los trusts, en términos de actividad y reducción de listas de espera, que para los hospitales que seguían funcionando como unidades dirigidas por el distrito correspondiente. También es cierto que los primeros hospitales que se convirtieron en trusts eran ya antes de la reforma los más eficientes (OCDE, 1995, p. 24).

El exceso de capacidad de los hospitales del NHS se ha ido resolviendo progresivamente, reduciendo el número de camas y la estancia media, con la ampliación de los casos diarios, pero aún sigue siendo un problema.

Por otra parte, con la contabilización de los costes de capital, la posición competitiva de los hospitales resulta dañada, pues las consultas médicas y las clínicas comunitarias para tratamientos de un día podrían atraer más a los pacientes.

La actitud de los hospitales ante la competencia se rige por varias estrategias, en respuesta a las presiones estructurales. Por una parte, la fusión de hospitales resulta particularmente atractiva, pues puede ser el camino para reducir el exceso de capacidad.

La integración vertical es una opción para los hospitales que deseen proporcionar un conjunto más amplio de servicios. Por otra parte, los hospitales pueden conseguir ahorros en costes con el aumento de la especialización en ciertas áreas y, puesto que el riesgo del paciente ante la cirugía es menor en los hospitales con alto volumen de actividad, podría ser un motivo considerable para ello (OCDE, 1995, p. 25).

Finalmente, deberían tomarse precauciones para evitar el cierre de hospitales, ofreciéndoles la oportunidad de diseñar estrategias de supervivencia. Para ello, sería necesario permitir que los trusts pudieran tener pérdidas⁹⁰ en el corto plazo y solicitar préstamos en el mercado privado de capitales, en lugar de presionar a los compradores para que contraten con aquellos hospitales que están en dificultades financieras.

D) Aspectos negativos de los mercados internos en el Reino Unido.

La implantación del cuasimercado en la provisión de servicios sanitarios también ha tenido inconvenientes. En primer lugar, la sustitución de la burocracia por el modelo de contratación complica la negociación y el control y eleva los costes de administración.

Aunque los costes de administración se habían duplicado en 1991-92, con respecto a 1990, alcanzando el 8% del total del gasto, y el 11% en el 1995-96. Sin embargo, a pesar de ello, se encuentran a niveles muy inferiores al compararlos con otros países de la OCDE⁹¹.

Los costes de contratación son mayores cuanto más sofisticados son los contratos, siendo los contratos cerrados los que menos costes de administración provocan, y, al mismo tiempo, los más utilizados.

En segundo lugar, la competencia permanece restringida en varios ámbitos. Los pacientes no pueden elegir su Autoridad Sanitaria de Distrito y tampoco tienen

⁹⁰ Algo prohibido en la Ley que pone en marcha los mercados internos.

⁹¹ 25% en Estados Unidos y 14% en Alemania.

posibilidad de elección de proveedores de asistencia especializada⁹². Además, en muchas áreas geográficas las Autoridades Sanitarias de Distrito se enfrentan a un único proveedor de asistencia hospitalaria o a un hospital dominante y, contrastando con los GPFHs, se ven obligados a contratar a gran escala con este proveedor.

Existe, además, una diferencia sustancial entre los dos compradores existentes, las Autoridades Sanitarias de Distrito y los GPFHs, y es que las primeras no pueden retener o invertir los superávits que hayan generado, algo que no sucede con los GPFHs, por lo que desaparece, o al menos se atenúa, el incentivo de una gestión eficiente (KOEN, 2000, p. 12).

Por otra parte, las inversiones y los precios son regulados desde el poder público, existiendo discriminación de precios a favor de los GPFHs compradores, lo que les otorga una posición ventajosa.

En tercer lugar, se ha criticado la aparición de dos niveles distintos de equidad: un nivel de acceso a la asistencia sanitaria más rápido para los pacientes de los GPFHs y un nivel inferior para los pacientes de los GPs. Esta situación se explica por la distinta capacidad de negociación de los compradores, los GPFHs y las Autoridades Sanitarias de Distrito. Los GPFHs han conseguido, en la mayoría de las ocasiones, tiempos de espera más reducidos y una mejor respuesta de los proveedores, debido a un mayor poder de negociación.

Esta situación se ha traducido en la opinión de los británicos sobre el sistema de salud⁹³, elevándose el porcentaje de insatisfacción al 41%, frente a una media de la Unión Europea del 28%.

En cuanto a la necesidad de una nueva reforma, el 56% de los ciudadanos del Reino Unido consideraban, en 1997, que era preciso un cambio fundamental en el

⁹² Ver LE GRAND, J., MAYS, N. y DIXON, J. (1998).

⁹³ Ver MOSSIALOS, E., (1997).

sistema, en tanto que la media europea que opinaba a favor de reformas sanitarias se cifraba en el 41%.

Respecto a los recursos que se destinan a la asistencia sanitaria, el 81,5% de la población británica se manifiesta a favor de un incremento de gasto en sanidad, mientras que la media de la Unión Europea que participaba de esta opinión era solamente del 48%.

Finalmente, el 29% de los ciudadanos británicos estarían dispuestos a pagar más impuestos o mayores contribuciones de aseguramiento sanitario. Este porcentaje se reduce en el conjunto de la Unión Europea al 11%.

La principal causa de insatisfacción para los pacientes son las listas de espera para asistencia sanitaria especializada no urgente, que son de las más largas de la Unión Europea. En parte, el promedio de tiempo de espera es el resultado de incentivos perversos para los especialistas, los cuales son remunerados mejor cuando tratan al paciente privadamente que cuando lo hacen dentro del NHS (KOEN, 2000, p. 13).

Otro problema que no se ha resuelto es la ubicación geográfica inadecuada y la gestión muchas veces ineficiente de las camas hospitalarias: a pesar de la reducción de camas hospitalarias, continua existiendo un exceso de capacidad en numerosas áreas, debido a la oposición al cierre de las mismas, basándose en que hay una falta de provisión en otras áreas.

J) Incentivos y restricciones.

Si los resultados obtenidos por la implantación de los mercados internos en el Reino Unido no han sido mejores puede ser debido a que los incentivos eran muy débiles y las restricciones demasiado fuertes.

Para que el mercado funcione es necesario que se den ciertas condiciones, principalmente, que los agentes estén motivados y sean libres para responder a las

señales relevantes del mercado. Sin embargo, los incentivos directos para el desarrollo del mercado no han sido suficientes y las restricciones por la intervención del gobierno central han sido excesivas (LE GRAND, 1999, p. 5).

Las Autoridades Sanitarias de Distrito no pueden quedarse o invertir los superávits generados⁹⁴, quedando como único incentivo no superar el presupuesto asignado. Las inversiones y, más significativamente, las políticas de precios de las organizaciones de hospitales están estrictamente controladas. Como consecuencia de ello, las oportunidades de competir quedan muy reducidas (LE GRAND, 1999, p. 5).

Por otra parte, los recursos de muchas organizaciones de hospitales dependen directamente de sus Autoridades Sanitarias de Distrito, por lo tanto no pueden cambiar fácilmente de proveedor sin desestabilizar el sistema. En muchas ocasiones, las autoridades centrales presionan a las Autoridades Sanitarias de Distrito para contratar con organizaciones de hospitales que tienen dificultades financieras, lo que tiene consecuencias sobre la competencia.

Las Autoridades Sanitarias de Distrito y las organizaciones de hospitales no son realmente independientes y autónomas del poder político, sino que son vistas más como instrumentos parcialmente descentralizados de la política del gobierno central. No son, por lo tanto, en este sentido, agentes de un mercado libre.

K) Balance final de los mercados internos en el Reino Unido.

La experiencia con el cuasi-mercado nos proporciona algunas conclusiones:

- La separación entre comprador y proveedor de asistencia sanitaria tiene sus méritos, sin embargo, implica costes de contratación⁹⁵. La mejora de la eficiencia no puede ser atribuida únicamente a ello, no solamente porque la competencia permanece administrada aún con mano dura, sino también

⁹⁴ Al contrario de lo que sucede con los GPFHs.

⁹⁵ La contratación ha provocado un aumento de los costes de administración.

porque semejantes mejoras necesitan más tiempo para materializarse que el período en que el cuasi-mercado ha estado funcionando. Mientras que los GPFHs han contribuido a una mejor asignación de los recursos presupuestarios, esto no ha sucedido en muchas organizaciones de hospitales (KOEN, 2000, p. 21).

- Se ha reducido la equidad, pues los pacientes de los GPs reciben peores servicios y mayor espera en las admisiones en los hospitales que los pacientes de los GPFHs.
- Los GPFHs, con crecientes presupuestos, han variado el equilibrio de poder de negociación de contratos con los proveedores de asistencia sanitaria especializada (SMEE, 2000, p. 949).
- Aunque se ha estimulado la innovación, los sistemas de información estandarizada sobre costes y otros aspectos del proceso sanitario apenas se han desarrollado, por lo que la calidad de la información está deteriorada y existe mucha información duplicada. Sin embargo, se han conseguido importantes resultados en cuanto a métodos de medida de la calidad y efectividad clínica de la asistencia sanitaria (SMEE, 2000, p. 949).
- La implantación en la contabilidad del coste de capital se ha retrasado, debido a varias causas, entre las que destaca la existencia de importantes problemas de personal en la administración central del NHS. En muchas ocasiones, el coste de capital se percibe más como un ritual de cuentas financieras que como un instrumento de gestión.
- Un problema que persiste es la restricción de recursos destinados a la asistencia sanitaria⁹⁶, que se manifiesta especialmente en la resistencia a

⁹⁶ Para KOEN, 2000, p. 22, esta situación puede ser la responsable de que las mejoras en salud en el Reino Unido puedan considerarse mediocres. Incluso, en algunas áreas donde la comparación con otros países resulta favorable para el Reino Unido, las prolongadas esperas, la falta de información y las frecuentemente pobres infraestructuras dan una idea de que la calidad de los servicios sanitarios suministrados no están en consonancia.

aumentar la contratación de médicos, por lo que el Reino Unido tiene el ratio de médicos más bajo entre los países de la OCDE⁹⁷.

- La posibilidad de elección del usuario ha permanecido prácticamente inalterada, puesto que solamente puede elegir médico general. La elección de médico especialista y de hospital queda en manos de los compradores, bien sean Autoridades Sanitarias de Distrito o GPFHs.
- A pesar de numerosas iniciativas, el promedio de espera⁹⁸ se ha mantenido durante el período que ha funcionado el cuasi-mercado, en tanto que las listas de espera no dejan de aumentar (SMEE, 2000, p. 947).

Aunque nos encontramos con éxitos y fracasos en la introducción de mercados internos en el NHS, sin embargo, puede identificarse un conjunto de factores que ha limitado el ámbito y el impacto de la competencia (SMEE, 2000, p. 950):

1. La dificultad para desarrollar el poder de los compradores (en el caso de las Autoridades Sanitarias de Distrito), suficientemente expertos y bien informados para corregir el desequilibrio de información a favor de los proveedores.
2. Los hospitales, como monopolios locales, dejando limitado el ámbito de competencia a los pacientes que no pueden viajar largas distancias.
3. La obsesión de los hospitales del NHS por conseguir altas tasas de utilización les limita la capacidad de ampliación a nuevos mercados.
4. La falta de buena información comparativa sobre costes unitarios y calidad de los servicios, dejando a los compradores con pocas razones para cambiar de proveedor de asistencia sanitaria.

⁹⁷ Particularmente, entre aquellos países donde la remuneración del médico se determina mediante salario y capitación.

⁹⁸ Enthoven (2000, p. 4) asegura lo contrario.

5. El bajo desarrollo de un régimen regulador transparente, y un énfasis en la regulación para restringir o prevenir conductas de riesgo, estimulando la innovación.
6. La falta de personal en todos los niveles del NHS y del Departamento de Salud con algún conocimiento o experiencia de cómo funcionan los mercados en otros sectores de la economía.
7. La imposibilidad de que un presupuesto político centralizado del NHS permita dejar las decisiones sobre asignación de recursos a la autoridad local, particularmente cuando se refiere a la clausura o reestructuración de hospitales.
8. El mercado y la competencia se han encontrado con la oposición frontal de los profesionales sanitarios del NHS, cuya ética y valores no coinciden con el modelo propuesto.

Para SMEE (2000, p. 951), en un sistema de salud con organización diferente, con valores sociales diferentes, la competencia podría haber sido efectiva, pero en el Reino Unido, los incentivos a los proveedores sanitarios tienen como fundamento otros mecanismos distintos del mercado competitivo.

De la experiencia de los mercados internos del Reino Unido pueden extraerse varias consecuencias para otros países que deseen implantar un modelo similar (LE GRAND, 1999, p. 6):

- 1º. Asignar presupuestos para la compra de servicios especializados a los médicos generales, puede mejorar la respuesta de los hospitales a las demandas de los usuarios, promover la innovación y producir una mejor asignación de los recursos.

2°. Los incentivos para un cambio de conducta de los profesionales sanitarios y de los gestores deben ser mayores de los que ofrecen los mercados internos británicos, sin intervenciones ni presiones del gobierno central.

3°. La estructura de los incentivos de los profesionales sanitarios y del personal en su conjunto ha de tener en cuenta las preferencias e intereses individuales, así como de la organización a la que pertenecen.

V.1.c. La reforma de 1998.

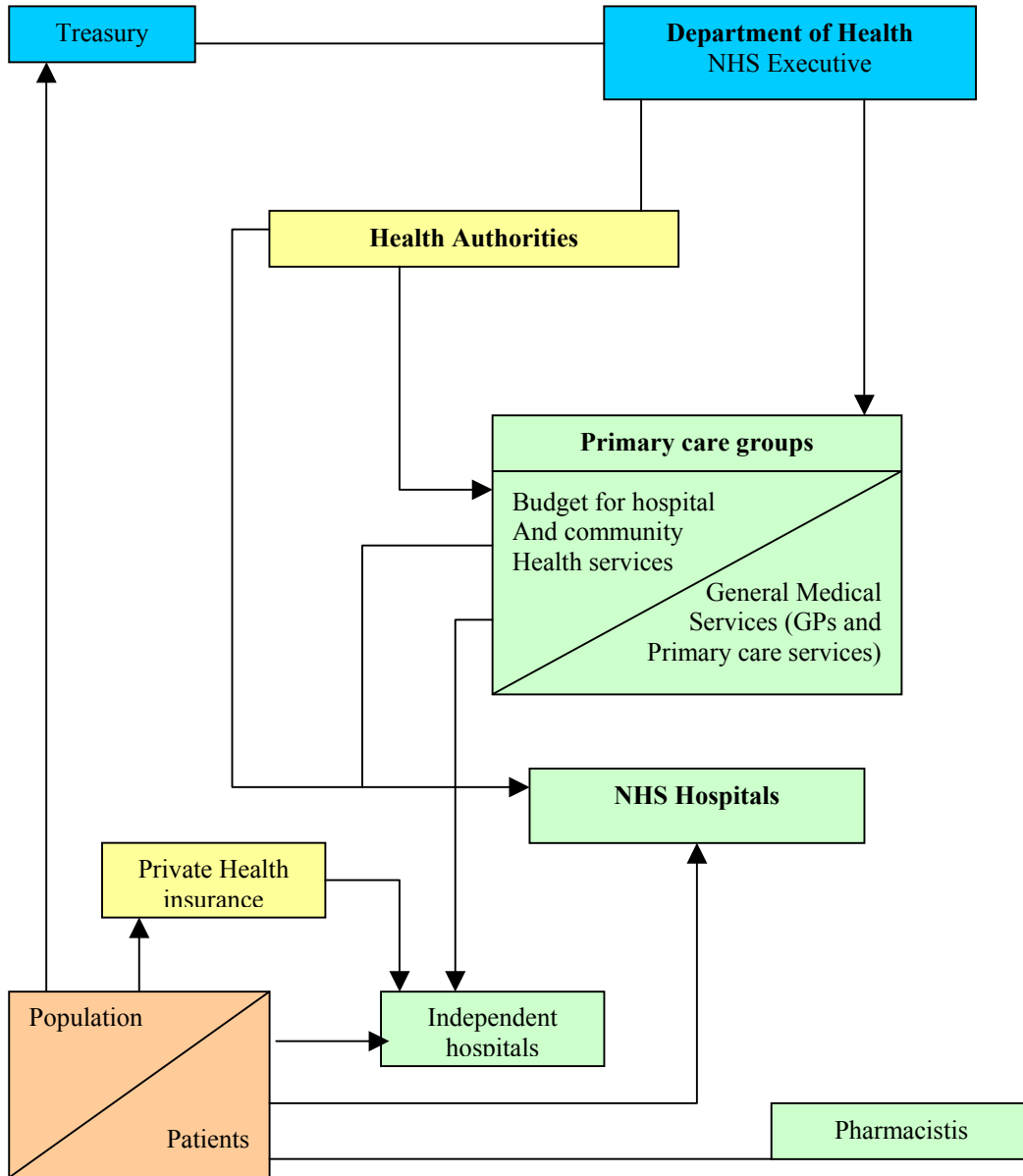
A mediados de 1997, el nuevo Gobierno Laborista declara el fin de los mercados internos y diseña una nueva estructura para el NHS, que se recoge en el Libro Blanco de Diciembre de 1997 y en la 1999 *Health Act*. A partir de abril de 1999, se crean nuevas instituciones en el NHS británico, pero sus resultados tardarán en notarse una década (según el Gobierno Laborista), y, por lo tanto, no pueden ser evaluados aún.

El nuevo modelo es una "tercera vía" entre el sistema de "mando y control" y un mercado competitivo, y está basado, más que en la competencia, en la cooperación entre los distintos proveedores de asistencia sanitaria, sin embargo no puede decirse que se hayan abolido los mercados internos, pues únicamente se reforma el modelo anterior.

Las razones que se aducen para el cambio de orientación en el NHS son la insatisfacción del usuario, debido, principalmente a las largas listas de espera, sin embargo, se trata de una decisión con fuerte carga política.

En el nuevo Sistema Nacional de Salud británico, diseñado a partir de la reforma de 1998, los recursos que van a dedicarse a la sanidad tienen su origen en los impuestos generales con que se grava a la población, cuyo destino es el Tesoro Público, y las primas del aseguramiento privado. La estructura del nuevo Sistema Nacional de Salud británico se representa en la FIGURA IV.5.

FIGURA IV.5
FLUJOS DE FINANCIACIÓN EN EL NHS A PARTIR DE 1998.



FUENTE: European Observatory on Health Care Systems (1999): *Health Care Systems in Transition: United Kingdom*, Copenhagen, 1999.

El Departamento de Salud (NHS Executive) recibe del Tesoro Público un presupuesto anual predeterminado y lo transfiere a las Autoridades Sanitarias de Distrito y a los Servicios de Salud Familiar (Servicios de Medicina General), fijados ambos por capitación. Las Autoridades Sanitarias asignan un presupuesto a los Grupos de Atención

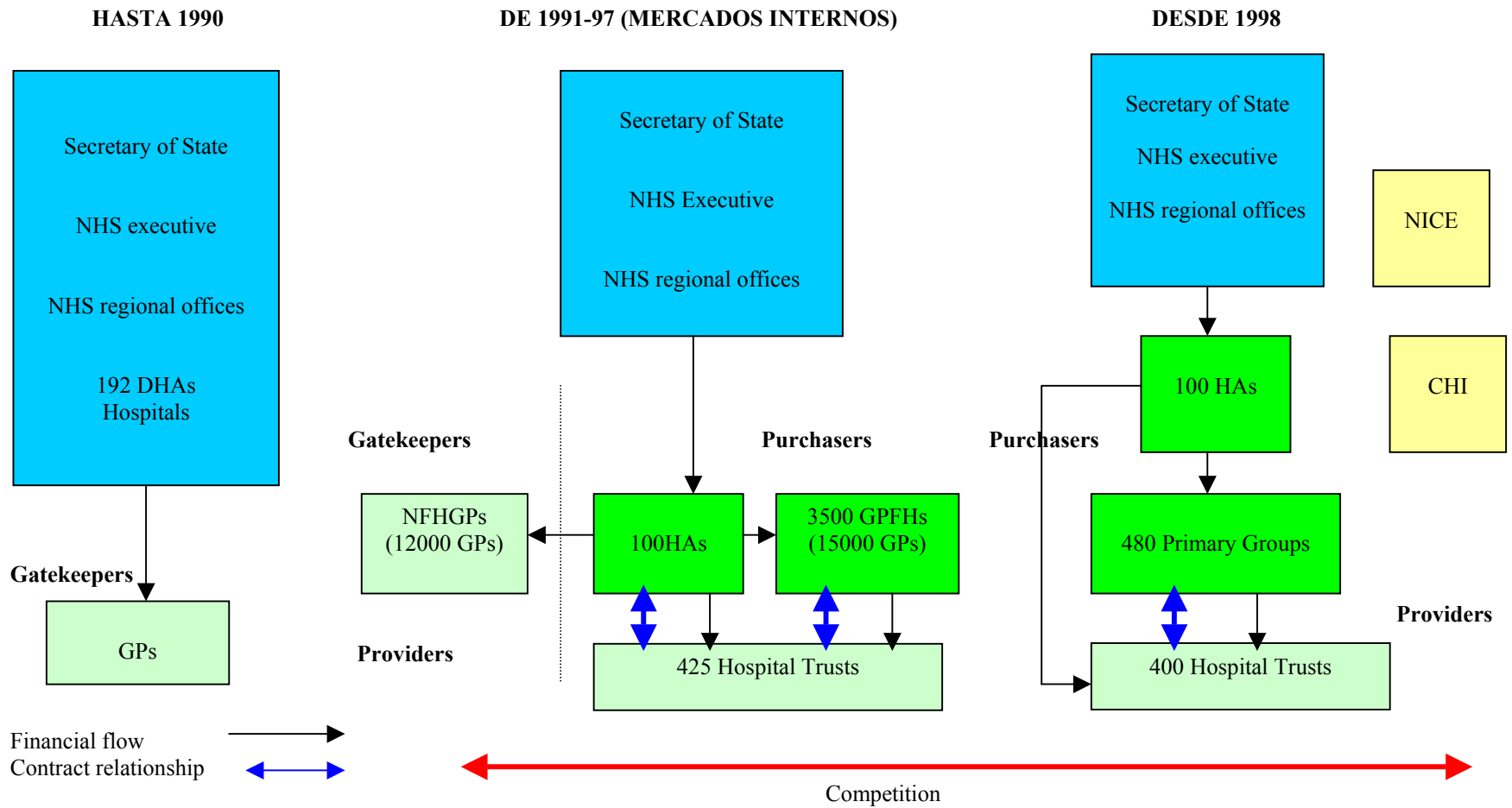
Primaria, basado en datos históricos de costes y actividad, para servicios hospitalarios y servicios sanitarios comunitarios.

Los compradores de servicios especializados son las Autoridades Sanitarias de Distrito y los Grupos de Atención Primaria, que contratan dichos servicios a los hospitales del NHS, si bien los Grupos de Atención Primaria también pueden contratar la asistencia especializada a hospitales independientes del NHS. Los hospitales, tanto los pertenecientes al NHS como los independientes, también reciben recursos por el pago directo de pacientes y éstos últimos por las transferencias de las aseguradoras privadas. Finalmente, la prestación farmacéutica no es gratuita para el paciente, salvo excepciones, teniendo que abonar el paciente una parte del precio del medicamento y, el resto, le es reembolsado por la Prescription Pricing Authority (PPA), perteneciente al Departamento de Salud.

En la FIGURA IV.6, puede compararse la estructura organizacional del NHS británico antes de la reforma de 1991, con la introducción de mercados internos (1991-1997) y el modelo resultante de la llamada “tercera vía”, en 1998. En la atención primaria, desaparece la distinción entre GPs y GPFHs, reuniéndose todos los proveedores en los Grupos de Atención Primaria (PCGs), pero éstos conservan la capacidad de contratar servicios especializados con los hospitales, que han de competir entre sí para conseguir los contratos. Los Grupos de Atención Primaria operan en una zona geográfica determinada, que comprende entre 30.000 y 250.000 habitantes, aunque normalmente suele ser en torno a 100.000. Cada Grupo de Atención Primaria suele constar de 50 GPs, por término medio. Anualmente, los Grupos de Atención Primaria llegan a acuerdos escritos con las Autoridades Sanitarias de Distrito sobre el presupuesto que les ha de ser asignado y los excedentes presupuestarios pueden gastarlos en servicios especializados o destinarlos a sus pacientes.

Desde el inicio de la reforma se le ha dado mucha importancia a la calidad de los servicios sanitarios. Para la evaluación de la calidad se han determinado 47 indicadores de actividad, con el fin de evaluar la eficacia, la eficiencia y la calidad de la asistencia sanitaria.

FIGURA IV.6
ORGANIZACIÓN DE LA FINANCIACIÓN, COMPRA Y PROVISIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA DEL NHS.



FUENTE: KOEN, V., 2000, p. 8.

Los indicadores utilizados ayudan también a la planificación de los servicios y a la especificación de los contratos. La evaluación cubre seis dimensiones: mejora en salud, libre acceso, provisión efectiva de asistencia, eficiencia, experiencia del paciente y resultados en salud.

En un primer momento, se establecieron los National Service Frameworks (NSFs), fijando normas con el objetivo de mejorar la calidad y reducir la variabilidad de las prácticas médicas. Primero, fueron publicados los NSF para enfermedades coronarias y enfermedades mentales. Posteriormente, en 2001, le siguieron los NSF para asistencia a personas ancianas y los NSF para la diabetes.

En 1999, fue creado el National Institute for Clinical Excellence (NICE), con el fin de producir y transmitir guías clínicas y protocolos de referencia, para conducir la práctica clínica hacia la medicina basada en la evidencia y el análisis coste/efectividad.

Por otra parte, la Commission for Health Improvement (CHI) ha ejercido la función de implementar los standards fijados por el NSF y el NICE. Las organizaciones sanitarias locales del NHS han de ser evaluadas cada tres o cuatro años por una entidad independiente y la CHI se encarga de asesorar a la Secretaría de Estado acerca de las acciones necesarias para resolver los problemas detectados.

Se han creado dos nuevos servicios: el NHS Direct, una línea telefónica de ayuda directa durante las 24 horas, atendida por profesionales sanitarios, que proporciona asesoramiento ante situaciones concretas de los pacientes o que facilita el servicio sanitario requerido. Este servicio estaba disponible a finales de 1999 para la mitad del país y se tenía previsto que en octubre de 2000 alcanzara a toda la población.

El otro servicio implantado consiste en servicios itinerantes en centros pilotos, como aeropuertos y supermercados, dirigidos por profesionales de enfermería, que funcionaría desde primera hora de la mañana hasta última hora de la noche, siete días a la semana, ofreciendo consejos sanitarios y tratamientos de enfermedades leves.

Otra innovación, introducida en 1998, son las Health Action Zones (HAZs), que, en número de 26, cubren a una población de 13 millones de habitantes. Su objetivo es dar un tratamiento especial a zonas con alta incidencia de algunas enfermedades en barrios deprimidos de las grandes ciudades y comunidades mineras. Están incluidas en la agenda gubernamental entre los instrumentos para la lucha contra la exclusión social junto con otras iniciativas, como Healthy Living Centres y Education Action Zones (KOEN, 2000, p. 18).

La idea en que se basan las HAZs es la de impedir los obstáculos burocráticos para la modernización de los servicios sanitarios locales, mediante la dirección conjunta de las instituciones locales, cuyas actividades tienen relación con la sanidad, incluyendo al sector privado y los grupos comunitarios, y aunando los esfuerzos de todos para acordar una estrategia dirigida a mejorar la salud de los ciudadanos menos favorecidos. De esta forma, se evita la fragmentación de los servicios y el despilfarro de los recursos.

Las previsiones de financiación para los años posteriores a la implantación de la reforma ya han incluido el coste de estos nuevos servicios, así como un reparto distinto de estos recursos. Si durante el período en que funcionaron los mercados internos el gasto sanitario británico descendió hasta el 6,8% del PIB (en 1998), la previsión para los años siguientes era de un aumento sostenido⁹⁹ (KOEN, 2000, p. 19).

Una parte importante de estos recursos se dedicarán a la reducción de las listas de espera, fuente principal de insatisfacción de los usuarios. Según los datos facilitados por el NHS, las listas de espera se han reducido en las consultas externas hospitalarias para los pacientes cuyo tiempo de espera es menor a doce semanas, tanto en términos absolutos como relativos (en % sobre el total de pacientes en lista de espera). Sin embargo, el número de usuarios que han de esperar más de doce semanas para ser atendidos en una consulta especializada se ha incrementado, tanto en términos absolutos como relativos¹⁰⁰ (CUADRO IV.3).

⁹⁹ Un 7,4% en 2000/2001, un 7,6% en 2001/2002. Los datos reales son un 7,1 en 1999 y un 7,3 en 2000.

¹⁰⁰ Del 19% del total, en 1997, se ha pasado al 26% en 1999.

CUADRO IV.3
LISTAS Y TIEMPOS DE ESPERA
NHS Trusts en Inglaterra, al final del año

	1997		1998		1999	
	Numero de pacientes	% del total	Numero de pacientes	% del total	Numero de pacientes	% del total
Primera cita para consultas externas						
<i>Peticiones de los GPs</i> Número de pacientes y tiempos de espera:	1888560	100	1894358	100	1935766	100
Menos de 4 semanas	747252	40	696199	37	686568	35
Entre 4 y 12 semanas	786824	42	780267	41	762903	39
Entre 13 y 25 semanas	284127	15	329383	17	360029	19
26 semanas o más	67357	4	88509	5	126266	7
Listas de espera para consultas internas (todas las especialidades)						
<i>Admisiones ordinarias</i>	593115	100	541310	100	514224	100
Menos de 3 meses	246379	42	231271	43	222702	43
Entre 3 y 5 meses	143959	24	132174	24	125373	24
Entre 6 y 11 meses	160855	27	142504	26	130887	25
12 meses o más	41922	7	35361	7	35262	7
<i>Admisiones por un día</i>	668800	100	632288	100	593782	100
Menos de 3 meses	348977	52	353033	56	342105	58
Entre 3 y 5 meses	155042	23	141396	22	132386	22
Entre 6 y 11 meses	138371	21	117126	19	102406	17
12 meses o más	26410	4	20733	3	16885	3

FUENTE: NHS.

En las consultas internas (principalmente, intervenciones quirúrgicas no urgentes), se han reducido el número de admisiones en su conjunto, tanto en las ordinarias como en las de cirugía de día. En las admisiones ordinarias, el número de pacientes en lista de espera disminuye en valor absoluto, pero se mantiene prácticamente en términos relativos (en 1997, el 66% de los pacientes debían esperar menos de seis meses, mientras que en 1999, este porcentaje subía al 67%).

Las admisiones por un día han descendido, en términos absolutos, y se ha producido una reducción del tiempo de espera, puesto que se ha incrementado el porcentaje de pacientes que han de esperar menos de tres meses (de 52%, en 1997 al

58%, en 1999), en tanto que se ha minorado, tanto en términos absolutos como relativos, el número de pacientes con más de tres meses de espera (del 48%, en 1997, al 42%, en 1999).

La evaluación del conjunto de la reforma, tanto de la actuación de los compradores como de los proveedores de asistencia sanitaria, así como el análisis de los indicadores (ganancia en salud, libre acceso, provisión efectiva de asistencia, eficiencia, experiencia del paciente y resultados en salud) y la valoración de las innovaciones introducidas presenta dos obstáculos principales: el poco tiempo transcurrido y la falta de datos disponibles. Por lo tanto, será necesario esperar un tiempo prudencial para evaluar positiva o negativamente el nuevo modelo.

V.2. Competencia pública: Suecia.

El sistema sanitario sueco se basa en los principios fundamentales de universalidad, equidad y solidaridad, como en los demás Sistemas Nacionales de Salud. Se caracteriza por las siguientes condiciones:

- Es fundamentalmente una responsabilidad pública, que recae en las Administraciones regionales y los consejos de distrito.
- Se financia a través de los impuestos que recaudan directamente de la población los consejos de distrito, las subvenciones de la Administración central y las tarifas que cobran por algunos servicios.
- El sistema de asistencia sanitaria está respaldado por un sistema nacional de seguro de enfermedad y otros servicios de asistencia social.
- La elevada tasa de empleo femenino entre 25 y 54 años se traduce en una mayor demanda de asistencia sanitaria, en comparación con otros países (OCDE, 1994, p. 303).

El sistema sueco de bienestar social destina el 80% del PIB a distintos servicios sociales, entre los que destaca la asistencia sanitaria. Su estructura se puede observar en la FIGURA IV.7.

El sistema sanitario sueco nació hace más de 300 años como un sistema de prestación de asistencia sanitaria basado en los médicos de área (médicos generales pagados por la Administración central). En 1864, se organizan democráticamente los consejos de distrito, que estaban obligados a la gestión de los hospitales para enfermos con afecciones somáticas. Poco a poco, han ido ampliando sus competencias, asumiendo la asistencia psiquiátrica y los servicios ambulatorios, en 1960, y los hospitales dedicados a la investigación y la enseñanza, en 1980.

Con la reforma constitucional de 1970, se transfieren a las Administraciones regionales y locales las competencias en materia sanitaria. Con la *Ley del servicio de salud* de 1983, la asistencia sanitaria es competencia de los consejos de distrito.

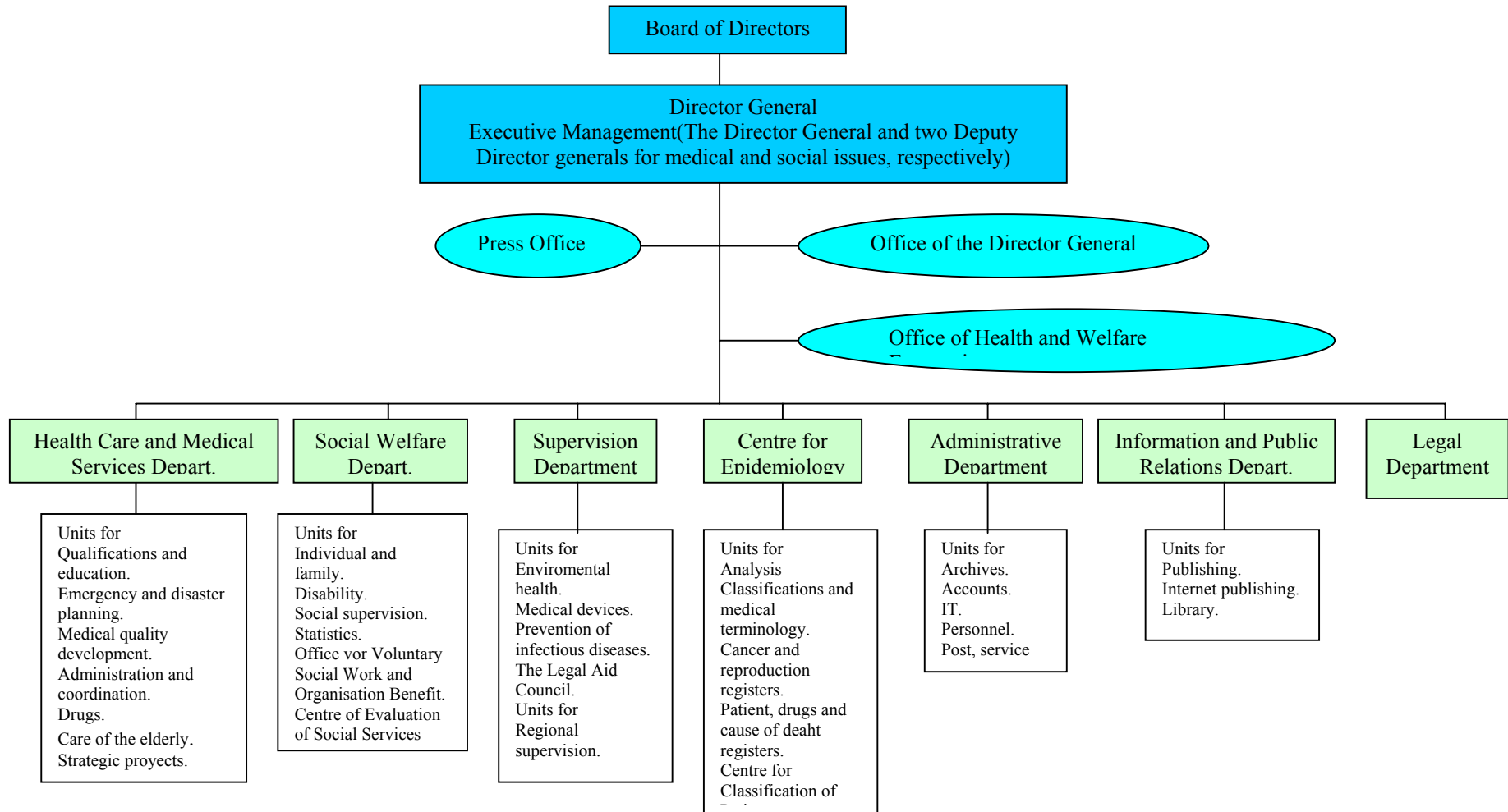
La responsabilidad de los servicios hospitalarios y ambulatorios recae en los 23 consejos de distrito y en tres grandes municipios que no pertenecen a la jurisdicción de ningún consejo de distrito (Göteborg, Malmö y la isla de Gotland). Cerca del 80% de las actividades de los consejos de distrito se dedican a la asistencia sanitaria.

Los municipios de 60.000 a 1.700.000 habitantes, gestionan también el servicio público dental y los servicios para personas con deficiencias mentales.

El sector sanitario privado es muy reducido, suponiendo el 4% del gasto sanitario total, en 1990, financiado por los consejos de distrito en un 85%. El 8% de los médicos trabajan a tiempo completo en el sector privado, pero el número de médicos del sector público que ejercen la medicina privada, fuera de su horario laboral, es cada vez mayor.

Existen instituciones privadas que prestan cuidados de enfermería de larga duración, pero solamente representan el 10% del total de camas destinadas a la asistencia somática de larga duración y psiquiatría.

FIGURA IV.7
ESTRUCTURA DEL SISTEMA SOCIAL SUECO



Los servicios de medicina del trabajo ofrecen asistencia sanitaria ambulatoria permanente, que eran cubiertas al 50% por la Administración central, si bien, desde 1993 estas subvenciones se han suprimido.

Los servicios ambulatorios representan el 2% del gasto sanitario total, incluyendo los servicios de medicina del trabajo.

La asistencia ambulatoria no hospitalaria se presta en las áreas de atención primaria, asumiendo cada una la responsabilidad de la salud de la población que reside en su zona de referencia. Tiene uno o más centros de salud locales, con médicos generales, aunque también puede haber especialistas que ofrecen tratamiento médico, asesoramiento o asistencia preventiva. El sistema ambulatorio incluye normalmente enfermeras y/o comadronas de área, así como centros de salud materno infantil.

Cuando la asistencia primaria es insuficiente para el diagnóstico o el tratamiento, se remite al paciente a un hospital regional o de distrito. Los hospitales de distrito pueden ser generales (con 15-20 especialidades) o de área (con al menos cuatro especialidades).

El sistema regional de asistencia médica acoge a pacientes cuya patología requiere la colaboración de varios especialistas. Suecia se divide en seis regiones de asistencia médica, cuyas actividades están reguladas por acuerdos entre los consejos de distrito de cada región.

Cada región tiene, como mínimo, un hospital regional altamente especializado, asociado a una facultad de medicina, que funciona como hospital universitario y su gestión recae en el consejo de distrito correspondiente. Existen hospitales creados con fines especiales, como los psiquiátricos, aunque la tendencia es hacia la fusión con el resto de los hospitales.

En cuanto a la prestación farmacéutica, la Corporación Nacional de Farmacias Suecas, que es un organismo de la Administración central, es la responsable de la

compra y distribución de medicamentos. El control y registro de los mismos depende de la Agencia de Productos Médicos. La prestación farmacéutica no es gratuita, excepto para los enfermos crónicos o graves y los imprescindibles para la vida. El Seguro Nacional de Enfermedad reembolsa parte del precio de todos los productos incluidos en la lista nacional de medicamentos (salvo los preventivos), siempre que hayan sido recetados por un médico o dentista.

El sistema sanitario sueco tiene establecido un modelo de control de calidad, que puede dividirse en dos partes: una formal y otra práctica y profesional. La parte formal se refiere a los derechos de los pacientes y las obligaciones del personal sanitario, y se ampara en la legislación existente (sobre el derecho a ser informado sobre el estado de salud, tipos de procedimientos de diagnóstico y tratamientos disponibles).

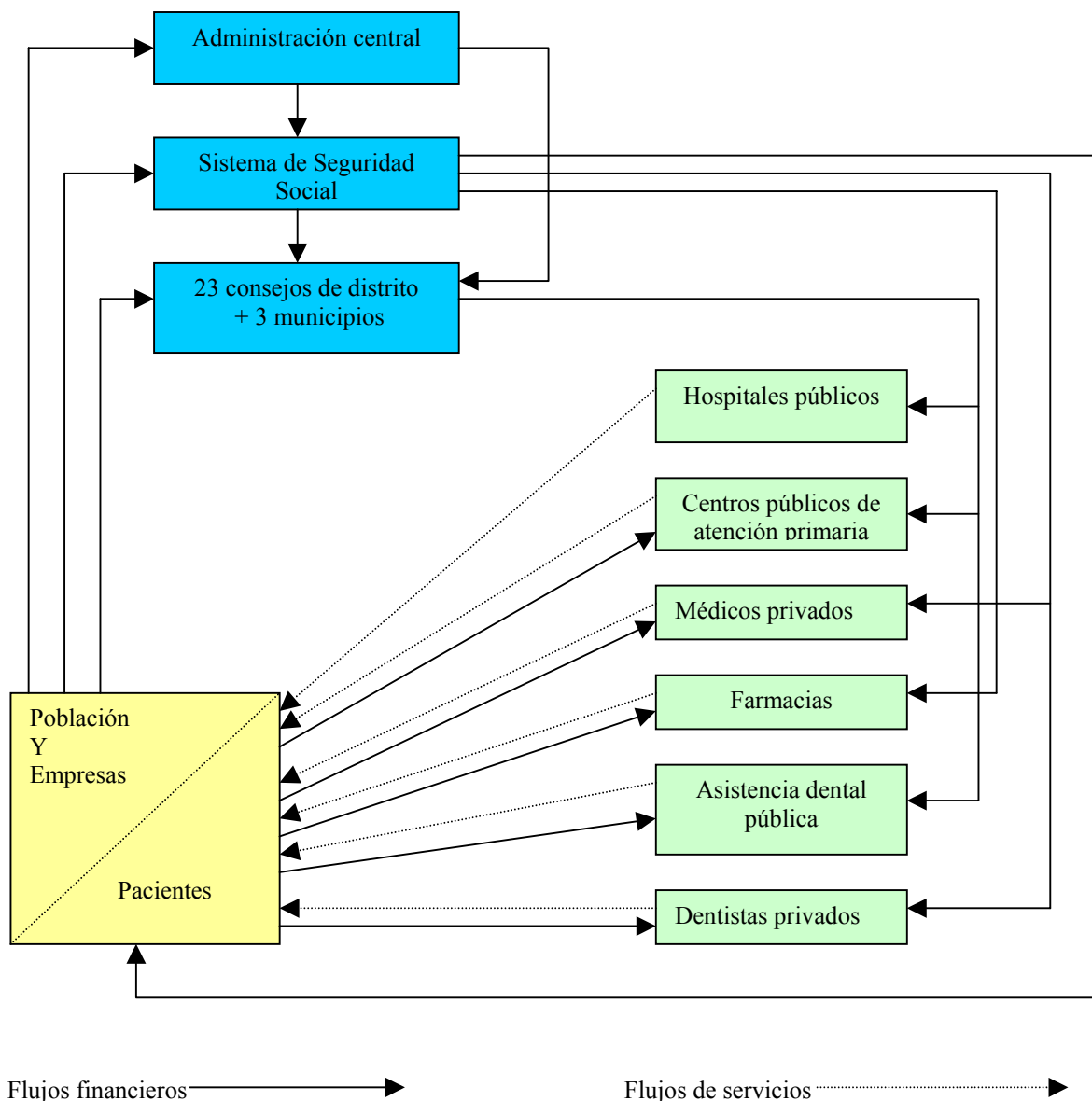
Las reclamaciones de los pacientes se dirigen al Consejo Nacional de Salud y Bienestar o a un Consejo Disciplinario Médico Nacional especial, para casos de negligencia médica.

Los aspectos prácticos y profesionales del control de calidad hacen referencia a la supervisión y evaluación del trabajo clínico y se desarrolla en el ámbito local, sin embargo, existe una demanda creciente de un seguimiento y evaluación a escala nacional, con un control exhaustivo de la consecución de objetivos, comparación de recursos, gastos y resultados en los distintos distritos y servicios médicos, evaluación y vigilancia del contenido y la calidad de los servicios prestados, etc.

En la FIGURA IV.8 se describen los flujos de financiación y de servicios en el sistema sanitario sueco.

La Administración central recibe de la población y las empresas los impuestos y las cotizaciones, respectivamente, que transfiere en parte a los consejos de distrito para la asistencia sanitaria, a través de subvenciones. El Sistema de Seguridad Social paga por capitación y por servicios prestados a los consejos de distrito y a los médicos y dentistas privados.

FIGURA IV.8
EL SISTEMA DE ASISTENCIA SANITARIA EN SUECIA



FUENTE: OCDE, 1998, p. 305.

Los recursos destinados en Suecia a la asistencia sanitaria presentan una evolución muy similar a la media de la OCDE, registrando el 8% del PIB en 2000. El gasto sanitario total y el gasto sanitario público presentan parecida evolución en el período 1960-2000. La proporción de gasto sanitario público sobre el total no desciende del 84%, si bien en 1980 alcanzó el 92,5%.

El sector sanitario sueco se enfrenta a una contradicción en la provisión de servicios sanitarios en relación con otros servicios sociales, debido, en primer lugar, a la prestación de servicios fijos uniformes a un nivel clínico alto, pero indiferenciado. En segundo lugar, las características no médicas de la prestación de asistencia sanitaria responden más a los intereses de los proveedores que a las necesidades de los pacientes (SALTMAN y VON OTTER, 1988, p. 6).

Esta contradicción podría poner en peligro el sistema universal de provisión pública, agravando la situación las medidas políticas de restricción de gastos en sanidad, como parte de la política económica nacional. La estructura de prestación de asistencia sanitaria presenta tres problemas fundamentales:

- a) El racionamiento continuado de ciertos procedimientos quirúrgicos, especialmente en la población de más edad, provocando largas listas de espera.
- b) La configuración uniforme del servicio no es capaz de conciliar las enormes diferencias en cuanto a la preferencia de trato, atendiendo más a las necesidades del proveedor que a las del paciente.
- c) Los costes que ha de soportar el paciente no incluyen únicamente la interminable espera, sino a una diversidad de costes relacionados con la planificación y asociados a dilatadas horas en la sala de espera, consultas a horas poco convenientes, reglamentaciones complicadas y mala coordinación de los servicios (SALTMAN y VON OTTER, 1988, p. 7).

Por todo ello, se refleja la incapacidad del sistema para responder a las exigencias de unos pacientes que, por otra parte, disfrutan de un nivel de vida envidiable para el resto de los europeos, a lo que se une una opinión generalizada de que el sistema sanitario no utiliza los recursos tan eficientemente como debería. Los proveedores de asistencia sanitaria se enfrentan a una demanda cada vez mayor de servicios, mayor

calidad de los mismos y, al mismo tiempo, no disponen de más recursos para responder adecuadamente a esta demanda.

Para intentar resolver estos problemas se han llevado a cabo varias reformas en el sector sanitario durante las últimas décadas, pero la más importante es la iniciada en los noventa¹⁰¹, con la introducción de competencia entre proveedores sanitarios públicos.

En junio de 1991, se redacta un informe titulado *Crossroads: Future Options for Swedish Health Care*, en el que participa la Federación de Consejos de Distrito en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales y el Consejo Nacional de Salud y Bienestar. Este informe ha servido como base para los debates celebrados en los consejos de distrito y otros foros sobre el futuro de la asistencia sanitaria.

Posteriormente, se ha creado un comité político para analizar diferentes modelos de organización y financiación, incluido el modelo de seguro de enfermedad obligatorio. El debate se centra en tres modelos:

- Un modelo reformado de consejos de distrito, basado en su experiencia e introduciendo nuevos sistemas de gestión, con mayor autonomía de los hospitales y diferentes formas de gestión (privada, fundaciones y trusts).
- Un modelo en el que la responsabilidad de toda la asistencia sanitaria de los pacientes recae en sus médicos de familia, a los que se les asignará un presupuesto para costear servicios especializados.
- Un modelo de seguro de enfermedad obligatorio, con lo que los consejos de distrito perderán su facultad de gravar con impuestos, y serán uno o más

¹⁰¹ En 1990 se puso en práctica el proyecto denominado Dagmar 50, que pretendía aumentar la capacidad y accesibilidad de la asistencia sanitaria con las restricciones presupuestarias existentes, debido a un fuerte crecimiento de la demanda, apoyado en el desarrollo tecnológico para diagnósticos y tratamientos de enfermedades comunes, que dispararon las listas de espera. Con este proyecto se consiguieron reducir drásticamente las listas y los tiempos de espera, con un aumento de la productividad (las intervenciones quirúrgicas para implante de prótesis de cadera y de rótula aumentaron en un 50%, las operaciones de cataratas en un 70% y las intervenciones coronarias un 44%).

aseguradores quienes se encargarán de sufragar la asistencia sanitaria. Las primas de seguro de determinarán dependiendo del nivel de renta del asegurado.

La reforma del sistema sanitario sueco se inspira en el modelo ya aplicado en el Reino Unido, pero no se implanta en todo el país, sino que se inicia con una experiencia piloto que luego se tiene previsto, si funciona adecuadamente, generalizarla al resto.

A) El modelo de Estocolmo.

A principios de 1992, el consejo de distrito de Estocolmo inició una nueva forma de financiación y organización de los servicios sanitarios que, posteriormente, se pretendía extender al resto del país. Los objetivos principales del nuevo modelo son el uso más eficaz de los recursos pertenecientes al distrito y reforzar la posición del usuario. La capacidad de elección del usuario se amplía notablemente, pudiendo elegir libremente médico general, centro de salud y hospital, no solamente en su área de referencia, sino también entre proveedores externos y médicos privados.

La fórmula anterior de financiación de los hospitales y centros de salud, basada en presupuestos globales, no relacionaba recursos y resultados obtenidos. Con la nueva fórmula, las áreas de salud comprarán servicios especializados a los hospitales, en nombre de sus pacientes, y pagarán a los proveedores en función de sus actividades. Se van a utilizar los Grupos de Diagnóstico Relacionado (GDR) como medida de la producción de los hospitales de agudos y se buscarán otras medidas para los demás tipos de servicio.

El poder político sigue siendo responsable de la distribución de los recursos y de la gestión de la asistencia sanitaria en su área de salud, pero sin intervenir en los detalles operativos ni en la gestión cotidiana de los proveedores de asistencia sanitaria (OCDE, 1994, p. 319).

Los recursos económicos de los hospitales dependerán íntegramente de la venta de servicios a las áreas de salud de la zona, excepto para las actividades de investigación y desarrollo, enseñanza universitaria y formación continua del personal.

Los precios serán previamente establecidos por los distritos, en función de una lista de tarifas fijas con topes máximos y se suprimirán los servicios y productos gratuitos. También se introducirá un sistema de precios internos para algunos servicios, como radiología, laboratorios y otros servicios médicos y administrativos.

Los centros sanitarios podrán adquirir servicios fuera del hospital, lo que obligará a muchos departamentos a funcionar en un entorno competitivo.

Cada año las áreas de salud y los hospitales de agudos negociarán un contrato, en el que se recogerá el tipo de servicio, el precio, la calidad, la disponibilidad y las formas de colaboración entre proveedores de servicios sanitarios.

Este modelo que empezó a funcionar en Estocolmo, como se puede apreciar es una imitación del modelo de mercados internos del Reino Unido, del que solamente difiere en pequeños detalles.

V.2.a. La reforma sanitaria en Suecia.

Las reformas que se han realizado en Suecia en los noventa se inician con la introducción de mercados internos de forma gradual, a partir de 1992, cuya experiencia piloto es el Modelo de Estocolmo.

Después de la experiencia de los mercados internos (inspirada en el modelo del Reino Unido) y la discusión que se plantea en el propio país, se decide la restricción de competencia entre proveedores al ámbito público. A partir de 1996, este nuevo modelo se va aplicando en distintas fases, sin llegar a generalizarse, pues en algunos condados se continúa con el modelo de mercados internos.

La competencia pública recoge la idea generalizada en la sociedad sueca de un sistema predominantemente público, pero se combina con otras políticas también utilizadas en otros países: la descentralización, los presupuestos cerrados, las políticas de sustitución, etc. Esta nueva reforma imita, en gran medida, la propuesta realizada años antes por Richard Saltman y Casten Von Otter de un modelo de competencia pública para Suecia¹⁰², descartando otras alternativas que llegan incluso a la privatización del sistema sanitario.

La descentralización del sistema se produce mediante la devolución de la responsabilidad de financiar y organizar los servicios sanitarios a los consejos de condado (en un total de 26), democráticamente elegidos. Una parte de sus ingresos los reciben como subvenciones del Estado y del sistema de seguridad social nacional, pero la parte más importante de sus recursos los obtienen a través de impuestos, puesto que tienen la capacidad de recaudación de un impuesto directo proporcional a la renta.

En cuanto a la provisión, los consejos de condado tienen la competencia de organizar la prestación de asistencia sanitaria en su ámbito geográfico. Además, poseen la mayoría de las instalaciones asistenciales y casi todos los hospitales.

Por lo tanto, nos encontramos con un modelo sanitario donde la toma de decisiones está descentralizada a las autoridades locales públicas, que ejercen un monopolio en la prestación de servicios sanitarios en su región y que tienen la propiedad de las instalaciones, quedando integrada la responsabilidad de financiación y la de provisión sanitaria.

En un paso más de descentralización, en 1992, el Parlamento sueco, después de un acuerdo con los consejos de condado, hizo posible que la asistencia primaria fuera asumida por los municipios, si bien, en principio, este proyecto tenía carácter

¹⁰² SALTMAN, R. y VON OTTER, C. (1988): “Revitalización de los sistemas de asistencia sanitaria pública: propuesta para la competencia pública en Suecia”, *Papeles de Gestión Sanitaria*, febrero 1988.

experimental. Se inició solamente en cinco municipios que, a partir de ese momento se responsabilizaron de la asistencia sanitaria¹⁰³.

Por otra parte, se reorganizan los servicios prestados a las personas de la tercera edad¹⁰⁴ y discapacitadas, transfiriendo las competencias a los municipios, así como los recursos financieros necesarios para la prestación. Los servicios ofertados no son solamente de carácter sanitario, sino que consisten en un conjunto integrado de servicios sociales que requiere la población mayor y discapacitada (viviendas colectivas, residencias asistidas, atención domiciliaria, etc.).

Por lo tanto, la atención primaria depende de los municipios (aunque en muchos casos todavía no se ha producido la transferencia de esta competencia, permaneciendo aún en los consejos de distrito) y la asistencia especializada de los consejos de condado.

La mayor parte de los recursos destinados a la asistencia sanitaria proviene de un impuesto recaudado y administrado por los consejos de condado. Este impuesto es comparable a la prima de un seguro universal público de enfermedad que cubre todos los costes de asistencia sanitaria de cualquier ciudadano. Sin embargo, los ciudadanos están obligados a abonar una tarifa por las visitas que realicen a centros sanitarios públicos, los medicamentos que les receten y las visitas a médicos privados adscritos a la Seguridad Social.

En la asistencia primaria, los Centros de Atención Primaria se organizan por áreas de menor tamaño y prestan servicios a través de los médicos generales, profesionales de enfermería, fisioterapeutas y personal de asistencia maternoinfantil. La remuneración de estos profesionales es un sueldo y los pacientes tienen posibilidad de elegir su propio médico desde 1993.

¹⁰³ En FOLKESSON, H. et al., 1998, puede verse un análisis de los resultados en siete municipios, aunque no pueden generalizarse, tal como advierten los autores.

¹⁰⁴ Es necesario destacar la importancia de este grupo poblacional, puesto que los mayores de 65 años suponen el 18% de la población total sueca.

Los médicos privados que ejercen su profesión en centros ambulatorios reciben su remuneración de las tarifas pagadas por los propios pacientes y de los pagos de la Seguridad Social, si bien el reembolso de las visitas ambulatorias a médicos privados con cargo a la Seguridad Social exige la conformidad del correspondiente consejo de distrito.

En la asistencia especializada, los hospitales reciben presupuestos anuales donde se incluyen los sueldos de los profesionales sanitarios, medicamentos y suministros y equipos.

No existe una separación entre las funciones de financiación, compra y provisión de asistencia sanitaria, puesto que los consejos de condado son quienes recaudan los impuestos que van a destinarse a la compra de servicios sanitarios en centros que pertenecen también a los consejos de condado.

Una característica de la asistencia especializada en Suecia son las largas listas de espera, por lo que, a partir de enero de 1992, después del acuerdo entre la Administración central y la Federación de Consejos de Condado, se empezó a ofrecer una garantía de asistencia médica. Esta garantía consiste en que todo paciente recibirá tratamiento en el plazo máximo de tres meses desde la fecha de inclusión en la lista de espera para someterse a pruebas diagnósticas y en nueve categorías de tratamiento: enfermedad coronaria, implante de prótesis de cadera o rótula, cirugía de cataratas, cirugía de cálculos de vesícula, cirugía de hernia inguinal, cirugía de prolapso o incontinencia urinaria y pruebas de audición. Los pacientes que no reciban tratamiento en su propio hospital en el plazo de tres meses tendrán la posibilidad de recibir la misma asistencia médica en otro hospital público o privado (OCDE, 1994, p. 309).

V.2.b. Evaluación de los resultados de la reforma.

El análisis de los resultados de las reformas en la sanidad de Suecia es especialmente complejo, debido, en primer lugar, a que tanto el modelo de competencia mixta como el de competencia pública han funcionado poco tiempo (el primero, desde

1992 a 1995 y el segundo, desde 1996 hasta la actualidad). En segundo lugar, a lo largo de los últimos diez años ni ha existido un modelo puro de competencia mixta en el primer período, puesto que su implantación fue gradual, ni ha existido un modelo puro de competencia pública, pues desde 1996 ambos modelos han coexistido. En tercer lugar, los datos referentes a la época de competencia pública solamente comprenden hasta 1998 (datos de la OCDE), siendo un período excesivamente corto para evaluar una reforma.

Por lo tanto, el estudio que se va a realizar se va a extender al conjunto de las reformas implantadas desde 1992 y los resultados obtenidos en contención del gasto, en mejora de la eficiencia, la calidad, efectos sobre la equidad, evolución de la actividad y del poder de decisión y preferencias del usuario.

El efecto de tales reformas parece haberse ido ajustando a lo esperado: el gasto sanitario total se contiene en su tendencia creciente, al igual que el gasto sanitario público, las listas de espera se reducen drásticamente y se resuelven, al menos temporalmente, algunos problemas que van surgiendo en el nuevo modelo. Por otra parte, la capacidad de elección de los usuarios se ha ampliado considerablemente.

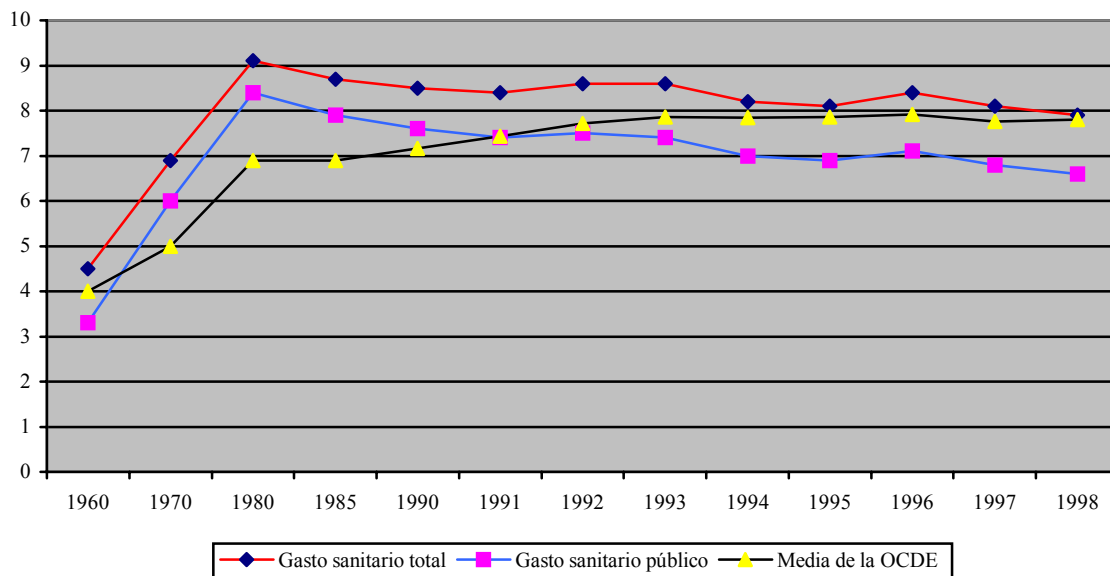
Sin embargo, también ha tenido sus efectos negativos, como un incremento de la participación del usuario en el coste de la asistencia sanitaria y, por lo tanto, pérdidas de equidad.

A) El gasto sanitario.

El gasto total en sanidad en Suecia, que alcanza el 9,1% del PIB en 1980, desciende en los años siguientes, con un nuevo repunte en 1992-1993 (8,6% del PIB), pero a partir de este año se desciende hasta el 7,9% de 1998. El gasto sanitario público sigue una evolución similar, iniciando la década de los noventa con un 7,6% del PIB y finalizando en 1998, con solo un 6,6% (GRÁFICO IV.18). La proporción de recursos públicos destinados a la sanidad se reduce, en tanto que los de origen privado se duplican sobre los datos registrados en 1980 (pasando del 7,7% al 16,5 de 1998). Esta

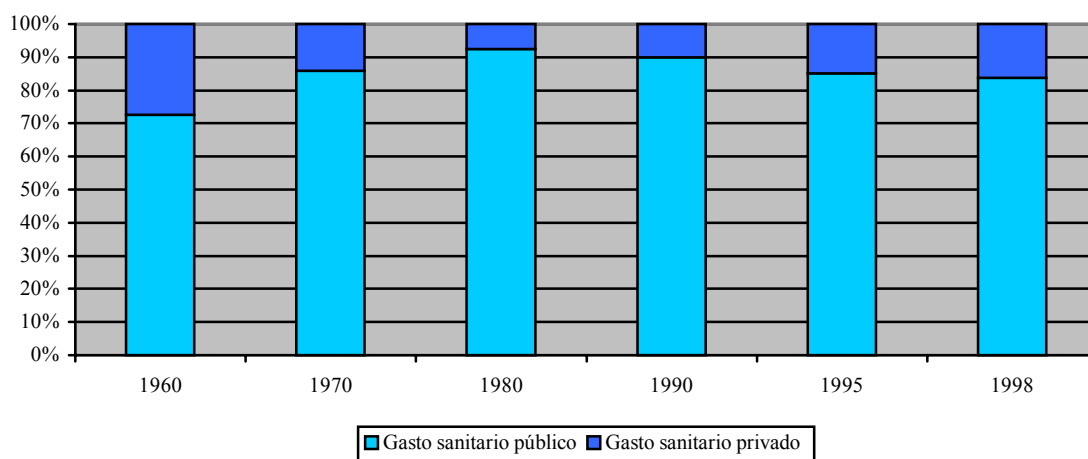
nueva situación se debe, en gran medida, al incremento de la participación del usuario en el coste de los servicios (ticket moderador), tanto en la atención primaria, hospitalaria como farmacéutica (GRÁFICO IV.19).

GRÁFICO IV.18
GASTO SANITARIO TOTAL Y GASTO SANITARIO PÚBLICO DE SUECIA Y MEDIA DEL GASTO SANITARIO TOTAL DE LA OCDE (% PIB). 1960-1998.



FUENTE: OCDE HEALTH DATA 2002.

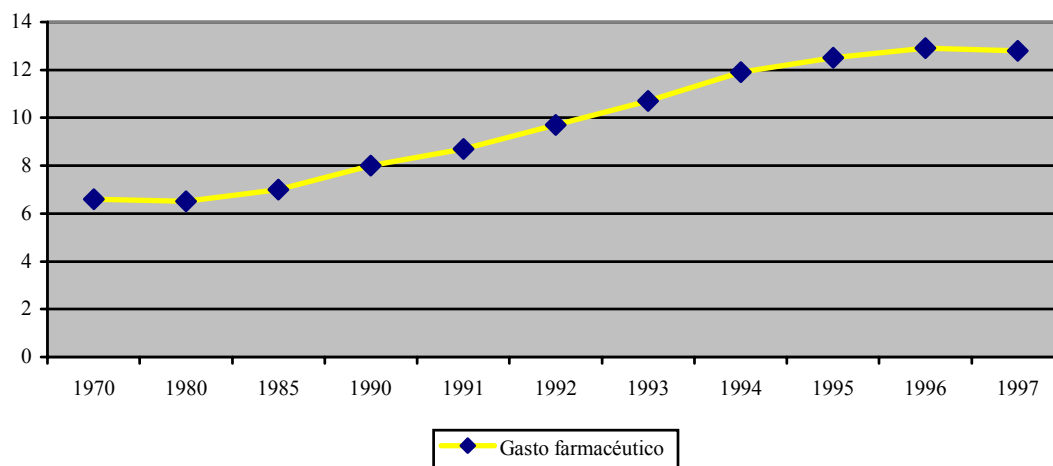
GRÁFICO IV.19
GASTO SANITARIO PÚBLICO Y GASTO SANITARIO PRIVADO. 1960-1998.



FUENTE: OECD HEALTH DATA 2002.

El gasto farmacéutico presenta una tendencia creciente, principalmente entre 1980 y 1995, a partir de este año se mantiene en torno al 12,8% (GRÁFICO IV.20). A pesar del incremento, los datos registrados son menores que la media de la OCDE¹⁰⁵.

GRÁFICO IV.20
GASTO FARMACÉUTICO (en % sobre el total de gasto sanitario). 1960-1997.



FUENTE: OECD HEALTH DATA 2001.

B) Eficiencia y equidad.

El incremento de la eficiencia en el sistema con el nuevo modelo se ha producido a costa de la equidad¹⁰⁶, debido principalmente a dos razones: al aumento de la participación de usuario en el coste de la asistencia sanitaria (ticket moderador) y a que la mayoría de los enfermos que se envía a casa, con el fin de reducir las estancias hospitalarias, son ancianos y discapacitados que, en muchas ocasiones, han de recurrir a la atención domiciliaria, excesivamente cara si necesitan dedicación absoluta. Por esta razón, los servicios sanitarios de atención a domicilio se han desarrollado ampliamente.

En las grandes ciudades, la política seguida tiene como objetivo la creación de alternativas en el sector privado (con o sin ánimo de lucro), por lo que el número de

¹⁰⁵ Que en 1997 era del 15,7% del gasto sanitario total.

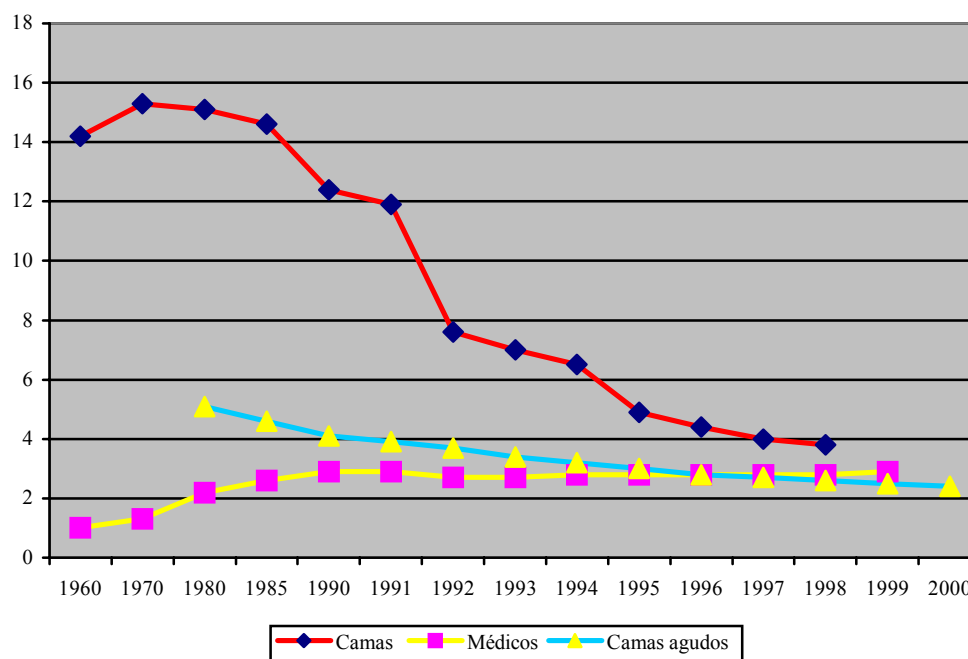
¹⁰⁶ En WHITEHEAD, M., EVANDROU, M. HAGLUND, B. y DIDERICHSEN, F. (1997), se trata de forma específica las pérdidas de equidad.

camas ofrecidas por este sector crece significativamente (del 6,7% del total de camas en 1986, se ha pasado a un 22% en 1996), pero este incremento no va acompañado de una demanda similar de alternativas de aseguramiento privado (DIDERICHSEN, 2000, p. 932). Sin embargo, el gasto sanitario privado aumenta desde 1990 debido a la creciente participación de los usuarios en el coste de la asistencia sanitaria (del 9,7% de 1990 al 15,7% de 1996).

C) Recursos y actividad sanitaria.

En cuanto a la oferta sanitaria, el número de médicos por 1000 habitantes apenas ofrece variación en la década de los noventa, siendo en 2000 de 2,9 por 1000 habitantes, igual a la media de la OCDE¹⁰⁷, mientras que el número de camas por 1000 habitantes desciende de más de 12, en 1990, a 3,8 en 1998, de las que 2,6 son de agudos (GRÁFICO IV.21).

GRÁFICO IV.21
DENSIDAD DE CAMAS, CAMAS DE AGUDOS Y DENSIDAD DE MÉDICOS POR MIL HABITANTES. 1960-2000.



FUENTE: OECD HEALTH DATA 2001 y HEALTH DATA 2002.

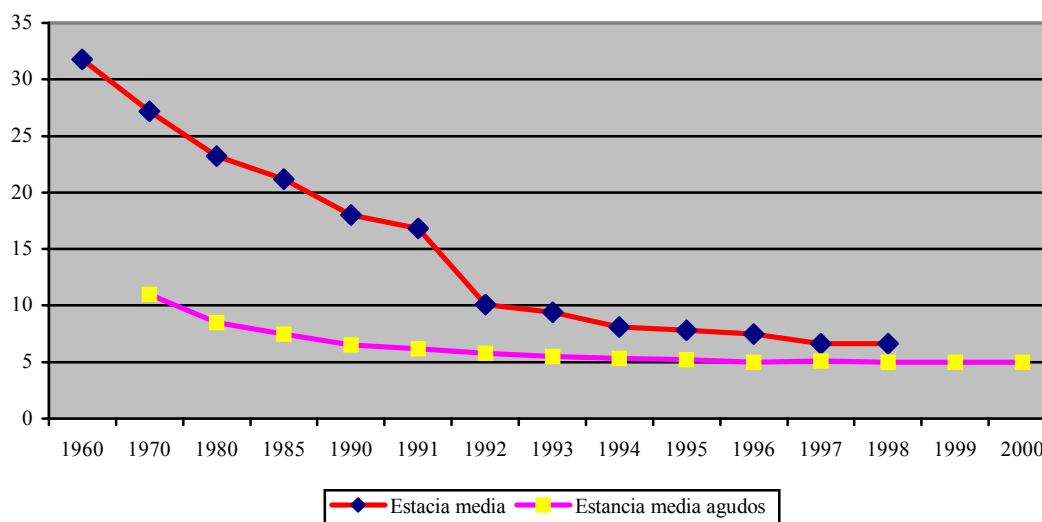
¹⁰⁷ En el Reino Unido, en el mismo año, solamente son 1,7 por 1000 habitantes y en España 2,9.

La reducción del número de camas se ha efectuado en no agudos, utilizando otras alternativas a la hospitalización, de esta forma, en 1998, casi el 70% de las camas existentes son de agudos.

Si tenemos en cuenta que la oferta de camas del sector privado se ha multiplicado por tres, entre 1990 y 1996, hemos de colegir que la reducción de camas del sector público ha sido muy fuerte. Esto se debe a varios factores: la desviación de pacientes a la asistencia sanitaria ambulatoria, el aumento de la atención domiciliaria (más de un 160% entre 1973 y 1990) y las viviendas atendidas y la reducción de la estancia media (DIDERICHSEN, 2000, p. 933).

La estancia media hospitalaria, medida en días, ya había disminuido considerablemente desde 1960 a 1991 (de 31,8 días a 16,8), pero la tendencia se acentúa significativamente en 1992, manteniéndose el descenso hasta 1998, aunque de forma más suave. En éste último año, la estancia media se sitúa en 6,6 días (GRÁFICO IV.22), muy inferior a la de Alemania o Francia.

GRÁFICO IV.22
ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA (en días).1960-2000.



FUENTE: OECD HEALTH DATA 2001 y HEALTH DATA 2002.

La estancia media de agudos se ha reducido en el período a la mitad, registrando 5 días en 2000, lo que indica que se ha puesto mayor empeño en la estancia media de no agudos, buscando otras alternativas, como la atención sanitaria a domicilio.

El personal sanitario¹⁰⁸ en su conjunto también sufre una fuerte reducción, pasando de 52,7 empleados sanitarios por 1000 habitantes, en 1990, a solamente 39 en 1998.

Los médicos contratados por los consejos de distrito no reciben ningún pago de los pacientes, sino un sueldo mensual que depende de su cualificación y de su horario de trabajo, sin embargo, se está intentando incluir en la remuneración una parte variable, dependiente del número de pacientes atendidos. Los médicos especialistas en medicina del trabajo sí cobran al paciente el precio del tratamiento.

La atención domiciliaria de personas enfermas y discapacitadas es responsabilidad de los municipios, que coordina la asistencia sanitaria y los servicios sociales necesarios.

D) El usuario.

La capacidad de elección de proveedor por el usuario se ha ampliado en la atención primaria (incluyendo médicos privados) y en la atención especializada, en la que puede escoger entre los distintos centros públicos, aunque no pertenezcan a su área geográfica. Además, con la garantía de tratamiento, su elección se extiende a centros privados, en algunos casos.

Existe un mecanismo de tramitación de quejas del usuario, administrado por el Consejo Nacional de Salud y Bienestar, financiado mediante una aportación per cápita que los consejos de condado realizan a un fondo central, y su estructura es la encargada de la responsabilidad de daños sin culpa (SALTMAN y FIGUERAS, 1997, p. 71).

¹⁰⁸ Mayoritariamente del sexo femenino.

La participación del usuario en el coste de la asistencia sanitaria se establece de forma distinta según el tipo de servicio recibido. El paciente abona una tarifa establecida (en torno a 100 coronas) al consejo de distrito por los servicios ambulatorios. Las consultas a médicos privados se rigen por un sistema independiente, regulado por la Administración central, y el usuario paga una precio fijo (unas 200 coronas), que es la misma tarifa que se aplica a los médicos especialistas de hospitales. Las consultas en urgencias hospitalarias cuestan 250 coronas al paciente que las utiliza, incluyendo tratamiento, recetas de medicamentos, radiografías, etc. La tarifa de la asistencia hospitalaria asciende a 65-70 coronas al día, pero los jubilados pagan, como máximo, 65 coronas. Las consultas de fisioterapia, logoterapia, terapia ocupacional y psicoterapia se han de pagar por los usuarios (unas 50 coronas). Los gastos de desplazamiento para recibir tratamiento corren por cuenta del usuario, si bien tiene derecho a solicitar su reembolso, calculado en función del medio de transporte más barato.

El desembolso total del usuario en tratamiento médico y medicamentos está limitado a un máximo de 1.600 coronas al año, a partir de las cuales son gratuitos.

A pesar del incremento del copago, el nivel de satisfacción de los usuarios suecos con la asistencia sanitaria que reciben es bastante elevada (un 85% considera que el tratamiento médico recibido es bueno o bastante bueno y un 75% opina que el personal de enfermería es amable y se preocupa por los pacientes).

V.2.c. Balance de la reforma.

Los indicadores de salud, como la esperanza de vida o el índice de mortalidad, presentan comportamientos distintos. A lo largo de los noventa, la esperanza de vida no ha experimentado apenas variación, en tanto que los índices de mortalidad sí se han reducido casi a la mitad (del 6 en 1990 al 3,4 por 1000 nacidos vivos, en 2000).

Para Diderichsen (2000, p 934), Suecia se enfrenta a una situación en la que el gasto sanitario total y público parece haber frenado su crecimiento, la participación del usuario en el coste de la asistencia sanitaria recibida ha crecido significativamente y los

proveedores privados han incrementado su papel en el sector sanitario. Las condiciones de trabajo del personal sanitario se han deteriorado.

El crecimiento de proveedores del sector privado da argumentos a favor del aseguramiento privado, puesto que la participación del usuario, mediante el copago, no puede incrementarse mucho más sin afectar a la demanda de asistencia sanitaria y el aseguramiento público tiene restricciones para su ampliación. Ya se está produciendo una expansión del aseguramiento privado (con ánimo de lucro) y podría esperarse una mayor demanda de deducciones sobre impuestos, que afectarían a los recursos públicos destinados a la asistencia sanitaria, donde muchos ciudadanos ven un intento de privatización de la sanidad en Suecia (DIDERICHSEN, 2000, p. 934).

TERCERA PARTE

CAPÍTULO QUINTO

PRIVATIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

I. INTRODUCCIÓN.

A lo largo de la década de los ochenta se produce una fiebre privatizadora en la mayoría de los países desarrollados, provocada por la idea generalizada de que el mercado libre funciona mejor que los procesos de decisión colectivista y burocrática. A ello se unió la caída de los regímenes comunistas, con lo que parecía dejar como único modelo económico viable la economía de mercado.

La ola de privatizaciones también alcanza al sector sanitario y son varios los países que inician un proceso de privatización, parcial o total, de sus sistemas sanitarios.

El modelo de privatización elegido en los distintos países es muy variado, desde la privatización de la gestión de la asistencia sanitaria al extremo de la transferencia total de los recursos del sector público al privado.

A principios de los noventa, en el Reino Unido se introdujeron reformas estructurales basadas en el mercado, creando un mercado interno donde compiten entre sí proveedores de servicios sanitarios públicos y privados. Inspirados en el modelo británico, le siguieron Suecia y Nueva Zelanda, si bien ésta última con la intención de completar la privatización de su sistema sanitario.

En los mismos años, Alemania y los Países Bajos implantaron un sistema que permitía a los ciudadanos elegir entre los fondos de seguros de enfermedad, tanto públicos como privados.

En Canadá, se ha incrementado la presión ciudadana a favor de seguros de enfermedad privados y la posibilidad de establecer honorarios médicos con cargo a los usuarios.

Pero en todos estos casos, y otros similares, se hace referencia a la introducción de competencia que, si bien es un paso previo necesario para la privatización, no puede considerarse privatización en sentido estricto.

Distinta totalmente es la reforma llevada a cabo en Chile, donde se han ofrecido incentivos fiscales a los ciudadanos para que renuncien al aseguramiento público y contraten un seguro de enfermedad privado, consiguiendo así una privatización parcial de su Seguridad Social.

Sin embargo, la privatización de la sanidad es más problemática que la privatización de otras empresas públicas, puesto que la mayor parte de los países desarrollados tienen un sistema de bienestar social en el que la sanidad supone un derecho fundamental. A ello se unen las especiales características del mercado sanitario, que ya se han analizado anteriormente.

La privatización de la asistencia sanitaria no se produce, generalmente, con la transmisión de los activos pertenecientes al sector público al sector privado, sino que se realiza gradualmente, llegando, a veces, simplemente, al suministro o a la gestión de los servicios sanitarios por entidades privadas.

El proceso de privatización se inicia, en primer lugar, con la conversión de los hospitales públicos en entidades empresariales autónomas, con gestión independiente, donde los responsables de la misma aplican técnicas de gestión empresarial similar a las utilizadas en el sector privado. Al final de cada período, los hospitales han de presentar su balance de situación, así como las cuentas de pérdidas y ganancias, igual que cualquier empresa privada.

Un segundo paso, es la obligación de competir en igualdad de condiciones para hospitales públicos y privados. En esta competencia juega un papel esencial la elección del usuario, puesto que los recursos que van a recibir los hospitales para su financiación, tanto sean públicos como privados, estará en función de los servicios proporcionados. Para introducir competencia en la provisión de la asistencia sanitaria es preciso una separación previa de las funciones de financiación, compra y provisión. En principio, en los países donde se partía de un modelo de Sistema Nacional de Salud o de Seguridad Social, la financiación continúa siendo pública.

El tercer paso, es la creación de entidades públicas independientes que realizarán la compra de la asistencia sanitaria a los hospitales, mediante contratación de la misma. Estas entidades compradoras tienen, además, la función de asesoramiento del usuario a la hora de elegir proveedor del servicio sanitario que demanda, por lo que los hospitales han de competir entre sí para conseguir contratos que negociarán con la entidad compradora. Con posterioridad, se introducirá competencia entre los compradores a través de la libre elección por el usuario de la entidad que ha de realizar la compra de la asistencia sanitaria.

Finalmente, se abre la posibilidad de que el usuario elija entre aseguramiento público y aseguramiento privado, no teniendo la obligación de participar en los seguros públicos, con la consiguiente reducción en sus impuestos.

Las reformas experimentadas en algunos de estos países presentan una gran dificultad de evaluación, debido a que, en muchos de ellos, se han paralizado por decisión política de un nuevo gobierno de ideología distinta al que puso en marcha la reforma.

Privatizar implica transferir funciones del sector público a una organización privada, con o sin ánimo de lucro. Puede referirse a la financiación, a la compra o a la provisión de servicios sanitarios.

La privatización de servicios, cuya provisión era antes pública, no implica cambiar la prestación asistencial necesariamente, pues pueden privatizarse solamente funciones auxiliares (SALTMAN y FIGUERAS, 1997, p. 57).

La privatización es la forma más extrema de descentralización. Las principales ventajas de la privatización derivan de la introducción de incentivos de mercado para conseguir mayor eficiencia y calidad en la gestión de instituciones asistenciales. Adicionalmente, los gobiernos sometidos a una gran presión financiera ven en la privatización una forma de canalizar capital privado al sector sanitario, reduciendo así la demanda sobre los escasos recursos públicos.

Las teorías neoliberales sostienen que la privatización de la prestación de servicios públicos es el mejor instrumento para lograr un sistema más eficiente y que responda mejor a las preferencias y necesidades del paciente. Sin embargo, no olvidemos que el concepto de eficiencia pública no coincide con el de eficiencia privada, pues la primera se basa en objetivos de bienestar social, mientras la segunda se fundamenta en objetivos económicos.

La consideración del modelo de valor de cambio¹, con su cálculo directo de la eficiencia y su mecanismo explícito para deshacerse de lo ineficiente, no está tan claro que pueda aplicarse al sector de la sanidad (SALTMAN y VON OTTER, 1988, p. 112).

Las desventajas de la privatización son, sin embargo, considerables. La gestión privada y la inversión de capital exigen rendimientos financieros iguales a los que puedan conseguirse en otros sectores económicos. Las presiones para obtenerlos pueden resultar en el abandono del carácter social de los servicios sanitarios y discriminar deliberadamente a enfermos y otros grupos vulnerables que necesiten asistencia (SALTMAN y FIGUERAS, 1997, p. 57).

La experiencia de seguros privados competitivos en diversos países (República Checa, Israel, la Federación Rusa) han confirmado lo que ya se había observado en Estados Unidos: que las aseguradoras privadas tienen elevados incentivos para la selección adversa de los riesgos.

Por otra parte, la privatización puede llevar a la recentralización a medida que las compañías aseguradoras gestionadas de modo privado se fusionan buscando economías de escala.

Si no se desea que la privatización socave la política sanitaria general, el gobierno ha de complementar la decisión de privatizar con un reforzamiento de la regulación central (SALTMAN y FIGUERAS, 1997, p. 58).

¹ En lugar del valor de uso para el paciente.

En este CAPÍTULO, se realiza una aproximación a la alternativa extrema de la privatización de la sanidad, como paso último y posterior a la introducción de competencia. En el segundo apartado, se analiza el sector sanitario privado en nuestro país. En el apartado siguiente, nos centramos en la privatización, tanto entendida como transmisión de activos del sector público al privado como de traslado de funciones específicas, que realizaba el sector público, al sector privado (financiación, compra, provisión o gestión). Finalmente, en el último apartado, se estudia un caso concreto de intento de privatización, Nueva Zelanda, si bien, no ha llegado a feliz término.

II. EL SECTOR SANITARIO PRIVADO EN ESPAÑA.

En España, en la actualidad, existen cuatro subsectores significativos dentro del sector sanitario privado, con distintas problemáticas y configuración empresarial (RIESGO, 1998, pp. 316 y ss.):

1. *Subsector de la concertación privada desde el sistema público.* Lo constituyen un conjunto de hospitales y clínicas privadas (financiación y compra pública, provisión privada)².
2. *Subsector que participa en el servicio público, con financiación pública, aunque con formas de organización privada.* (financiación pública, compra y provisión privadas), formado por tres componentes:
 - El Mutualismo Administrativo, cuyos afiliados han elegido la provisión privada.
 - Las empresas colaboradoras.
 - Las Mutuas de Accidentes de Trabajo.

² En el CAPÍTULO III se han tratado los tipos de concertos y, particularmente, los utilizados por el INSALUD con el sector privado.

3. *Subsector de las aseguradoras sanitarias, que actúan, generalmente, bajo el régimen de doble cobertura.* El aseguramiento público es obligatorio y universal (financiación, compra y provisión privadas).
4. *Subsector privado “puro”.* El usuario paga de su bolsillo la asistencia sanitaria que precisa, sin intermediación de ninguna entidad aseguradora, pública o privada (financiación y provisión privadas, compra privada individual).

II.1. La concertación privada.

La concertación del sistema sanitario público con el sector privado se ha llevado a cabo siempre según los principios de subsidiariedad y complementariedad³. La mayor parte de la provisión privada concertada corresponde a la asistencia hospitalaria, si bien existen otros servicios concertados, como laboratorios, gabinetes radiológicos, etc., pero de mucho menor peso.

Más del 30% de las camas hospitalarias pertenecen al sector privado, siendo sus principales clientes el sector público, las aseguradoras privadas, las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, las empresas colaboradoras y los usuarios que abonan directamente el servicio.

Aunque no existen grandes redes hospitalarias privadas, sí existen acuerdos con determinadas aseguradoras (ASISA, ADESLAS, PREVIASA) y una tendencia creciente a la asociación. Entre las clínicas independientes de aseguradoras están el Grupo Hospiten, de Tenerife, y el Instituto Dexeus, que pertenece a la empresa americana Columbia Healthcare Corporation.

³ Resolución 11 de abril de 1980, Secretaria de Estado para la Sanidad del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

La concertación privada hospitalaria en España se concentra en la modalidad general, seguida de los conciertos singulares no sustitutorios. Los datos referidos a la concertación según la modalidad se recogen en el CUADRO V.1.

CUADRO V.1
HOSPITALES CONCERTADOS. CENTROS Y CAMAS POR MODALIDAD. 1999-2000.

	Centros*		Camas		Variaciones	
	1999	2000	1999	2000	Centros	Camas
Modalidad general	74	94	9.830	10.836	20	1.006
Singulares no sustitutorios	13	13	1.837	2.208	0	371
Singulares sustitutorios	6	7	3.976	2.967	1	-1.009
TOTAL	93	114	15.643	16.011	21	368

FUENTE: Memoria INSALUD 2000, p. 31.

* No se incluyen Hospitales Militares y Administrados.

El mayor incremento de conciertos por centros se produce en la modalidad general (27,02%), pero por el número de camas la modalidad de conciertos singulares no sustitutorios aumenta un 20,2%. Los conciertos singulares sustitutorios apenas varían entre 1999 y 2000.

En 2000, el 94,74% de los centros y el 92,29% de las camas concertadas pertenecen al INSALUD gestión directa, el resto representa los conciertos de los Servicios Regionales de Salud de las distintas Comunidades Autónomas con transferencias en materia de sanidad.

El INSALUD gestión directa ha utilizado en el año 2000 los conciertos sustitutorios y singulares (18,52% de los centros y 35,02% de las camas), de hospitalización y procesos (55,55% de los centros y 48,55% de las camas) y de procesos quirúrgicos (25,93% de los centros y 16,43% de las camas).

Los procesos quirúrgicos y las exploraciones diagnósticas han supuesto para el INSALUD gestión directa 93 y 73 contratos⁴, respectivamente, para 17.697 procesos y 85.711 exploraciones.

⁴ Contrato Marco Quirúrgico 4/98 y Contrato Marco para medios diagnósticos por imagen (TAC, RNM y Medicina Nuclear) y terapéuticos (Litotricia extracorpórea) 1/98.

Finalmente, existe un concierto para transporte sanitario de enfermos formado por ambulancias no asistenciales, vehículos colectivos, ambulancias asistenciales, vehículos todo-terreno, vehículos mixtos, aviones ambulancia, Cruz Roja y vehículos 061 de urgencias sanitarias.

El régimen de concierto del sector público con el sector privado sanitario puede transformarse en un futuro si se completa la introducción de un modelo de competencia organizada en la provisión de servicios sanitarios, con lo cual el sector privado puede demostrar todas su potencialidades (RIESGO, 1998, p. 318).

II.2. Entidades organizativas privadas con financiación pública.

Constituyen este grupo las entidades que realizan la compra y la provisión de servicios públicos con formas de organización privada, en tanto que la financiación sigue siendo pública, y comprende tres grupos: el Mutualismo Administrativo, las Empresas Colaboradoras y las Mutuas de Accidentes de Trabajo.

A) El Mutualismo Administrativo.

El Mutualismo Administrativo está conformado por tres Mutuas: MUFACE, que es la Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado⁵; MUGEJU, que acoge a los funcionarios de la Administración de Justicia; e ISFAS, que es la Mutualidad de los funcionarios militares, Instituto Social de las Fuerzas Armadas.

El presupuesto de MUFACE para 2002 cuenta con recursos procedentes de las cotizaciones de los mutualistas⁶ (20% del total), aportaciones del Estado (68%) y otros ingresos (12%), que se destinan a asistencia sanitaria (58%), prestación farmacéutica (16%), otras prestaciones del Mutualismo Administrativo (16%), prestaciones

⁵ La Ley 109/1963, de 20 de julio, de Funcionarios Civiles del Estado y el Decreto 315/1964, de 7 de febrero, que aprobó el Texto Articulado, establecen que el Régimen de la Seguridad Social de los Funcionarios Públicos sería establecido por Ley especial, que sería posteriormente la Ley 29/1975, de 27 de junio, sobre la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado.

⁶ La cotización de los mutualistas en 2002 oscila entre 14,71 y 36,09 euros/mes.

integradas en el Fondo Especial (6%) y gastos de administración y funcionamiento (4%).

MUFACE realiza la compra de asistencia sanitaria para sus afiliados, los cuales pueden elegir entre proveedor público o privado, para lo cual existen conciertos con el INSALUD o los Servicios Regionales de Salud, así como con entidades sanitarias privadas.

El porcentaje de funcionarios de MUFACE que optan por un proveedor privado ronda el 84%, manteniéndose sin apenas variaciones a lo largo de los años⁷. Los conciertos con entidades aseguradoras se suelen concentrar en las que tienen mayor volumen de negocio (ADESLAS, ASISA, MAPFRE, etc.).

La comparación entre el coste de la prima por beneficiario y año que MUFACE abona a las aseguradoras sanitarias y el coste del mismo concepto para el INSALUD, pone de manifiesto importantes diferencias (CUADRO V.2).

CUADRO V.2
COMPARACIÓN DE COSTES: MUFACE-INSALUD. 1990-2000.

AÑO	PRIMA MUFACE	PRESUPUESTO SIN FARMACIA POR PERSONA EN INSALUD	DIFERENCIA ENTRE PRESUPUESTO INSALUD Y MUFACE	DIFERENCIA PORCENTUAL SOBRE PRIMA
1990	23.436	34.194	10.758	45,90%
1994	46.596	65.639	19.043	40,87%
2000	71.762	90.253	18.491	25,77%

FUENTE: Elaboración propia a partir de los datos del INSALUD y MUFACE.

MUFACE ha demostrado, por una parte, un elevado nivel de satisfacción por parte de sus usuarios en sus conciertos con el sector privado para la provisión de asistencia sanitaria, puesto que a lo largo del tiempo, se mantiene el porcentaje de afiliados que eligen esta opción. Por otra parte, también ha conseguido que el coste de la asistencia sanitaria contratada, medida por la prima que paga a las aseguradoras

⁷ En 1998, era del 85% y en 2002, del 83,8%.

privadas, sea muy inferior al presupuesto por persona (excluyendo los gastos de farmacia) del INSALUD.

B) Las Empresas Colaboradoras.

Algunas empresas tienen cobertura de enfermedad común y accidente no laboral para sus trabajadores, sin que esto suponga un aseguramiento privado, sino una colaboración en la gestión de la Seguridad Social⁸.

Estas empresas han de cumplir ciertos requisitos⁹ y reciben de la Seguridad Social la cuota correspondiente al derecho a la asistencia sanitaria por enfermedad común y accidente no laboral, así como a la prestación económica por incapacidad laboral transitoria.

Entre las empresas colaboradoras se encuentran Telefónica, la Comunidad de Madrid, Iberdrola, ONCE y La Caixa.

C) Las Mutuas de Accidentes de Trabajo.

Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales son asociaciones de empresarios que colaboran en la gestión de estas contingencias, bajo la dirección, tutela y vigilancia del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, y llevan funcionando más de noventa años en nuestro país.

Su actuación se concreta en medidas preventivas, prestaciones económicas y médicas y rehabilitación. En 1998, el número de Mutuas de Accidentes de Trabajo era de 36, después de un importante proceso de concentración, engloban a millón y medio de empresas y a nueve millones de trabajadores.

⁸ Artículo 208 de la Ley General de la Seguridad Social.

⁹ Tener más de 500 trabajadores titulares del derecho a la asistencia sanitaria en el Régimen General de la Seguridad Social y poseer instalaciones propias para la asistencia sanitaria, excepto hospitalización quirúrgica.

La financiación de las Mutuas de Accidentes Laborales procede de las cuotas de los empresarios y gestionan aproximadamente el 80% del total de las primas recaudadas por estas contingencias del total del Sistema de la Seguridad Social.

Las Mutuas prestan asistencia sanitaria ambulatoria y hospitalaria, utilizando medios propios o concertados, bien sea con el INSALUD, Servicios Regionales de Salud o con entidades sanitarias privadas.

A partir de 1997, sus competencias se han reforzado al asumir la prestación económica por incapacidad temporal¹⁰ y participar en el control de las bajas por incapacidad temporal¹¹.

II.3. El aseguramiento privado en un régimen de aseguramiento público obligatorio.

En un sistema sanitario de cobertura universal, con aseguramiento obligatorio, el aseguramiento privado juega un papel complementario. Dejando aparte a los afiliados a MUFACE que optan por la provisión privada de la asistencia sanitaria, alrededor de cuatro millones de usuarios contratan un seguro privado¹², disfrutando de doble cobertura, si bien, pagan por recibir asistencia sanitaria doblemente: a través de sus impuestos y con la prima del seguro privado contratado.

Las restricciones del sistema público (listas de espera, imposibilidad de acceso directo al especialista, mayor capacidad de elección de médico y hospital, prestaciones no cubiertas por el sistema público, etc.) han provocado que muchos usuarios recurran al aseguramiento privado.

¹⁰ Real Decreto 576/1997, de 18 de abril, por el que se modifica el Reglamento General sobre colaboración en la gestión de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

¹¹ Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan ciertos aspectos de la gestión de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.

¹² Los mayores porcentajes de población con cobertura por seguros privados se encuentran en Baleares, Cataluña y Madrid.

En España, el sector de seguros sanitarios está altamente concentrado, pues solamente tres compañías (ADESLAS, ASISA y SANITAS) acaparan más del 50% del mercado (CUADRO V.3).

CUADRO V.3
COMPAÑÍAS ASEGURADORAS PRIVADAS. ESTRUCTURA DE MERCADO. 2001.

ENTIDADES ASEGURADORAS	CUOTA DE MERCADO
ADESLAS	18,01 %
ASISA	17,45 %
SANITAS	15,29 %
MAPFRE CAJA SALUD	6,21 %
DKV SEGUROS	5,04 %
ASISTENCIA SANITARIA COLEGIAL	4,12 %
ARESA	3,16 %
IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO	3,09 %
CASER	2,88 %
QUINTA DE SALUD LA ALIANZA M.P.S.	2,29 %

FUENTE: UNESPA, 2002.

Si utilizamos otros índices de concentración, como el índice de Hirschman-Herfindahl¹³, podemos comprobar que, si consideramos las diez principales entidades aseguradoras, H_{10} es igual a 0,09766, pero si solamente tenemos en cuenta las tres primeras, H_3 es igual a 0,08626, lo que indica el gran peso que tienen éstas sobre el total del mercado.

El mercado de seguros de salud ha estado siempre muy concentrado, sin embargo, desde 1998 a 2001 el ranking de aseguradoras ha variado. En 1998, ASISA era la primera aseguradora de esta rama (21,46% de cuota de mercado), seguida de SANITAS (14,04%) y de ADESLAS (13,88%). En 2001, ADESLAS encabeza la lista de aseguradoras de la rama de salud (18,01%), pasando ASISA a ocupar el segundo puesto (17,45%) y SANITAS el tercero (15,29%). Destaca el caso de MAPFRE CAJA SALUD ha ascendido desde 1998 del puesto noveno (1,36% de cuota de mercado) al cuarto (6,21%).

¹³ $H = \sum_1^n s_i^2$, donde s es la cuota de mercado de cada empresa.

Aunque el número de asegurados no ha experimentado apenas crecimiento desde 1985 hasta 1997¹⁴, sin embargo, entre 1997 y 2000 se registra un incremento del aseguramiento privado, llegando al 3,4% del PIB.

Según las estimaciones de UNESPA para el ramo salud, en 2002 se produciría un crecimiento del 9,42% respecto a 2001.

Los tipos de seguros sanitarios ofertados son, principalmente, dos: el seguro de reembolso de gastos, que supone una mínima parte del total (5%), y el seguro de prestación de servicios médicos o de cuadro cerrado, que es el más generalizado (95%).

El seguro de reembolso de gastos se limita a devolver al asegurado la totalidad o parte del gasto de la asistencia sanitaria recibida, siendo éste quien elige libremente al proveedor disponible en su ámbito geográfico. En cambio, con el seguro de prestación de servicios médicos la aseguradora se hace responsable de la asistencia sanitaria, aunque la posibilidad de elección del asegurado queda restringida a la oferta propia de la aseguradora y/o la oferta concertada por la misma con distintos proveedores, facilitando al asegurado una guía de servicios recomendados.

Las posibilidades de crecimiento del aseguramiento privado son muy restringidas, debido a que su actividad se mueve en un régimen de doble aseguramiento y a la desaparición de su deducción como gastos de enfermedad en la actual Ley del IRPF¹⁵, sin previsión de restablecimiento.

II.4. La asistencia sanitaria privada “pura”.

Constituye el mercado de servicios sanitarios donde se relaciona el proveedor con el cliente (paciente) directamente, sin intervención de ningún intermediario, público o privado, y comprende la asistencia sanitaria en consultorios individuales y la hospitalización de pacientes privados.

¹⁴ Existe un elevado índice de rotación.

¹⁵ Ver MARTÍNEZ GARCÍA, E. (1998), donde se analizan los efectos de la reforma del IRPF de 1999 sobre el aseguramiento privado complementario.

Es muy difícil de cuantificar el volumen económico de esta actividad, aunque se considera muy minoritaria¹⁶, debido al elevado coste de los tratamientos de larga duración y las intervenciones quirúrgicas, por lo que suele concentrarse en consultas privadas puntuales y, en algunos casos, procedimientos quirúrgicos poco costosos, con el fin de evitar las largas listas de espera del sistema público o para recibir prestaciones sanitarias no cubiertas por el sistema público.

El futuro del subsector privado “puro” está asegurado por sus características específicas y la existencia de grupos de población y tipologías de actividad médica en la que este sector tiene su cuota de mercado que, incluso, podría ampliarse tanto en los consultorios privados para ciertas especialidades médicas, como en hospitalización para algunos grupos de población (RIESGO, 1998, p.333).

III. PRIVATIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO.

La gran mayoría de los sistemas nacionales, ya sean de Salud o de Seguridad Social, han planteado reformas, considerando también la alternativa extrema de la privatización. Sin embargo, se han encontrado con fuerte oposición por los defensores de la sanidad pública universal y por los profesionales sanitarios, asociados en sindicatos profesionales, que han ejercido fuertes presiones en defensa de los intereses de sus representados.

Hablar de la privatización de la sanidad asusta, generalmente, al ciudadano que cree en el peligro de perder un derecho garantizado por el Estado. Pero la discusión debería centrarse en el concepto de privatización que se está utilizando.

La privatización de empresas públicas industriales que se ha realizado en muchos países desarrollados ha consistido en la venta de estas empresas al sector privado, bien sea a empresas privadas del sector, a entidades financieras que constituyen

¹⁶ Según el *Barómetro sanitario 2001*, del CIS, el 0,1% de la población no tiene seguro médico y utiliza siempre proveedores sanitarios privados.

un “núcleo duro” y que han de respetar algunas limitaciones impuestas por el Estado, o la venta al público de las acciones de las empresas públicas.

Estos sistemas de privatización apenas se han utilizado en la sanidad pues se interpretarían como el desmantelamiento de sistema sanitario público y encontrarían una fuerte oposición.

Pero existen otras formas de privatización menos extremas, ya utilizadas en otros ámbitos de los servicios públicos. Por ejemplo, en España existe un sector privado concertado en la educación (que también es un derecho fundamental), que comparte presupuesto con la enseñanza pública en el nivel educativo obligatorio y está totalmente aceptado que las familias puedan elegir un colegio público o un colegio privado concertado para la educación obligatoria de sus hijos y disfruten de su gratuidad.

Existen diversos servicios públicos, dependientes de las autoridades locales (Ayuntamientos), que han dejado de suministrarse a través del poder público y se han buscado fórmulas diversas (subastas, contratación, etc.) para seleccionar empresas privadas que realicen estas actividades (recogida de basuras, limpieza de las vías urbanas, suministro de agua, etc.) y estas fórmulas se han generalizado en muchos países, consiguiendo menores costes y mayor satisfacción del usuario.

Esta otra forma de privatizar se centra en el traspaso de un servicio público, que antes realizaba el sector público, al sector privado, pero manteniéndose las mismas garantías para el ciudadano.

La privatización de funciones específicas o de la gestión de un servicio público no priva a la autoridad pública de la titularidad de dicho servicio ni al ciudadano del derecho a recibirlo.

Estas formas de privatización pueden ser aplicadas en la sanidad, donde el sector público presenta unas limitaciones que podrían reducirse con la participación del sector sanitario privado.

En los países con Sistemas Nacionales de Salud y con Sistemas de Seguridad Social se han aplicado políticas liberalizadoras que rompen el monopolio del sistema público. En algunos casos, con la introducción de competencia se ha creado un cuasimercado donde compiten entidades públicas corporatizadas o incluyendo también al sector privado.

En el aseguramiento sanitario, la competencia entre fondos de enfermedad puede ampliarse a entidades aseguradoras sin ánimo de lucro y, finalmente, a todo tipo de aseguradoras. Para ello, el Estado ha de crear incentivos a los ciudadanos para renunciar al sistema público y contratar seguros médicos con aseguradoras privadas.

En la compra de servicios sanitarios, la constitución de organizaciones compradoras colectivas, con o sin ánimo de lucro, que se encargarán de la adquisición de asistencia sanitaria para sus beneficiarios, es una forma de privatización. Estas organizaciones compradoras pueden ser públicas o privadas, pero han de competir entre sí por los usuarios con mejores ofertas y con sistemas de asesoramiento de sus pacientes que amplíen la capacidad de elección del usuario.

En la provisión de servicios sanitarios, los proveedores públicos, constituidos en entidades autónomas e independientes del poder público, han de competir con los proveedores privados para conseguir acuerdos o contratos con las organizaciones compradoras. Para ello, es preciso un cambio estructural de los antiguos proveedores públicos pertenecientes al sistema sanitario público, tanto en sus formas de gestión como de organización interna.

A pesar de estos cambios, el Estado ha de continuar garantizando la cobertura sanitaria universal, la equidad y el derecho de los ciudadanos a recibir una asistencia sanitaria de calidad, para lo que será necesaria una nueva regulación y una inspección más exhaustiva de los distintos agentes que actúan en el sistema sanitario.

Sin embargo, la privatización de servicios públicos en general, y de la sanidad en concreto presenta ciertos riesgos. Mientras en los sistemas sanitarios públicos se intenta

ajustar las necesidades públicas y el valor de uso para el paciente, la privatización se olvida del valor de uso y su principio fundamental pasa a ser el valor de cambio, donde se combinan los deseos individuales con el ánimo de lucro.

Por otra parte, la experiencia prueba el fracaso en el control público a los proveedores privados de servicios. El encargar la consecución de objetivos públicos a empresas del sector privado no tiene en cuenta los incentivos contradictorios a los que se enfrentan tales empresas. La empresa privada involucrada en el servicio público se enfrenta a las mismas presiones para maximizar sus beneficios que afectan al comportamiento en otros sectores de una economía de mercado (SALTMAN y VON OTTER, 1988, p. 119).

En el caso particular de la sanidad, se suman otras dificultades para el control y evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria, pues la presión para obtener beneficios puede ocasionar reducciones en la calidad, por lo que se necesitaría un mayor control de la calidad asistencial por parte del Estado.

III.1. Gestión pública y gestión privada de la sanidad.

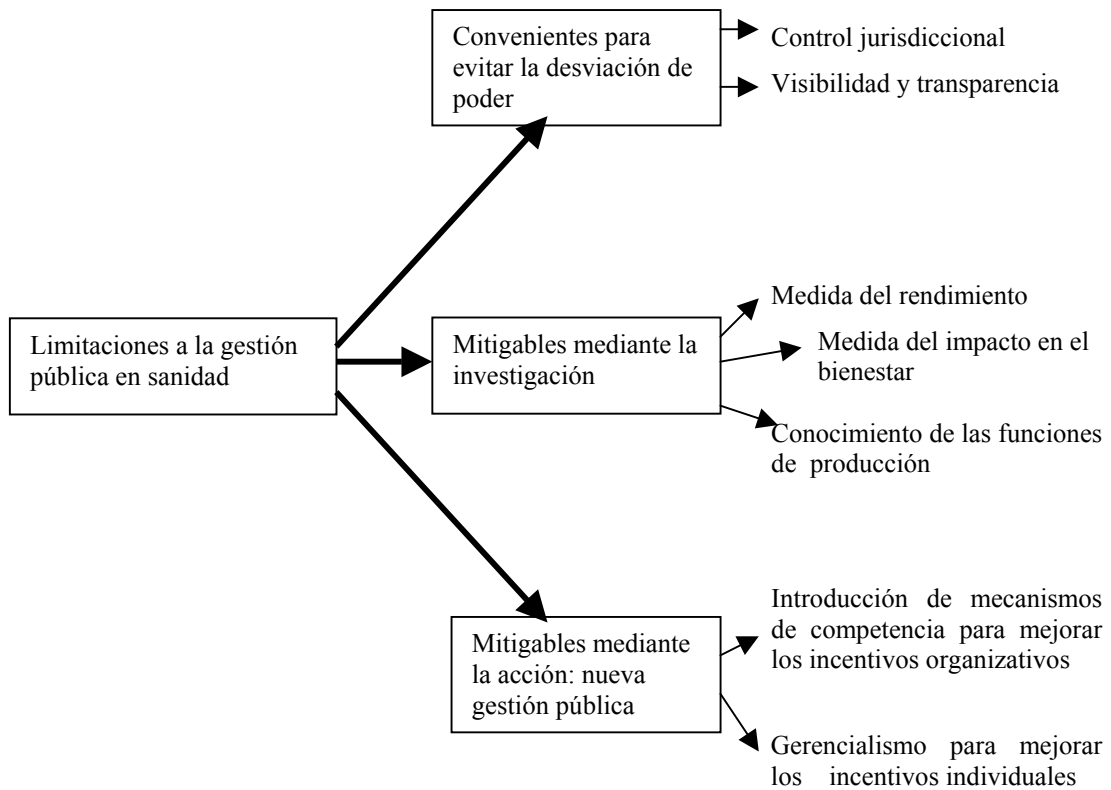
La gestión pública de la sanidad se desarrolla con unas limitaciones impuestas por la responsabilidad fiduciaria, que es la contrapartida al carácter excepcional del Estado como organización. Mientras que en una organización privada predomina la voluntariedad del individuo, tanto para pertenecer a ella como en el reparto de derechos y obligaciones fijados por un acuerdo contractual, el Estado tiene poderes de coacción sobre los ciudadanos, los cuales, además, pertenecen obligatoriamente a la organización estatal¹⁷. En España, la gestión sanitaria se realiza por organismos autónomos de estructura burocratizada (INSALUD y SRS) sometidos al derecho administrativo¹⁸.

¹⁷ En ALBI, E., GONZÁLEZ PÁRAMO, J. M. y LÓPEZ CASASNOVAS, G., (1997) puede encontrarse un desarrollo más amplio de este argumento.

¹⁸ Los bienes asignados a estos organismos conservan su calificación jurídica originaria, los contratos de obras y servicios se ejecutan según el sistema general del Estado, la Intervención fiscaliza derechos y obligaciones, ingresos y pagos, el personal tiene carácter estatutario, y su funcionamiento es centralizado, sin autonomía apenas.

Las características de la gestión pública le someten a una serie de limitaciones, de las cuales unas son inevitables y otras sí se pueden mitigar (FIGURA V.1).

FIGURA V.1
LIMITACIONES A LA GESTIÓN PÚBLICA EN SANIDAD



FUENTE: ORTÚN RUBIO, 1998a, p. 289.

Las limitaciones inevitables son convenientes para evitar la desviación de poder, porque satisfacen objetivos sociales superiores a los objetivos económicos, como la eficiencia, se concretan en el control jurisdiccional y la visibilidad y transparencia de las actuaciones.

Las limitaciones mitigables mediante la investigación son las relacionadas con la medida del impacto en el bienestar, como el tipo de Años de Vida Ajustados por Calidad (Qaly) o métodos de evaluación contingente, el establecimiento explícito de

prioridades sanitarias, medidas de producto intermedio, tipo Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) o Grupos de Atención Ambulatoria (GAA), o la aplicación de métodos para la medición de la eficiencia de los centros sanitarios.

Las limitaciones mitigables mediante la acción derivan de la falta de incentivos organizativos e individuales, que se pueden paliar con la introducción de mecanismos de competencia y mercado (precios, tasas, ticket moderador, vales, bonos, mercados de derechos, mercados internos, competencia gestionada y las nuevas formas de gestión propuestas en la Ley 15/1997) y el gerencialismo en el sector público.

La introducción de mecanismos de competencia e incentivos de mercado ya se ha tratado en temas anteriores. La utilización de técnicas empresariales en la gestión sanitaria (gerencialismo) se caracteriza por los siguientes rasgos (GONZÁLEZ PÁRAMO, 1997):

- Mayor peso de los elementos competitivos.
- Importación de técnicas de gestión empresarial (marketing de servicios, valoración de puestos de trabajo, gestión de inventarios, etc.).
- Gestión profesional activa y discrecional.
- Medidas explícitas sobre objetivos, resultados, costes e impacto sobre el bienestar.
- Énfasis en productos finales frente a procesos.
- Desagregación del sector público en unidades manejables.
- Controles presupuestarios menos específicos y orientados a la evaluación *ex post*.
- Cultura de servicio y de orientación al usuario.

- Atribución clara de responsabilidades.

La actuación sobre las limitaciones mitigables son las que abren una serie de oportunidades al sector privado para introducirse en el sector sanitario.

Tanto la introducción de competencia e incentivos de mercado como el gerencialismo en el sector sanitario no serían posibles sin la separación de las funciones de financiación, compra y provisión. En el CUADRO V.4 se detallan las modalidades existentes, según sea la gestión pública o privada.

CUADRO V.4
GESTIÓN EN SANIDAD

	FINANCIACIÓN	COMPRA	PROVISIÓN
GESTIÓN PÚBLICA	Seguro obligatorio	Monopsonio público, con o sin concentración	Producción pública burocrática Producción pública desburocratizada
GESTIÓN PRIVADA	Seguro voluntario	Descentralización: - en aseguradoras - en cooperativas de profesionales de Atención Primaria Franquiados privados que han obtenido licencia para competir por el mercado	Proveedores de servicios sanitarios de titularidad privada Externalización

FUENTE: ORTÚN RUBIO, 1998a, p. 292.

Sin embargo, en términos más generales, nada impide que, aunque el aseguramiento sea obligatorio para los ciudadanos, éste sea contratado con entidades privadas exclusivamente, o bien, se facilite la elección del usuario entre aseguradores públicos y privados.

Siempre sería el Estado el encargado de garantizar el derecho del ciudadano a contratar un seguro sanitario, evitando de esta forma la posible selección adversa.

De la misma forma, si bien el aseguramiento privado es normalmente de carácter voluntario, también podría existir un modelo de aseguramiento público con esta característica¹⁹.

III.2. Métodos de privatización de la sanidad.

Se ha han estudiado distintas técnicas de privatización parcial y de competencia gestionada, que, en muchos casos, intentan imitar el modelo de Estados Unidos. Algunos de estos métodos de privatización se han empleado en varios países, tanto pertenecientes al conjunto de países desarrollados como en vías de desarrollo, y pueden concretarse en cinco (GOODMAN Y MUSGRAVE, 1998, pp. 117-141):

- a) la provisión de mercado libre frente a los servicios restrictivos gratuitos de provisión estatal;
- b) la privatización de la oferta;
- c) la privatización de la demanda; y
- d) reformas basadas en el mercado como condición previa a la privatización.

III.2.a. MÉTODO 1: Provisión de mercado libre frente a los servicios restrictivos gratuitos de provisión estatal.

La forma de privatización más generalizada no es la transferencia de recursos del sector público al sector privado, sino la ampliación de la oferta privada con el fin de paliar las limitaciones de la oferta pública.

La provisión gratuita de la asistencia sanitaria por el Estado pone de manifiesto la incapacidad de la oferta pública para cubrir la demanda, por lo que ésta ha de ser racionada mediante diversos métodos restrictivos (listas de espera, reducción de

¹⁹ Sería el caso de aseguramiento de colectivos tratado anteriormente en el CAPÍTULO II.

prestaciones sanitarias gratuitas, autorización previa para algunos tratamientos, etc.), por lo que el usuario que tiene un nivel de renta suficiente recurre al sector privado, aunque tenga que soportar un coste adicional (bien sea directamente o con un seguro privado suplementario) por un servicio sanitario que debería suministrarse gratuitamente.

En algunos países desarrollados donde la asistencia sanitaria se financia íntegramente por el Estado, como el Reino Unido y Nueva Zelanda, en respuesta al racionamiento de la demanda (principalmente listas de espera), experimentan un creciente mercado de seguros de enfermedad privados. En el caso del Reino Unido, la contratación de seguros privados se ha duplicado en la última década, llegando a cubrir a casi el 12% de la población. En Nueva Zelanda, más de un tercio de la población tiene seguros de enfermedad privados y los hospitales privados realizan, en 1998, el 25% de las operaciones de cirugía (GOODMAN y MUSGRAVE, 1998, p.119).

Otro caso similar es el de Canadá, donde la asistencia sanitaria es gratuita para los usuarios, dependiendo la financiación de las autoridades provinciales. De las diez provincias canadienses, solamente en tres de ellas se cobra una prima por la asistencia sanitaria. El seguro privado únicamente está permitido para la cobertura de prestaciones no recogidas en los planes de salud provinciales. Tampoco es posible el pago directo al médico por el usuario, puesto que los médicos y los hospitales tienen prohibido tratar a pacientes cuyas atenciones sanitarias están financiadas por los planes provinciales o por seguros complementarios. Los médicos que trabajan en el sector privado han de hacerlo en exclusiva, por lo que su número es muy reducido.

Sin embargo, los canadienses tienen otra opción privada, que es el sistema sanitario de Estados Unidos, con quien comparten frontera. Cada vez son más los canadienses que recurren a la sanidad de Estados Unidos para no tener que sufrir los largos períodos de espera para las intervenciones quirúrgicas, incluso las de mayor importancia (GOODMAN y MUSGRAVE, 1998, p.120).

En los países en vías de desarrollo, los servicios sanitarios privados desarrollan un papel fundamental²⁰, si bien la utilización de la medicina es bastante baja frente a otras figuras tradicionales, como el curanderismo, consejeros espirituales, etc. Sin embargo, la ausencia de un sistema sanitario público hace que la mayor parte del gasto sanitario de estos países sea privado, donde convive la medicina tradicional y la moderna sanidad privada.

III.2.b. MÉTODO 2: Privatización de la oferta.

La oferta pública de asistencia sanitaria, además de ser insuficiente, presenta los mismos inconvenientes que la oferta pública de otros servicios: apenas existen incentivos a la eficiencia y los controles de funcionamiento y de costes son casi inexistentes.

La apertura al sector privado de la provisión de servicios sanitarios amplía la oferta de los mismos y puede llevarse a cabo mediante conciertos o acuerdos con el sector privado o con la creación de un cuasimercado, donde compiten proveedores de asistencia sanitaria, tanto públicos como privados, en igualdad de condiciones.

En el Reino Unido, después de la reforma iniciada en 1991, más del 40% de las autoridades sanitarias compradoras de servicios sanitarios tienen contratos con el sector privado, que suelen ser clínicas privadas y laboratorios de patología, y casi la tercera parte contratan servicios a largo plazo, principalmente con instituciones religiosas y benéficas.

En Canadá también son frecuentes los conciertos con el sector privado, pero suelen firmarse con entidades privadas de Estados Unidos²¹.

²⁰ En la India, el 84% de los gastos sanitarios son privados, en Corea del Sur es el 87% y en Filipinas el 75%.

²¹ Los administradores de los hospitales de la Columbia Británica tienen actualmente conciertos con la red de hospitales de Seattle para intervenciones de cirugía cardíaca y las autoridades administrativas de Ontario mantienen acuerdos similares con los hospitales de Detroit.

En Estados Unidos, los pacientes de Medicare y Medicaid pueden elegir proveedor público o privado, dentro de una lista de oferentes con los que tiene un concierto el Estado, aunque la financiación de la asistencia sanitaria permanece en el ámbito público.

III.2.c. MÉTODO 3: Privatización de la demanda.

A) El seguro de enfermedad.

Frente al modelo de financiación pública a través de impuestos (o de cotizaciones sociales), donde el ciudadano tiene una participación obligatoria, por el carácter coactivo de los impuestos, existe la alternativa de contratar un seguro de enfermedad con una entidad privada. Aún manteniendo la obligatoriedad del aseguramiento, no es necesario que éste sea público.

La experiencia más llamativa ha sido la de Chile, donde a principios de los ochenta se inicia un desmantelamiento de la Seguridad Social pública con la privatización del sistema de pensiones para, posteriormente, extenderlo al aseguramiento de la asistencia sanitaria. Para fomentar la renuncia de los trabajadores al sistema público y contratar un seguro privado el Estado ofrecía importantes reducciones en el impuesto sobre la renta (CUADRO V.5).

Los trabajadores han de contribuir con el 10% de sus rentas al mantenimiento de una cuenta individual, por cuya administración compiten entre sí varias compañías aseguradoras. A los administradores de dichas cuentas se les exige mantener políticas de inversión conservadoras y, en todo caso, el gobierno garantiza una pensión mínima a todos los trabajadores al llegar a la edad de jubilación.

Si bien la renuncia al sistema público de pensiones tuvo gran éxito (el 90% de los trabajadores pertenecen al sistema de pensiones privados), debido en parte a la intensa campaña del Gobierno para promocionar la renuncia al sistema público y a que los trabajadores que se incorporaban al mercado laboral por primera vez se les obligaba

a la contratación del seguro en el sistema de pensiones privado, sin embargo, en el caso de la asistencia sanitaria menos del 35% de los trabajadores han optado por un seguro de enfermedad privado. Esto se debe, en gran parte, a que el Gobierno no se tomó tanto interés como en el caso del seguro de pensiones, tanto en lo que se refiere a las campañas de información como a los incentivos fiscales para la renuncia al aseguramiento público de la asistencia sanitaria (GOODMAN y MUSGRAVE, 1998, p. 124).

CUADRO V.5
INCENTIVOS FINANCIEROS POR LA RENUNCIA A LA SEGURIDAD SOCIAL
CHILENA, 1985.

CONCEPTO	TIPO IMPOSITIVO	
	Sistema general de trabajadores manuales	Sistema general de empleados
Tipos impositivos sobre la nómina total para quienes optan por permanecer en la Seguridad Social:		
- Seguro de vejez, para supervivientes y seguro de invalidez	18,89%	19,94%
- Seguro de enfermedad	5,75%	6,55%
- Gravamen total sobre la nómina	24,64%	26,49%
Aportación requerida a quienes optan por renunciar a la Seguridad Social:	10,0%	
- Cuenta de jubilación	6,0%	
- Seguro de enfermedad	3,5%	
- Seguro de vida y de invalidez	19,5%	
- Tipo contributivo total	6,99%	
Incentivo financiero para la renuncia	5,13%	6,99%

FUENTE: GOODMAN y MUSGRAVE, 1998, p. 145.

Otro ejemplo son los contratos públicos para el seguro privado de enfermedad en Estados Unidos, donde 4,5 millones de beneficiarios de Medicare y de Medicaid están inscritos en planes privados de salud de pago anticipado. Estos planes incluyen a los beneficiarios de Medicare pertenecientes a las Health Maintenance Organizations (HMO) o a los Competitive Medical Plan (CMP).

Medicare abona a los HMOs o CMPs un total mensual equivalente al 95% de los costes promedio de sus beneficiarios, ajustado por edad, sexo, lugar de residencia, etc.

La posibilidad de elección de los beneficiarios de HMOs o CMPs entre los distintos proveedores es superior a la que ofrece el Medicare y las prestaciones que ofrecen también superan a las de Medicare, principalmente en cobertura hospitalaria (GOODMAN y MUSGRAVE, 1998, p. 128).

B) Ahorros privados como alternativa al seguro de enfermedad.

Como alternativa a los seguros sociales nos encontramos con los fondos de previsión. Los fondos de previsión incluyen ahorros obligatorios, reservados para contingencias como enfermedad y jubilación, con aportaciones de los trabajadores, si bien en algunos casos también participan los empleadores y el propio Estado.

En la mayoría de los casos se permite la utilización de los fondos de previsión para cubrir situaciones extraordinarias, como desempleo, enfermedad, invalidez, etc.

Un ejemplo de programa de ahorro obligatorio es Singapur. Este programa tiene características similares a un sistema de pensiones de capitalización, fue implantado en 1955 y cubre a casi las tres cuartas partes de los trabajadores, dejando fuera a los trabajadores autónomos, a los funcionarios del Estado y empleados universitarios y a quienes tienen cobertura por planes distintos.

Las aportaciones las realizan los trabajadores y los empleadores, si bien la parte de éstos se detrae del salario, por lo que puede afirmarse que son los trabajadores los únicos participantes en su fondo²² y los recursos obtenidos van al Central Provident Found (CPF), gestionado por el Estado y con carácter monopolista.

Se pueden retirar fondos para la compra de vivienda, para contratar un seguro de vida o un seguro hipotecario sobre la vivienda. Asimismo, pueden obtenerse créditos para afrontar gastos extraordinarios. Posteriormente, en 1984, se amplió el programa a las llamadas “cuentas Medisave”²³, cuyos fondos cubren gastos de hospitalización en

²² La aportación total, entre trabajadores y empleadores, va desde el 10% en 1955 hasta el 40% en 1991.

²³ La aportación del los trabajadores al Medisave es del 6% del salario hasta alcanzar un saldo de 8.522 dólares.

hospitales públicos y privados concertados, pero no pueden emplearse para la asistencia extrahospitalaria (GOODMAN y MUSGRAVE, 1998, p. 131-2).

III.2.d. MÉTODO 4: Introducción de competencia, como condición previa a la privatización.

En muchos países, como el Reino Unido y Nueva Zelanda, se han implantado reformas en la sanidad con el fin de facilitar la privatización parcial o total del sistema sanitario.

Una de estas medidas es la simulación del mercado en la provisión de servicios sanitarios, separando las funciones de financiación, compra y provisión de la asistencia sanitaria y obligando a los proveedores a competir entre sí. Para ello, se transforman las entidades públicas sanitarias en empresas con personalidad jurídica independiente del Sistema al que pertenecen, permaneciendo la financiación por el Estado. A continuación, las empresas públicas sanitarias han de competir con las privadas, en igualdad de condiciones, siendo un elemento esencial de esta transformación la capacidad del usuario para elegir proveedor.

En el Reino Unido, con el Gobierno de Margaret Thatcher, se iniciaron las reformas del Sistema Nacional de Salud británico ateniéndose a las propuestas definidas por la Secretaría de Estado para la Salud en el Libro Blanco *Working for patients*, que se presentó en 1989.

Los cambios en la sanidad británica comenzaron en 1991, con la introducción de competencia entre proveedores e incentivos de mercado en el sistema sanitario, teniendo como objetivo final la mejora de la eficiencia, de la calidad de los servicios sanitarios y el aumento de la satisfacción del usuario.

Aunque la financiación sigue siendo competencia del NHS, las funciones de compra y provisión de asistencia sanitaria sufren una descentralización significativa. La

adquisición de servicios sanitarios es competencia de la Autoridades Sanitarias de Distrito, aunque no de forma exclusiva.

En atención primaria, nos encontramos con dos tipos de médicos generales: los GPs, que son los antiguos médicos generales, y los GPFHs, que son médicos generales con presupuesto propio y con capacidad de compra de asistencia especializada para sus beneficiarios. En asistencia especializada, los proveedores que antes pertenecían al NHS se convierten en empresas públicas autónomas e independientes del poder político, con métodos de gestión similares a los utilizados en el sector privado.

La relación entre los compradores y los proveedores de asistencia especializada es contractual, por lo que los proveedores, tanto públicos como privados, han de competir por los contratos con las organizaciones compradoras y sus recursos dependerán de su capacidad de captación de clientes.

III.3. Privatización de las funciones del sistema sanitario.

De las cinco funciones realizadas en un sistema sanitario (normativa, organizadora, de financiación, de compra y de provisión de servicios sanitarios), las dos primeras son competencia exclusiva del poder público, pero el resto son funciones que también puede realizar el sector privado²⁴.

III.3.a. Privatización del aseguramiento.

Los seguros privados tienen ventajas e inconvenientes. Una de sus ventajas es permitir al consumidor conocer el coste que ha de soportar por la satisfacción de sus necesidades en cada período de su vida y ajustarse a la renta disponible²⁵.

²⁴ En los Sistemas Nacionales de Salud, las reformas contempladas establecen el mantenimiento de la financiación pública de la asistencia sanitaria, quedando reducida la posibilidad de privatización a la compra y la provisión de servicios sanitarios.

²⁵ Existen organizaciones de mantenimiento de la salud que, utilizando medicina de baja tecnología y las propiedades autocurativas del cuerpo, consiguen unos niveles de salud aceptables. Sus primas son menores que las de los seguros convencionales.

La posibilidad del usuario de comparar entre los distintos seguros ofertados sensibiliza más a los profesionales sanitarios y a los hospitales frente a los gustos y las necesidades de sus pacientes. Si el usuario puede cambiar de asegurador al final del período prefijado, la asignación de los recursos es más acertada (GREEN, 1998, p. 70).

Uno de los principales problemas que presenta el aseguramiento privado, tanto libre como complementario, es el de la selección adversa, debido a la asimetría de información entre asegurado y aseguradora.

La respuesta de la aseguradora ante la falta u ocultación de información oportunista previa a la suscripción de la póliza es la selección de riesgos, teniendo en cuenta enfermedades anteriores, expectativas de enfermedad en el futuro, actividades de riesgo y factores sociales (ORTÚN RUBIO, 1998a, p. 294).

Sin embargo, es posible aplicar medidas que palien o eliminen los problemas generados por la selección de riesgos (ver FIGURA V.2):

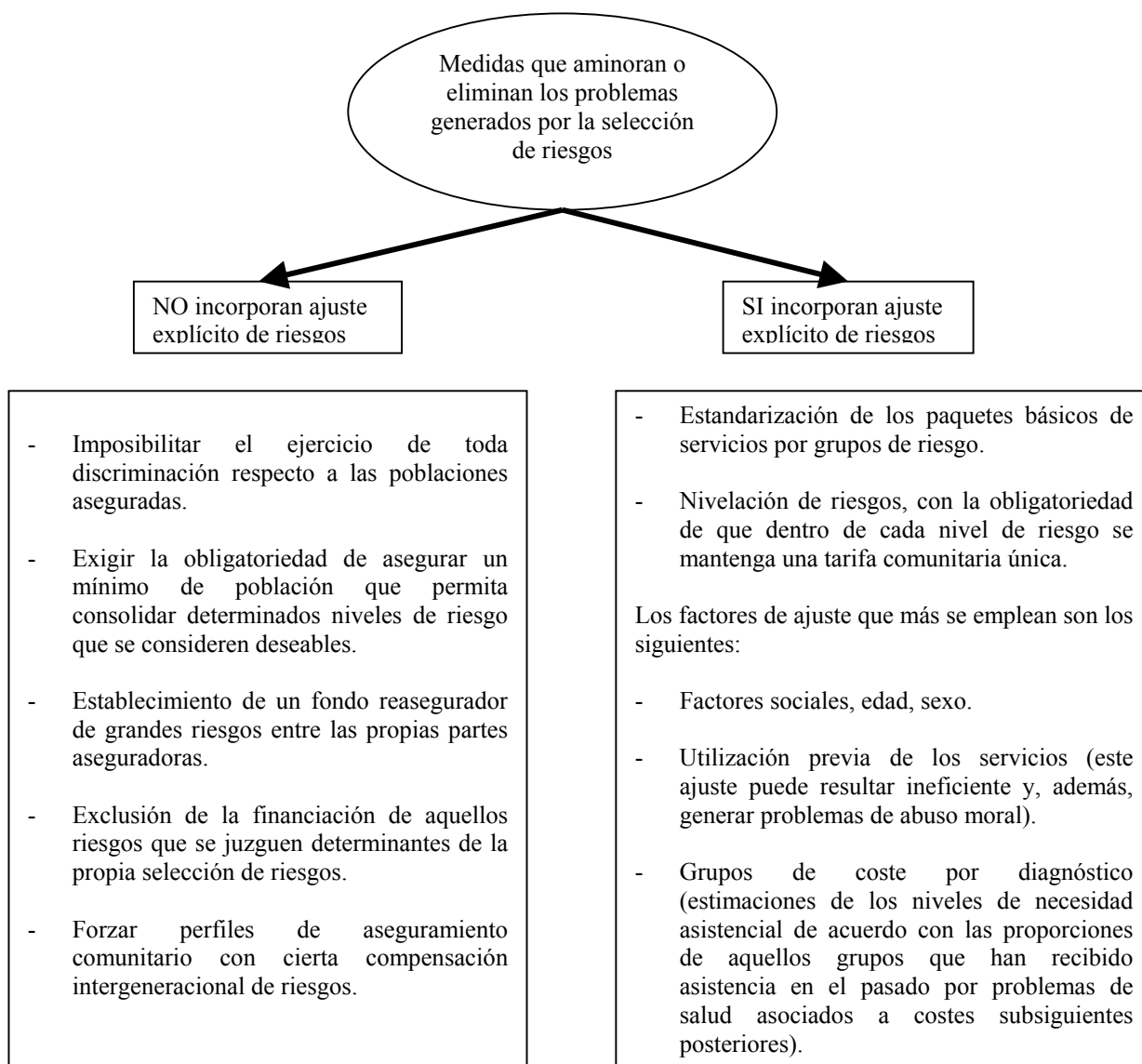
- la oferta de paquetes básicos de servicios por grupos de riesgo,
- la clasificación en niveles de riesgo con primas únicas para cada nivel,
- la utilización de factores de ajuste en las primas del seguro contratado.

ENTHOVEN (1980) propone la aplicación de dos reglas fundamentales para evitar que ningún ciudadano se quede sin cobertura sanitaria:

- a) nadie puede ser excluido de un seguro sanitario por una enfermedad preexistente²⁶ y
- b) el asegurador ha de establecer la misma póliza para los beneficiarios pertenecientes al mismo grupo de riesgo.

²⁶ El Estado podría subvencionar el tratamiento de enfermedades preexistentes.

FIGURA V.2
POSIBLES TRATAMIENTOS DE LA SELECCIÓN DE RIESGOS



FUENTE: LÓPEZ G., ORTÚN V., (1998), *Economía y Salud*, Ed. ENCUENTRO, Madrid, 1998, p. 61.

III.3.b. Privatización de la compra.

La eliminación del monopolio de compra que actualmente conllevan los sistemas de aseguramiento público universal podría aportar mejoras incuestionables al sector sanitario: nuevas formas de control de los proveedores de servicios sanitarios, introducción de incentivos a los usuarios para responsabilizarse de su estado de salud y

de la utilización del sistema y, sobre todo, mejora de los mecanismos de compra de asistencia sanitaria (RIESGO, 1998, p. 340).

Un ejemplo de modelo de compra en España es el llamado “sistema MUFACE”, que ha demostrado su eficacia al conseguir un alto índice de satisfacción de sus afiliados, con un coste significativamente más bajo por persona que en el sistema público.

La desaparición del monopolio de compra de servicios sanitarios conlleva la desconcentración y descentralización de tal función, que puede llevarse a cabo mediante la descentralización en aseguradoras, en cooperativas de profesionales de atención primaria o en franquicias de carácter privado, ejerciendo todas ellas las funciones de intermediario²⁷ entre el usuario y el proveedor de la asistencia sanitaria.

A) Descentralización en aseguradoras.

La función de compra podrían realizarla entidades aseguradoras, bien sean de carácter público o privado, tanto con o sin ánimo de lucro. Además de adquirir servicios sanitarios para sus afiliados, sería posible ampliar sus funciones, tomando un papel de asesoramiento de los pacientes para elegir proveedor o seleccionando el proveedor directamente, estableciéndose una relación de agencia con el usuario.

La compra de servicios sanitarios se realizaría mediante acuerdos con los proveedores o a través de un proceso de contratación. Si existe competencia en la provisión de asistencia sanitaria, el sistema ganaría en eficiencia, puesto que los compradores tendrían incentivos para adquirir servicios a aquellos proveedores que ofrecieran servicios más baratos para un nivel de calidad dada, o servicios de mayor calidad para un coste predeterminado.

²⁷ Ya se ha hecho referencia anteriormente a las funciones del intermediario en Capítulos anteriores.

El inconveniente principal que presenta este modelo es la vigilancia necesaria para que no se den casos de selección adversa, que esté asegurada la universalidad y la equidad por el poder público, así como un nivel determinado de calidad.

Los costes de transacción dependerán del sistema de compra de servicios sanitarios, si bien la experiencia muestra que las relaciones contractuales suelen provocar costes de transacción más elevados.

En todo caso, sería necesaria la regulación estatal para proteger los derechos de los consumidores, así como para obligar a las partes a cumplir sus obligaciones contractuales.

B) Descentralización en cooperativas de profesionales de atención primaria.

Las asociaciones de profesionales de atención primaria serán viables siempre que puedan funcionar con unos costes de transacción menores que los de otras organizaciones de compra alternativas (ORTÚN RUBIO, 1998a, p. 296). Una de las ventajas de las cooperativas de profesionales es que reduce el conflicto entre discrecionalidad profesional y discrecionalidad gestora, al coincidir el ejercicio profesional y la gestión en las mismas personas, lo que implica mayor control y responsabilidad sobre los aspectos económicos de las decisiones clínicas.

Para que las asociaciones de profesionales puedan funcionar satisfactoriamente se precisan una serie de condiciones:

- Que el tamaño del grupo sea pequeño, permitiendo un proceso democrático no costoso en la toma de decisiones. Un tamaño excesivo complica el proceso de decisión, pierde flexibilidad y manejabilidad en el conjunto y desincentiva el esfuerzo individual al debilitar la relación entre el esfuerzo y el resultado. Para que la asociación de tamaño reducido sea viable es necesario que no se produzcan economías de escala substanciales, pues de lo

contrario, el crecimiento sería una estrategia obligada para mantener la competitividad (ORTÚN RUBIO, 1998a, p. 297).

- Que exista posibilidad de control (rendimiento, calidad, etc.) mutuo de la actividad de cada socio. El control sobre el trabajo profesional se encarece al tener que realizarlo otros profesionales. En este caso, si el control es mutuo entre los profesionales sanitarios que forman la cooperativa de profesionales, se reduce el coste del mismo. Además, existe una mayor relación entre esfuerzo y resultado, por lo que los profesionales tienen mayores incentivos para esforzarse en su actividad profesional.
- Que el capital humano soporte el mayor riesgo, en lugar del capital físico.
- Que no exista gran especialización profesional para la gestión, por lo que se sustituye por el control mutuo.

Estas condiciones se dan normalmente en la atención primaria, pero no en la atención especializada. Sin embargo, la atención primaria supone entre el 30 y el 40% del gasto sanitario, donde se incluye la atención primaria como tal, el gasto farmacéutico y la atención especializada programable.

Las ventajas de las cooperativas de profesionales de atención primaria derivan de los estímulos aportados por la propiedad de las mismas²⁸.

Una de las primeras experiencias de este tipo es la empresa Praktikertjänst AB, en Suecia, formada por profesionales médicos de atención primaria, que ha llegado a acaparar el 50% de las consultas privadas de atención primaria. Es considerada como asistencia sanitaria de “primera clase” y se reserva a las familias que pueden pagar una cuota especial de entrada y cuotas anuales de suscripción. Estos profesionales adquieren para sus beneficiarios asistencia especializada de “alto nivel”, facilitando información al

²⁸ Ver ORTÚN, V., GERVÁS, J. (1996a); ORTÚN, V., GERVÁS, J., (1996b); DEL LLANO et al. (1997); y LÓPEZ CASASNOVAS, G. et al. (1997).

usuario acerca de los distintos proveedores existentes (SALTMAN y VON OTTER, 1988, p.115).

III.3.c. Privatización de la provisión.

La descentralización del poder de compra de asistencia sanitaria llevará a elegir proveedores entre centros sanitarios y proveedores integrados. Los proveedores integrados cubren el total de la asistencia sanitaria: atención primaria, especializada y sociosanitaria. La integración vertical puede ser una solución para la supervivencia de los proveedores en un ámbito de competencia.

Entre las dificultades técnicas comunes a la competencia entre proveedores integrados y entre proveedores no integrados es necesario señalar las derivadas de la presencia de monopolios naturales o de la dificultad de medir el producto, teniendo en cuenta también la calidad (ORTÚN RUBIO, 1998a, p. 299).

Aunque existen diversas dimensiones de la calidad asistencial y no se incorporan todas en la medida del producto, esto no debe impedir que la compra se dirija hacia los proveedores más eficientes, con prudencia proporcional a las dificultades de obtener toda la información.

Una dificultad técnica específica de la atención sanitaria integral es la de controlar la calidad y cantidad de los servicios y el ajuste por riesgo del pago caputivo para evitar comportamientos de selección adversa (ORTÚN RUBIO, 1998a, p. 300).

También existe una dificultad técnica específica de la compra de servicios sanitarios, que es la de ajustar la medida del producto intermedio por aquellas variables que el proveedor no controla y de las que, por lo tanto, no es responsable, por lo que se necesita una mayor colaboración entre los niveles asistenciales que compiten entre sí (ORTÚN RUBIO, 1998a, p. 301).

En algunos casos, la privatización supone la compra de servicios que anteriormente producía el sector público (externalización), lo que permite a una organización beneficiarse de las ventajas de la especialización y de economías de escala en funciones que no constituyen su principal actividad. La compra de estos servicios puede realizarse incluso dentro de la misma organización, entre unidades distintas o departamentos distintos.

En otros casos, la privatización se inicia con la conversión de las entidades sanitarias públicas en empresas autónomas (fundaciones, empresas públicas, sociedades mercantiles, consorcios, etc.), pero manteniendo la titularidad pública. Estas nuevas formas de gestión se regirán por el derecho privado, en lugar del derecho administrativo, por lo que consiguen mayor libertad de actuación, tanto en contratación de servicios, personal, negociación con entidades compradoras, determinación de objetivos, etc. Sin embargo, los beneficios esperados de este cambio se ampliarían si operasen en un entorno competitivo. La simple desburocratización de la organización sanitaria sería insuficiente para conseguir mejoras en la eficiencia, pero la competencia entre las nuevas formas organizativas públicas con los proveedores del sector privado ampliaría el abanico de posibilidades de elección del consumidor y obligaría a las entidades públicas a mejorar sus ofertas y ser más eficientes.

La experiencia con la City-Akuten, en Suecia, a partir de 1983, para la prestación de asistencia primaria en clínicas proporciona un interesante estudio de casos sobre la privatización basada en sociedades anónimas dentro del sistema sueco de atención sanitaria. La clínica City-Akuten, situada en el centro de Estocolmo, previo acuerdo con la Seguridad Social y el Ayuntamiento, proporciona asistencia sanitaria a los ciudadanos cerca de su centro de trabajo y sin cita previa. La demanda de este servicio ha sido muy elevada y bien aceptada por el ciudadano, que disfruta de una asistencia sanitaria rápida. Con posterioridad, este modelo se ha ido extendiendo a otros Ayuntamientos del país (SALTMAN y VON OTTER, 1988, p. 113).

IV. UN INTENTO DE PRIVATIZACIÓN: NUEVA ZELANDA.

En los años 80, Nueva Zelanda inició un proceso de liberalización y desregulación que se extendió a todos los sectores económicos: la agricultura, los mercados financieros, el transporte terrestre, las líneas aéreas comerciales, etc.

En 1991, el cambio estructural del sector público se extiende a la sanidad, imitando las políticas llevadas a cabo en el Reino Unido, pero con el objetivo de privatizar, al menos parcialmente, el sistema sanitario. El punto de partida es el mismo que en el Reino Unido: un Sistema Nacional de Salud; pero en tanto que la propuesta británica se detiene en la creación de mercados internos, en Nueva Zelanda se desea llegar a la privatización. La imitación del modelo británico se concretaba en la gestión general sanitaria, las relaciones contractuales entre compradores y proveedores, la utilización de indicadores de rendimiento, la creación de consorcios autónomos, la asignación de responsabilidad presupuestaria a los médicos generales, etc.

El programa neozelandés combinaba algunos métodos de privatización antes analizados: el sistema chileno, que permite a los ciudadanos la renuncia al aseguramiento público y optar por el aseguramiento privado; el sistema norteamericano, que obliga al sector público a competir con el sector privado en la oferta de servicios; y el modelo del Reino Unido, que introduce los mercados internos en la provisión de servicios sanitarios.

Los cambios fundamentales que se producen en el Sistema Nacional de Salud neozelandés son (GOODMAN y MUSGRAVE, 1998, p. 141):

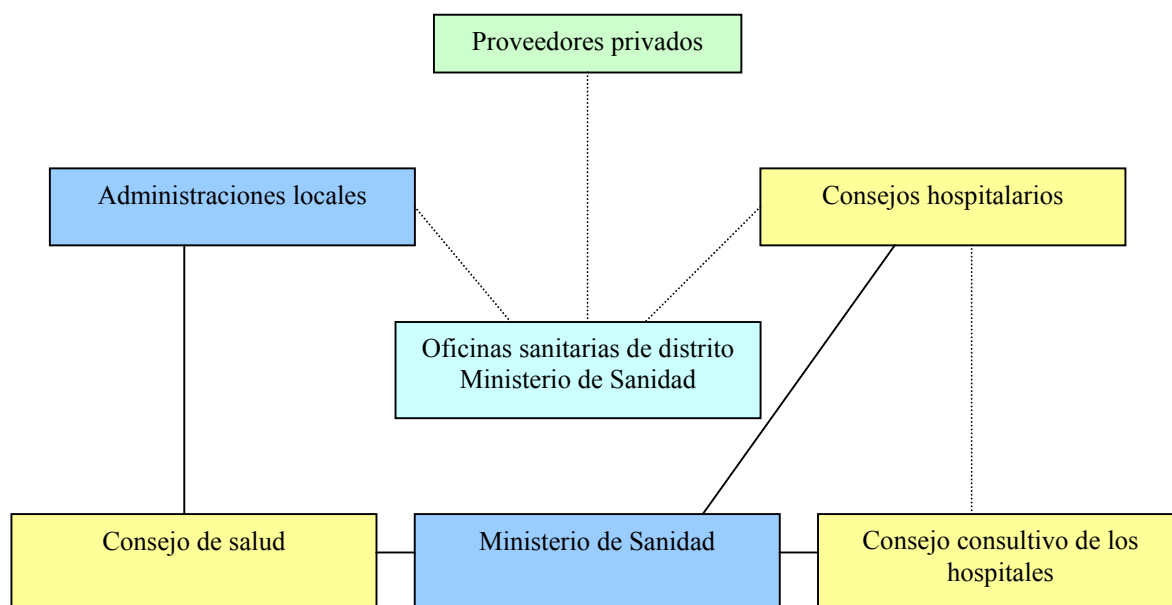
- La conversión de los hospitales públicos en entidades empresariales independientes del poder público en su gestión.
- Obligación de competir entre sí hospitales públicos y privados, en igualdad de condiciones.

- Se crearon cuatro autoridades sanitarias regionales para negociar los contratos con los proveedores de la asistencia sanitaria.
- Capacidad de elección de los ciudadanos entre aseguramiento público y aseguramiento privado, compensándoles con deducciones en impuestos o vales.

IV.1. El sistema sanitario neozelandés.

La organización de la asistencia sanitaria en Nueva Zelanda hasta 1980 es prácticamente la misma que la establecida en 1938, con la Ley de la Seguridad Social (FIGURA V.3). En esta Ley se contemplaba el derecho universal al sistema general sanitario, financiado a través de impuestos.

FIGURA V.3
ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO. 1980. NUEVA ZELANDA.



FUENTE: OCDE, 1994, p. 257.

El compromiso del Estado en materia de asistencia sanitaria y salud pública, matizado por los acuerdos con los profesionales médicos, bien organizados y decididos

a defender sus intereses, dejó muchos elementos de la asistencia sanitaria en manos del sector privado, aunque subvencionándolos con una serie de mecanismos conocidos como prestaciones sanitarias al paciente (OCDE, 1994, p. 257).

La característica principal del sector sanitario de Nueva Zelanda ha sido la fragmentación, puesto que la asistencia sanitaria pública dependía de las autoridades nacionales competentes y de la gestión local. El Ministerio de Sanidad actuaba a través de 18 oficinas sanitarias de distrito, compartiendo las competencias sanitarias con otros departamentos estatales y organismos públicos. Aparte, existían 29 consejos hospitalarios locales, elegidos localmente y financiados por la Administración central. El cometido de estos consejos era prestar servicios hospitalarios y otros servicios comunitarios.

Hay que añadir a todo esto las 230 autoridades territoriales locales con responsabilidad en materia de salud medioambiental y planificación urbana.

El sector privado ha desempeñado un papel muy activo en la prestación de asistencia sanitaria, tanto en asistencia primaria como en asistencia especializada. Su remuneración estaba determinada en función de los servicios prestados, lo que obligaba al paciente a realizar fuertes desembolsos al acudir a las consultas de los médicos generales, si bien no se exigía el pago directo por los medicamentos, las pruebas diagnósticas de laboratorio y la asistencia hospitalaria pública (OCDE, 1994, p. 258).

La fortaleza del sector sanitario privado se debía a varios factores históricos, entre los que destacan la herencia estructural en la asistencia primaria, la ayuda financiera destinada a revitalizar los servicios sanitarios privados a enfermos agudos, el reconocimiento de la importancia de las organizaciones religiosas y asistenciales en asistencia geriátrica hospitalaria y servicios a domicilio y la proliferación de los seguros privados a partir de los años 60.

Las asociaciones voluntarias de asistencia sanitaria llegaron, en algunos casos, a constituir grandes organizaciones que dependían de las ayudas económicas del Estado,

aunque también surgieron otros grupos en defensa de la salud y de ayuda mutua, a raíz de la insatisfacción de los consumidores con algunos aspectos del sistema sanitario público y de otros movimientos sociales.

En los años ochenta, Nueva Zelanda inició importantes reformas económicas y administrativas:

“Tras limitadas reformas microeconómicas emprendidas a finales del decenio de 1970, la política económica de Nueva Zelanda se ha replanteado significativamente a partir de 1984 para establecer una economía eficiente y orientada al mercado y reinstaurar los equilibrios macroeconómicos. La reforma estructural ha sido rápida, generalizada e innovadora, y ha ido acompañada por una estrategia financiera para controlar la inflación a medio plazo. Las repercusiones de las reformas estructurales, tras décadas de excesiva intervención gubernamental, han sido importantes. La liberalización del sector, la mayor facilidad de acceso a los mercados y el menor proteccionismo frente al exterior han favorecido la competencia y han obligado a las empresas a reestructurarse, racionalizarse o desaparecer. El sector público ha sufrido una profunda reorganización y reformas en la gestión” (OCDE, 1994, p. 258).

Este plan de liberalización económica fue mucho más ambicioso que los de cualquier país del mundo, pero todas las reformas se han basado en los principios del Estado del bienestar.

Las primeras iniciativas tienen varios objetivos: a) mejorar la eficiencia y evitar el despilfarro en áreas clave del gasto sanitario (asistencia especializada y prestación farmacéutica); b) controlar el gasto sanitario público; c) aumentar la responsabilidad y la capacidad de respuesta de los proveedores de servicios sanitarios; d) mejorar el acceso a la asistencia primaria y reorientar el sistema asistencial hacia las necesidades de los consumidores, la salud y los servicios comunitarios.

Las estrategias llevadas a cabo fueron el control de los costes y una fórmula equitativa de distribución de los recursos, políticas aplicadas hasta el inicio de los noventa.

La base de los cambios introducidos fueron dos análisis en profundidad de la política sanitaria: *A Health Service for New Zealand* (Ministerio de Sanidad, 1974) y *Your Health and the Public Health* (Ministerio de Sanidad, 1991), junto con otros estudios más concretos acerca de las prestaciones sanitarias, la organización de la salud pública y los servicios hospitalarios y relacionados. Después de todo esto, se llegó a la conclusión de que cambios aislados no darían resultados significativos, por lo que se requería un cambio más profundo en el sistema (OCDE, 1994, p. 259).

La tendencia progresiva hacia la regionalización de la compra y la prestación de asistencia sanitaria, la independencia de los proveedores, el desarrollo de modelos de concertación y el desarrollo de un mercado privado de seguros de enfermedad son algunos de los elementos más importantes de la década de los 80.

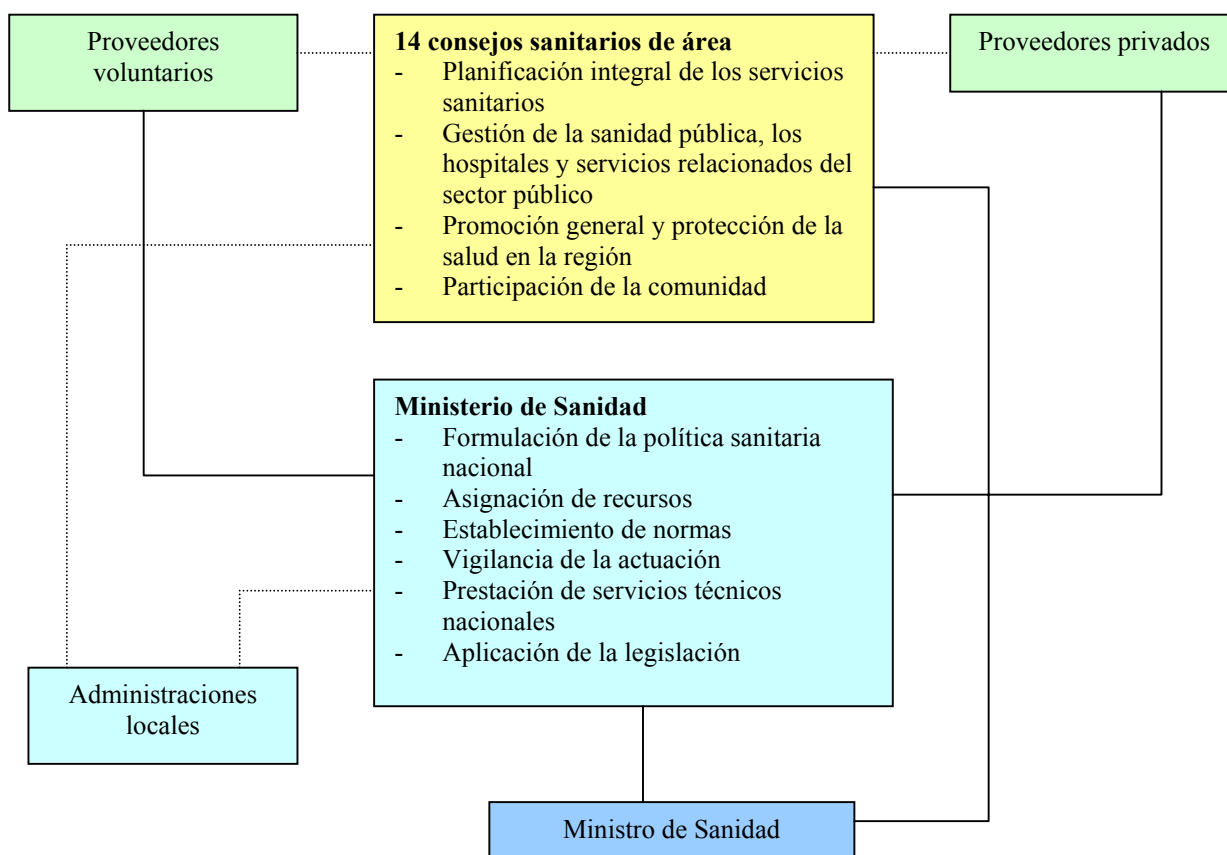
El sistema sanitario combinaba financiación y provisión públicas y privadas. La financiación pública suponía en torno al 80% del gasto sanitario total, con cargo a los impuestos generales. Más del 40% de las familias tenían contratados seguros de enfermedad privados, sin deducción fiscal, con reembolsos variables; sin embargo, el seguro privado solamente suponía un 3,5% del gasto sanitario total (OCDE, 1994, p. 260) (FIGURA V.4).

La asistencia sanitaria especializada se adquiría y prestaba, principalmente, a través de los consejos sanitarios de área. La remuneración de los especialistas era a través de subvenciones públicas por consulta. La sanidad privada se desarrolló especialmente en la cirugía no urgente y la asistencia geriátrica a domicilio de larga duración.

La asistencia primaria se financiaba con fondos públicos, remunerándose según servicios prestados, sin topes máximos, para los médicos generales y una subvención

del sueldo a los profesionales de enfermería. Los médicos generales eran proveedores independientes, sin relación contractual directa con la Administración pública y sus honorarios se completaban con el pago directo variable del usuario. La cuantía del pago directo era determinada por la Asociación Médica de Nueva Zelanda.

FIGURA V.4
ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL SISTEMA SANITARIO. 1992.



FUENTE: OCDE, 1994, p. 260.

En 1985, se crean los primeros consejos sanitarios de área, formando una red de 14 consejos en 1989. Su cometido era prestar servicios de asistencia sanitaria y promover y proteger la salud de sus poblaciones (entre 35.000 y 900.000 habitantes), así como coordinar la planificación de los servicios suministrados por el sector público, el sector privado y el voluntariado.

Estos consejos sanitarios de área eran elegidos por períodos de tres años, hasta 1991, al igual que los Gobiernos locales, pero en este año, fueron sustituidos por comisarios designados por el Ministerio de Sanidad, con el fin de preparar las reformas planificadas.

La financiación de los consejos sanitarios de área estaba diseñada por la Fórmula de Financiación Equitativa, donde se ponderaba la edad de la población, sexo, mortalidad y fertilidad. La transferencia de pacientes de unas áreas a otras se compensaba con suplementos. La Fórmula era actualizada periódicamente según la experiencia y las responsabilidades añadidas de los consejos sanitarios de área (OCDE, 1994, p. 262).

En 1992, se introdujeron los pagos directos de los pacientes de renta más alta en la asistencia especializada hospitalaria y ambulatoria, suministrada por los consejos sanitarios de área, eliminándose posteriormente en la asistencia hospitalaria.

Con la creación de los consejos sanitarios de área se produjo una descentralización de las responsabilidades operativas del Ministerio de Sanidad, sufriendo una profunda reestructuración interna entre 1980 y 1990.

La expansión del gasto sanitario en servicios hospitalarios planteó la necesidad de políticas de contención de costes, principalmente en lo que se refiere al factor tecnológico. Para ello, los planes integrales de servicios de los consejos sanitarios de área eran remitidos obligatoriamente al Ministerio de Sanidad para su aprobación.

La planificación cambió la orientación de sus directrices descriptivas, centrándose más en los resultados sanitarios que en los recursos empleados. Sin embargo, no existían requisitos claros en cuanto a los resultados, por lo que los consejos sanitarios de área simplemente se ajustaban a los presupuestos, siguiendo las directrices políticas generales del Gobierno. Estos sistemas de planificación determinaron acuerdos formales entre el Ministerio de Sanidad y los consejos sanitarios de área, que se plasmaron en la Ley de Presupuestos del Estado de 1989 y significaron el

reconocimiento mutuo de la Carta de Salud de Nueva Zelanda. En dicha Carta se describían las funciones y responsabilidades de los principales agentes del sistema sanitario, incorporando los diez objetivos sanitarios nacionales²⁹ y la negociación de los contratos anuales entre el Ministerio de Sanidad y los consejos sanitarios de área, teniendo en cuenta la coherencia entre las actividades de los consejos que se especificaban en los contratos y las declaraciones del servicio nacional y de indicadores de rendimiento (OCDE, 1994, p. 262).

En los contratos se especificaba la gama de servicios o de resultados que debían conseguirse y la asignación global de los recursos.

El proceso de contratación se inició en el ejercicio 1990-91, pero dependía en gran medida de los datos existentes y se observaron grandes diferencias locales en el acceso a la asistencia sanitaria. Asimismo, quedó de manifiesto la necesidad de mayor información sobre las necesidades sanitarias, la eficiencia y la eficacia de los servicios.

La contratación de servicios sanitarios contribuyó a la definición de las responsabilidades del Ministerio, de los consejos sanitarios de área y de la alta dirección y terminó por generalizarse a todo el sistema sanitario.

La mayor parte de los contratos se basaba en resultados, pero se puso de manifiesto la debilidad de la estructura al coincidir en los consejos sanitarios de área la función de compra y de provisión de asistencia sanitaria, los cuales actuaban en su territorio en situación de monopolio.

Por otra parte, la preocupación por mejorar la gestión sanitaria fue la causa de la implantación de la Unidad de Mejora de la Gestión de los Servicios sanitarios, que inició una serie de programas entre 1987 y 1988. Estos programas iban dirigidos a mandos intermedios, a altos directivos y a profesionales sanitarios interesados en asumir tareas gerenciales.

²⁹ Relativos a la mejora de la nutrición y la reducción del consumo de alcohol, la hipertensión arterial, las lesiones y muertes producidas por accidentes de tráfico, el asma, las enfermedades cardíacas, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer cervical y el cáncer de piel.

La reestructuración del sector sanitario en los años ochenta se basaba en la integración de la gestión y la provisión de asistencia sanitaria, intentando cambiar la orientación de la asistencia institucional a la comunitaria, de la asistencia secundaria a la primaria y del tratamiento a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Sin embargo, la integración de estas funciones en los consejos sanitarios de área se enfrentaba al sector privado, que defendía sus intereses y sus métodos de financiación ante la posible competencia en la asistencia secundaria. Como resultado de ello, las actividades de salud pública se quedaron sin financiación ni protección organizativa.

Los servicios de salud pública de los distritos, gestionados por el Ministerio de Sanidad, se transformaron en servicios de desarrollo sanitario, pasando a desempeñar una función importante de salud pública en los consejos de área. La reorientación del sector sanitario fue posible con ayuda financiera y planificación, promoviendo la investigación en materia de salud pública y servicios sanitarios del Consejo de Investigación Médica.

Por otra parte, el sector sanitario neozelandés ha tenido que adaptarse a las características biculturales de la sociedad, con iniciativas específicas para la población maorí. Analizados los indicadores sanitarios de toda la población, pudieron constatarse los peores resultados de este grupo étnico, por lo que se decidió el desarrollo de programas sanitarios, creándose un Comité Consultivo Ministerial sobre la Salud de los Maoríes, que los puso en marcha a finales de los ochenta y principios de los noventa.

La característica esencial de los programas sanitarios era el respeto a la cultura maorí, para ello, se desarrollaron procedimientos y prácticas basadas en sanadores tradicionales y la prestación de servicios sin conculcar la actitud de los maoríes ante la muerte (OCDE, 1994, p. 263).

También se llevaron a cabo iniciativas para defender los derechos de los pacientes y de los consumidores³⁰. Se establece por Ley el procedimiento de tramitación

³⁰ El derecho a la dignidad de la persona, la responsabilidad clínica, el consentimiento informado, el acceso a información y la auditoría médica externa fueron los elementos destacados por la Comisión Cartwright, en la encuesta realizada en 1988.

de quejas y la designación de defensores del paciente locales. Finalmente, la capacidad de elección del paciente ha sido siempre bastante amplia, tanto en asistencia primaria como secundaria, pero poco utilizada.

Los resultados de las reformas aplicadas hasta 1991 se recogen en el documento *Your Health and the Public Health*, realizado por el Ministerio de Sanidad. En dicho informe se reconocen los éxitos alcanzados por los consejos sanitarios de área en la gestión general y en los contratos, así como mejoras de la eficiencia técnica y de las consultas comunitarias. Sin embargo, también se critica la inadecuada información sobre los costes, los precios y la calidad de la asistencia sanitaria, la vulnerabilidad frente a los grupos de interés y la falta de flexibilidad, principalmente en la utilización de los sectores público y privado.

Las políticas de contención de costes se centraron, sobre todo, en los costes de personal, con la congelación de precios y salarios a principios de los 80. La Ley de contratos de trabajo de 1990, aportó flexibilidad en la negociación de contratos locales y personales con la plantilla y los consejos sanitarios de área se responsabilizaron de las competencias de la Comisión de Personal del Servicio Sanitario.

El acceso de los pacientes a la asistencia sanitaria se veía obstaculizado por los grandes desembolsos que debían realizar. Para mejorar el acceso, principalmente en atención primaria, se utilizaron instrumentos inspirados más en subvenciones con fines específicos que en derechos universales (OCDE, 1994, p. 265).

Con el fin de controlar los costes resultantes de la eliminación de la tarifa para algunos grupos de población se implantaron, a pequeña escala, contratos con los distintos proveedores, pero, en 1990, las especiales condiciones ofrecidas para contratos más generales, a cambio de la reducción de las tarifas cobradas a los pacientes, provocó que no fueran renovados por el Gobierno.

En 1992, los pacientes tenían que pagar también tarifas por los servicios hospitalarios y ambulatorios, cuya cuantía dependía de la renta familiar, con

subvenciones y copagos reducidos para pacientes que frecuentaban los servicios de atención primaria. También se aplicaron tarifas máximas, otorgando a los consejos sanitarios el poder de imponer tarifas inferiores a las máximas establecidas, y algunos servicios hospitalarios eran totalmente gratuitos.

El régimen de participación del usuario en el coste de la asistencia sanitaria se modificó en 1992-93, principalmente en los productos farmacéuticos, y con la eliminación de las tarifas en la asistencia hospitalaria y los requisitos exigidos para la concesión de la tarjeta sanitaria de paciente frecuente.

IV.2. Las reformas sanitarias de 1993.

Las propuestas recogidas en el informe *Your Health and the Public Health*, son la base de las reformas estructurales iniciadas en 1993. Estas reformas se inspiran en las llevadas a cabo anteriormente en el Reino Unido, y se concretaban en (OCDE, 1994, p. 268-9):

- La separación de las funciones de compra y de provisión de asistencia sanitaria de los consejos sanitarios de área.
- La separación de la organización y la financiación de la salud pública de los servicios de asistencia sanitaria personal.
- Fomento de la competencia entre proveedores.
- Integración en un único organismo de la financiación de toda la asistencia sanitaria personal.
- Fomento de la continuidad de la asistencia y la coordinación de la gestión en toda la gama de servicios de asistencia personal.

- Garantía a toda la población del acceso a servicios sanitarios de nivel y calidad aceptables, permitiendo mayor libertad de elección a los usuarios.
- Definición explícita de los "servicios sanitarios básicos" que dispondrán de financiación pública, aunque no se financien en su totalidad.
- Mantenimiento del papel del Estado como principal financiador del sector sanitario.
- Fomento de la responsabilidad individual de la asistencia sanitaria.
- Reforzamiento y redefinición de la función del Ministerio de Sanidad como asesor político clave y organismo supervisor del Gobierno.

Estas propuestas fueron recogidas, aunque con modificaciones, en la Ley de servicios de salud y discapacidad, aprobada en 1991. La nueva estructura organizativa del sistema sanitario se refleja en la FIGURA V.5.

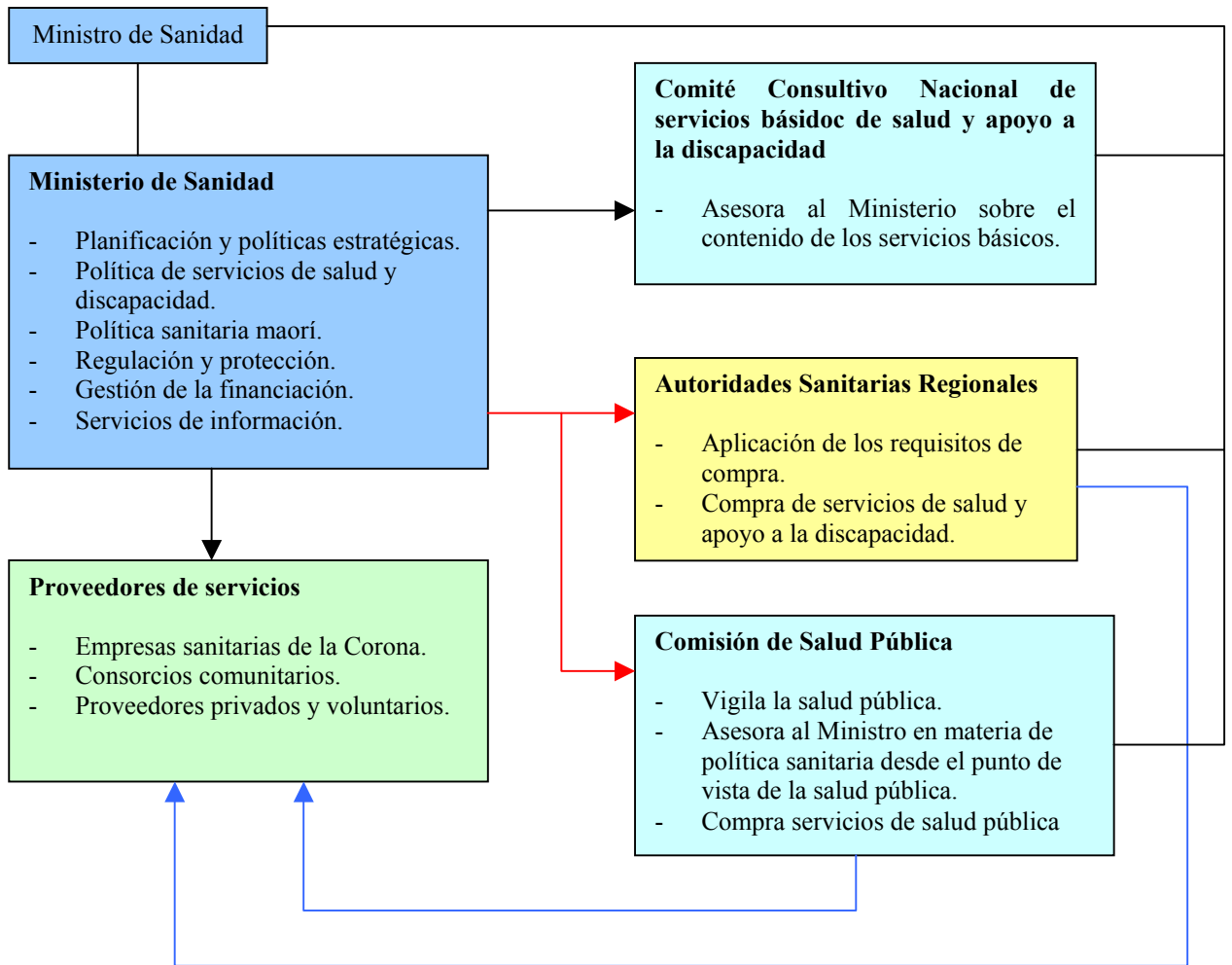
Con la nueva reforma, los consejos sanitarios de área fueron sustituidos por cuatro autoridades sanitarias regionales, que ejercerán la función de compra de asistencia sanitaria, y 23 empresas sanitarias de la Corona.

Las autoridades sanitarias regionales cubren poblaciones de entre 750.000 y 1.000.000 de habitantes, y actúan como representantes de los usuarios. En la compra de servicios sanitarios, intentan obtener mejor relación precio-calidad, así como mayor innovación en la asistencia y la prestación de servicios sanitarios (OCDE, 1994, p. 270).

Las autoridades sanitarias regionales reciben sus recursos directamente del Ministerio, pero sus presupuestos están limitados, con el fin de promover la eficiencia macroeconómica y son responsables financieramente de los servicios de asistencia primaria, especializada y continuada y servicios relacionados con accidentes, tanto a proveedores de la Corona como del sector privado.

Con la integración de la financiación en las autoridades sanitarias regionales se consigue reducir el desplazamiento de costes entre organismos y servicios, encauzar los recursos hacia la asistencia primaria, facilitar la gestión y fomentar una mayor eficiencia técnica y calidad de la asistencia (OCDE, 1994, p. 270).

FIGURA V.5
ORGANIZACIÓN DEL SECTOR SANITARIO. 1993.



- Relación de dependencia ———
- Regulación —————>
- Financiación —————>
- Contratación —————>

FUENTE: OCDE, 1994, p.269.

Las autoridades sanitarias regionales son dirigidas por un consejo de administración, cuyos miembros son designados oficialmente. Aunque son responsables de velar por el estado de salud de sus poblaciones residentes, por lo que tienen la competencia de comprar asistencia sanitaria personal, también han de tener en cuenta las preferencias de los usuarios y la opinión de los proveedores, conociendo las necesidades sanitarias de la población de su territorio. Los consejos de administración rinden cuentas al Ministerio y al Parlamento y sus estrategias de compra han de adecuarse a las normas de la Corona.

La provisión sanitaria, que anteriormente estaba en manos de los consejos sanitarios de área, se ha transformado, de tal manera que los grandes servicios sanitarios se han convertido en empresas públicas autónomas, denominadas empresas sanitarias de la Corona.

Una empresa sanitaria de la Corona puede ser un hospital metropolitano o un grupo de hospitales y servicios relacionados. Su constitución se ha basado en el modelo de empresa pública que puede contratar personal, recaudar fondos y funcionar independientemente. Sus directores generales rinden cuentas ante un consejo y el Ministerio vigila los intereses de la Corona en estas empresas.

Se pide que las empresas sanitarias de la Corona alcancen los mismos niveles de eficiencia que cualquier otra empresa sanitaria del sector privado, pero sin descuidar los objetivos sociales establecidos por la Corona y los intereses de las comunidades a las que sirven.

El Gobierno es quien garantiza la cobertura y la continuidad del servicio en la nueva estructura sanitaria, por lo que, al principio de su implantación se firmaron contratos provisionales de financiación global de los servicios. Sin embargo, el objetivo es que las empresas sanitarias de la Corona compitan entre sí y con otros proveedores por los contratos de las autoridades sanitarias regionales.

Algunos servicios que ofrecían anteriormente los consejos sanitarios de área no se han transferido a las empresas sanitarias de la Corona, sino que se han constituido en consorcios comunitarios, convirtiéndose en centros y servicios dirigidos a las comunidades locales, que pueden ser propietarios de centros y contratar servicios con las autoridades sanitarias regionales.

Finalmente, las competencias en salud pública se traspasan a la Comisión de Salud Pública, que es un organismo público independiente del Ministerio de Sanidad, y cuyas funciones se concretan en: asesoramiento en política de salud pública, control sanitario, consulta, adquisición de servicios de salud pública e interrelación con la prestación de asistencia sanitaria personal (OCDE, 1994, p. 271).

El Ministerio de Sanidad es el encargado de diseñar las estrategias de política sanitaria en lo que se refiere a organización sanitaria nacional, financiación de la sanidad, legislación, parámetros de compra y vigilancia de los resultados obtenidos en el sector sanitario.

La Ley de los servicios de salud y discapacidad de 1993 define la relación entre el Ministerio de Sanidad y los compradores, basada en un ciclo de financiación y compra, y que consta de cuatro documentos (OCDE, 1994, p. 271):

- La Declaración de objetivos de la Corona, que se transmite a las autoridades sanitarias regionales y a la Comisión de Salud Pública y consta de los objetivos y prioridades anuales.
- El Acuerdo de Financiación entre compradores y Ministerio³¹.
- La Declaración de intenciones de cada comprador.

³¹ La fórmula de asignación de recursos financieros se implanta en 1983, con la Population Based Funding Formula, que se modifica posteriormente en 1993 y en el período 1996-97. En la fórmula actual se tienen en cuenta varios factores: la población (tamaño, estructura de edad y sexo), costes per cápita de provisión de servicios, necesidad no satisfecha de la población maorí, especiales necesidades de la población cubierta por cada autoridad sanitaria regional, ajustes por razón de barreras de acceso a los servicios (de carácter geográfico y de carácter económico). Ver TAMAYO LORENZO, P. A. (2001).

- Los informes anuales de los compradores.

Todos estos documentos, con excepción del Contrato de Financiación, se remiten al Parlamento nacional.

Aunque el Gobierno, en la presentación del informe *Your Health and the Public Health*, consideraba distintas alternativas de financiación, finalmente, se decantó por mantener el modelo de financiación a través de impuestos.

Sin embargo, existe un sistema de tarifas pagadas por los usuarios cuyo objetivo es facilitar el acceso a la asistencia sanitaria de los individuos de renta baja (manteniendo los costes fiscales al obligar a los individuos de rentas más elevadas a cofinanciar el coste de su propio tratamiento), proteger a los enfermos crónicos y usuarios frecuentes, establecer mayor paridad entre los pagos directos de los usuarios en los servicios ambulatorios de los hospitales y los servicios de atención primaria y desincentivar la utilización inadecuada de los servicios (OCDE, 1994, p. 272). Para ello, se entrega tarjetas de servicios comunitarios que dan acceso a la asistencia sanitaria subvencionada a las familias e individuos de renta baja, así como una tarjeta de usuario frecuente para los enfermos crónicos. Estas tarjetas cubren la medicina general, los productos farmacéuticos, las consultas ambulatorias y los servicios de día. Los servicios hospitalarios son, sin embargo, gratuitos para toda la población.

Algunos tipos de asistencia sanitaria tienen límites máximos de copago y otros servicios clínicos están exentos, siendo competencia de las autoridades sanitarias regionales la ampliación de los pagos directos, pero con aprobación previa del Ministerio.

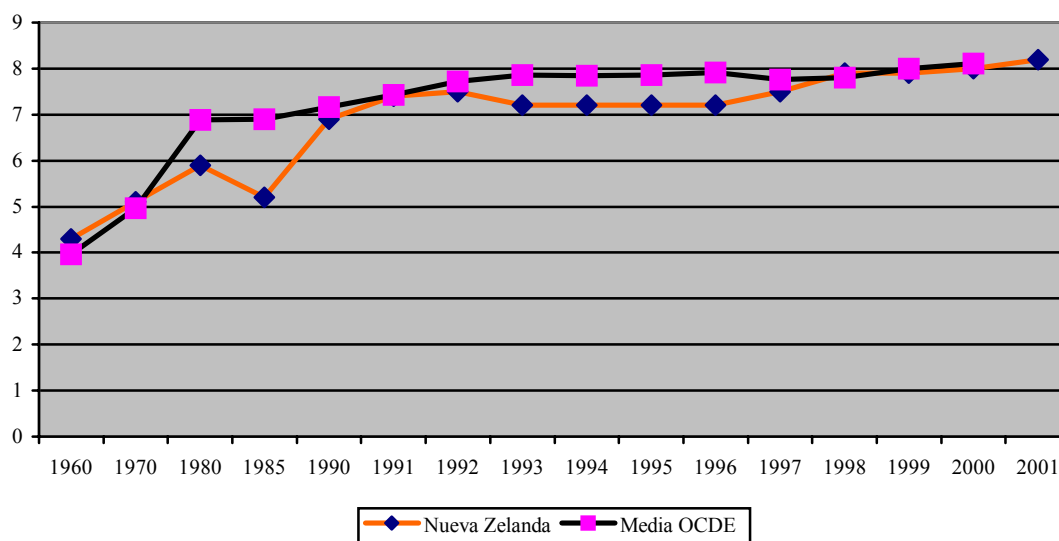
IV.3. Evaluación de los resultados.

La evaluación de los resultados de la reforma más importante del sistema sanitario de Nueva Zelanda, iniciada en 1993, es bastante compleja, debido a varios factores. En primer lugar, su corta andadura, pues, en 1996, el nuevo Gobierno realizó

un cambio de orientación de la política sanitaria, que abandonaba los objetivos fijados en la anterior, y se completa con la nueva reforma de 1999. En segundo lugar, porque se implantaron un conjunto de políticas combinadas con la reforma principal, por lo que los resultados obtenidos no pueden asignarse exclusivamente a la introducción de competencia. A pesar de todo ello, analizaremos la evolución de algunos indicadores relacionados con el sector sanitario en el período 1993-1998.

La evolución del gasto sanitario, en porcentaje del PIB, experimentó un fuerte descenso desde 1975 (6,7%), hasta 1985 (5,3%). A partir de este año, se inicia un incremento anual que alcanza el 7,5% en 1992, pero en 1993, con las reformas aplicadas, se observa una contención en el gasto, manteniéndose en torno al 7,2%. De nuevo en 1997, se registra un crecimiento hasta el 8,2% de 2001 (GRÁFICO V.1).

GRÁFICO V.1
GASTO SANITARIO TOTAL DE NUEVA ZELANDA Y MEDIA DE LA OCDE (% sobre el PIB).
1960-2001.



FUENTE: OECD HEALTH DATA 2002.

A lo largo de, período 1960-2001, si se comparan los datos de Nueva Zelanda con la media de la OCDE³², puede comprobarse que en 1970, 1991 y en los dos últimos años prácticamente coinciden, pero en los años intermedios, el gasto sanitario de Nueva Zelanda es inferior a la media de la OCDE, reflejándose significativamente esta diferencia en 1985.

La experiencia de Nueva Zelanda muestra que el sistema sanitario público, con presupuestos globales restringidos es efectivo en la contención del gasto y es equitativo (KRIEBLE, 2000, p. 929).

El gasto sanitario per cápita (en \$ PPP) en 2000 (1.623 \$) es inferior a la media de la OCDE (1.967 \$), pero muy similar al del Reino Unido y Finlandia.

En cuanto al gasto sanitario de origen público, ha descendido desde 1988 a 2001, pasando del 88% del gasto sanitario total al 76,4%, lo que se ha interpretado como una privatización del sistema sanitario (KRIEBLE, 2000, p. 925). Sin embargo, el porcentaje de participación del gasto sanitario público en el PIB ha aumentado hasta 1991 (6,1%), descendiendo en los años posteriores, para volver a remontar desde 1997 hasta el 6,3% que se registra en 2001.

El aseguramiento privado ha aumentado significativamente desde 1990 (2,8% sobre el gasto sanitario total), alcanzando el 6,8% en 1997. A partir de este año, se inicia una tendencia decreciente, terminando el período con un 6,3% en 2001.

Aunque los ciudadanos estaban de acuerdo con la reforma que les permitiría elegir entre distintos planes de salud, los cuales podrían contratar en un ámbito competitivo con los proveedores de asistencia sanitaria, sin embargo, la competencia entre planes de salud fue desechada.

³² Con datos disponibles solamente hasta 2000.

Las políticas de sustitución, combinadas con la reducción de camas hospitalarias (8,5 camas por 1000 habitantes, en 1990, a 6,1, en 1997), ha favorecido la reducción del gasto en asistencia especializada con internamiento (del 76,2% del gasto sanitario total, en 1980, al 59,1%, en 1993³³). También han permitido la disminución de la estancia media, registrando en 1998 (último dato disponible) 4,9 días, siendo el más bajo de la OCDE, a excepción de Finlandia.

La densidad de médicos por 1000 habitantes se ha incrementado (de 1,9 en 1990, a 2,2 en 2000), sin embargo, sigue siendo una de las más bajas de la OCDE.

Las autoridades sanitarias regionales se han convertido en monopsonios de compra de servicios para su población y la poca competencia entre proveedores, debido a la falta de un mercado sustancial y el interés del Gobierno en los hospitales públicos, han reducido la reforma a un modelo de contratos públicos (KRIEBLE, 2000, p. 926).

Algunas de las mejoras más significativas que se han conseguido con el modelo de contratación, desde 1993, han sido la mayor información de los agentes para tomar decisiones, principalmente acerca de los servicios suministrados y su coste³⁴, la integración de atención primaria y especializada, mejores instrumentos para gestionar la presión fiscal y ganancias de equidad en la distribución de los recursos (KRIEBLE, 2000, p. 926).

La flexibilidad de la contratación ha facilitado que surjan nuevos programas de salud para los sectores menos favorecidos, particularmente la población maorí.

Un tema importante a tener en cuenta son los costes de transacción que supone la contratación, desagregados en la preparación, negociación y control de los contratos. Se ha comprobado que los costes de transacción son superiores comparados con el sistema anterior, sobre todo en los servicios más complejos, como salud mental.

³³ Son los últimos datos disponibles de la OCDE, en HEALTH DATA 2001.

³⁴ Esto ha permitido mejorar los sistemas de contabilización de los proveedores de servicios sanitarios.

Resulta muy difícil determinar si los beneficios que aporta la contratación son mayores que el incremento que supone en costes de transacción (KLIEBER, 2000, p. 926). Con costes de transacción elevados, la integración burocrática puede ser más eficiente³⁵.

En 1996, la nueva coalición gubernamental inició modificaciones en política sanitaria como respuesta a las dificultades que se encontraban en la contratación. Estos cambios incluyeron:

- Cambio de cuatro autoridades sanitarias regionales, compradoras de servicios sanitarios, a una única agencia nacional compradora.
- Enfoque de los contratos a largo plazo.
- Contratos menos legalistas y más relacionales.
- Mayor interés por la ganancia en salud.
- Cambios en los objetivos de beneficio de los hospitales públicos corporatizados.
- Mayor apertura y transparencia de información en el proceso de contratación.

El nuevo Gobierno surgido en las elecciones de 1999 ha propuesto la creación de una institución semiautónoma del Ministerio, la Health Funding Authority, y pone especial énfasis en la participación comunitaria en la gestión de los recursos sanitarios.

El nuevo sistema es más contractual y mejor integrado que el sistema de los consejos sanitarios de área de los 80, pero menos competitivo que el que sustituye.

³⁵ Ver OUCHI, W. (1980).

Con las reformas de 1996 y 1999, desaparece el objetivo de privatizar la sanidad en Nueva Zelanda, otorgando un papel dominante al Estado en financiación y provisión de asistencia sanitaria y dejando al mercado y la competencia un papel poco definido.

En este nuevo entorno, el sector privado de seguros de enfermedad seguirá cumpliendo su cometido de aseguramiento suplementario al sistema público, al haberse abandonado la posibilidad de elegir para el ciudadano entre pertenecer al sistema público o renunciar a él y contratar un seguro de enfermedad privado.

En cuanto a la provisión de asistencia sanitaria del sector privado, es necesario resaltar el papel fundamental de la asistencia especializada hospitalaria, utilizada mayoritariamente con el fin de evitar las largas esperas del sistema público, sobre todo en intervenciones quirúrgicas no urgentes. Existe una marcada tendencia del sector privado hospitalario, al igual que sucede en otros países con un sistema sanitario público, para preferir los casos más simples frente a los más complejos y costosos (KRIEBLE, 2000, p. 929).

En Nueva Zelanda, el sector sanitario privado sin ánimo de lucro siempre ha tenido un protagonismo especial³⁶. Recientemente, la población maorí ha organizado la provisión de algunos tipos de servicios de atención primaria para su gente. Además, existe un amplio campo cubierto por las organizaciones no gubernamentales, dedicadas a temas relacionados con la sanidad de poblaciones menos favorecidas.

Con el ejemplo de Nueva Zelanda, único país que intenta la privatización del sistema sanitario en su totalidad, se pone de manifiesto que las políticas sanitarias, sobre todo las más radicales, dependen de decisiones políticas y para tener éxito es necesario un acuerdo general de todas las fuerzas parlamentarias.

³⁶ La Royal New Zealand Plunket Society ha sido un importante proveedor de servicios sanitarios maternos e infantiles durante generaciones.

CONCLUSIONES

Después del estudio realizado se ha llegado a una serie de conclusiones que se recogen a continuación:

1. La respuesta al fuerte crecimiento del gasto público y del déficit público generado por el desarrollo del Estado del Bienestar en diversos países de nuestro entorno, se ha concretado en reformas estructurales del Sector Público basadas en la liberalización, la desregulación, la introducción de competencia y la privatización de entidades públicas. El objetivo de estas reformas ha sido la contención del gasto público, la reducción del déficit, la mejora de la eficiencia y de la eficacia del Sector Público y la mayor calidad de los servicios que suministra la Administración Pública. La firma por muchos países europeos del Tratado de Maastricht refuerza la voluntad política para conseguir el control del gasto y del déficit público como una meta necesaria para entrar en la Unión Monetaria.
2. Una parte importante de los recursos nacionales (en España, el 13,5% del PIB, en 2000) se destina a servicios colectivos, suministrados principalmente por el Estado a título gratuito o casi gratuito. Algunos de estos servicios (Administración General del Estado, Justicia, Orden Público y Seguridad y Defensa Nacional) tienen las características de bienes públicos puros, por lo que son financiados y suministrados exclusivamente por el Estado. Pero existen otros servicios colectivos, que no tienen las características de bienes públicos puros, sino de bienes privados que satisfacen necesidades preferentes (educación, sanidad, etc.) y son producidos, en muchos casos, por el Sector Público.
3. La contabilización de los servicios colectivos producidos por la Administración Pública, según el Sistema de Cuentas Nacionales de las Naciones Unidas, recoge los servicios colectivos gratuitos como consumo final de las Administraciones Públicas. En el Sistema Europeo de Cuentas Económicas Integradas se distingue entre servicios colectivos destinados a la venta y no destinados a la venta. En España, se consideran servicios de las Administraciones Públicas no destinados a la venta los servicios de saneamiento de las vías públicas, los servicios contra incendios y

similares, educación e investigación, sanidad, asistencia social y los servicios culturales y recreativos.

4. Para poner a disposición de ciudadano un servicio público es necesaria la actuación de varios agentes que realizan distintas funciones: normativa, planificadora, de financiación, de compra y de provisión. Las dos primeras funciones son competencia exclusiva del poder público, pero el resto puede realizarlas tanto el Sector Público como el privado. El agente financiador es el encargado de aportar los recursos económicos necesarios para pagar el servicio. El agente comprador realiza la adquisición del servicio. Finalmente, la provisión es competencia del productor del servicio que, al mismo tiempo, lo suministra.
5. La intervención del Estado en la financiación, la compra y la provisión de servicios públicos preferentes se justifica por los fallos de mercado (monopolio o cuasimonopolio, externalidades y bienes públicos no puros) y por las características especiales de estos servicios. Sin embargo, también genera fallos de gobierno o del sector público. Los fallos del sector público se deben, principalmente, a la estructura burocrática de la Administración Pública; sus actuaciones están sujetas al Derecho Administrativo, opera normalmente en una situación de monopolio, no está obligada a tener en cuenta las preferencias de los consumidores y no existen incentivos para la asignación óptima de recursos. Por todo ello, suele acusarse al Sector Público de ser ineficiente e ineficaz.
6. La comparación entre eficiencia de la gestión pública y de la gestión privada es especialmente difícil, debido a los distintos objetivos que persiguen cada uno de los sectores. Mientras para el sector público el objetivo es maximizar el bienestar social para el sector privado es la maximización de los beneficios económicos. Además, existen diferencias significativas en los criterios de valoración de la producción pública y la producción privada, pues la primera se determina según el coste de producción y la segunda según el precio de venta. Los estudios empíricos comparativos de la eficiencia del Sector Público y el sector privado arrojan resultados contradictorios.

7. La mejora de la eficiencia y de la eficacia del Sector Público podría ajustarse a varios criterios: el establecimiento de incentivos (positivos y negativos) para los agentes involucrados, mayor autonomía en la gestión, aplicación de métodos de control y evaluación de resultados, participación del ciudadano y de grupos de interés y fomento de la competencia entre distintos organismos públicos o incluyendo también al sector privado. Tradicionalmente, la eficiencia en el Sector Público ha ido ligada a la minimización de costes.
8. La introducción en el Sector Público de métodos de gestión utilizados en el sector privado aportaría los incentivos necesarios para una actuación más eficiente y eficaz, con sistemas de control y evaluación de resultados y dotando a cada centro o unidad operativa la autonomía suficiente para gestionar, mediante la descentralización. La forma más directa de participación ciudadana sería aumentar su capacidad de elección, lo que provocaría competencia entre los distintos oferentes de servicios públicos. Esta posibilidad de elección del usuario podría extenderse a todos los agentes (financiador, comprador y proveedor de servicios públicos) o restringirse solamente a los que tienen carácter público.
9. El principal problema que encuentra el usuario a la hora de elegir entre los distintos agentes es la falta de información. Los factores principales que guían al consumidor para elegir entre los distintos productos que se ofertan son el precio y la calidad. Sin embargo, la mayoría de los servicios públicos son gratuitos o casi gratuitos, por lo que el precio no es un indicador efectivo. Por otra parte, la calidad de un servicio es, en muchas ocasiones, muy difícil de determinar para el usuario, incluso después de haber recibido el servicio. Esta carencia de información puede paliarse en gran medida por el asesoramiento de un intermediario experto.
10. La introducción de competencia en la financiación, la compra y la provisión de servicios públicos puede realizarse con políticas sobre la demanda y con políticas sobre la oferta. Las primeras, consisten en la introducción de sistemas de incentivos de mercado y, las segundas, en el fomento de la competencia entre los distintos oferentes de aseguramiento, de compra y de provisión.

11. Los sistemas de incentivos de mercado son: el intermediario asesor del usuario, el bono o vale de usuario y el cobro al usuario. El intermediario aporta información al consumidor para mejorar su decisión de compra del servicio deseado, convirtiendo un bien de confianza en un bien de experiencia, pudiendo realizar la compra en su nombre. El bono o vale de usuario relaciona el suministro de un servicio público por un proveedor con los recursos necesarios para su funcionamiento (el dinero sigue al cliente), por lo que obliga a los distintos oferentes a competir por los consumidores. El cobro a los usuarios proporciona información al consumidor sobre el coste del servicio, le obliga a participar en su financiación y reduce la demanda del mismo. La participación del usuario en el coste del servicio puede ser total (con o sin reembolso) o parcial (ticket moderador). El cobro a los usuarios presenta dos inconvenientes: la determinación del importe del ticket moderador o de la cuantía de reembolso y las pérdidas de equidad que puede provocar.

12. La introducción de competencia entre los distintos oferentes puede reducirse al Sector Público (competencia pública) o extenderse al sector privado (competencia mixta). La utilización de técnicas de gestión empresarial y la autonomía de los centros, incluso la división en unidades de responsabilidad, ayudaría a las entidades públicas a competir con las privadas en condiciones de igualdad. La competencia entre oferentes desplazaría del mercado a los que no respondieran a las necesidades de los consumidores y, si sus recursos dependieran de los clientes que lograran captar, tendrían que optar por mejorar su oferta o desaparecer.

13. La introducción de competencia tiene también sus limitaciones, pues, en algunas situaciones, es más eficiente la existencia de un único oferente (monopolio natural) que de un mercado competitivo. La eliminación de barreras de entrada y la competencia potencial (mercados atacables) puede ser tan eficaz como la competencia real si existe el peligro para el monopolio de posibles competidores.

14. En el proceso de liberalización, desregulación e introducción de competencia en un mercado, el paso siguiente es la privatización, aunque no necesariamente se ha de llegar a ella. La privatización de una empresa pública es una decisión política y se

justifica en la creencia de que la empresa privada es más eficiente. Sin embargo, aunque la eficiencia sea un objetivo importante en la decisión de privatización, no es menos cierto que, en muchas ocasiones, el objetivo de la privatización de muchas empresas públicas ha sido la obtención rápida de recursos por el Estado para paliar el déficit público.

15. Aunque algunos autores consideran la liberalización, la desregulación y la introducción de competencia como formas de privatización, sin embargo, consideraremos dos acepciones distintas del concepto de privatización: la privatización en sentido estricto, es decir, la transmisión de la propiedad; y la transferencia de la gestión mediante franquicias o contrataciones externas a empresas del sector privado.

16. La transmisión de propiedad o venta de activos al sector privado permite ampliar el mercado de valores, introducir gran cantidad de inversores (capitalismo popular) y facilita el acceso al mercado internacional de capitales. Por otra parte, supone ingresos extraordinarios para el Estado y reduce sus gastos al eliminarse las subvenciones. La privatización de empresas públicas en España y otros países de nuestro entorno se ha producido de diversas formas: por la venta de la empresa pública a una empresa privada del sector que haya presentado la mejor oferta; la venta a un conjunto de empresas privadas (núcleo duro) con el compromiso de no vender sus participaciones hasta pasado un período determinado y reservándose el Estado la “acción de oro”; y la emisión de acciones al público en general. En todos los casos, el principal problema es la determinación del precio de la acción, debido a la dificultad de valoración de una empresa pública. La emisión de acciones se ha realizado a precio determinado o bien mediante subasta, pero existe la posibilidad de sobreestimación del valor de la empresa y que se desanimen los posibles inversores, o de subestimación, con lo que el Estado sufriría un coste elevado en el medio y largo plazo.

17. La transmisión de la propiedad al sector privado de una empresa pública no garantiza la eficiencia, sino que de ha ir acompañada de desregulación,

liberalización e introducción de competencia. Con la desregulación y la liberalización se consigue eliminar las barreras de entrada. Si el mercado liberalizado es competitivo o perfectamente atacable pueden esperarse mejoras en la eficiencia asignativa y garantizar un comportamiento socialmente deseable, incluso en el caso de monopolio natural. La liberalización y desregulación de algunos mercados en España y otros países europeos ha resultado muy beneficiosa para el consumidor, pues se han reducido los precios, diversificado las ofertas, se ha ampliado la capacidad de elección del usuario y ha mejorado la calidad de los servicios (transporte aéreo, telecomunicaciones, distribución de combustibles, etc.). Sin embargo, la desaparición del monopolio con la liberalización y la desregulación ha de ir acompañada de la introducción de competencia y de la reestructuración de los mercados, pues, en caso contrario, el antiguo monopolio actuará de líder y el resto de seguidores, por lo que no existirá competencia real (caso del mercado de distribución de combustibles en España).

18. La transferencia de la gestión de una empresa pública al sector privado se ha realizado en la provisión de servicios públicos mediante la licitación competitiva. En este caso, la competencia se traslada a la concesión del derecho de explotación de un servicio público por una empresa privada. Se ha de evitar que la licitación competitiva sea colusoria y conseguir que las especificaciones del contrato sean suficientemente precisas en cuanto a las características de la oferta y de duración óptima. La licitación competitiva puede utilizarse para la concesión de franquicias y para la contratación externa. La concesión de franquicia por una subasta tipo Chadwick-Demsetz se realiza con la competencia en las pujas por conseguir el contrato, siendo el ganador el concursante que ofrece el precio de oferta mínimo, reduciéndose el beneficio esperado del concursante hasta el nivel competitivo normal, por lo que se evitan las ineficiencias en la determinación de precios del monopolio natural.

19. La contratación externa es un método ampliamente utilizado para servicios públicos locales y puede adoptar diversas figuras legales, con distintas competencias y responsabilidades para la empresa privada subcontratada: la concesión

administrativa, la gestión interesada, el concierto, el arrendamiento, las sociedades mercantiles mixtas y sociedades cooperativas, los consorcios, los convenios y las fundaciones. Los beneficios de la subcontratación dependen de la licitación competitiva, funcionando las fuerzas del mercado, donde se pueden comparar los costes de los distintos proveedores y los costes potenciales de la subcontratación.

20. Uno de los servicios públicos más relevantes por cubrir una necesidad preferente, por su consideración social, su efecto sobre el bienestar y los recursos que consume es la sanidad. En España, esta relevancia se acentúa por estar recogida en la Constitución de 1978 como un derecho constitucional, al igual que la educación y los servicios sociales.
21. El origen de la financiación de la asistencia sanitaria determina tres modelos de Sistema Sanitario: el Sistema Nacional de Salud (SNS) (financiación pública con impuestos generales), el Sistema de Seguridad Social (SSS) (financiación pública por cotizaciones sociales) y el Sistema de Seguro Libre (SSL) (financiación privada por primas de seguros). En la realidad no se da ninguno de los sistemas en estado puro, sino que se encuadran en uno u otro sistema según que su financiación mayoritaria sea de uno u otro origen. Sin embargo, en las dos últimas décadas todos los países occidentales han sufrido el crecimiento constante del gasto sanitario, independientemente del sistema que tengan.
22. Los principales factores responsables del incremento del gasto sanitario han sido: el aumento de la cobertura (universal o casi universal en los SNS y los SSS), el envejecimiento de la población, el desarrollo de las tecnologías médicas y la variabilidad de las prácticas médicas. Existen otros factores que también han influido en el gasto sanitario, pero en menor medida. Aunque se ha querido relacionar el incremento de recursos destinados a la sanidad con la mejora de algunos indicadores de salud, sin embargo, existen otros factores (alimentación, higiene, nivel de renta, etc.), algunos de orden medioambiental (contaminación, condiciones laborales, etc.) o ligados a modos de vida (tabaco, régimen alimenticio, toxicomanías, accidentes, alcohol) que tienen mayor influencia en la salud.

23. El gasto sanitario, medido en porcentaje sobre el PIB, ha experimentado un fuerte crecimiento en todos los países de la OCDE desde 1960 hasta 1990, produciéndose una contención del gasto, incluso un descenso en los últimos años de la década. Desde 1960 hasta 2000, los SNS son los que menos recursos destinan a sanidad, a pesar de la cobertura universal y la gratuidad del servicio. Les siguen los SSS y, finalmente y a distancia, los que más gastan en sanidad son los países con SSL, particularmente Estados Unidos. El gasto sanitario público más bajo es el de Estados Unidos (por debajo del 50% del gasto sanitario total) y el más elevado el de los SNS, si bien, en los últimos años de la década de los noventa se ha reducido considerablemente. La financiación sanitaria con cotizaciones sociales es la principal fuente en los países con SSS (más del 90% del gasto sanitario público) en tanto que en los SNS es residual o nula. El aseguramiento privado en los SNS y SSS suele ser complementario al aseguramiento público.
24. Las características especiales del mercado de servicios sanitarios (incertidumbre, demanda inducida por la oferta, demanda colectiva, asimetría de información, barreras de entrada, rendimientos crecientes y relación de agencia) ha justificado que en muchos países de nuestro entorno la financiación de la sanidad sea pública o mayoritariamente pública y el aseguramiento obligatorio. Sin embargo, la compra y la provisión de servicios sanitarios podría ser también privada, quedando garantizada la universalidad de la asistencia, la equidad en el acceso y la solidaridad.
25. Las reformas sanitarias llevadas a cabo en las dos últimas décadas se basan en los siguientes elementos: a) la descentralización: en el ámbito administrativo (desconcentración), en el político (devolución o traspaso) y en la delegación de tareas (planificación y toma de decisiones); b) el usuario: derecho a participar en las decisiones y derecho a elegir proveedor; c) los costes sanitarios: con políticas sobre la demanda (compartir costes, opción de salirse del sistema, bonificaciones por no solicitud de reembolso y medidas de racionamiento) y sobre la oferta (introducción de competencia entre proveedores, establecimiento de techos de gasto, restricciones de la oferta de médicos, reducción del número de camas hospitalarias, políticas de sustitución, control de equipamiento, autorización médica y nuevas formas de

retribución del personal médico); d) la asignación de recursos: la contratación y los sistemas de pago a proveedores (personal sanitario y centros sanitarios). Todas estas reformas tienen como objetivos la contención del gasto, la mejora de la eficiencia y la calidad y el incremento de la satisfacción del usuario.

26. La descentralización se ha producido de diversas formas: transfiriendo la capacidad de recaudar impuestos ligados a la asistencia sanitaria a entidades públicas locales, la competencia de la gestión de la asistencia sanitaria en un ámbito geográfico determinado y asignando la responsabilidad de cada una de las funciones (financiación, compra y provisión) a organismos distintos (separación de funciones).
27. La separación de funciones es el instrumento más importante para la introducción de mecanismos de competencia e incentivos de mercado y para potenciar la importación de técnicas de gestión empresarial (gerencialismo) en el sector sanitario. Con la separación de funciones se favorece la transparencia y se transfiere al usuario (o al comprador) el poder de control sobre el tipo y el volumen de servicios suministrados, en lugar de permanecer en el comprador. Sin embargo, también puede elevar los costes de administración, al existir la posibilidad de establecerse una relación contractual entre el comprador y el proveedor de asistencia sanitaria, que no es imprescindible. La experiencia del Reino Unido con la separación de funciones es un incremento de los costes de administración en los primeros años la reforma y un descenso en los posteriores.
28. La orientación hacia el usuario de la sanidad es una preocupación reciente en los países de nuestro entorno, en lo que ha influido decisivamente el movimiento de los consumidores y usuarios de servicios públicos (consumerismo), que han reclamado la participación del ciudadano en la sanidad y en otros servicios públicos de forma activa, tanto en la gestión como en la ampliación de la posibilidad de elección del proveedor de la asistencia sanitaria demandada, sin conformarse con la asignación administrativa del mismo en función de la zona geográfica en que habita.

29. Las políticas de contención de costes que actúan sobre la demanda se han aplicado, principalmente, obligando al usuario a participar en el coste del servicio sanitario y con medidas de racionamiento (listas de espera, reducción de prestaciones, etc.). Sin embargo, estas medidas son muy impopulares, sobre todo en los países donde el paciente está acostumbrado a recibir la asistencia sanitaria gratuita. La participación en el coste es generalizada en el consumo de medicamentos, con distintos sistemas de determinación de esta participación y estableciendo condiciones de exención. En Francia, donde funciona tradicionalmente un sistema de reembolso, el usuario ha de pagar por todos los servicios sanitarios que recibe, dejando aparte la estancia en hospitales, pero, por otra parte, el paciente puede elegir libremente médico general (público o privado) y especialista (público o privado), accediendo a éste directamente, no a través del médico general. En Suecia, a pesar de ser un SNS, el paciente ha de soportar una parte del coste del servicio (ticket moderador), que se ha incrementado significativamente en los últimos años de la década de los noventa. Las medidas de racionamiento generan gran insatisfacción en el usuario y le obligan, en muchas ocasiones a recurrir al sector privado, con aseguramiento complementario o haciendo frente al coste directamente de su bolsillo.
30. Las políticas de contención de costes que no han supuesto reformas estructurales se concretan en el establecimiento de presupuestos globales cerrados; límites al número de alumnos en las Facultades de Medicina; la sustitución de asistencia sanitaria hospitalizada, que es más cara, por otras formas de asistencia, como la ambulatoria y primaria, los hospitales de día, la atención domiciliaria, etc.; el control y evaluación de nuevas tecnologías; y la utilización de sistemas de referencia o de la autorización médica para determinados tipos de prestación.
31. Las políticas de contención de costes que actúan sobre la oferta y han supuesto en ocasiones reformas estructurales del sistema sanitario se concretan en los modelos de introducción de competencia entre proveedores. Las reformas basadas en la introducción de competencia en la provisión se han inspirado en el modelo de competencia gestionada (managed competition) de Enthoven y se han iniciado con la separación de funciones, principalmente con la separación de la financiación y de

la provisión de servicios sanitarios. En todos los casos se ha mantenido la fuente principal de financiación, sin cambiar el modelo de sistema sanitario. La competencia puede restringirse a los proveedores públicos (competencia pública) o extenderse a los proveedores privados (competencia mixta o mercados internos). Para que exista competencia entre proveedores de asistencia sanitaria es necesario un cambio de estructura de la provisión pública, convirtiendo los centros sanitarios públicos en entidades públicas independientes del poder político, con capacidad de gestión propia.

32. La competencia pública se basa en tres principios: a) propiedad pública (local, regional o nacional); b) elección por el paciente del centro sanitario y médico entre los proveedores públicos; c) presupuesto flexible del proveedor unido a su cuota de mercado público. Los recursos de funcionamiento y presupuestarios se pueden ajustar según el volumen de pacientes y la productividad de la organización (eficiencia interna). La relación entre recursos a recibir y actividad dispensada fomentará la eficiencia del proveedor, creará incentivos a los profesionales sanitarios y animará a mejorar la calidad de sus servicios. El modelo de competencia pública intenta equilibrar las necesidades y deseos individuales del paciente con las necesidades públicas relacionadas con el acceso universal y la mejora del estado de salud de toda la población. Este modelo puede implantarse en dos niveles: la asistencia primaria y la asistencia especializada y hospitalaria. La remuneración de los profesionales médicos sería mixta: un salario base fijo y una parte variable en función del número de pacientes o del número de visitas. La competencia pública no tiene por qué incrementar ni crear nuevos costes de administración, pues la elección del usuario podría ser por un período anual y puede mejorarse el sistema de reembolso para compensar a un hospital que dispense asistencia sanitaria a un paciente de otra zona geográfica.
33. La competencia mixta o mercados internos se basa en tres principios fundamentales: a) propiedad pública y propiedad privada de los centros sanitarios; b) elección por el usuario, directa o indirectamente, de proveedor (público o privado); c) presupuestos flexibles en función de su actividad. La entidad compradora de la asistencia sanitaria

ejercería la función de asesoramiento al usuario y, en su caso, la elección de proveedor teniendo en cuenta las preferencias del paciente. La relación entre la entidad compradora y los proveedores puede ser contractual, pero no es necesario, puede reducirse a acuerdos negociados. La contratación fomenta la descentralización, mejora la actuación de los proveedores, favorece la planificación de la asistencia sanitaria y la gestión asistencial, pero puede incrementar los costes de administración.

34. Tanto el modelo de competencia pública como el de competencia mixta comparten los objetivos de mejorar la eficiencia interna de los proveedores, amplían la capacidad de elección del usuario y reducen la insatisfacción que provocan los procedimientos de racionamiento, pero existen diferencias entre ellos. La competencia pública aumenta el poder del usuario y concentra los incentivos en el personal sanitario, sin embargo, la competencia mixta aumenta el poder de los gestores locales para comparar costes y calidad en la búsqueda de asistencia sanitaria menos costosa, pues la capacidad de elección puede quedar en manos de la entidad compradora y no del usuario. En la competencia pública la eficiencia económica se basa en la elección por el paciente del proveedor, en tanto que en la competencia mixta la eficiencia depende de la libertad del gestor para equilibrar la oferta y la demanda de asistencia sanitaria. En la competencia pública, los proveedores públicos compiten por una cuota de mercado, pero en la competencia mixta la competencia se produce en los costes, por lo que los proveedores públicos que no fueran capaces de reducir los mismos se verían en peligro de desaparecer. La normativa necesaria para garantizar la equidad, el acceso universal y la calidad asistencial es menor en la competencia pública que en la competencia mixta, donde es más fácil que aparezcan manifestaciones de selección adversa o de contratación de servicios más baratos pero de menor calidad.

35. El modelo de competencia pública de Suecia se inicia con una descentralización de la responsabilidad de financiar y organizar la asistencia sanitaria en los Consejos de Condado (26), que reciben parte de sus recursos del Estado y parte a través de impuestos, pues tienen capacidad de recaudación de un impuesto proporcional a la

renta. La provisión sanitaria es competencia de los Consejos de Condado en su ámbito geográfico y son propietarios de la mayoría de las instalaciones asistenciales y los hospitales. La asistencia primaria se ha transferido, en muchos casos, a los municipios, aunque la financiación siga dependiendo de los Consejos de Condado. La asistencia especializada depende de los Consejos de Condado de forma exclusiva. El principal problema de la asistencia especializada son las largas listas de espera, que se ha intentado paliar estableciendo una garantía de asistencia, de tal manera que los pacientes que no reciban tratamiento en el hospital público elegido en el plazo de tres meses pueden elegir otro hospital, público o privado, cargando el coste del tratamiento al primer hospital.

36. La valoración del modelo de competencia pública en Suecia es difícil, debido a su implantación en distintas fases y a la pervivencia del modelo de competencia mixta implantado previamente, inspirado en la reforma del Reino Unido. Aunque se ha producido una contención del gasto sanitario, la cuantía del ticket moderador se ha incrementado, con la pérdida de equidad que conlleva. Se produce un descenso de la aportación pública a la sanidad, en tanto que se duplican los recursos de origen privado, debido tanto a la mayor participación del usuario en el coste del servicio como al aumento del aseguramiento privado. Se han conseguido mejoras de eficiencia, pero a costa de la equidad, debido, además del ticket moderador, a la reducción de la estancia hospitalaria utilizando alternativas a la hospitalización, principalmente en ancianos y discapacitados. Por esta razón, los servicios sanitarios de atención a domicilio se han desarrollado ampliamente.

37. El modelo de competencia mixta del Reino Unido es el que ha inspirado todas las reformas posteriores basadas en la introducción de competencia en otros países de nuestro entorno. Se inicia en 1991, con el Gobierno Thatcher y finaliza en 1998, con la reforma del Gobierno Blair. Las Autoridades Sanitarias de Distrito reciben los recursos que van a destinarse a sanidad y se convierten en organizaciones compradoras. En atención primaria se crean dos tipos de médicos generales: los general practitioners (GPs) y los general practitioners fullholders (GPFHs). Los primeros tienen las mismas competencias que los antiguos médicos generales, en

tanto que los segundos son médicos generales que gestionan un presupuesto propio destinado a prestación farmacéutica y a la adquisición de asistencia especializada, convirtiéndose también en entidades compradoras de asistencia especializada. La relación entre las entidades compradoras (Autoridades Sanitarias de Distrito y GPFHs) y los hospitales es contractual. Los tipos de contrato más utilizados son el contrato cerrado, el de coste y volumen y el de coste por servicio, siendo el primero el más extendido. Los hospitales públicos se han constituido en organizaciones (trust) y compiten con los hospitales privados por los contratos.

38. La valoración de la competencia mixta en el Reino Unido tiene elementos positivos y negativos. Por una parte, el gasto sanitario se ha mantenido por debajo del 7% del PIB, siendo de los más bajos de la OCDE. El gasto sanitario público ha seguido la misma tendencia que el gasto sanitario total, pero el aseguramiento privado ha frenado el fuerte crecimiento experimentado en la década de los ochenta. La contratación ha obligado a desarrollar sistemas de información sobre costes y actividad asistencial. Se han utilizado alternativas a la hospitalización, lo que ha permitido la reducción de camas hospitalarias, de la estancia media y el aumento de la oferta de servicios sanitarios a domicilio, que ha aprovechado el sector privado. La actuación de los GPFHs ha contribuido a mejorar la asignación de los recursos presupuestarios, pero esto no ha sucedido en muchas organizaciones de hospitales. Las mejoras en calidad se deben principalmente a la capacidad de negociación de los GPFHs, con mejor información sobre los proveedores que las Autoridades Sanitarias de Distrito.

39. En cuanto a los aspectos negativos, hay que señalar que la sustitución del modelo burocrático y centralizado por el modelo de contratación ha complicado la negociación y el control y ha elevado los costes de administración. La competencia permanece restringida, pues los pacientes no pueden elegir su Autoridad Sanitaria de Distrito ni el proveedor de asistencia especializada y, en muchas áreas geográficas no existe más que un hospital o un hospital dominante. Las inversiones y los precios son regulados, existiendo una discriminación de precios a favor de los GPFHs, lo que les confiere una situación ventajosa. Las Autoridades Sanitarias de Distrito no

pueden retener o invertir los superávits que hayan generado, lo que no les incentiva para una gestión más eficiente, al contrario de lo que sucede con los GPFHs. Se han producido pérdidas de equidad ante la diferencia en la asistencia sanitaria, tanto en la calidad como en tiempo de espera, entre los pacientes adscritos a las Autoridades Sanitarias de Distrito y los pertenecientes a los GPFHs, en detrimento de los primeros. En el período de funcionamiento de los mercados internos se han incrementado las listas de espera, aunque el tiempo medio de espera se ha reducido.

40. En España, hemos pasado de un SSS, creado en 1942 con el Seguro Obligatorio de Enfermedad, a un SNS que nace con la Ley General de Sanidad de 1986, inspirado en el modelo del Reino Unido, con financiación mayoritariamente pública a través de impuestos (actualmente, el 100%), con provisión pública y privada concertada gratuita y provisión privada, financiada con aseguramiento privado complementario o pago directo del paciente.
41. El Sistema Nacional de Salud español es descentralizado, encargándose de la gestión sanitaria en cada Comunidad Autónoma el Servicio Regional de Salud correspondiente, a excepción de Ceuta y Melilla. El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, antiguo INSALUD, es el encargado de transferir los recursos a las Comunidades Autónomas, quedando únicamente bajo su competencia Ceuta y Melilla, desde el 1 de enero de 2002. La existencia de 17 Servicios Regionales de Salud con plenas competencias en la materia hace que la política sanitaria difiera de unas Comunidades Autónomas a otras, teniendo cada una su propio Plan Estratégico, lo que algunos autores traducen en 17 Sistemas Nacionales de Salud.
42. En algunos de estos Planes Estratégicos, como el del INSALUD, se recogía el modelo de competencia gestionada, inspirado en la reforma del Reino Unido. En dicho Plan se diseñaba el proceso de reforma basado en cinco aspectos: la orientación de los servicios sanitarios a los ciudadanos, la separación de funciones, la dotación de autonomía de gestión a los centros sanitarios públicos, la participación social y de los profesionales en la gestión y las mejoras continuas de calidad asistencial.

43. La orientación al ciudadano se ha concretado, principalmente, en la ampliación de su capacidad de elección de proveedor de asistencia sanitaria, tanto en atención primaria como en atención especializada. Del modelo antiguo de asignación de médico y hospital por la administración sanitaria, en función de la zona geográfica de residencia, se ha pasado a la libertad de elección, aunque con restricciones. Primero, se amplió esta posibilidad de elección en medicina general y pediatría en el Centro de Salud asignado. Posteriormente, esta posibilidad se ha llevado al médico especialista y el hospital, pero se restringe exclusivamente a los proveedores públicos. Sin embargo, existen diferencias significativas en la libertad de elección del usuario de unas Comunidades a otras.
44. A partir de 1992 se inicia en nuestro país el proceso de separación de las funciones de financiación y provisión, que se desarrolla con legislación propia en cada una de las Comunidades Autónomas que tienen transferidas las competencias en materia de sanidad, aunque en Cataluña ya se había recogido en la Ley de Ordenación Sanitaria de 1991, en la que se señalaba al Servei Català de Salut como financiador de la asistencia sanitaria y el Institut Català de Salut como comprador mediante contratos negociados con los hospitales, centros de atención primaria y socio-sanitarios de titularidad diversa. Sin embargo, la separación de funciones no se ha extendido a todo el territorio español (por ejemplo, no existe en Andalucía).
45. Aunque la separación de funciones fomenta el modelo de contratación entre comprador y proveedor, en España ya se habían implantado en la década de los ochenta modelos de contrato con proveedores públicos y privados concertados: los contratos programa. Los contratos programa obligan a desarrollar sistemas de información para medir la actividad, como la Unidad Básica Asistencial (UBA) desarrollada en Cataluña, la Unidad Ponderada Asistencial (UPA) del INSALUD, la Escala de Valoración Andaluza (EVA) de Andalucía y la Unidad de Coste Asistencial (UCA) del País Vasco.
46. La transformación de los centros sanitarios públicos en sociedades públicas sometidas al derecho privado, con personalidad jurídica propia y autonomía de

gestión patrimonial se recoge en la normativa española a partir de 1996-1997, contemplando diversas formas de gestión sanitaria: las empresas públicas, las fundaciones públicas, los consorcios, los entes públicos, los organismos autónomos y las sociedades de autogestión en atención primaria. El desarrollo de estas nuevas formas de gestión en el territorio nacional ha sido muy diverso, pero los resultados obtenidos por los centros sanitarios públicos que se han acogido a alguno de estos modelos son bastante positivos en comparación con los que siguen el modelo tradicional.

47. El proceso de reformas con el objetivo de introducir competencia en la provisión de asistencia sanitaria no se ha completado en nuestro país, debido a su paralización por el Gobierno a causa de la oposición de sectores de la población, como partidos políticos, sindicatos profesionales y defensores de la sanidad pública, que veían en este modelo un intento de privatizar la sanidad. A pesar de existir un Acuerdo Parlamentario (1997) por el que se garantizaba la financiación pública de la sanidad y la pervivencia del Sistema Nacional de Salud, las campañas informativas desde distintos ámbitos en las que se aseguraba al ciudadano la pérdida de la gratuidad de la asistencia sanitaria y la desaparición de la sanidad pública, provocaron un desacuerdo de una parte importante de la población con la reforma iniciada, por otra parte, insuficientemente explicada por el Gobierno.

48. También se ha planteado la posibilidad de generalización del modelo de la Mutuality de Funcionarios de la Administración Central del Estado (MUFACE) a todos los ciudadanos del país. La asistencia sanitaria que reciben sus beneficiarios está financiada públicamente, la compra la realiza la propia Mutuality y sus afiliados pueden elegir provisión pública o privada, decantándose mayoritariamente por la segunda. Los reducidos costes y la satisfacción de sus usuarios, en comparación con el INSALUD y los Servicios Regionales de Salud, avalan las bondades del modelo. Sin embargo, las asociaciones de empresas sanitarias privadas recomendaron su aplicación en varias fases ante la dificultad del sector sanitario privado de absorber el incremento de la demanda que se produciría.

49. Otros elementos de reforma, como los incentivos de mercado, no han sido aplicados en nuestro país, aunque se especuló con utilizar el cobro a los usuarios (ticket moderador) en la asistencia sanitaria. Esta medida fue inmediatamente descartada por su impopularidad. Se ha mantenido la participación del coste en los productos farmacéuticos, si bien en algún momento se pensó en eliminar la exención de la que disfrutaban algunos colectivos (pensionistas), estableciendo un importe mínimo de participación del usuario.
50. La privatización del sistema sanitario puede realizarse de todas sus funciones o de cada una individualmente. La privatización del aseguramiento se ha llevado a cabo en Chile, con compensaciones impositivas para los ciudadanos que eligen aseguramiento privado y renuncian al aseguramiento público, o los fondos de previsión social de Singapur, que cubren todas las contingencias, además de la asistencia sanitaria. La privatización de la función de compra se ha aplicado con la descentralización en aseguradoras o en cooperativas de profesionales de atención primaria. La privatización de la provisión de asistencia sanitaria no tiene por qué llegar a la venta del centro sanitario público al sector privado, sino a un cambio de proveedor público por un proveedor privado. También se considera privatización de la provisión la conversión de centros sanitarios públicos en entidades autónomas de titularidad pública pero sujetas al derecho privado.
51. El proyecto de privatización del sistema sanitario neozelandés contemplaba cambios fundamentales en su Sistema Nacional de Salud: a) conversión de los hospitales públicos en entidades empresariales independientes del poder público en su gestión; b) introducción de competencia entre hospitales públicos y privados, en igualdad de condiciones; c) creación de cuatro autoridades sanitarias regionales que ejercerían la función de compra, negociando contratos con los proveedores de asistencia sanitaria; d) capacidad de elección del ciudadano entre aseguramiento público y privado, compensándoles con deducciones impositivas. Esta reforma se inició en 1993 pero fue modificada en 1996 y en 1999, desapareciendo el objetivo de privatización que la había iniciado.

52. El modelo de introducción de competencia, con políticas sobre la oferta y sobre la demanda, que se ha planteado para la provisión de servicios sanitarios sería totalmente aplicable a la provisión de cualquier otro servicio público preferente, como la educación. En nuestro país, ya ha sido tema de debate en el ámbito político la utilización del “cheque escolar” en la enseñanza obligatoria, lo que abriría un abanico de posibilidades de elección de centro educativo a los padres, con un efecto sobre los recursos que reciben los centros en función de los alumnos que fueran capaces de atraer.

BIBLIOGRAFÍA

- ABEL-SMITH, B.**, (1996): “La escalada de los gastos sanitarios: ¿cómo hemos llegado a esta situación?”, en *La Reforma de los Sistemas Sanitarios. Una voluntad de cambio*, Ministerio de Sanidad y Consumo, BOE, Madrid, 1998, OCDE, Estudios de Política Sanitaria, Nº 8, pp. 23-37.
- ABEL-SMITH, B.**, (1993): “Contención de costes y nuevas prioridades de la Comunidad Europea”, *Ekonomiaz*, Nº 25, 1993, pp. 144-165.
- ABEL-SMITH, B.**, (1984): “L’experience de douze pays européens en matière du coût des soins de santé (1977-1983)”, Luxemburgo, Comisión des Communautés Européens.
- ACUERDO PARLAMENTARIO DE 18 DE DICIEMBRE DE 1997**, (1998): *Consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud*, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998.
- A. FOSTER HIGGINS CO.**, (1992): *1991 Health Care Benefits Survey: Report 2, Managed Care Plans*, Nueva York, 1992.
- ALBI, E.**, (2000): *Público y privado: un acuerdo necesario*, Ed. Ariel. Barcelona, 2000.
- ALBI, E., GONZÁLEZ PÁRAMO, J. M. y LÓPEZ CASASNOVAS, G.**, (1997): *Gestión Pública*, Ed. Ariel, Barcelona, 1997.
- ALCHIAN, A. A.**, (1965): “Some economics of property rights”, *II Politics*, Vol. 30, pp. 816-829.
- ALONSO-CORTÉS CONSEJO, A.**, (1997): “Liberalización de la producción de bienes y servicios. Visión desde la perspectiva del Libro Blanco sobre el papel del Estado en la economía”, *Revista del Instituto de Estudios Económicos*, 1997, (1 y 2), pp. 439-463.
- ALONSO, J. y HERCE, J. A.**, (1998): “El gasto sanitario en España: evolución reciente y perspectivas”, *TEXTOS EXPRESS 98-01*, FEDEA, Febrero 1998, Página Web.
- ÁLVAREZ-MIRANDA, F.**, (1996): “Desmonopolizar la Sanidad”, *Boletín del Círculo de Empresarios*, Nº 60, 1996, pp. 155-171.
- ÁLVAREZ DARDET, C. y PEIRÓ, S.**, (2000): “La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo”, Informe SESPAS 2000, CUARTA EDICIÓN, *Revista Española de Salud Pública*, 2000, 75, Página Web.
- ANÓNIMO**, (1996): “Introducing a Market to the United Kingdom’s National Health Service”, *The New England Journal of Medicine*, Febrero 29, 1996, Vol. 334, Nº 9, Página Web.
- ANTOÑANZAS VILLAR, F.**, (1999): “Influencia de la evaluación económica en la gestión clínica”, *Economía y Salud*, Boletín Informativo, Nº 36, octubre 1999, AES, Página Web.
- ANTOÑANZAS VILLAR, F., GUERRAS MARTÍN, L. A. y ROVIRA FONS, J.**, (1993): “La planificación de los recursos sanitarios: el caso del personal de enfermería”, *Presupuesto y Gasto Público* (10), 1993, pp. 61-68.
- ANTOÑANZAS VILLAR, F.**, (1993): “La evaluación económica en España: el camino recorrido”, *Ekonomiaz*, Nº 25, 1993, pp. 58-70.
- ANTOÑANZAS VILLAR, F.**, (1992): “La tecnología sanitaria: ¿héroe o villano?”, *Revista de Economía*, (12), 1992, pp. 51-54.
- ARGENTE I GIRALT, M.** (1993): “El presupuesto y el control del gasto”, *Presupuesto y Gasto Público* (10), 1993, pp. 113-118.
- ARROW, K.**, (1963): “La incertidumbre y el análisis del bienestar de las prestaciones médicas”, *Información Comercial Española*, (574), 1981, pp. 47-63

- ARROW, K.**, (1951): *Social Choices and Individual Values*, John Wiley, New York, 1951.
- ARRUÑADA, B.**, (2000): “Gestión de la competencia en el sector público”, Universidad Pompeu Fabra, Página Web.
- ARRUÑADA, B.**, (1999): “La política de personal en la sanidad pública: ¿flexibilidad sin control ni medicina?”, *Administración Sanitaria*, Vol. III, Nº 12, Octubre-Diciembre, 1999, pp. 95-120.
- ARTELLS HERRERO, J. J.**, (1989): “Los economistas y la Economía de la Salud hoy”, *Economistas*, 8, (41), 1989-90, pp. 358-364.
- ARTELLS HERRERO, J. J.**, (1981): “La evaluación económica de programas y políticas sanitarias y servicios sociales”, *Información Comercial Española*, (574), 1981, pp. 19-29.
- AXHWORTH, M. H. y FORSYTH, P.**, (1984): *British Airways*, IFS Report Series 12, Institute for Fiscal Studies, Londres, 1981.
- BEILIT, H. y SENNETT, C.**, (1991): “Utilization Management as a Cost-Containment Strategy”, *Health Care Financing Review*, Suplemento Anual, 1991, pp. 87-93.
- BANDOW, D. y TANNER, M.**, (1998): “Caminos desviados y caminos acertados para reformar Medicare”, en *Alternativas de reforma para la sanidad pública*, Boletín del Círculo de Empresarios, Nº 63, Diciembre de 1998, pp. 79-112.
- BAREA TEJEIRO, J. y CORONA RAMÓN, J. F.**, (1996): “La reforma de la empresa pública”, *Papeles de Economía Española*, 1996, (69), pp. 278-308.
- BAREA TEJEIRO, J.**, (1996): “La gestión de la sanidad: un bien privado financiado públicamente”, *Papeles de Economía Española*, (69), 1996, pp. 52-63.
- BAREA TEJEIRO, J. y GÓMEZ CIRIA, A.**, (1994): *El problema de la eficiencia del sector público en España. Especial consideración de la sanidad*, editado por el INSTITUTO DE ESTUDIOS ECONÓMICOS, Madrid, 1994.
- BAUMOL, W. J., PANZAR, J. C. y WILING, R. D.**, (1982): *Contestable Markets and the Theory of Industry Structure*, Harcourt Brace Jovanovich, New York, 1982.
- BEESLEY, M. y LITTLECHILD, S.**, (1994): “La privatización: principios, problemas y prioridades”, *Hacienda Pública Española*, 1994, (128), pp. 189-200.
- BENGOECHEA, E. y DEL LLANO, J. E.**, (1995): “Las cifras del sistema sanitario: el gasto sanitario y su evolución en España (1980-1994)”, *Informe SESPAS 1995: Los Servicios Sanitarios*, pp. 181-196.
- BERENGUER, E., BESTARD, J. J. y HERNÁNDEZ, F.**, (1998): “El Plan Estratégico del INSALUD”, *Papeles de Economía Española*, 1998, 76, pp. 191-197.
- BERNALDO DE QUIRÓS, L.**, (1998): “El debate sobre la sanidad”, *Alternativas de reforma para la sanidad pública*, Boletín del Círculo de Empresarios, Nº 63, Diciembre 1998, pp. 9-26.
- BERTOLAZA SAN MIGUEL, J. I.**, (1993): “Instrumentos para el análisis económico de la sanidad vasca”, *Ekonomiaz*, Nº 25, 1993, pp. 24-57.
- BLANCO MORENO, A. y DE BUSTOS GUADAÑO, A.**, (1996): *El gasto sanitario público en España: diez años de Sistema Nacional de Salud. Un método de análisis basado en la Contabilidad Nacional de España y previsiones hasta el año 2000*, Documento de Trabajo, Ministerio de Economía y Hacienda, Secretaría de Estado de Hacienda, SGPS-96003, Abril 1996.

- BLANKART, C.**, (1985): "Market and non-market alternatives in the supply of public goods: general issues", en Forte y Peacock Eds., pp. 192-202.
- BOE**, (2002): Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto. Nº 185, Página Web.
- BOHIGAS, L.**, (1998): "El gasto sanitario en España en comparación con la Unión Europea", *Papeles de Economía Española*, 1998, 16, pp. 15-18.
- BOHIGAS, L.**, (1990): "La concertación hospitalaria: la experiencia catalana", *Información Comercial Española*, (681-682), 1990, pp. 107-114.
- BORCHENDING, T. E., POMMEREHNE, W. W. y WCHNEIDER, F.**, (1982): "Comparing the Efficiency of Private and Public Production: The Evidence from Five Countries", *Zeitschrift für Nationalökonomie*, Supplementum Nº 2, pp. 127-156.
- BOSCH DOMENECH, A.**, (1996): "Subastas de laboratorio: un esbozo", *Hacienda Pública Española*, 1996, 139, pp. 47-56.
- BRADFORD, W. D.**, (1995): "Supplier-induced demand and quality competition: An empirical investigation", *Eastern Economic Journal*, 1995, Vol. 21, 4, Página Web.
- BREUEL-GENIER, P.**, (2000): "Généraliste puis spécialiste: un parcours peu fréquent", INSEE Nº 709, Abril 2000.
- BREYER, S. y McAVOY, P.**, (1986): *Regulation and Deregulation*, New Palgrave, 1986.
- BROWN, R. et al.**, (1993): *Does Managed Care Work for Medicare? An Evaluation of the Medicare Risk Program for HMOs*, Mathematica Policy Research, Inc., Washington, Diciembre, 1993.
- CABASÉS, J. M.**, (1998): "La financiación de la sanidad en España", en *Informe SESPAS 1998: La Salud Pública y el Futuro del Estado del Bienestar*, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, 1998, pp. 221-334.
- CABASÉS, J. M.**, (1995): "El Sistema Sanitario Español en la encrucijada", *Informe SESPAS 1995: Los Servicios Sanitarios*, pp. 174-180.
- CABASÉS, J. M.**, (1993): "Economía de la Salud y política económica sanitaria", *Boletín de Estudios Económicos*, Nº 38, 118, (4), 1993, pp. 7-20.
- CABASÉS, J. M.**, (1981): "La medida de la salud. Una selección de la literatura", *Información Comercial Española*, (574), 1981, pp. 31-37.
- CABRILLO, F.**, (1997): "Costes de transacción y eficiencia económica", *Revista del Instituto de Estudios Económicos*, 1997, (1 y 2), pp. 465-475.
- CABRILLO, F.**, (1994): "Regulación y eficiencia económica", *Boletín del Círculo de Empresarios*, Nº 60, 1994, pp. 41-51.
- CALONGE, S. y RODRÍGUEZ, M.**, (1998): "Consecuencias distributivas y de equidad de las políticas de gasto y financiación de la sanidad", *Papeles de Economía Española*, Nº 76, 1998, pp. 259-272.
- CASALMIGLIA, X.**, (1998): "Ética y gestión sanitaria: un ensayo sobre la necesidad de contar", *Papeles de Economía Española*, 1998, 76, pp. 232-243.
- CALSAMIGLIA, X.**, (1994): "En defensa del Estado del Bienestar, contra sus entusiastas", *Análisis Económico de la Sanidad*, Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat e Seguretat Social, Barcelona, 1994, pp. 49-60.

- CARRASCO PRIETO, A. L. y GONZÁLEZ ARIAS, E.**, (1991): *Guía de propuestas para la Acreditación Hospitalaria en España*, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
- CASSELS, A.**, (1995): *Health sector reform: key issues in less developed countries*, World Health Organization (Document WHO/SHS/NPH/95, 4, Ginebra.
- CAVE, D. G.**, (1999): "Today's managed care market", *Compensation & Benefits Management*, Verano 1999, Vol. 15, Nº 1, pp. 66-72.
- CERVERA SOTO, S. y VIÑES RUEDA, J. J.**, (1999): "El ejercicio de la medicina en el contexto médico-social del año 2000", *Revista Española de Salud Pública*, Colaboración Especial, 1999, Página Web.
- CICHON, M.**, (1991): "La reforma del sector de la salud en Europa central y oriental: ¿es preciso invertir el modelo vigente?", *Revista Internacional del Trabajo*, Vol. 110, 1991, Nº 4, pp.509-528.
- C.I.S.**, (varias fechas): *Barómetros*, Página Web.
- C.I.S.**, (2002): *Opinión pública y política fiscal*, Estudio Nº 2462, Julio 2002.
- C.I.S.**, (2001): *Barómetro Sanitario 2001 (primera oleada)*, Estudio Nº 2416, Abril-Mayo 2001.
- C.I.S.**, (1999): *Barómetro Sanitario, 1999 (tercera oleada)*, Estudio Nº 2.371, Noviembre 1999.
- C.I.S.**, (1998): *Opinión pública y política fiscal*, Estudio Nº 2293, Julio 1998.
- C.I.S.**, (1995): *Barómetro sobre el Sistema Sanitario (tercera oleada)*, Estudio Nº 2.186, Diciembre 1995.
- C.I.S.**, (1990): *Imagen del INSALUD en la opinión pública (III)*, Estudio Nº 1.855, Enero 1990.
- C.I.S.**, (1985): *Imagen del INSALUD en la opinión pública*, Estudio Nº 1.448, Febrero 1985.
- COCHRANE, A.**, (1971): *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*, Londres, Nuffield Provincial Hospital Trusts, 1971.
- COLL CUOTA, P.**, (1990): "La dimensión del sector sanitario español ayer y hoy: variaciones y causas", *Información Comercial Española*, (681-682), 1990, pp. 75-87.
- COLL CUOTA, P.**, (1983): "Análisis crítico sobre la actual correlación entre recursos y necesidades asistenciales", *Boletín de Estudios Económicos*, 38, 118, (4), 1983, pp. 43-55.
- COLM, G.**, (1948): "Why Public Finance?", *National Tax Journal*, Septiembre 1948.
- COMISIÓN DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL SNS**, (1991): *Informe y recomendaciones*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1991.
- CORTECERO MONTIJANO, J. A.**, (1993): "Sanidad y sector público regional. El caso de Andalucía (1)", *Presupuesto y Gasto Público*, (10), 1993, pp. 229-237.
- CORONA, J. F.**, (1998): "Sanidad pública y eficiencia: un problema de incentivos", en *Alternativas de Reforma para la Sanidad Pública*, Boletín del Círculo de Empresarios, Nº 63, Diciembre 1998, pp. 215-229.
- COSTAS TERRONES, J. C. y LÓPEZ CASASNOVAS, G.**, (1985): "La expansión del gasto y la Ley General de Sanidad", *Papeles de Economía Española*, 23, 4-6, 1985, pp. 194-202.

- CULLIS J. G. y JONES, P. R.**, (1997): "Los cuasimercados desde la perspectiva de la Elección Pública (I)", *Hacienda Pública Española*, 1997, (140), pp. 39-51.
- CULLIS, J. G. y WEST, P. A.**, (1979): *Introducción a la Economía de la Salud*, Ed. Desclée De Brouwer, 1979.
- CURRIE, D.**, (1998): "Desafíos y oportunidades en los mercados europeos de servicios públicos", *Harvard DEUSTO Business Review*, 1998, (84), pp. 98-103.
- CHALKLEY, M. y MALCOMSON, J. M.**, (1996): "Contracts for the National Health Service", *The Economic Journal*, 1996, 106, pp. 1691-1701.
- CHAPELL, N. L.**, (1993): "The future of health care in Canada", *Journal of Social Policy*, Vol. 22, 4, Cambridge University Press.
- CHASE, CH.**, (1999): "The cost of health system change: Public discontent in five nations", *Health Affairs*, Mayo/Junio 1999, Vol. 18, 3, pp. 206-216.
- CHRISTIE, W.**, (1996): "Discurso de Introducción", en *La Reforma de los Sistemas Sanitarios. Una voluntad de cambio*, Ministerio de Sanidad y Consumo, BOE, Madrid, 1998, OCDE, Estudios de Política Sanitaria N° 8, pp. 15-21.
- DANIELS, N., LIGHT, D. y CAPLAN, R. L.**, (1996): *Benchmarks of Fairness for Health Care Reform*, Oxford University Press, Nueva York, 1996.
- DASGUPTA, P. y STIGLITZ, J.**, (1980): "Industrial structure and the nature of innovative activity", *Economic Journal*, n° 90, Junio 1980, pp. 226-293.
- DEL LLANO, J. et al.** (1997): *Gestión Sanitaria: Innovaciones y desafíos*, Masson y MSD, Barcelona, 1997.
- DEMSETZ, H.**, (1968): "Why Regulate Utilities", *Journal of Law and Economics*, N° 11, pp. 55-56.
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD. GOBIERNO VASCO**, (1993): "Plan Estratégico del Sistema Vasco de Salud", *Ekonomiaz*, N° 25, 1993, pp. 118-143.
- DIDERICHSEN, F.**, (2000): "Sweden", *Journal of Health Politics. Policy and Law*, Vol. 25. N° 5, Octubre 2000.
- DIDERICHSEN, F.**, (1995): "Market reforms in health care and sustainability of the welfare state: lessons from Sweden", *Health Policy*, 32, 1995, pp. 141-153.
- DOMBERGER, S. y PIGGOTT, J.**, (1994): "Políticas privatizadoras y empresa pública: una visión panorámica", *Hacienda Pública Española*, 1994, (128), pp. 219-236.
- DOMBERGER, S.** (1986): "Economic Regulation Through Franchise Contracts", en J. Kay, C. Mayer y D. Thompson (eds.), *Privatization and Regulation: The U. K. Experience*, Oxford University Press.
- DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, J. M.**, (1990): "Provisión y producción de servicios colectivos: principales aspectos teóricos y metodológicos", *Hacienda Pública Española*, 1990, (116), pp. 79-103.
- DOR, A. y WATSON, H.**, (1998): "Welfare consequences of alternative insurance contracts in the mixed for-profit/non profit", *Southern Economic Journal*, 1998, Vol. 64, 3, pp. 698-712.
- DRANOVE, D. y WHITE, W. D.**, (1993): "Specialization, option demand and the pricing of medical services", Working Paper N° 30, Applied Microeconomics Workshop, Ed. Kuklinski J., Agosto 1993.

- DRANOVE, D.**, (1988): "Demand inducement and the physician/patient relationship", *Economic Inquiry*, 1988, 26, pp. 281-298.
- DRÈZE, J.**, (1994): "Forty years of Public Economics: a personal perspective", *Journal of Economic Perspectives*, 1994, pp. 111-130.
- DRUCKER, P.**, (1983): *El cambiante mundo del directivo*, Economía y Empresa, Barcelona 1983.
- DRUCKER, P.**, (1974): *Management, Tasks, Responsibilities, Practices*, Londres, Heinemann, 1974.
- DURÁN HERAS, A.**, (1983): "Tendencias recientes en el control del gasto social en prestaciones sanitarias. Comparación entre España y otros países de la Europa occidental", *Boletín de Estudios Económicos*, 38, 118, 4, pp. 21-42.
- ECHEBARRÍA, K. y SUBIRATS, J.**, (1998): "Descentralización y coordinación de la sanidad en el Estado Autonómico", *Papeles de Economía Española*, nº 76, 1998, pp. 78-93.
- ELOLA SOMOZA, F. J.**, (1996): "La introducción de competencia en la sanidad española", *XIII Jornadas de Economía de la Salud*, Asociación de Economía de la Salud, Fundación Mapfre Medicina, pp. 83-94.
- ELOLA SOMOZA, F. J.**, (1993): "Situación actual y perspectivas de la regulación de la sanidad en España", *Información Comercial Española*, 1993, (723), pp. 149-157.
- ELOLA SOMOZA, F. J., SEVILLA PÉREZ, F. J. y ESPADAS MONCALVILLO, L.**, (1993): "Aseguramiento como gestión del Sistema Nacional de Salud. Actividades y resultados en INSALUD gestión directa. 1992", *Presupuesto y Gasto Público*, 1993, (10), pp. 149-158.
- ELOLA SOMOZA, F.J.**, (1991): *Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España*, Ed. FISS, Madrid, 1991.
- ENTHOVEN, A.**, (2000): "America's experience with managed health care and managed competition", A summary of the seminar *Healthcare in the New Millennium*, Southern Cross Healthcare, Wellington, Nueva Zelanda, 10 y 11 de Marzo de 2000. *Healthcare Review*, 4 (3), Marzo 2000.
- ENTHOVEN, A.**, (1993): "The history and principles of managed competition", *Health Affairs*, Suplemento 1993.
- ENTHOVEN, A.**, (1991): "Internal market reform of the british National Health Service", *Health Affairs*, 1991, Vol. 10, Nº 3, pp. 60-70.
- ENTHOVEN, A.**, (1988a): *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, Amsterdam, 1988.
- ENTHOVEN, A.**, (1998b): "Managed competition of alternative delivery systems", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1988, 13, pp. 305-321.
- ENTHOVEN, A. y KRONICK, R.**, (1988): "Un Plan de Salud basado en la Elección del Consumidor para la Década de los Noventa", *Papeles de Gestión Sanitaria*, Junio 1988, pp. 34-85
- ENTHOVEN, A.**, (1980): *Consumer Choice Health Plan*, Reading Mass: Addison Wesley, 1980.
- ESPADAS MONCALVILLO, L.**, (1993): "El gasto sanitario", *Presupuesto y Gasto Público*, 1993, (12), pp. 107-119.
- ESPADAS MONCALVILLO, L. y LARGO AGUADO, F.**, (1993): "La concertación con medios ajenos en el Sistema Nacional de Salud", *Presupuesto y Gasto Público*, 1993, (10), pp. 185-200.

- EVANS, R. G.**, (2000): “Canadá”, *Journal of Health Politics. Policy and Law*, Octubre 2000, Vol. 25, Nº 5, pp.889-897.
- EVANS, R. G.**, (1996): “Vender el mercado o controlar la regulación: ¿quién pierde?, ¿quién gana?, ¿qué expectativas hay?, ¿qué límites?”, en *La Reforma de los Sistemas Sanitarios. Una voluntad de cambio*. Estudios de Política Sanitaria Nº 8. OCDE, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1998, pp. 111-133.
- FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA**, (1999): “Propuestas para mejorar el sistema sanitario público”, Página Web.
- FENN, P. y McGUIRE, A.**, (1990): “La reforma del Servicio Nacional de Salud en el Reino Unido”, *Información Comercial Española*, 1990, (681-682), pp. 27-43.
- FERNÁNDEZ ALEGRE, R.**, (1993): “La Economía de la Salud: pasado, presente y futuro”, *Presupuesto y Gasto Público*, 1993, (10), pp. 39-48.
- FERNÁNDEZ CAÍNZOS, J. J.**, (1994): “Privatización: ¿solución o filosofía económica?”, *Hacienda Pública Española*, 1994, (128), pp. 177-188.
- FERNÁNDEZ-CUENCA GÓMEZ, F.**, (1998): “Análisis de los servicios sanitarios”, en *Informe SESPAS 1998: La salud pública y el futuro del Estado del Bienestar*, Escuela de Salud Pública, Granada, 1998, pp. 251-298.
- FERNÁNDEZ DÍAZ, J. M.**, (1995): “Osasuna Zainduz: ¿un modelo de cambio para el Sistema Nacional de Salud?”, *La salud y el sistema sanitario en España: Informe SESPAS 1995*, SG Editores, Barcelona, 1995, pp. 197-202.
- FERNÁNDEZ ORDÓÑEZ, M. A.**, (2000): *La competencia*, Alianza Editorial, Madrid, 2000.
- FOLKESSON, H. et al.**, (1998): *The municipal primary care experiment 1992-1998*, Socialstyrelsens, Sthokholm, 1998.
- FREIXAS DARGALLO, X.**, (1994): “Mercado y seguro sanitario”, en *Análisis Económico de la Sanidad*, Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat e Seguretat Social, Barcelona, 1994, pp. 77-94.
- FUENTELESAZ, L., MARCUELLO, C. y URBINA, O.**, (1996): “Eficiencia productiva en la prestación de Servicios de Salud: Una aplicación a los Centros de Atención Primaria”, *Hacienda Pública Española*, 138, 1996, pp. 29-40.
- GALARRAGA, J.**, (1981): “La demanda de cuidados médicos: conceptos básicos y su cálculo empírico para Navarra”, *Información Comercial Española*, 1981, (574), pp. 39-46.
- GALLORO, V.**, (2000): “Hospital competition brings benefits”, *Modern Healthcare*, Vol. 30, 36, Página Web.
- GARCÍA DÍEZ, J. A.**, (1994): “La reforma de estructuras en el marco de la política económica”, *Boletín del Círculo de Empresarios*, nº 60, 1994, pp. 21-28.
- GARCÍA PRIETO, C.**, (1999): “Ineficiencia técnica y asignativa en los hospitales del INSALUD”, FEDEA, Página Web.
- GARCÍA VALIÑAS, M.**, (2000): “Medición del output en los servicios públicos”, Universidad de Oviedo, Página Web.
- GAVILANES VÁZQUEZ, E.**, (1993): “La financiación de los hospitales en el ejercicio 1993: El Contrato-Programa”, *Presupuesto y Gasto Público*, 1993, (10), pp. 159-162.

- GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. y MURILLO FORT, C.**, (1993): “El gasto sanitario de los países y de las familias: problemas metodológicos y empíricos para su cuantificación y estimación”, *Ekonomiaz*, 1993, I, N° 25, pp. 70-89.
- GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B.**, (1992): “La factura de los comportamientos antisaludables”, *Revista de Economía*, 1992, (12), pp. 25-29.
- GONZÁLEZ MARTÍNEZ, X. M.**, (1998): “Procesos de reforma en la gestión del empleo público”, *Hacienda Pública Española*, 1998, (145), pp. 43-56.
- GONZÁLEZ-PÁRAMO, J. M.**, (1997): “Cambios organizativos al servicio de la gestión pública”, IV Seminario “La Gestión del Cambio en los Servicios Sanitarios”, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, 6 y 7 de noviembre de 1997. Libro de ponencias.
- GONZÁLEZ-PÁRAMO, J. M. y LÓPEZ CASASNOVAS, G.**, (1996): “El gasto público: problemas actuales y perspectivas”, *Papeles de Economía Española*, 1996, (69), pp. 2-38.
- GOÑI LEGAZ, S.**, (1998): “Equipos de Trabajo en las organizaciones públicas. Una primera evaluación de su rendimiento en el caso del Servicio Navarro de Salud”, *Hacienda Pública Española*, 1998, 144, pp. 63-79.
- GOODMAN J. C. y MUSGRAVE, G. I.**, (1998): “La tendencia internacional hacia la privatización de la asistencia sanitaria”, en *Alternativas de reforma para la sanidad pública*, Boletín del Círculo de Empresarios, N° 63, Diciembre 1998, pp. 113-148.
- GREEN, D. G.**, (1998): “Propuestas para una política social dentro de la estructura de la OCDE”, en *Alternativas de reforma para la sanidad pública*, Boletín del Círculo de Empresarios, N° 63, Diciembre 1998, pp. 29-78.
- HANKE, S.**, (1992): “Privatización del sector público”, *Revista del Instituto de Estudios Económicos*, 1992, (1), pp. 137-171.
- HANKE, S.**, (1985): “The Literature on Privatization”, en S. M. Butler Ed., *The Privatization Option: A Strategy to Shrink the Size of Government*, The Heritage Foundation, Washington, D. C. 1985.
- HEDLEY, T. P.**, (1998): “Measuring public sector effectiveness using private sectors methods”, *Public Productivity & Management Review*, Marzo 1998, Vol. 21, (3), pp. 251-258.
- HEMMING, R. y MANSOOR, A. M.**, (1994): “La privatización y las empresas públicas”, *Hacienda Pública Española*, 1994, (128), pp. 237-260.
- HERAS, A.**, (2001): “Crisis capitalista y déficit sanitario”, *El Militante*, N° 142, Septiembre-Octubre 2001, Página Web.
- HERNÁNDEZ, J. M.**, (1998): “El gasto farmacéutico en el contexto de la Sanidad Pública”, en *Alternativas de reforma para la sanidad pública*, Boletín del Círculo de Empresarios, N° 63, Diciembre 1998, pp. 179-198.
- HERRERO BLANCO, C. y VILLAR NOTARIO, A.**, (1994): “La asistencia sanitaria como un problema de asignación en presencia de objetivos inalcanzables”, en *Análisis económico de la sanidad*, Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1994, pp. 145-164.
- HIRSCHMAN, A. O.**, (1970): *Exit, Voice and Loyalty*, HARVARD PRESS, Cambridge, 1970.
- HOTELLING, H.**, (1938): “The general welfare in relation to problems of taxation and of railway and utility rates”, *Econometrica*, 1938.

- HUDSON, T.**, (1993): “Reform follows market: Insurers, providers strengthen ties as debate continues”, *Hospitals*, 1993, Vol. 67, 3, Página Web.
- HUERTA ARRIBAS, E.**, (1994): “El hospital: una aproximación empresarial”, en *Análisis económico de la sanidad*, Generalitat de Catalunya, Departamento de Sanitat i Seguretat Social, 1994, pp. 265-280.
- HURST, J. y JEE-HUGHES, M.**, (2000): *Performance measurement and performance management in OECD health systems*, Labour market and Social Policy, Occasional Papers N° 47, DEELSA/ELSA/WD(2000), 8, París, 2000.
- IBERN, P.**, (1998a): “Información de los pacientes en la elección de proveedor”, *Información sanitaria y nuevas tecnologías: XVIII Jornadas de Economía de la Salud*, Victoria-Gasteiz, AESA, 1998, Página Web.
- IBERN, P.**, (1998b): “Competencia entre intermediarios en el sector salud en sistemas de cobertura universal”, en *Alternativas de reforma para la sanidad pública*, Boletín del Círculo de Empresarios, N° 63, Diciembre 1998, pp. 451-470.
- IBERN, P.**, (1996): “Subastas de contratos de franquicia e incentivos: una aplicación a la atención primaria de salud”, *Hacienda Pública Española*, 139, 1996, pp. 7-21.
- IBERN, P.**, (1993): “La compra y la producción de servicios sanitarios públicos”, *Presupuesto y Gasto Público*, 1993, (10), pp. 95-100.
- IBERN, P.**, (1991): “Las funciones de financiación, compra y provisión de servicios en los sistemas nacionales de salud”, *JANO*, 1991, 41, pp. 955-965.
- I.E.A.**, (2002): *Anuario Estadístico de Andalucía 2002*.
- IMAI, Y., JACOBZONE, S. y LENAIN, P.**, (2000): *The changing Health System in France*, Economics Department. Working Papers N° 269, OCDE, 2000.
- INE**, (2002): *Indicadores de actividad hospitalaria. 1997*, Página Web.
- INE**, (2002): *Catálogo Nacional de Hospitales. 2001*. Página Web.
- INE**, (varios años): *Contabilidad Nacional y Contabilidad de las Administraciones Públicas*, Página Web.
- INE**, (2001): “Establecimientos sanitarios con régimen de internado. 1995”, CD-Rom.
- INSALUD**, (2002): *Asistencia especializada. Actividad 2001. Evolución de indicadores 1991-2001*, Página Web.
- INSALUD**, (2000): *Memoria 2000*, Página Web.
- INSALUD**, (1998): *Plan estratégico*, Página Web.
- INSALUD**, (1998): *Memoria 1998*, Página Web.
- IÑESTA, A.**, (1999): “Gasto farmacéutico público”, *Boletín Club Farmacoeconomía*, Vol. 4, N° 1, Enero-Febrero, 1999.
- IRANZO, J. E. e IZQUIERDO, G.**, (1997): “La reforma del funcionamiento de los servicios públicos”, *Revista del Instituto de Estudios Económicos*, 1997, (1 y 2), pp. 409-424.

- IRANZO, J. E.**, (1994): “Las reformas estructurales ineludibles para la economía española”, *Boletín del Círculo de Empresarios*, nº 60, 1994, pp. 29-37.
- IVERSEN, T.**, (1997): “The effect of a private sector on the waiting time in a national health service”, *Journal of Health Economics*, Agosto 1997, Vol. 16, 4, pp. 381-396.
- JIMÉNEZ FERNÁNDEZ, A.**, (1994): “El presupuesto de la Seguridad Social para 1995”, *Presupuesto y Gasto Público*, 1994, (14), pp. 99-124.
- JIMÉNEZ PALACIOS, A.**, (1997): “La productividad variable en la atención primaria. La experiencia del área sanitaria 10 de Madrid”, *Revista de Administración Sanitaria*, 1997, 1; 1, pp. 59-75.
- JIMÉNEZ PÉREZ, J. R.**, (1993): “Los servicios de sanidad en Navarra”, *Presupuesto y Gasto Público*, 1993, (10), pp. 219-228.
- JÖNSSON, B.**, (1996): “Entender la reforma de los sistemas sanitarios”, *La Reforma de los Sistemas Sanitarios. Una voluntad de cambio*, Estudios de Política Sanitaria Nº 8, OCDE, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1998, pp. 39-56.
- KAY, A. y THOMPSON, D. J.**, (1994): “La privatización: una política en busca de un fundamento lógico”, *Hacienda Pública Española*, 1994, (128), pp. 201-211.
- KOEN, V.**, (2000): “Public expenditure reform: the health care sector in U.K.”, Economics Department. Working Papers Nº 256, OCDE, 2000.
- KPMG PEAT MARWICK**, (1992): *Health Benefits in 1992: Exevutive Summary*, 1992.
- KRIEBLE, T. A.**, (2000): “New Zealand”, *Journal of Health Politics. Policy and Law*, Vol. 25, Nº 5, Octubre 2000, pp. 925-930.
- LACHAUD-FIUME, C., LARGERON-LETÉNO, C. y ROCHAIX-RANSON, L.**, (1999): “An Ambulatory Care Deducible and Social Equity”, INSEE Studies Nº 38. Setiembre 1999.
- LAMATA, F.**, (2001): “Un punto más, y un reparto justo”, *Revista de Administración Sanitaria*, Vol. V, Nº 18, Abril/Junio 2001, Página Web.
- LAWRENCE, C.**, (1996): “Discurso de apertura”, en *La Reforma de los Sistemas Sanitarios. Una voluntad de cambio*, Estudios de Política Sanitaria Nº 8, OCDE, Ministerio de Sanidad y consumo, Madrid, 1998, pp. 11-13.
- LÁZARO Y DE MERCADO, P.**, (1998): “Desarrollo, innovación y evaluación de tecnología médica”, en *Informe SESPAS 1998: La Salud Pública y el Futuro del Estado del Bienestar*, 1998, pp. 345-384.
- LE GRAND, J.**, (1999): “Competition, cooperation, or control? Tales from the British Nacional Health Service”, *Health Affairs*, Vol. 18, (3), Mayo-Junio 1999, pp. 27-39.
- LE GRAND, J., MAYS, N. y DIXON, J.**, (1998): “The Reforms: Success, Failure, or Neither?”, en *Learning from the NHS Internal Market: A Review of the Evidence*, Londres, King’s Fund, 1998.
- LE GRAND, J. y GLENNECSTER, H.**, (1994): *The Developmet of Quasi Markets in Welfare Provisión*, London School of Economics, Londres, 1994.
- LE GRAND, J.**, (1987): “Three Essays on Equity”, Suntory Toyota International Center for Economics and Related Disciplines, London School of Economics Discusión Paper, 22.
- LEY, E.**, (1998): *Non-Cooperative Public-Good Provisión and Productivity Differentials*, FEDEA, Página Web.

- LIGHT, D. W.**, (2001): "Comparative institutional response to economic policy managed competition and governmentality", *Social Science & Medicine*, Vol. 52, 8, Abril 2001, pp. 1151-1166.
- LIMÓN MENDIZÁBAL, C.**, (1994): *Prestaciones sanitarias en los países de la Comunidad Europea*, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1994.
- LIMÓN MENDIZÁBAL, C.**, (1991): *La financiación del medicamento en los países de la Comunidad Europea*, INSALUD, 1991.
- LITTLE, I. M. D.**, (1952): *A Critique of Welfare Economics*, Oxford University Press, Oxford, 1952.
- LOBATO BRIME, P.**, (1990): "El mercado de medicamentos en España: demanda, gasto farmacéutico e intervención de precios", *Información Comercial Española*, 1990, (681-682), pp. 89-103.
- LOBO ALEU, F.**, (1998): Medicamentos y Sistema Nacional de Salud: mejoras recientes en la financiación pública", en *Alternativas de reforma para la sanidad pública*, Boletín del Círculo de Empresarios, Nº 63, Diciembre 1998, pp. 199-212.
- LOBO ALEU, F.**, (1993): "Las reformas en marcha en el Sistema Nacional de Salud español", *Presupuesto y Gasto Público*, 1993, (10), pp. 119-130.
- LOBO ALEU, F.**, (1992): "Intervención, mercado y reformas sanitarias", *Revista de Economía*, 1992, (12), pp. 30-33.
- LOBO ALEU, F. y RUÍZ ÁLVAREZ, J. L.**, (1985): "La crisis y el ajuste estructural en el sector de la salud", *Papeles de Economía Española*, 1985, 23, 4-6, pp. 179-193.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G.**, (1999): "La capitación en la financiación territorial de los servicios públicos transferidos: El caso de la sanidad y de la educación", *FEDEA, Estudios sobre la economía española*, Página Web.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G.**, (1998): "El sistema sanitario español en el marco de las comunidades autónomas", en *Alternativas de reforma para la sanidad pública*, Boletín del Círculo de Empresarios, Nº 63, Diciembre 1998, pp. 347-372.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G. y ORTÚN RUBIO, V.**, (1998): *Economía y Salud*, Ed. ENCUENTRO, Madrid, 1998.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G. et al.**, (1997): *La regulación de los servicios sanitarios en España*, Ed. Civitas, Madrid, 1997.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G. y CASADO, D.**, (1997): *La financiación de la sanidad pública española: aspectos macroeconómicos e incidencia en la descentralización fiscal*, XVII Jornadas de Economía de la Salud, Murcia, 1997.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G. y RAMÍREZ DE ARELLANO, A.**, (1996): "Los costes de utilización del capital público en mecanismos de competencia gestionada y cuasimercados", *Hacienda Pública Española*, 1996, (139), pp. 65-78.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G. e IBERN REGAS, P.**, (1995): "Algunas consideraciones básicas para comprender la evolución del gasto sanitario", *Hacienda Pública Española*, 1995, (134), pp. 133-144.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G.**, (1995): "Público y privado en sanidad: claves y estrategias de análisis", en *Cambios en la regulación sanitaria. XIV JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD*, AESA, 1995, pp. 132-169.

- LÓPEZ CASASNOVAS, G.**, (1994): “La reforma del Sector Público. Instrumentos para la eficiencia pública”, *Cuadernos de Información Económica*, nº 90, Septiembre de 1994, pp. 69-80.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G.**, (1993a): “El Sector Público”, en *Economía*, Cap. 7, coord. Joseph E. Stiglitz, Ed. ARIEL S.A., Barcelona, 1993.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G.**, (1993b): “Economía de la Salud y Gestión sanitaria: algunas claves interpretativas”, *Presupuesto y Gasto Público*, 1993, (10), pp. 5-20.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G.**, (1993c): “Estructura y regulación del sistema sanitario español”, *Información Comercial Española*, 1993, (723), pp. 131-148.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G. y WAGSTAFF, A.**, (1993): “Eficiencia y competitividad en los servicios públicos: algunas consideraciones relativas a la asistencia sanitaria”, *Moneda y Crédito*, 1993, (196), pp. 181-218.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G.**, (1992a): “Información, privatización e incentivos en sanidad”, *Revista de Economía*, 1992, (12), pp. 41-44.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G.**, (1992b): “Apuntes para la reforma sanitaria de los noventa: las formas organizativas son importantes”, *Información Comercial Española*, 1992, (708-709), pp. 63-77.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G.**, (1989a): “Descentralización y simulación de mercados: instrumentos para la eficiencia en el sector público”, *Papeles de Economía Española*, 1989, (41), pp. 172-180.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G.**, (1989b): “La Economía de la Salud como disciplina”, *Revista de Economía*, 1989, 3, 10-12, pp. 77-81.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G., VALOR SABATIER, J. y ARTAL ROCAFORT, R.**, (1989): “Distribución equitativa de recursos y ajuste por variaciones geográficas en el coste de provisión de servicios públicos: El caso de los servicios sanitarios”, *Economía Pública*, 1989, 3, 4-6, pp. 53-65.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G.**, (1985): “Gasto público y racionalización presupuestaria”, *Papeles de Economía Española*, 1985, 23, 4-6, pp. 203-213.
- MAESTRO, A.**, (1997): *Viaje a ninguna parte*, Documento de trabajo, Cendoc de IU Federal, 7 de enero de 1997, Página Web.
- MAHBOOBI, J.**, (2001): “Recent Privatisation Trends”, *Financial Market Trends*, nº 79, Junio 2001, pp. 43-65. OECD PUBLICATIONS.
- MANZANERA, R., SEGURA, B. y FERNÁNDEZ, J. M.**, (1998): “La organización de la salud pública: su reforma en las reformas”, en *Informe SESPAS 1998: La salud pública y el futuro del Estado del Bienestar*, Ed. Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, 1998, pp. 93-120.
- MANZANERA, R., VILLALBÍ, J. R. NAVARRO, A. y ARMENGOL, R.**, (1995): “Los servicios de salud pública en el proceso de reforma del sistema sanitario”, en *La salud del Sistema sanitario en España: Informe SESPAS 1995*, SG Editores, Barcelona, 1995, pp. 228-235.
- MARCHAL, J.**, (1964): *Nouveaux éléments de comptabilité nationale française*, Editions Cujas, París, 1964.
- MARQUÉS, J.**, (1997): “Una lectura errónea del gasto farmacéutico”, *Revista Fuentes Estadísticas*, Nº 23, Febrero 1997, Página Web.

- MARTÍN MARTÍN, J. J.**, (1998): “Cambio e innovación institucional. Las nuevas experiencias en gestión sanitaria”, en *Informe SESPAS 1998: La salud pública y el futuro del Estado del Bienestar*, Escuela de Salud Pública, Granada, 1998, pp. 421-452.
- MARTÍN MARTÍN, J. J. y MANUEL KEENOY, E.**, (1998): “Reformas y cambios organizativos en el Sistema Nacional de Salud español”, *Papeles de Economía Española*, Nº 76, 1998, pp. 176-189.
- MARTÍN MARTÍN, J. J. y CABASÉS, J. M.**, (1995): “Cambios en la gestión sanitaria”, en *Informe SESPAS 1995: La salud del Sistema sanitario en España*, SG Editores, Barcelona, 1995, pp. 203-211.
- MARTÍN, J. P., LÓPEZ DEL AMO, M. P. y GARIJO, A.**, (1993): “Modelo de incentivos para directivos sanitarios públicos”, *Presupuesto y Gasto Público*, 1993, (10), pp. 69-94.
- MARTÍNEZ GARCÍA, E.**, (1998): “Las deducciones en el IRPF por gasto sanitario privado: situación actual y posibilidades de reforma”, *Papeles de Economía Española*, 1998, 76, pp. 273-284.
- MARTÍNEZ MARTÍN, D. J.**, (1999): “El papel de la ordenación de prestaciones en la definición del Sistema Nacional de Salud”, *Administración Sanitaria*, Vol. III, Octubre/Diciembre, 1999, Nº 12, pp. 45-64.
- MAS COLELL, A.**, (1994): “Sobre el carácter obligatorio y universal del seguro de salud”, en *Análisis Económico de la Sanidad*, Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat e Seguretat Social, 1994, Barcelona, pp. 63-75.
- MAYNARD, A.**, (1996): “Introducing a Market to the United Kingdom’s National Health Service”, *The New England Journal of Medicine*, Febrero 1996, Vol. 334, Nº 9, Página Web.
- MAYNARD, A.**, (1981): “La naturaleza del mercado sanitario y las prioridades de investigación para economistas de la salud”, *Información Comercial Española*, 1981, (574), pp. 7-17.
- McGUIRE, T. G. y RIORDAN, M. H.**, (1995): “Incomplete information and the optimal market structure, publica purchases from private providers”, *Journal of Public Economics*, 1995, 56, pp. 125-141.
- McKEONWN, T.**, (1976): *The Modern Rise of Population and the Role of Medicine, Mirage or Nemesis?*, Rock Carling Monograph, Londres, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976.
- MELHADO, E. M.**, (2000): “The Economics of Health Reconsidered”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Durham, Febrero 2000, Vol. 25. Nº 1, pp. 233-256.
- MENDI, B.**, (1997): “Amplia cobertura estadística de la financiación autonómica de la sanidad”, *Revista Fuentes Estadísticas*, Nº 23, Febrero 1997, Página Web.
- MEYER, J. A. et al.**, (1993): *Setting Priorities in Health Care*, Milbank Memorial Fundo, Nueva York.
- MILLWARD, R.**, (1982): “The Comparative Performance of Public and Private Ownership”, en E. Roll. Ed., *The Mixed Economy*, MacMillan, London.
- MIN DePARLE, N. y BERENSON, R. A.**, (2000): “The need for demonstrations to test new ideas”, *Health Affairs*, 2000, Vol. 19, 5, pp. 57-59.
- MINISTERIO DE ADMINISTRACIONES PÚBLICAS**, (2000): *Libro Blanco para la mejora de los servicios públicos: una nueva Administración al servicio de los ciudadanos*, Ed. Secretaria General Técnica, Madrid, 2000.
- MINISTERIO DE HACIENDA**, (2001): *Implementar reglas y leyes fiscales. La estabilidad presupuestaria en la Unión Europea*, Río de Janeiro, Noviembre 2001, Página Web.

- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO**, (2002): “Transferencias en materias de Gestión Sanitaria de la Seguridad Social (Competencias del Insalud)”, Página Web.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO**, (2001a): *Sistema Nacional de Salud en Cifras 2002*. España, Madrid, 2001.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO**, (2001b): *Catálogo Nacional de Hospitales*, BOE, Ministerio de la Presidencia, 2001.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO**, (1999): *Las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud*, Gabinete Técnico de la Subsecretaría, Unidad de Prestaciones, 1999.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO**, (1995): *Plan Nacional de Salud*, Secretaría General Técnica, Centro de Publicaciones, 1995.
- MISHAN, E. J.**, (1990): “Un enfoque teórico sobre la evaluación de la vida y de la integridad física”, *Información Comercial Española*, 1990, (681-682), pp. 205-218.
- MONSERRAT MOLINER, A.**, (2000): “Las estadísticas de salud pública en la Unión Europea”, *Revista Fuentes Estadísticas*, Nº 49, Diciembre 2000, Página Web.
- MONTERO HITA, F.**, (1994): “Política sanitaria, nuevo sistema de financiación”, *Presupuesto y Gasto Público*, 1994, (14), pp. 125-132.
- MONTERO HITA, F.**, (1993): “Convergencia europea y financiación del gasto sanitario”, *Presupuesto y Gasto Público*, 1993, (10), pp. 23-38.
- MORALES IBÁÑEZ, T. y GARCÍA CALATAYUD, M. L.**, (1998): “La financiación de la asistencia sanitaria”, en *Alternativas de reforma para la sanidad pública*, Boletín del Círculo de Empresarios, Nº 63, Diciembre 1998, pp. 233-257.
- MORENO RUÍZ, J. A. y MEDINA ORTEGA, M.**, (1983): “Problemas actuales de la gestión hospitalaria en España”, *Boletín de Estudios Económicos*, 1983, 38, 118, 4, pp. 57-87.
- MOREU OROBITG, F.**, (1993): “Una nueva manera de entender la gestión en la sanidad”, *Presupuesto y Gasto Público*, 1993, (10), pp. 131-142.
- MOSSIALOS, E.**, (1997): “Citizens’ Views on Health Care Systems in the 15 Member States of the European Unión”, *Health Economics*, 1997, Vol. 6, Nº 2.
- MUÑOZ LÓPEZ-CARMONA, R. y FONTENLA COB, J.**, (1993): “Consideraciones sobre el análisis de eficiencia en los hospitales del INSALUD”, *Presupuesto y Gasto Público*, 1993, (10), pp. 163-184.
- MURILLO, C. y GONZÁLEZ, B.**, (1993): “Las estimaciones del efecto de los precios en la financiación de los servicios sanitarios en España”, *Ekonomiaz*, 1993, Nº 25, I, pp. 90-103.
- MURILLO FORT, C.**, (1992): “La efectividad del ticket moderador”, *Revista de Economía*, 1992, (12), pp. 34-39.
- MURILLO FORT, C.**, (1990): “Universalización de los servicios sanitarios y nuevo modelo de financiación”, *Economistas*, 1989-1990, 8, (41), pp. 248-251.
- MUSGRAVE, G. I.**, (1967): *Teoría de la Hacienda Pública*, Editorial Aguilar, 1967.
- NAVARRO, V.**, (1995): “El debate sobre la separación entre las funciones de financiación y provisión de servicios en el Estado del Bienestar y su relevancia para España”, *Gaceta Sanitaria*, 1995, pp. 202-209.

- NEWHOUSE, J. P.**, (1996): "Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production Versus Selection", *Journal of Economic Literature*, 1996, 34, pp. 1236-1263.
- NEWHOUSE, J. P.**, (1993): "Los costes de la atención médica. ¿Cuál es la magnitud de la pérdida de bienestar?", *Ekonomiaz*, 1993, Nº 25, pp. 231-250.
- NEWHOUSE, J. P., MANNING, W. G., MORRIS, C. N.**, (1981): "Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance", *New England Journal Medicine*, 305, pp. 1501-1507.
- NHS**, (distintos años): Estadísticas sanitarias, Página Web.
- NIETO, J. y CABASÉS, J. M.**, (1993): "Equidad y eficiencia en la distribución interterritorial de los recursos sanitarios: aplicación a la Ley General de Sanidad", *Ekonomiaz*, Nº 25, pp. 104-113.
- NISCAKEN, W. A.**, (1992): "El papel del Estado en la economía moderna", *Revista del Instituto de Estudios Económicos*, Nº 1, 1992, pp.
- NISKANEN, W. A.**, (1971): *Bureaucracy and Representative Government*, Chicago Aldine, 1971.
- NOLAN, B.**, (1996): "Calidad, eficacia y equidad de los cuidados médicos con las capacidades financieras: ¿qué compromisos?", en *La Reforma de los Sistemas Sanitarios. Una voluntad de cambio*, Estudios de Política Sanitaria, Nº 8, OCDE, Ministerio de Sanidad y consumo, Madrid, 1998, pp. 95-110.
- NÚÑEZ FEIJÓO, A.**, (1998): "Sanidad en España: alternativas de reforma", en *Alternativas de reforma para la sanidad pública*, Boletín del Círculo de Empresarios, Nº 63, Diciembre 1998, pp. 413-430.
- OCDE**, (2002): *Health Data 2002*. Página Web.
- OCDE**, (2001): *Health Data 2001*. Página Web.
- OCDE**, (1996a): *OECD Economic Surveys 1995-1996: Spain*, París, OCDE, 1996.
- OCDE**, (1996b): *Beyond 2000: The New Social Policy Agenda*, París, OCDE, 1996.
- OCDE**, (1995): *Mercados internos en evolución. Sistemas Sanitarios en Canadá, Islandia y Reino Unido*, Estudios de Política Sanitaria Nº 6, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1998.
- OCDE**, (1994): *La reforma de los sistemas de asistencia sanitaria. Estudio de diecisiete países de la OCDE*, Estudios de Política Sanitaria, Nº 5, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1998.
- OCDE**, (1993): *Health Systems. Facts and Trends. 1961-1991*, Vol. I y II, París, 1993.
- OLAVARRIETA ZABALA, J. R.**, (1993): "Un cambio organizativo necesario en el Sistema Nacional de Salud", *Presupuesto y Gasto Público*, 1993, (10), pp. 211-218.
- ORDÓÑEZ IRIARTE, J. M. et al.**, (1998): "Nuevos retos en salud ambiental", *Informe SESPAS 1998: La Salud Pública y el futuro del Estado del Bienestar*, Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998, pp. 177-224.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**, (1998): *Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1998.
- ORTEGA SUÁREZ, F.**, (2001): "¿Por qué no se debe excluir del uso de la alta tecnología sanitaria a los ancianos?", *Tribuna Sanitaria*, EL PAÍS, 6 de Marzo de 2001, Página Web.

- ORTÚN RUBIO, V.**, (1998a): “Gestión privada de la sanidad”, en *Alternativas de reforma para la sanidad pública*, Boletín del Círculo de Empresarios, Nº 63, Diciembre 1998, pp. 285-309.
- ORTÚN RUBIO, V.**, (1998b): “Sistema sanitario y Estado del Bienestar: problemas a la vista”, en *Informe SESPAS 1998: La salud pública y el futuro del Estado del Bienestar*., Escuela de Salud Pública, Granada, 1998, pp. 40-60.
- ORTÚN RUBIO, V. y GERVÁS, J.**, (1996a): “Fundamentos y eficiencia de la atención primaria”, *Medicina Clínica*, 1996, 106, pp. 97-102.
- ORTÚN RUBIO, V. y GERVÁS, J.**, (1996b): “Las Asociaciones de Profesionales en Medicina General”, *Atención Primaria*, 1996, 17, pp. 300-302.
- ORTÚN RUBIO, V.**, (1993): “La salud del sistema sanitario español”, *Ekonomiaz*, 1998, Nº 25, I, pp. 12-23.
- ORTÚN RUBIO, V.**, (1992): “Productividad y salud: la bolsa y la vida”, *Revista de Economía*, 1992, 12, pp. 18-24.
- ORTÚN RUBIO, V.**, (1990): “Incorporación de los criterios de eficiencia económica a las decisiones clínicas”, *Información Comercial Española*, 1990, (681-682), pp. 117-129.
- OUCHI, W.**, (1980): “Markets, Bureaucracies, and Clans”, *Administrative Science Quarterly*, 5, pp. 129-141.
- OXLEY, H. y MacFARLAN, M.**, (1994): *Health care reform controlling spending and increasing efficiency*, Economics Department, Working Papers Nº 149, OCDE/GD(94)101, París, 1994.
- OXLEY, H., MAHER, M., MARTÍN, J. P., NICOLETTI, G. y ALONSO-GAMO, P.**, (1992): “El sector público: temas para los noventa”, *Revista del Instituto de Estudios Económicos*, 1992, (1), pp. 19-122.
- PADILLA BLANCO, A. J.**, (1994): “Competencia en el mercado de seguros médicos”, en *Análisis económico de la sanidad*, Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1994, pp. 95-116.
- PADULA, C.**, (1998): “Reorganizar los hospitales”, *Papeles de Economía Española*, 1998, 76, pp. 199-209.
- PASTOR, S.**, (1990): “A propósito de la eficacia del gasto público. Notas sobre una asignatura pendiente del sector público español”, *Información Comercial Española*, 1990, (680), pp.151-157.
- PASTOR, S.**, (1989): *Economía de la Justicia. Mandatos constitucionales y política judicial*, mimeo, Instituto de Estudios Fiscales.
- PAUKER, S. G. y KASSIRER, J. P.**, (1997): “Contentious screening decisions: does the choice matter?”, *New England Journal of Medicine*, 336, pp. 1243-1244.
- PAULY, M.**, (1979): “The pricing of primary care physicians’ services: a test of the role of consumer information”, *Bell Journal of Economics*, 12, pp. 488-506.
- PEINADO, J. L. y ZURITA, A.**, (1998): “El gasto sanitario en las comunidades no transferidas”, en *Alternativas de reforma para la sanidad pública*, Boletín del Círculo de Empresarios, Nº 63, Diciembre 1998, pp. 391-410.
- PEIRÓ, S.**, (1998): “La variabilidad en la práctica médica: relevancia, estrategias de abordaje y política sanitaria”, *Papeles de Economía Española*, 1998, (76), pp. 165-175.

- PELLISÉ URQUIZA, L. y LÓPEZ CASASNOVAS, G.**, (1993a): “Economía y Salud del sistema sanitario español”, *Ekonomiaz*, 1993, Nº 25, I, pp. 293-315.
- PELLISÉ URQUIZA, L. y LÓPEZ CASASNOVAS, G.**, (1993b): “Economía de la Salud: el estado de la cuestión”, *Ekonomiaz*, 1993, Nº 25, I, pp. 114-117.
- PEROTE PEÑA, J.**, (1998): “El sector sanitario como un servicio económico intervenido”, en *Alternativas de reforma para la sanidad pública*, Boletín del Círculo de Empresarios, Nº 63, Diciembre 1998, pp. 151-178.
- PETITBÓ JUAN, A.**, (1997): “La competencia: un bien social que genera sentimientos positivos”, *Cuadernos de Información Económica*, Septiembre 1997, (126), pp. 27-37.
- PFAFF, M. y WASSENER, D.**, (2000): “Germany”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 25, nº 5, Octubre, 2000, pp. 907-914.
- PINTO PRADES, J. L. y MORRISON, G.**, (1996): “Regulación por resultados en el sector sanitario: el uso de los años de vida ajustados por la calidad”, *Hacienda Pública Española*, 1996, 139, pp. 37-46.
- PIRIE, M.**, (1992): “Privatización”, *Revista del Instituto de Estudios Económicos*, 1992, (1), pp. 125-135.
- PLIATZKY, L.**, (1994): “¿Puede ser eficiente el sector público?”, *Hacienda Pública Española*, 1994, (129), pp. 187-192.
- POULLIER, J. P. y SANDIER, S.**, (2000): “France”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 25, Nº5, Octubre 2000, pp. 899-905.
- POULLIER, J. P.**, (1990): “El afán por la eficiencia. Una perspectiva internacional”, *Información Comercial Española*, 1990, (681-682), pp. 7-25.
- PRICE, D., POLLOCK, A. M. y SHAOUL, J.**, (1999): “How the World Trade Organisation is shaping domestic policies in health care”, *The Lancet*, 1999, Vol. 354, 9193, Noviembre 1999, pp. 1889-1892.
- PRYKE, S.**, (1982): “The comparative performance of public and private enterprise”, *Fiscal Studies*, Vol. 3, 1982.
- PTAFF, M. y WASSENER, D.**, (2000): “Germany”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 25, Nº 5, Octubre 2000, pp. 907-914.
- PUERTA PASCUAL, J. J.**, (1994): “La política presupuestaria en 1995”, *Presupuesto y Gasto Público*, 1994, (14), pp. 49-62.
- PUIG JUNOY, J.**, (1996a): “La regulación de precios máximos en servicios públicos privatizados”, *Hacienda Pública Española*, 1996, (139), pp. 23-36.
- PUIG JUNOY, J.**, (1996b): “Eficiencia en la utilización de las tecnologías sanitarias: la atención a pacientes críticos”, *Hacienda Pública Española*, 137, 1996, pp. 137-147.
- PUIG JUNOY, J.**, (1992): “Los cambios en la estructura del empleo en el sector hospitalario: 1963-1985”, *Información Comercial Española*, 1992, (708-709), pp. 79-94.
- RAZQUIN ILLARRAMENDI, P. M.**, (1998): “El mercado del seguro de salud. Escenario actual y perspectivas”, en *Alternativas de reforma para la sanidad pública*, Boletín del Círculo de Empresarios, Nº 63, Diciembre 1998, pp. 259-283.

- RIBAS, E.**, (1998): “La sanidad en el marco de las autonomías”, en *Alternativas de reforma para la sanidad pública*, Boletín del Círculo de Empresarios, Nº 63, pp. 373-390.
- RICE, T., BILES, B. BROWN, E. R., DIDERICHSEN, F. y KUEHN, H.**, (2000): “Reconsidering the Role of Competition Health Care Markets: Introduction”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol 25, Nº 5, Octubre 2000, pp. 863-873.
- RIESGO, I.**, (1998): “El papel del sector privado”, en *Alternativas de reforma para la sanidad pública*, Boletín del Círculo de Empresarios, Nº 63, Diciembre 1998, pp. 311-343.
- RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, R. y FUENTES MARTÍN, M. C.**, (1994): “El control de gestión como instrumento de optimización de la función pública”, *Anales de Estudios Económicos y Empresariales*, 1994, (9), pp. 121-142.
- RODRÍGUEZ, M.**, (1992): “Corrientes económicas y criterios de equidad en sanidad”, *Revista de Economía*, 1992, (12), pp. 55-60.
- RUÍZ ÁLVAREZ, J. L. y CARRASCO GARCÍA, N.**, (1987): “Desarrollo económico y niveles de salud en España”, *Investigaciones Económicas*, 1987, XI, 1, pp. 133-150.
- RUÍZ-JARABO, C.**, (1999): “Fundaciones sanitarias”, *Mujeres y salud, Revista de Comunicación Interactiva*, 1999, Página Web.
- SALAREGUIR GIL, J.**, (1997): “El gasto sanitario medio por hogar alcanzó las 83.934 pesetas en 1995 según la EPF”, *Revista Fuentes Estadísticas*, Nº 23, Febrero 1997, Página Web.
- SALTMAN, R. y FIGUERAS, J.**, (1997): *Reformas sanitarias en Europa. Análisis de las estrategias actuales*, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997.
- SALTMAN, R.**, (1994): “Patient choice and patient empowerment in northern European health systems: a conceptual framework”, *International Journal of Health Services*, 24, (2), 1994, pp. 201-229.
- SALTMAN, R. y VON OTTER, C.**, (1989): “Public competition versus mixed markets: an analytic comparison” *Health Policy*, 11, pp. 43-55.
- SALTMAN, R. y VON OTTER, C.**, (1988): “Revitalización de los sistemas de asistencia sanitaria pública: propuesta para la competencia pública en Suecia”, *Papeles de Gestión Sanitaria*, Febrero 1988, pp. 91-150.
- SÁNCHEZ, G.**, (1998): “Los seguros de asistencia sanitaria: opción de futuro”, en *Alternativas de reforma para la sanidad pública*, Boletín del Círculo de Empresarios, Nº 63, Diciembre 1998, pp. 431-450.
- SÁNCHEZ MALDONADO, J. y GÓMEZ SALA, J. S.**, (1998): “La financiación territorial de la sanidad: especial referencia a España”, *Papeles de Economía Española*, nº 76, 1998, pp. 19-48.
- SANFRUTOS, N.**, (1993): “El presupuesto sanitario en el contexto de la Seguridad Social”, *Presupuesto y Gasto Público*, 1993, (10), pp. 101-112.
- SAN MARTÍN, B.**, (1990): “Administración de nuevas tecnologías en sanidad”, *Información Comercial Española*, 1990, (681-682), pp. 153-163.
- SERRA RAMONEDA, A.**, (1994): “Los modelos de organización sanitaria”, en *Análisis económico de la sanidad*, Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1994, pp. 247-263.

- SEVILLA PÉREZ, F., CORELLA MONZÓN, I., BESTARD PERELLÓ, S. y ELOLA SOMOZA, F. J.**, (1993): “Presupuestación prospectiva en los hospitales del INSALUD”, *Presupuesto y Gasto Público*, 1993, (10), pp. 143-148.
- SCHERER, F. M.**, (1980): *Industrial Market Structure and Economic Performance*, Rand McNally, Chicago, 1980.
- SERVICIO ANDALUZ DE SALUD**, (1999): *Plan Estratégico. Una propuesta de gestión pública diferenciada*, Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 1999.
- SMEE, C.**, (2000): “United Kingdom”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 25, Nº 5, Octubre 2000, pp. 945-051.
- SOCIALSTYRELSEN**, (2001a): “Medical Products Reform 1997 –what results did it produce?”, Health in Sweden, Página Web.
- SOCIALSTYRELSEN**, (2001b): “The municipal primary care experiment 1992-1998”, Health in Sweden, Página Web.
- SOCIALSTYRELSEN**, (2000): “Welfare and freedom of choice? Final report from the evaluation of the 1995 psychiatric care reform”, Health in Sweden, Página Web.
- STEVENS, B.**, (1992): “Prospects for Privatization in OECD Countries”, *National Westminster Bank Quarterly Review*, Agosto, 1992.
- STIGLER, F. J.**, (1961): “The economics of information”, *Journal of Political Economy*, 69, pp. 213-225.
- STIGLITZ, J. E.**, (1994): “Replanteamiento del papel económico del estado: bienes privados suministrados públicamente”, en *Análisis económico de la sanidad*, editado por el Servei Català de la Salut, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, Barcelona 1994, pp. 19-47.
- STIGLITZ, J. E.**, (1988): *La Economía del Sector Público*, Antoni Bosch Ed., Barcelona, 1988.
- TAMAYO LORENZO, P. A.**, (2001): *Descentralización y Financiación de la Asistencia Sanitaria Pública en España. Un estudio desde la perspectiva de la equidad*, Consejo Económico y Social, 2001.
- TODÓ I ROVIRA, A.**, (1990): “Equilibrio de Bowen vs. equilibrio de Lindahl en presencia de una alternativa privada”, *Revista Española de Economía*, 1990, Vol. 7, nº 2, pp. 171-191.
- TORRENT PORTABELLA, I. y ROMA RODRÍGUEZ, J.**, (1993): “La provisión pública de servicios sanitarios en Cataluña: Aspectos económicos y de gestión”, *Presupuesto y Gasto Público*, 1993, (10), pp. 201-210.
- TORRES PRADAS, L. y PINA MARTÍNEZ, V.**, (1997): “Descentralización de servicios públicos y consolidación de cuentas en la Administración Local”, *Estudios Financieros*, 1997, (173-4), pp. 105-172.
- TRIADÓ I IVERN, J. M.**, (1992): “La innovación tecnológica en la empresa de servicios sanitarios”, *Información Comercial Española*, 1992, (708-709), pp. 95-104.
- TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA**, (1993): *Remedios políticos que pueden favorecer la libre competencia en los servicios y atajar el daño causado por los monopolios*, Ministerio de Economía y Hacienda, Madrid, 1993.

- TRUYOLL WINTHRITH, I.**, (1999): “La financiación de las Comunidades Autónomas: presente y futuro”, *Revista de Administración Sanitaria*, Vol. III, 12, pp. 81-93.
- URBANOS-GARRIDO, R. M.**, (2001): *Measurement of Inequity in the Delivery of Public Health Care: Evidence form Spain (1997)*, Documento de Trabajo 2001-15, FEDEA, Página Web.
- VALOR SABATIER, J. y RIBERA SEGURA, J.**, (1990): “Gestión en la empresa hospitalaria”, *Información Comercial Española*, 1990, (681-682), pp. 131-152.
- VALLÉS FERRER, J.**, (1977): *Introducción a la economía de los servicios públicos*, editado por la Universidad de Málaga, Málaga, 1977.
- VAN DOORSLAER, E. y SCHUT, F. T.**, (2000): “Belgium and the Netherlands revisited”, *Journal of Health Politics. Policy and Law*, Octubre 2000, Vol. 25, N° 5, pp. 875-877.
- VÁZQUEZ, P.**, (1996): “Reforma de las estructuras y eficiencia económica: la nueva regulación”, *Boletín del Círculo de Empresarios*, nº 60, 1994, pp. 51-66.
- VEIRA, J. L.**, (1997): “Cambio cultural y formación en las organizaciones públicas”, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 1997, (77-8), pp. 199-216.
- VELARDE FUERTES, J. y CERCAS ALONSO, A.**, (1999): *El estado del bienestar*, Madrid Acento, 1999.
- VENTURA, J.**, (1992a): “La reforma del Servicio Nacional de Salud. El Informe Abril”, *Información Comercial Española*, 1992, (708-709), pp. 53-61.
- VENTURA, J.**, (1992b): “¿Competencia o cooperación en sanidad”, *Revista de Economía*, 1992, (12), pp. 46-50.
- VICKERS, J. S.**, (1985): “Economics of Predatory Practices”, *Fiscal Studies*, Oxford, Vol. 6, Agosto 1985, pp. 24-36.
- VILLAR, F. J.**, (1995): “Cambios en la regulación de la sanidad pública”, en *Informe SESPAS 1995: La Salud y el Sistema Sanitario en España*, SG Editores, Barcelona 1995, pp. 212-221.
- VILLOTA VILLOTA, F.**, (1990): “Luces y sombras de las reforma sanitarias italiana y española”, *Infomación Comercial Española*, 1990, (681-682), pp. 57-73.
- VRANGBAEK, K.**, (2000): “Health Care in Scandinavia”, *Health Care in Scandinavia Syllabus*, 2000, Página Web.
- WAGSTAFF, A.**, (1990): “Estudios econométricos sobre Economía de la Salud. Una revisión de la literatura británica”, *Información Comercial Española*, 1990, (681-682), pp. 165-203.
- WARNER, M. M.**, (1996): “Internal markets and health policy in the U.K.”, *XIII Jornadas de Economía de la Salud*, AESA, FUNDACIÓN MAPFRE MEDICINA, pp. 2-16.
- WATSON, H.**, (1998): “Welfare consequences of alternative insurance contracts in the mixed for-profit/non-profit hospital market”, *Southern Economic Journal*, Vol. 64, N° 3, pp. 698-712.
- WEIL, T. P.**, (1998): “A blendend strategy using competitive and regulatory models”, *Health Care Mangement Review*, 1998, Vol. 23, 1, pp. 37-45.
- WHITEHEAD, M., EVANDROU, M., HAGLUND, B. y DIDERICHSEN, F.**, (1997): “As the Health Divide Widens in Sweden and Britain – What’s Happening to Access to Care?”, *BMJ*, 15, pp. 1006-1009.

- WHITEHEAD, M.**, (1994): “Is it fair? Evaluating the equity implications of the NHS reforms”, en Robinson, R. & Le Grand, J., ed., *Evaluating the NHS reforms*, Londres, King’s Fund Institute, 1994.
- WIENER, J. M.**, (1996): “La reforma de los cuidados médicos de larga duración: una panorámica internacional”, en *La reforma de los Sistemas Sanitarios: una voluntad de cambio*, OCDE, Estudios de Política Sanitaria, N° 8, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1998, pp. 79-94.
- WILLIAMSON, O. E.**, (1975): *Markets and hierarchies: analysis and antitrust implications. A study in the economics of internal organizations*, MacMillan, Londres, 1975.
- WINSTON, C.**, (1993): “Economic Deregulation: Days of Reckoning for Microeconomist”, *Journal of Economic Literature*, vol. XXXI, September, pp. 1263-1289.
- WOLINSKY, A.**, (1995): “Competition in markets for credence goods”, *Journal of Institutional and Theoretical Economics*, 1995, 151, pp. 117-131.
- WOLINSKY, A.**, (1993): “Competition in a market for informed experts’ services”, *Rand Journal of Economics*, 1993, 24, pp. 380-398.
- WONG, H. S.**, (1996): “Market structure and the role of consumer information in the physician services industry: an empirical test”, *Journal of Health Economics*, 15, pp. 39-60.
- WYNAND P. M. VAN DE VEN**, (1990): “Perestroika en el sistema sanitario holandés”, *Información Comercial Española*, 1990, (681-682), pp. 45-56.
- ZUBIRI ORIA, I.**, (1994): “La equidad y la intervención pública en los mercados de salud”, en *Análisis económico de la sanidad*, Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1994, Barcelona, pp. 119-143.