

Aplicación de la nueva gestión pública a las reformas sanitarias del Reino Unido, Suecia, Nueva Zelanda y España.

Laura Cabiedes Miragaya

1. Introducción.

Desde la década de los años 80 y, con mayor fuerza y amplitud en los años 90, numerosos países con culturas y estructuras institucionales muy distintas vienen aplicando fórmulas de nueva gestión pública (NGP, en adelante) en la provisión de algunos servicios públicos. A pesar de la controversia que este enfoque está generando, no es infrecuente que tras su establecimiento al amparo de gobiernos de corte neoliberal, la reforma sea continuada posteriormente por gobiernos de signo socialdemócrata. Desde mi punto de vista, la NGP constituye un paraguas bajo el que se cobijan prácticas diferentes, seguramente con fines también distintos. Por esta razón, en el apartado segundo se realiza una primera aproximación al concepto de NGP o, al menos, al que yo voy a manejar en la exposición. En el apartado tercero se recogen sistemáticamente algunas prácticas representativas de lo que aquí se entiende por NGP, resaltando tanto las características que tienen en común como las que las diferencian entre sí. El cuarto apartado se centra en el impacto que las estrategias de NGP están teniendo en el ámbito sanitario, a través de los elementos clave de las reformas llevadas a cabo en el Reino Unido, Suecia y Nueva Zelanda, las dos primeras tomadas como punto de referencia por no pocos países, en particular por los del sur de Europa. Por último, en el quinto apartado se explora hasta qué punto las estrategias de NGP han sido objeto de seguimiento en el sistema sanitario español.

2. De qué estamos hablando.

Básicamente, la nueva gestión pública se refiere a nuevas formas de resolver algunos problemas del sector público, relacionadas con la emulación de los mecanismos propios del mercado para fomentar la competencia y con estrategias, fórmulas o instrumentos de gestión utilizados por el sector privado, que son importados por el sector público con el fin, *prima facie*, de aumentar su eficiencia.

Algunas líneas de actuación de la NGP consisten en: elegir mecanismos de mercado con preferencia a mecanismos burocráticos; promover la competencia entre productores de servicios; financiar en función de resultados en lugar de inputs, para orientar el sistema hacia aquéllos; descentralizar la toma de decisiones y satisfacer las necesidades del “cliente” (no de la burocracia), dándole algún margen de elección (Osborne, D. and Gaebler, T., 1992). En resumen, se pretende que las decisiones (de las que, en última instancia, resulta la asignación de recursos para financiar los servicios públicos) respondan cada vez en menor medida al funcionamiento de una burocracia jerarquizada y deriven en mayor medida de decisiones descentralizadas inspiradas en mecanismos propios del mercado.

Para ello, una de las grandes estrategias consiste en separar la función de compra (lado de la demanda) de la de producción (lado de la oferta) de servicios públicos, canalizando recursos hacia los responsables de la compra en función de las necesidades de la población. Los compradores (sean departamentos públicos, los propios usuarios o agencias elegidas por éstos), se han de ocupar de adquirir servicios al menor coste y con el mayor nivel de calidad posibles, es decir, obtener “el máximo valor del dinero” asignado. Al mismo tiempo, se articulan fórmulas contractuales con los productores de servicios (públicos y/o privados), de modo que éstos tengan que competir entre sí, ya que sus ingresos dependen de su capacidad para conseguir contratos o captar usuarios. Así, el presupuesto asignado a los productores públicos dependerá (con modulaciones) de los servicios realmente provistos y no tanto de los gastado, en un intento de avanzar hacia una presupuestación prospectiva, frente a la financiación con apoyo en presupuestos (o costes) históricos.

De este modo se pretende romper la pauta que caracteriza los departamentos públicos de dar por hecho que los recursos están garantizados, con independencia de las actuaciones llevadas a cabo. Pero financiar según resultados requiere al mismo tiempo mayores dosis de responsabilidad sobre los mismos y, por lo tanto, de autonomía (mayor margen de discrecionalidad en la gestión o cierto “gerencialismo”), para lo que es imprescindible que se produzca una verdadera traslación de riesgos. En este contexto, el centro de atención no lo constituyen tanto los procedimientos administrativos o el cumplimiento uniforme de las normas, como los resultados obtenidos de cara al cumplimiento de las expectativas de unos ciudadanos más exigentes y cada vez más atentos a cómo se gasta su dinero.

Desde la década de los años 80, y con mayor fuerza y amplitud en los años 90, numerosos países desarrollados (destacando Estados Unidos, Suecia, Nueva Zelanda y Reino Unido como pioneros) vienen aplicando técnicas de NGP. Comienzan así a manejarse y difundirse a nivel internacional conceptos como cuasi-mercados, mecanismos tipo mercado, *contracting-out* ... Se puede perfilar un trasfondo (con líneas más o menos marcadas según el caso de que se trate) que propicia estos cambios: en primer lugar, el modelo burocrático jerarquizado va quedando trasnochado ante un sector público que gestiona vastos recursos, cada vez más orientados a la prestación de servicios públicos complejos, y no tanto a tareas administrativas coercitivas o rutinarias. En segundo lugar, cabe resaltar las fuertes tensiones presupuestarias a que se ven sometidas las finanzas públicas, en un contexto de expectativas crecientes por parte de unos ciudadanos que, por otra parte, no parecen estar dispuestos en esos momentos a que se aumente la presión fiscal. Por último, en este contexto no es extraño que urja mitigar la ineficiencia de la producción pública, que se relaciona, como señala V. Ortún, con la ausencia de incentivos tanto organizativos como individuales. La ausencia de incentivos organizativos se relaciona, a su vez, con la falta de competencia, lo que impide las comparaciones y, del mismo modo que no existen precios que canalicen la información, tampoco los ciudadanos pueden “votar con los pies”, como ocurre cuando un cliente abandona a un prestatario privado de servicios por otro distinto, no existiendo el riesgo de quiebra, propio del mercado. La práctica ausencia de incentivos individuales se relaciona con la dificultad por parte de los trabajadores del sector público de rentabilizar la obtención de buenos resultados, del mismo modo que es casi imposible su despido (Ortún, V., 1995: 185).

Así, el (viejo) discurso ideológico de la derecha (hoy representado por la corriente neoliberal) a favor del mercado (e implícitamente en contra del sector público, “del que surgen todos los males”) prende fácilmente en este caldo de cultivo. Con todo, no deja de llamar la atención que sea seguido desde países con estructuras institucionales tan distintas como Estados Unidos y Suecia o que una vez introducido y aplicado por gobiernos de corte neoliberal sea mantenido, o al menos no contestado, por sucesivos gobiernos de signo socialdemócrata (como son los casos del Reino Unido y Suecia, respectivamente).

Aparte del trasfondo común descrito previamente, cabe apuntar algunas hipótesis explicativas de esta acogida generalizada: la existencia de grupos privados de interés, ávidos de capturar las parcelas más lucrativas de la provisión pública de servicios, haciendo hincapié en los puntos más vulnerables de los sistemas públicos (como podrían ser las listas de espera hospitalarias y en residencias para ancianos o las limitaciones presupuestarias para financiar grandes infraestructuras). En una línea menos suspicaz, la explicación quizás se sitúe en que la NGP constituye en realidad un paraguas bajo el que se cobijan prácticas diferentes, probablemente con fines también distintos. Además, en la práctica, se trata de una cuestión de grado y de equilibrio de fuerzas, en relación directa al objetivo político que las inspira y a la estructura institucional de cada país. Por último, esgrimir la aplicación de medidas de NGP puede traducirse en el mercado político como sinónimo de modernidad y de reacción eficaz frente a los problemas del sector público, aunque no tenga porqué ser necesariamente así.

Frecuentemente la NGP es relacionada con tendencias privatizadoras.¹ Aunque el concepto aquí manejado deja fuera las operaciones abiertamente privatizadoras, en el sentido de que la financiación de los servicios públicos continúa siendo pública, la privatización no deja de ser una posible consecuencia de la NGP. Es posible emular los mecanismos del mercado tanto dentro del sector público en sentido estricto (es decir, con apoyo en productores públicos exclusivamente), como (y esto es lo más común)

¹ Otro término con el que se relaciona la NGP es con el concepto de *gobierno*, en el sentido de *governance*. Dado que analizar sus posibles conexiones desborda el objetivo de este apartado, baste dejar indicadas algunas referencias al respecto: Auriacombe, C. (1999): 135; Björk, P. G. and Johannsson, H. S. H. (s.f.); Ewalt, J.A.G (2001) y Meneguzzo, M. (1998).

recurriendo crecientemente a contratar servicios con empresas privadas. Desde mi punto de vista, si se quiere evitar realmente la privatización como resultado, la cuestión clave en términos dinámicos es impedir que el sector público acabe convirtiéndose en un “rehén” del sector privado (Cabiedes, L. y Guillén, A.: 2001), lo que es una cuestión de equilibrio de fuerzas: alguien dijo que “el mercado es un mal amo pero puede ser un buen siervo”. Este equilibrio depende en gran medida del verdadero objetivo político que inspira las iniciativas de la NGP (algo que no siempre es fácil de discernir) y de la estructura institucional desde la que se lleven a cabo. Por ejemplo, pretender que compitan proveedores públicos y privados cuando apenas existen proveedores privados no es posible, salvo que se desplieguen iniciativas de apoyo a la creación de empresas privadas que, por otra parte, serán mejor o peor recibidas por la población, en su calidad de ciudadanos y/o trabajadores. En el otro extremo, la existencia (o promoción) de un sector privado muy abultado puede dejar fuera de juego a los productores públicos (obviamente en las parcelas realmente lucrativas), consiguiendo una posición de fuerza desproporcionada en sus negociaciones con el sector público, con las consecuencias privatizadoras que, por distintas vías, de aquí se pudieran derivar.

El interés que despierta la NGP trasciende el ámbito nacional, hasta el punto de que algunos organismos públicos se han implicado en la materia, como el FMI (Fondo Monetario Internacional); el BM (Banco Mundial) y, en particular la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos). Parece que en el marco de la OMC (Organización Mundial del Comercio) se están manteniendo conversaciones para revisar el GATS (*General Agreement on Trade in Services*), que actualmente excluye de su ámbito los servicios provistos por el sector público, tanto por productores públicos como privados, en el sentido de incluir estos últimos en el acuerdo (WWW.socialistfuture.org.uk).

Por último, existe una intensa controversia en la literatura acerca de si la NGP constituye un nuevo paradigma de gestión pública o más bien un conjunto de instrumentos empleados coyunturalmente, de corta vida. En este sentido es suficientemente elocuente el título del artículo de C. Hood (1991): “*A Public Management for All Seasons?*” o la expresión “*the 'one-best way'*” (Gendron Y. et al., 1999). Ewalt, J.A.G. (2001), hace una clara descripción de la discusión, resaltando desde autores que consideran la NGP un tema efímero con altas probabilidades de

marchitarse, hasta autores como D. Mathiasen quien, considerándolo un nuevo paradigma, nos advierte que aunque percibamos la NGP como una simple “lista de la lavandería” de las mejores prácticas, “... la aplicabilidad y efectividad de los conceptos de la nueva gestión pública variarán considerablemente de un país a otro y de una jurisdicción a otra” (Ewalt, J.A.G., 2001: 11 y 13). Más adelante el mismo autor utiliza el calificativo de “receta de pastel” (Ewalt, J.A.G., 2001: 14), lo que nos lleva a pensar en qué tipo de pastel se pretende obtener (cuál es el verdadero objetivo político); con qué ingredientes (con qué estructura institucional se cuenta) y, finalmente quién se lo comerá (¿se mantendrá un equilibrio intereses públicos/intereses privados ventajoso para ambas partes o bien se inclinará la balanza a favor de estos últimos?), resaltando, en definitiva, la complejidad y potencial trascendencia del tema, a pesar de una primera apariencia trivial.

3. Algunas fórmulas representativas de la NGP.

Como se puede ver en el Cuadro 1, cabe mencionar seis grandes tipos de fórmulas orientadas a estimular la competencia en la provisión de servicios públicos: contratación externa (“pura”) con el sector privado; contratación entre departamentos públicos; concesiones administrativas; vales, bonos o cheques-servicio; mercados mixtos y competencia pública. Conviene aclarar que ni la lista es exhaustiva ni la diferenciación entre ellas es siempre nítida. Además, la complejidad de las relaciones entre diversos agentes implícita en algunos servicios (como los sanitarios) puede conducir a que la aplicación de incentivos de mercado se centre “... en uno u otro sub-mercado, más que hacer gala de un carácter totalmente comprehensivo” (Saltman, R.B. y Figueras, J., 1997: 40).

Las características que comparten todas las fórmulas recogidas en el Cuadro 1 consisten en que la regulación y la financiación del servicio constituyen funciones reservadas al sector público y que todas ellas utilizan la estrategia de separar la función de demanda de la función de oferta. Las diferencias entre ellas consisten en qué agentes realizan estas funciones. De hecho, la clasificación resulta de combinar ambas dimensiones: quién realiza la función de comprar (el sector público, el usuario o la

agencia elegida por el usuario) y quién la de producir (productores públicos y/o privados).

A. Contratación externa (“pura”) con el sector privado. Generalmente se articula en forma de conciertos y no es tan innovadora como las demás, en el sentido de que en este esquema se está utilizando el concepto de concierto o contratación externa con el sector privado en su versión de medida aislada, más que el contexto de la articulación de un mercado, con vistas a “descargar” el sector público de funciones no básicas o simplemente para hacer frente a excesos de demanda, complementando una oferta pública insuficiente. El hecho de que figure en el Cuadro 1 responde a que realmente forma parte de la plétora de medidas que se identifican con la NGP y a que permite mostrar su contraste con otras iniciativas más innovadoras.² Las áreas en las que se viene aplicando la contratación externa con el sector privado consisten en funciones de apoyo o servicios intermedios (catering, lavandería, servicios informáticos, mantenimiento y seguridad de edificios ...), algunos servicios tradicionalmente locales (entre otros, recogida de basura y suministro de agua) y en el ámbito sanitario en particular, servicios intermedios (transporte sanitario, medios diagnósticos, lavandería, catering ...) o prestaciones complementarias de una oferta pública insuficiente (generalmente camas hospitalarias) para hacer frente a las necesidades de la población.

B. Contratación entre departamentos públicos. La contratación de funciones de apoyo puede también realizarse a través de la “contratación intergubernamental”, que descarga al departamento comprador de funciones no básicas y permite a la agencia pública productora especializarse y obtener economías de escala.³ Esta figura está siendo cada vez más común en los países de la OCDE, en la forma de cesión de edificios públicos a una empresa o entidad pública, responsable de su mantenimiento, limpieza y seguridad (Lundsgaard, J., 2002: 22).

² Por ejemplo, si se decide articular mercados mixtos (tratar de que compitan productores privados y públicos de servicios) es posible que exista una relación contractual previa de negociación con el sector privado apoyada en conciertos. El paso a mercados mixtos, con todas sus variantes, precisa un engranaje más sofisticado, en el sentido de articular un mercado en el que realmente se compita en precio y calidad, articulando los dispositivos que hagan viables los objetivos que, en principio, se persiguen con la NGP, tal y como se expone más adelante. No tendría entonces aquí cabida un contrato con una empresa privada sin más, aun cuando se exigiese su adjudicación por subasta o por concurso público.

³ Un poco más allá va la posibilidad de que el departamento cliente puedan proveerse del servicio tanto internamente como fuera de la organización y retener los ahorros obtenidos (Ortún, V., 1995: 188 y 189).

C. Concesiones administrativas. Se pueden clasificar entre los diversos tipos de asociación público-privado, en la línea de iniciativas de financiación privada de la inversión (*Private Finance Initiative*). Aunque tradicionalmente las concesiones se venían utilizando en relación a grandes infraestructuras de transporte (carreteras, vías de ferrocarril ...), con la NGP se extienden a equipamientos sociales como escuelas, prisiones y hospitales, con la innovación de incorporar la adquisición de ciertos servicios tanto intermedios (catering, administración ...) como finales. Además, como señala P. Noord (2002: 24), a diferencia de aquéllas, los servicios prestados en esas infraestructuras son comprados por el sector público, más que directamente por los usuarios.

Existe una gran controversia sobre su impacto en los costes. Aparentemente son una forma de contar con el apoyo financiero del sector privado para la financiación de infraestructuras costosas, pero a medio/largo plazo su coste puede ser mayor que si la inversión la hubiese afrontado inicialmente el sector público. Generalmente las empresas o consorcios privados involucrados en estas iniciativas pactan, además del arrendamiento de la infraestructura, la prestación de servicios (finales y/o intermedios) a través de contratos de larga duración. Este tipo de contratación a largo plazo tiene el inconveniente de que puede conducir a la consolidación de la posición del concesionario y a la erosión de posibles ahorros (Noord, van den, P. 2002: 27), justo lo contrario de lo que en principio se pretende, al menos si la fórmula se enmarca en el contexto de la NGP. Esta situación es más factible si se trata de activos muy específicos (como los hospitales) porque puede generar relaciones de dependencia mutua (Noord van den, P., 2002: 27). En aquellos casos en los que se pacte la co-propiedad para que el sector público pueda capturar parte de las ganancias, se puede crear una situación de monopolio *de facto*, en la medida en la que ser regulador y accionista al mismo tiempo dificulta comportamientos neutrales (Noord van den, P., 2002: 28). En otros casos se puede estipular una fecha en la que la propiedad pase finalmente a manos públicas.

En resumen, da la impresión de que el recurso a las concesiones administrativas, generalmente avalado por sus partidarios con apoyo en que centran la atención en los outputs (servicios) más que en los inputs (activos fijos), en la línea de la NGP, es más

bien una forma de repartir en pagos anuales altos costes, es decir, una vía de escape, en el corto plazo, a las restricciones y controles presupuestarios.⁴

D. Vales, bonos o cheques-servicio. Los bonos otorgan al usuario (o a la agencia elegida por el usuario) la capacidad de elegir entre productores, generalmente autorizados previamente por los responsables de la provisión del servicio. Representan un derecho con valor monetario, intercambiable por un servicio que puede ser objeto de financiación pública parcial o total, de modo que los productores elegidos reciben el valor monetario de los vales (Planas, I., 2002: 7). Las áreas en las que más frecuentemente se aplican los bonos son educación, vivienda social, cuidados de ancianos y, en menor medida, de niños.

Resalta aquí la práctica ausencia del sector sanitario en sentido restringido (sin incluir servicios socio-sanitarios), lo que, entre otras cuestiones, quizás se relacione con la existencia de problemas de asimetría de información por parte del paciente para valorar la calidad técnica de los servicios ofertados por los productores. De hecho, en los ámbitos en los que se estima que el usuario es más sensible a la publicidad de elementos poco relevantes que a los elementos de calidad técnica, sería más recomendable utilizar la fórmula de la competencia pública que, permitiendo al usuario elegir, garantiza que lo haga únicamente entre productores públicos. De este modo los usuarios transmiten con su elección la percepción de algunos aspectos de calidad intangibles (como el trato), difícilmente captados por el sistema, al mismo tiempo que la calidad técnica puede quedar garantizada. En este sentido se puede entender que la competencia pública representa un sistema de “bonos implícitos”. Con todo, es preciso destacar que también se pueden presentar problemas de información (y de capacidad de elección) en el caso de ancianos de elevada edad y sin familia y, en cambio la utilización de bonos en este ámbito está muy extendida, así como la presencia del sector privado (lucrativo y no lucrativo). En ocasiones se articula una fórmula intermedia tal que la función de compra (con asunción de riesgo) queda en manos de una agencia elegida por el usuario o sus representantes. Para evitar problemas de selección adversa (tratar de soslayar al usuario potencial y previsiblemente costoso y quedarse con el

⁴ Hasta una reciente decisión de Eurostat, sobre un caso austriaco, “... la única manera de conseguir diferir presupuestariamente el coste de la inversión, sin que se consolidase la inversión como pública, era involucrando al sector privado con mecanismos de tipo concesional o similares”, en la línea de iniciativas de financiación privada de la inversión (Callejón, M. y Ortún, V., 2003).

“usuario rentable”) es recomendable canalizar fondos a la agencia ajustados por las características del usuario (Ortún, V., 1995: 188).

Aunque la fórmula de los vales pretende facilitar la elección por parte del usuario, es obvio que ésta no siempre es viable, o por exceso de demanda de los servicios ofertados por un determinado productor, o por limitaciones físicas impuestas por la distancia. En contrapartida a la flexibilidad de los bonos ante fluctuaciones de la demanda, cuando se utilizan en la provisión de servicios sin cobertura plena al cien por cien pueden desencadenar presiones de la demanda y, en consecuencia, sobre el presupuesto, precisando procesos de elegibilidad previos (Lundsgaard, J., 2002: 14). Por último, frente a otros instrumentos de contratación externa, el sistema de bonos genera menores costes de transacción al reducir el número de trámites contractuales, pero también hay que decir que “... la evidencia empírica demuestra que, en la práctica, estos instrumentos han sido utilizados bajo unos criterios que no han protegido la equidad del sistema” (Planas, I., 2002: 16).

E. Mercados mixtos. Pretenden romper el monopolio público en la prestación de servicios, creando condiciones de competencia entre productores públicos y privados, con el fin de alcanzar una estructura de tipo oligopólico. Generalmente la elección entre productores la llevan a cabo los departamentos públicos que se designen para ejercer esta función. No obstante, una vez desencadenado este mecanismo cabe otorgar cierta capacidad de elección a los usuarios o a sus representantes (cabría entonces hablar de “bonos implícitos”). Este es el caso de la educación no universitaria en Nueva Zelanda, donde se permite que los padres elijan el centro en el que quieren que estudien sus hijos.⁵ La capacidad de elección entre hospitales públicos y privados

⁵ La elección entre centros, por otra parte en su gran mayoría públicos o integrados en el sistema público, prioriza desde el año 2000, tras la eliminación temporal de esta limitación, la proximidad geográfica. Si sobran plazas en una circunscripción geográfica, entonces se procede por sorteo a su asignación entre demandantes pertenecientes a otras zonas. Entre 1996 y 2000 se ensayó un sistema limitado de bonos con financiación a familias de bajo nivel de renta para facilitarles el acceso a centros privados (en 1999 la subvención pública de la plaza de cualquier alumno en un centro privado ascendía al 30-40 % de su coste en un centro público). El ensayo fue abandonado debido a que los centros privados participantes insistieron en no perder su capacidad de elegir sus clientes (Rae, D., 2002: 24-26). Asimismo, se ha documentado un aumento de la brecha entre los grupos de población de renta alta y baja con el empleo de vales educativos en el Reino Unido, Francia y Chile, donde “Estos sistemas han creado la ilusión de la capacidad de elección, mientras que han sido las escuelas las que realmente han elegido” (Plans, I., 2002: 16).

otorgada a los pacientes, supeditada o no a la superación de un plazo máximo de espera, constituye otro ejemplo de “bonos implícitos” en el contexto de los mercados mixtos.

F. Competencia pública. Se diferencia de la fórmula de mercados mixtos fundamentalmente en que se pretende introducir competencia, pero sólo entre productores públicos. Generalmente la elección se deja en manos del usuario (“bonos implícitos”). Ejemplos de competencia pública se pueden encontrar en la libre elección entre universidades públicas o la libre elección entre médicos del sector público.

Los mercados mixtos junto con la competencia pública constituyen fórmulas que podrían englobarse bajo el concepto de competencia gestionada (véase Cabiedes, L. y Guillén, A.: 2001). Se elude aquí el confuso término de mercados internos utilizado por A.C. Enthoven en su propuesta de trasladar las fórmulas de competencia gestionada al sistema sanitario británico a mediados de los años 80. En el ámbito de la sanidad, en todo caso, el concepto de mercados internos se asimila más a mercados mixtos que a competencia pública (Saltman, R. B. and von Otter, C.: 1994).

En este contexto conviene hacer referencia al *benchmarking*, una de las fórmulas de NGP importadas del ámbito privado. Básicamente consiste en generar y compartir información que permita comparar la actividad y los resultados de diferentes departamentos, respecto a un referente de “excelencia”, con el fin de conseguir mejoras. Esta técnica sirve de apoyo a las fórmulas de competencia gestionada y también puede sustituir o preceder a este tipo de iniciativas, aunque en la práctica generalmente deriva de ellas “de modo natural”. En todo caso, el *benchmarking* no tiene porqué implicar separación de las funciones de compra y producción.

La viabilidad u oportunidad de la introducción de competencia gestionada depende del cumplimiento de diversos requisitos, entre otros: la existencia de un número suficiente de productores para que el mercado pueda ser suficientemente competitivo. En este sentido, se plantea el problema de la existencia de monopolios geográficos, ante los que el comprador en realidad apenas tiene margen de elección (véase al respecto Glennerster, H. y Le Grand, J., 1995: 208). La relación contractual ha de apoyarse en una delimitación y definición muy cuidadosa de los servicios y de los estándares de calidad (prerrequisito que en muchos casos no deja de ser una ventaja que

el sistema tenga que cumplir). Los costes de transacción (preparación y seguimiento de los contratos, así como la eventual sustitución de un productor por otro) no han de superar los ahorros obtenidos gracias al aumento de la eficiencia.

La separación de las funciones de compra y producción puede generar problemas de asimetría de información a favor del productor que éste aproveche en recortar sus costes sin reflejo alguno en los gastos en los que incurre el financiador público. Asimismo, algunos autores destacan que puede conducir a los departamentos públicos a perder “la memoria colectiva” y a que, en el caso particular de los mercados mixtos, los ciudadanos desconfíen de las empresas privadas contratadas (Auriacombe, C., 1999: 134).

Un grave inconveniente de los mercados mixtos consiste en que los proveedores públicos pueden verse presionados financieramente a alterar la cartera de servicios que ofrecen, eliminando “... ‘valor de uso’ de sus servicios que en el pasado eran los que ... diferenciaban a los proveedores públicos de los privados con ánimo de lucro; por ejemplo, funciones de referencia y asesoría social, educativas y preventivas”, centrándose en los servicios más lucrativos en lugar de en los más necesarios (Saltman, R.B. y Otter von, C., 1994: 114). Frente a los mercados mixtos, la competencia pública centra más la competencia en la calidad que en precios, de modo que cuando la presencia en los mercados mixtos del sector privado es muy abultada, se corre el riesgo de que acabe decidiendo de hecho qué servicios se proveen (Saltman, R.B. y Otter von, C., 1994: 115). Esta situación produce problemas de eficiencia asignativa, quedando la función de regulación y planificación de los servicios “secuestrada”, en cierto modo, por decisiones mercantiles.

En relación a los productores públicos es muy difícil generar credibilidad en materia de limitación presupuestaria, incluso puede haber impedimentos legales, por ejemplo, para no financiar (y, por tanto, penalizar como haría el mercado) “déficit presupuestarios”; es decir un gasto en el que se ha incurrido pero sin reflejo en el valor de la actividad realmente llevada a cabo. Además, la financiación según resultados, respaldada por la NGP, puede generar el llamado “efecto trinquete”, documentado para la economía del régimen soviético, donde “... los gerentes de las empresas eran ‘comúnmente’ castigados por una buena actuación [en el presente] con mayores

estándares para el plan del año siguiente ... En la medida en que los directivos ... anticipen esta posibilidad se introducen efectos perversos en el sistema de gestión “ (Ventura, J. y González, E., 1998: 107).

Por último, respecto al impacto de las fórmulas de NGP en las finanzas públicas, aunque los estudios no parecen concluyentes y/o no generalizables, en lo que sí coinciden es en apuntar elevados costes de transacción.⁶

⁶ Minogue, M. (2000) y Manning, N. (2000), entre otros autores, se muestran poco partidarios de la “exportación” de este tipo de fórmulas, con apoyo en estudios de impacto.

Cuadro 1
Algunas fórmulas para estimular la competencia en la provisión de servicios públicos

	Regulador	Financiador	Compradores (D)	Productores (O)	Áreas representativas de aplicación	Observaciones
A. Contratación externa (“pura”) con el s. privado	S. Público	S. Público	S. Público	Privados	Funciones de apoyo como catering, lavandería, limpieza, s. informáticos, transporte, seguridad de edificios, Servicios locales como recogida de basura y suministro de agua. En sanidad: servicios intermedios y como complemento de la O pública.	La contratación externa orientada a la articulación de un mercado en el que se prevea la competencia entre productores públicos y privados se contempla en mercados mixtos.
B. Contratación entre departamentos públicos	S. Público	S. Público	S. Público X	S. Público Y	Mantenimiento, limpieza y seguridad de edificios. Formación.	Permite obtener economías de escala a la agencia productora.
C. Concesiones administrativas (en la línea de iniciativas de participación privada en la inversión)	S. Público	S. Público (el servicio) S. Privado (la inversión)	S. Público	Privados	Recientemente algunos equipamientos públicos (escuelas, prisiones, hospitales ...).	Problemas con la duración del contrato: consolidación posición del concesionario.
D. Vales, bonos o cheques-servicio	S. Público	S. Público	Usuario o agencia elegida por el usuario	Públicos y/o Privados	Educación. Vivienda social. Cuidados de ancianos. Cuidados de niños.	Necesarias medidas para evitar la selección adversa.
E. Mercados mixtos	S. Público	S. Público	S. Público (si se concede libertad de elección al usuario: “bonos implícitos”)	Públicos y Privados	Servicios hospitalarios. Educación no universitaria. Recogida de basura. Catering. Limpieza.	Obstáculo: la existencia de monopolios locales.
F. Competencia pública	S. Público	S. Público	Usuario (“bonos implícitos”)	Sólo Públicos	Elección entre universidades públicas. Libre elección entre médicos del sector público.	Presupuesto de la universidad en relación directa al nº de alumnos que la elijan. Un % del salario del médico según el nº de pacientes en su lista.

4. Nueva gestión pública en el ámbito de la sanidad.

En la Unión Europea (UE, en adelante), algunos sistemas sanitarios experimentaron en las últimas décadas procesos de cambio estructural, es decir, del modelo por el que se rigen los sistemas sanitarios públicos. En concreto, cuatro países de la UE establecieron sistemas nacionales de salud (SNS, en adelante) a partir de modelos de seguros sociales: Italia (en 1978); Portugal (en 1979); Grecia (en 1983) y España (en 1986). En consecuencia, en muchos casos las grandes líneas de reforma que se inician a finales de los años 80 y que la mayoría de los países comienzan a poner en marcha a lo largo de la década de los años 90, se plantean en el contexto de SNS, sistemas con vocación universal y donde el objetivo de la equidad es pieza clave del sistema.

Es así como algunos países comenzaron a aplicar medidas para aumentar la eficiencia, sin perder de vista (al menos sobre el papel) el objetivo de la equidad. Éste es el caso español, objeto de análisis en el siguiente apartado: un país que en 1986 se integra en la UE con aspiraciones de convergencia (de las que no escapa el nivel y la estructura del gasto social), que paralelamente ha de ir afrontando el control del déficit público, como una las condiciones de convergencia exigidas para avanzar en la participación de la construcción de la UE y que, no muchos años después de establecer un SNS (el mismo año de su integración en la UE), ha de continuar su proceso de construcción y consolidación en un marco de restricciones presupuestarias.

En este contexto, no es por tanto extraño que en el sur de Europa se tomen como referencia países como el Reino Unido y Suecia, que partiendo de SNS ya consolidados, ante el crecimiento del gasto sanitario público y la existencia de preocupantes listas de espera, comienzan a aplicar nuevas formas de gestión pública a principios de los años 90. En las siguientes páginas se revisan los elementos clave de las reformas llevadas a cabo en ambos países. Por último, se da cuenta de la experiencia de Nueva Zelanda, destacable a nivel internacional por su abandono del modelo de NGP en el ámbito sanitario.

Reino Unido. La reforma sanitaria británica comienza a gestarse a finales de los años 80 y a aplicarse en 1991. Con todo y ser simultánea a la reforma sueca, su influencia en otros sistemas sanitarios europeos fue mayor.⁷ Los instrumentos en los que se apoyó inicialmente fueron dos: por una parte, se dotó de capacidad de compra a las autoridades de distrito (DHAs; *District Health Authorities*), desligándolas de la función de producción de servicios hospitalarios. La financiación que reciben las DHAs (para adquirir los servicios hospitalarios y otros servicios comunitarios de la población a su cargo) se rige por un sistema de capitación ajustada por necesidad. En el lado de la producción se pretende conseguir estimular la competencia entre hospitales públicos y privados. La mayoría de los hospitales públicos optan por adquirir el status de empresas no lucrativas (*trusts*), fórmula jurídica que, al tiempo que les dota de mayor autonomía de gestión, les impone mayor disciplina y responsabilidad en materia presupuestaria. En paralelo, se permite que grupos de médicos generales con un mínimo de pacientes a su cargo se constituyan voluntariamente en *GP fundholdings*, es decir, gestores de presupuestos para hacer frente a las necesidades de los pacientes en sus listas, referidas a atención primaria, medicamentos y paquetes de servicios hospitalarios cada vez más amplios (algunos grupos, a modo experimental, llegaron a constituirse en TPPs; *Total Purchasing Pilots*). Su presupuesto, inicialmente apoyado en costes históricos (en función de las derivaciones) fue evolucionando hacia la capitación. En cierto modo este modelo conlleva cierta competencia entre compradores porque los fondos asignados a los *GP fundholdings* son descontados del presupuesto que reciben las DHAs de cada distrito. En este marco, se persigue que los *trusts* compitan por conseguir contratos con las DHAs y con los *GP fundholdings*, ya que el presupuesto asignado depende de su éxito en este entorno contractual.

Respecto a los resultados obtenidos hasta 1997, en el lado negativo destacan los elevados costes contractuales y la limitada competencia, con las DHAs reacias a cambiar de proveedor y problemas financieros en muchos *trusts*. En el lado positivo, parece que los *GP Fundholdings* contribuyeron a mejorar la asignación de recursos y la estancia media en los hospitales disminuyó, aunque los tiempos de espera se acortaron sólo en algunos procedimientos sencillos. Por último, se consiguió mayor conciencia de gasto y transparencia de la información.

⁷ En Cabiedes, L. y Guillén, A. (2001: 1215) se mencionan algunas posibles razones.

En 1997 el nuevo gobierno, laborista, anuncia la ruptura con el modelo de mercados internos o cuasi-mercados, pero mantiene su columna vertebral, esto es, la separación entre compradores y productores, estableciendo que los compradores retengan su capacidad de cambio de productor, pero sólo en última instancia. La posibilidad de “contestar” al mercado (con el cambio de productor como último recurso) y un mejor seguimiento de los resultados se presentan como una tercera vía entre la competencia y un control excesivamente rígido (Koen, V., 2000: 15). En el discurso político, los términos de cooperación y *partnership* comienzan a sustituir al de competencia.

Esta modificación, que no abandono del modelo, quedará plasmada en la Ley de sanidad de 1999 e implicará una reorganización interna del sistema: si bien los *trusts* apenas experimentan cambios (salvo mayores exigencias en materia de la calidad) los *GP fundholdings* desaparecen como tales y son sustituidos por grupos de atención primaria (PCGs; *Primary Care Groups*), con base geográfica (a fin de evitar la selección adversa) y una media de unos 50 médicos generales y alrededor de 100.000 habitantes por grupo. Con esta dimensión mínima se pretende que se repartan los costes administrativos y los riesgos implícitos en la asignación presupuestaria. Se pretende que los PCGs evolucionen desde un papel asesor de sus DHAs hacia *trusts* de atención primaria autónomos (PCTs; *Primare Care Trusts*). Asimismo, se prevé la articulación de acuerdos plurianuales de servicios hospitalarios entre los PCGs, las DHAs y los hospitales. Los presupuestos serán integrados, en el sentido de permitir intercambios entre diferentes conceptos (Koen,V., 2000: 15 y 21). Si bien no parece que se haya tratado de dotar de mayor capacidad de elección al paciente, se prevé que, ante la cancelación de una intervención quirúrgica el mismo día en el que estaba prevista, el hospital tendrá que citar al paciente, en la fecha que él elija, dentro de un margen de 28 días. En caso contrario, habrá de desembolsar el coste del procedimiento en el hospital que el paciente elija (Department of Health, 2000).

La reestructuración del sistema conlleva la creación de numerosos organismos nuevos, con la característica común a casi todos ellos de apoyar mejoras en la obtención y difusión de la información, como el Instituto Nacional de Excelencia Clínica, que coordinará y difundirá guías clínicas y protocolos de orientación y evaluará las nuevas

tecnologías (OCDE, 2000). Se plantea la mejora de los estimadores de resultados, avanzando hacia técnicas de *benchmarking*.

En resumen, durante el mandato del partido laborista se está dando continuidad al modelo de mercados mixtos, si bien reorganizando el sistema sanitario con apoyo en la experiencia adquirida. No obstante, en paralelo, cabe destacar dos iniciativas que inciden (e incidirán aun más con el tiempo) en las relaciones del sector privado con el SNS. Por una parte, se trata de la extensión a la sanidad de la fórmula de licencias administrativas, profusamente utilizada en la economía británica, en la línea de financiación privada de la inversión (PFI; *Private Finance Initiative*, iniciada en la etapa de Margaret Thatcher). De momento se está aplicando mayoritariamente a la construcción de hospitales, que son arrendados al sector público por períodos de entre 20 y 60 años. Se está contemplando la posibilidad de negociar, aparte de la prestación de servicios de apoyo como la administración de nóminas o informática, la prestación de servicios clínicos (HM Treasury: 2000; OCDE: 2000 y WWW.socialistfuture.org.uk). En segundo lugar, en el año 2000 el gobierno firmó un concordato con el sector privado (lucrativo y voluntariado), representado en este ámbito por la *Independent Healthcare Association*, orientado a una colaboración duradera, desde la etapa de planificación, y no reservada únicamente a hacer frente a las listas de espera o a períodos punta de actividad, siempre que se demuestre el “máximo valor del dinero”. Las áreas de colaboración previstas son numerosas: cuidados intensivos, intervenciones quirúrgicas, servicios intermedios dirigidos a ancianos ... Algunas formas de colaboración pueden articularse a través de subcontratación de servicios por parte de los *trusts* o bien la adquisición directa de paquetes de servicios por los grupos de atención primaria que, su vez, pueden optar por el arrendamiento de espacios, permaneciendo la prestación de servicios en manos del SNS (Department of Health, 2000).

Suecia. El sistema sanitario sueco se rige como un SNS. El 84% del gasto sanitario total es financiado con fondos públicos, diez puntos menos que en 1980 (Roseveare, D., 2002: 22 y 23). Suecia es un país con una profunda descentralización territorial, de modo que algunos condados han sido más innovadores que otros en los procesos de reforma llevados a acabo desde la década de los años 90. A principios de esa década, se vislumbraban, con variantes, dos grandes líneas de reforma: la inspirada

en la fórmula de competencia pública (“modelo Estocolmo”, condado que abarca casi una cuarta parte de la población sueca) y la inspirada en la fórmula de mercados mixtos (“modelo Dalarna”, planteado en el condado de Kopparberg, en el centro de Suecia). El “modelo Dalarna”, muy similar al inglés, preveía desde el principio la posibilidad de que productores privados compitiesen con los públicos por contratos. También preveía la libre elección de centro de salud (en esta vertiente sería un ejemplo de mercados mixtos con “bonos implícitos”, con cargo al centro al que inicialmente hubiese sido asignado el paciente y con la posibilidad de elección de un centro privado, en cuyo caso el paciente habría de pagar un suplemento). La principal diferencia con el “modelo Estocolmo” se sitúa por tanto en que en el condado de Kopparberg, aparte de tener cabida los productores privados, no se prioriza en la misma medida la capacidad de elección, por parte del paciente, de tratamientos hospitalarios, más bien en manos de las autoridades locales (Saltman, R.B. y Otten von, C., 1994).

Con un avance de la reforma muy desigual desde el punto de vista territorial, en 1994 se había introducido alguna forma de separación de las funciones de compra y producción en más de la mitad de los condados, desencadenándose procesos de negociación de contratos con los hospitales, muchos de ellos apoyados en pagos prospectivos por caso (con limitaciones, por ejemplo por volumen e incorporando garantías de calidad). La extensión con la que se utilizan distintos sistemas de clasificación orientados al pago por caso varía considerablemente entre condados (e incluso entre hospitales), siendo los GRD (Grupos Relacionados con el Diagnóstico) los más utilizados en procesos de corta duración (World Health Organization, 1996: 51 y 58).

La adopción a nivel nacional de diversas medidas a lo largo de la década conduce a que los modelos suecos de reforma sanitaria sean cada vez más puros: en 1994, la libre elección por parte del paciente, tanto de médico, como de centro de salud y de hospital se extiende prácticamente a todo el territorio sin limitaciones espaciales (Or, Z., 2002: 13). En algunos casos la elección de hospitales fuera del condado precisa derivación (Roseveare, D., 2002: 24) y en otros es incluso posible elegir entre hospitales públicos y privados. De este modo, en el nuevo milenio, en todos los condados, excepto cuatro en la región del norte, se otorga a los pacientes amplias posibilidades de elección

a lo largo de todo el territorio sueco (Federation of Swedish County Councils, 2002: 14).

Previamente, ante las preocupantes listas de espera, en 1991 (y en vigor desde enero de 1992) se establece un tiempo de espera máximo de tres meses, entre el examen y el tratamiento, para 12 procedimientos, de modo que superado ese plazo el paciente tiene el derecho de ser atendido en cualquier otro hospital (público o privado). Los tiempos de espera disminuyeron inicialmente, pero volvieron a aumentar dos años después (Or, Z., 2002: 15 y World Health Organization, 1996: 56). Generalmente la disminución se debió a procesos de reorganización interna y al recurso a la cirugía ambulatoria, más que a la provisión en otros hospitales (Or, Z., 2002: 78). Por otra parte, muchos pacientes prefieren esperar a cambiar de hospital. En 1997 la garantía de tiempos máximos de espera se extiende a consultas a médicos generales y a especialistas.

Dada la prioridad otorgada de modo generalizado a la capacidad de elección del paciente, en aquellos condados donde se habían articulado mercados mixtos, se ha de entender que adoptan la forma de “bonos implícitos”. En cuanto a la presencia de productores privados en la provisión de servicios financiados con fondos públicos, está teniendo lugar un proceso de creciente participación privada en la prestación de servicios de atención primaria, con mucha mayor intensidad en las grandes urbes que en las zonas rurales.⁸ Se puede considerar que el condado de Estocolmo es también pionero en este ámbito concreto: desde 1992 (al amparo de un gobierno regional de centro-derecha) comienza un proceso de concesión de licencias a empresas privadas autorizadas a competir, primero en la provisión de servicios como transporte, pruebas de diagnóstico, atención a domicilio, para extenderse posteriormente a paquetes de servicios de atención primaria, ofertados por cooperativas formadas por médicos y enfermeros/as que dejan su plaza en el sector público para constituirse en empresas privadas. Los incrementos salariales del personal de estos equipos de atención primaria han sido muy superiores a los correspondientes al sector público, lo que explica el firme

⁸ A nivel nacional, el gobierno socialdemócrata que ganó las elecciones en 1994, antes de su entrada en vigor, abolió una ley sobre la libertad de establecimiento de prácticas privadas financiadas públicamente, que desproveyó a los consejos de condado de su poder regulador respecto a la firma de contratos con profesionales privados, a efectos de su número y de la cuantía a desembolsar (World Health Organization, 1996: 56).

apoyo de los sindicatos a la reforma.⁹ En 1994 gana las elecciones un gobierno socialdemócrata que, si bien frenó la reforma, no dio marcha atrás al proceso. Cuatro años después, con un gobierno de centro-derecha en el poder, la atención primaria va quedando cada vez en mayor medida en manos de empresas propiedad de los trabajadores. En 2001 unas 100 unidades de atención sanitaria estaban en proceso de abandonar el status público para convertirse en empresas privadas (Hjertqvist, J., 2001: 1).

También en la producción de servicios hospitalarios el condado de Estocolmo está realizando cambios importantes: en 1999 vendió uno de los mayores hospitales del condado (St. Göran) a una empresa privada productora de servicios sanitarios. Otros hospitales del condado (pertenecientes al consejo) están en proceso de transición, pero el parlamento nacional ha impuesto una moratoria para evitar este tipo de transacciones en el futuro (Hjertqvist, J., 2002: 7). Con apoyo en todo lo expuesto previamente, se puede afirmar que el “modelo Estocolmo”, inicialmente ideado como un modelo de competencia pública, se fue desmarcando hacia la fórmula de mercados mixtos (con “bonos implícitos”) modelo que, con carácter general, parece ser el predominante hoy en Suecia.

Es difícil medir el impacto de las distintas líneas de reforma llevadas a cabo en Suecia, en gran parte por la falta de la información necesaria, pero también por el

⁹ La externalización de servicios (en el sentido de provisión fuera de la empresa o *outsourcing*, en la terminología anglosajona), puede ser utilizada “... como una mera fórmula para liberar a las empresas de trabajadores fijos, ..., reducir plantilla, y eliminar costes fijos” (Casani, F., el al., 1996: 95). En este contexto es muy probable que la transferencia de trabajadores a la empresa proveedora derive en salarios más bajos y mayor flexibilidad de despido, dependiendo de la legislación laboral. De hecho, en el marco de la NGP las autoridades holandesas, cuando el *outsourcing* conlleva traspaso del personal, han establecido unas garantías mínimas a los trabajadores que abandonan el sector público para pasar a depender de empresas externas (Lundsgaard, J., 2002: 6). Aunque no es infrecuente que unos salarios relativamente más bajos expliquen la disminución de costes en las empresas externas, la evidencia empírica es ambivalente en este terreno, ya que los salarios podrían aumentar si la competencia debilita el poder monopsonista del sector público en el mercado laboral (Lundsgaard, J., 2002: 6). Éste parece ser el caso sueco, con unas condiciones de partida caracterizadas por un gran problema de reclutamiento de personal sanitario, desmoralizado ante una condiciones laborales que se deduce que no son muy atractivas: salarios relativos bajos respecto al sector privado y reducidas diferencias salariales entre trabajadores en función de los resultados obtenidos. En el Reino Unido, en el marco de las iniciativas de inversión privada (*Private Finance Initiative*) se está regulando el posible traspaso de personal al sector privado, a través de un plan que protege, entre otros, el tratamiento de las pensiones (HM Treasury: 2000). Todo esto permite concluir que el *outsourcing*, en cualquier caso, no es una fórmula neutral en materia de relaciones laborales. En términos generales, es preciso recordar que la “... la competencia destruye y altera el *statu quo* ... [y que] el poder sindical no tan sólo puede ser un freno a la externalización sino que también puede limitar la desburocratización del sector público... En España ... las restricciones políticas a la racionalidad económica son mayores que las restricciones legales ... la laborización puede correlacionarse con mayores salarios en lugar de con mayor productividad” (Ortún, V., 2001).

solapamiento de las medidas llevadas a cabo (a nivel nacional, de condados y de municipios). Según J. Hjertqvist (2002: 4), la presupuestación prospectiva aplicada a los hospitales de Estocolmo ha permitido obtener aumentos de la productividad muy superiores a los obtenidos en los hospitales de un grupo de condados menos innovadores (regidos por presupuestos globales) y el hospital de St. Göran, hoy en manos privadas, precisa un 15 % menos de fondos públicos para algunos tratamientos que la mayoría de los hospitales del consejo de condado de Estocolmo. No obstante, el mismo autor reconoce que los costes sanitarios totales están creciendo a la misma velocidad que en los condados regidos “al viejo estilo” en el resto de Suecia (Hjertqvist, J., 2002: 7).

Nueva Zelanda. Frente a la experiencia británica (modificación más que abandono del modelo de mercado mixtos) y la sueca (continuación del modelo, cada vez más inspirado en mercados mixtos con “bonos implícitos”), la experiencia neozelandesa resalta a nivel internacional por su abandono del modelo de NGP, en ámbitos como la educación y la sanidad.

Nueva Zelanda fue un país pionero en la introducción de medidas de NGP en la provisión de servicios públicos, ya a mediados de los años 80. A finales de esa década se impuso un “modelo contractual”, en la línea de mercados mixtos, tal que los distintos departamentos públicos podían adquirir servicios tanto a agencias públicas como externas, aunque primó la tendencia a contratarlos internamente. En este contexto se introdujo un mínimo de “gerencialismo”, si bien la negociación salarial centralizada continuó rigiendo en áreas como el profesorado y el personal de enfermería (Rae, D., 2002: 11). En cuanto a su impacto, parece que el modelo funcionó mejor en términos de eficiencia técnica (obtención de outputs a bajo coste) que en términos de eficiencia asignativa (elección de lo que hay que producir prioritariamente), en parte porque el sistema se orientó más hacia outputs que hacia resultados, sin apenas evaluación de la efectividad. A su vez, la misma fragmentación y descentralización en la toma de decisiones, que facilitaba la eficiencia técnica, acarrió problemas de coordinación entre agencias y de rigideces en la reasignación de recursos ante cambios de prioridades. En consecuencia, a finales de los años 90 comenzó a rechazarse la extensión de la NGP a áreas sociales como la educación o la sanidad. Se consideró que los resultados deseados se podían alcanzar mejor a través de la cooperación que de la competencia y, en general,

comenzó a darse preferencia a los productores públicos frente a los privados en la provisión de servicios (Rae, D., 2002: 2, 6 y 13).

En Nueva Zelanda el gasto sanitario es mayoritariamente público y financiado con impuestos generales. No obstante, mientras que la atención hospitalaria es financiada totalmente con fondos públicos, la atención primaria y los medicamentos absorben elevados co-pagos por parte de los ciudadanos. La subvención pública de la atención primaria se centra exclusivamente en grupos de baja renta y otras características, de modo que “... incluso familias de renta modesta desembolsan el coste total de las consultas al médico general” (McGrath, F., 2001: 9). No es extraño que el sistema neozelandés adolezca de problemas de equidad, continuamente mencionados en relación a la salud y el acceso a los servicios por parte de la población maorí, sobre todo si se tiene en cuenta que el médico general actúa como “portero del sistema”.

El gobierno elegido en 1992 estableció la separación de las funciones de compra y producción, ocupándose 4 autoridades regionales de la compra y 23 entidades sanitarias públicas de la producción pública de servicios hospitalarios. En paralelo, existe un activo sector privado, complementario del público y especializado en casos no agudos en los que las listas de espera son elevadas (Or, Z., 2002: 58).

Ante la incertidumbre que generó la reforma, y para reforzar su posición negociadora, los médicos generales crearon asociaciones no lucrativas (IPAs; Independent Practitioners Associations). A finales de 1997 el 80 % de los médicos generales pertenecía a una IPA (Or, Z., 2002: 18). A diferencia de la atención especializada, la mayor parte de la atención primaria es prestada por grupos privados de médicos, mediando el pago por acto (*fee-for-service*), y no la competencia por contratos con el sector público. No obstante, sí comenzaron a negociar contratos con los compradores para la gestión de presupuestos para pruebas de laboratorio y medicamentos, lo que condujo hacia sistemas de pago mixtos. En 1996, un nuevo gobierno de coalición centraliza las compras en la HFA; *Health Funding Authority* y elimina la condición de rentabilidad económico-financiera aplicada hasta entonces a las entidades sanitarias públicas sin éxito (en el período anterior muchas habían precisado apoyo financiero ante los déficit generados). Deja de invocarse el vocablo competencia, que se sustituye por el de cooperación.

Finalmente, en 1999 un gobierno laborista (en coalición) suprime la separación de las funciones de compra y producción de servicios hospitalarios. En el año 2001 se crean 21 *Distric Health Boards*, que reciben financiación central capitativa ponderada por necesidad (edad, sexo ...) y, al mismo tiempo que proveen servicios hospitalarios (con la posibilidad de adquirirlos fuera del sector público), adquieren paquetes de atención primaria a las organizaciones de atención primaria (PHOs), creadas con apoyo en las antiguas IPAs. La financiación de las PHOs se guía más por la capitación (según el número de pacientes en sus listas), que por el pago por acto, permitiéndoles retener posibles superávits. Por su parte, los pacientes pueden elegir PHOs fuera de su zona (Rae, D., 2002: 30). Se está estudiando mejorar el acceso a la atención primaria, por un lado, disminuyendo la parte que los pacientes han de pagar de su bolsillo, (McGrath, F., 2001: 16) y, por otro, dando mayor protagonismo en la toma de decisiones a comunidades locales (mayoritariamente del tercer sector) a través de las DHBs, responsables de la coordinación de la atención sanitaria. Con apoyo en una ley del año 2000, el Ministerio y las DHBs revisan y deciden los indicadores necesarios para medir resultados y hacer el seguimiento de los acuerdos de servicios, a nivel nacional (Or, Z., 2002: 60).

El balance de esta intensa experiencia se puede resumir en los siguientes puntos: de la reforma inicial apenas se derivó competencia entre los productores (Rae, D., 2002: 43 y Or, Z., 2002: 17); el crecimiento de la productividad en general fue decepcionante y los costes de transacción altos (Rae, D. 2002: 43); numerosas empresas hospitalarias públicas continuaron generando déficit (Or, Z., 2002: 17) y, si bien las tasas de actividad crecieron y se redujo la duración de las estancias, las listas de espera hospitalarias continuaron creciendo (Or, Z., 2002: 63). Además, los ahorros obtenidos en el gasto en pruebas de laboratorio y medicamentos fueron, en el mejor de los casos, modestos (Mcgrath, F., 2001: 12). Comenzó a ser objeto de preocupación que en algunos casos se dieran aumentos de la actividad a cambio de menor calidad y se cuestionó que las IPAs fueran las organizaciones apropiadas para ocuparse de aspectos como la equidad o la efectividad global del sector (Or, Z., 2002: 17 y 19). Además, comenzaron a surgir problemas de colaboración entre los profesionales (en términos de no compartir información, ideas, innovaciones...) ante la amenaza de perder cuotas de

mercado, generándose cada vez mayor opacidad (Or, Z., 2002: 61). Es decir, lo contrario de lo que se persigue por ejemplo a través de las técnicas de *benchmarking*.

De todos modos, un aspecto clave muy positivo derivado de la reforma tiene que ver con las mejoras en diversos sistemas de información: en la etapa en la que la HFA empezó a negociar acuerdos anuales de financiación con el Ministerio, los objetivos a alcanzar comenzaron a ser planteados en términos de resultados (aunque la mayoría acababan relacionándose con indicadores de proceso), lo que generó pautas de captación y comparación de la información, que generaron señales que guiaron la reasignación de recursos (Or, Z., 2002: 18).

En definitiva, el nuevo enfoque, desde mi punto de vista tiene ventajas sobre el punto de partida (yo no hablaría de “cerrar el círculo”): se reconoce que aspectos como la equidad y la coordinación precisan voluntad y dirección políticas, así como la organización e información adecuadas para su consecución. Que la orientación hacia resultados no es un proceso fácil y que no se puede apoyar en una excesiva fragmentación del sistema. Se refuerza el papel de la atención primaria, en términos de mejorar el acceso a lo que en definitiva constituye la entrada al sistema público. Y, por último, existe conciencia de la necesidad de seguir avanzando en la mejora de los sistemas de información orientados a la obtención de resultados. Nótese que algunos rasgos de la NGP son preservados, como el hincapié en los resultados, la disponibilidad de mejor información que permita hacer comparaciones y tomar decisiones o los incentivos a obtener superávit, implícitos en el pago capitativo a las PHOs. Será preciso observar de cerca la evolución del sistema sanitario neozelandés en los próximos años, antes de emitir un juicio al respecto, pero, en principio, “la vuelta al mundo en 80 meses”¹⁰ no parece que haya sido “un viaje a ninguna parte”.

A modo de balance de los procesos de reforma descritos previamente, cabe destacar que, en general, se está haciendo gran hincapié en la relevancia de los sistemas de información, se está reconociendo que algunos aspectos precisan un visión de conjunto del sistema (al menos en Nueva Zelanda y en el Reino Unido) y se está

¹⁰ En alusión al sugerente título “*Around the World in 80 Months: The Health System in the 1990s*”, con que (curiosamente en un anexo) se da cuenta de los cambios experimentados por el sistema sanitario neozelandés en menos de una década (Rae, D., 2002: 42-43).

otorgando un papel más activo a los equipos de atención primaria en la gestión pública de servicios sanitarios.

2.5. El caso español.

Antes de analizar hasta qué punto se han aplicado medidas de NGP en la sanidad española, conviene hacer una breve presentación de la evolución del sistema sanitario desde el punto de vista macroeconómico. En 1986, a través de la Ley General de Sanidad (LGS, en adelante), el modelo de seguridad social (de corte “profesionalista”) por el que se venía rigiendo el sistema sanitario español dio paso a un SNS, de vocación universal. La Ley prevé la creación de Servicios de Salud en cada Comunidad Autónoma (CA, en adelante), articulados en torno a la integración de todos los centros, servicios y dispositivos en una red pública única. El SNS agrupa a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (CCAA, en adelante), debidamente coordinados por el Estado. Aunque la cobertura de la población era ya entonces del 96 %, la construcción del SNS trajo consigo, entre otros, importantes cambios de tipo cualitativo. Desde finales de los años 70, se venían discutiendo propuestas de reforma del modelo, pero diversos factores retrasaron la aprobación de la ley, desde la propia crisis económica, pasando por la falta de consenso, hasta el desconocimiento de los recursos sanitarios con los que realmente contaba el sistema (véase Guillén, A. M. y Cabiedes, L., 1997). Incluso cabe mencionar un intento de bloqueo, conocido como la “operación primavera”, por parte de algún sector relacionado con la CEOE (la confederación española de empresarios).¹¹

Es importante resaltar que en España el proceso de descentralización de la gestión sanitaria tuvo lugar antes de la entrada en vigor de la LGS, con el proceso de

¹¹ En realidad se trató de dos operaciones. Ernest Lluch, entonces Ministro de Sanidad, llegó a disponer de documentación sobre la primera de ellas, cuyo escrito básico llevaba por título “Notas de una campaña destinada a la sensibilización de la opinión pública y de la Administración en torno al tema de la sanidad” (enero de 1984), en contra de la universalización de la sanidad pública. Su objetivo consistía en introducir modificaciones de gran calado en la Ley General de Sanidad. Se trataba de hacer primero una campaña subterránea que pareciera “producto de un esfuerzo colectivo”, negociando “... con auténtico sigilo con los grupos parlamentarios de la oposición”, para pasar después de las sensibilizaciones a una “agitación permanente”. Según Ernest Lluch, el fracaso de la “operación primavera” se debió a múltiples factores, siendo la primera causa “... que el intento de politización de la sanidad les pareció a muchos excesiva” (léase sindicatos médicos y Consejo General de Colegios de Farmacéuticos) (Lluch, E., 1998).

descentralización territorial que deriva de la Constitución española de 1978. La primera CA en obtener las competencias en materia de gestión sanitaria fue Cataluña en 1981. Hasta el año 2002, otras seis CCAA se responsabilizaron de la gestión sanitaria, la última en 1994. No obstante, hasta el año 2002, toda la financiación procedía de un fondo central, financiado desde 1999 al cien por cien con impuestos, frente a las cotizaciones de la seguridad social. Es decir, la descentralización en el gasto no tenía reflejo alguno en la descentralización en la obtención de los ingresos. Esta situación fue analizada críticamente por numerosos autores, sosteniendo que frente a este sistema de financiación, la corresponsabilidad fiscal favorecería el control del gasto sanitario público (López i Casanovas, G., 1999: 9 y 11 y Espadas et al., 1999: 63 y 66).

Hasta el año 2002, la financiación sanitaria se ha mantenido diferenciada de la financiación autonómica de otros servicios públicos. La asignación de recursos hacia las CCAA de régimen común (todas menos el País Vasco y Navarra, regidas por un régimen foral) se apoyaba en una combinación de criterios (costes históricos/capitación), decantándose cada vez en mayor medida hacia un sistema capitolativo (por población protegida). Por primera vez una ley regula el sistema de financiación autonómica, lo que muestra su vocación de continuidad.¹² También por primera vez la sanidad se integra en el sistema general de financiación. En paralelo, en el año 2001 se acuerda la descentralización de la gestión sanitaria a todas las CCAA, en vigor desde enero de 2002. De este modo, se pasa de un sistema sanitario en el que “uno recauda, algunos gestionan y todos gastan” a un sistema en el que “todos recaudan, todos gestionan y todos gastan”, ya que el nuevo modelo de financiación autonómica prevé cierta corresponsabilidad fiscal en la financiación de los servicios públicos descentralizados, incluida la sanidad.¹³ Por último, en Febrero de 2003 comenzó el

¹² Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía, BOE (*Boletín Oficial del Estado*), nº 313, de 31 de diciembre de 2001.

¹³ La corresponsabilidad fiscal en la financiación de las competencias comunes, la asistencia sanitaria y los servicios sociales implica que las CCAA participen actualmente en los siguientes impuestos: tarifa autonómica del IRPF (33 %); IVA (35%); algunos impuestos especiales (bebidas alcohólicas, labores del tabaco e hidrocarburos: 40 %); impuesto sobre la electricidad (100 %); impuesto especial sobre determinados medios de transporte (100 %), además de otros tributos cedidos y tasas de pequeña cuantía. El sistema se cierra con el cálculo de la diferencia (positiva o negativa) entre las necesidades estimadas de cada CA y los mencionados recursos, diferencia en torno a la que se articula el llamado “fondo de suficiencia”. En particular, las necesidades correspondientes al bloque competencial de la sanidad se estiman a partir de un fondo global (base 1999, actualizado al año 2002), repartido según las siguientes ponderaciones: 75 % por población protegida; 24,5 % por población mayor de 65 años y 0,5 % por

proceso de tramitación parlamentaria del proyecto de Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

En el Cuadro 2 se presentan sintéticamente algunas medidas de NGP aplicadas a la sanidad española. Obviamente, en un sistema descentralizado como es el español, algunas iniciativas tendrán carácter general, otras afectarán únicamente al llamado territorio Insalud (Instituto Nacional de la Salud hasta su desaparición como tal, que gestionaba la atención sanitaria de las CCAA sin autonomía en materia de gestión sanitaria), mientras que otras iniciativas responderán al uso de la autonomía por parte de las CCAA con gestión descentralizada del gasto (siete hasta el 2002), generalmente pioneras en las líneas de reforma llevadas a cabo en el territorio español. Las principales medidas de carácter general derivan del llamado Informe Abril, que toma el nombre del presidente de la comisión parlamentaria encargada de analizar y evaluar el SNS español en 1991. El Informe recoge diversas recomendaciones en la línea de la NGP, haciendo mención expresa a las reformas recientemente iniciadas en el Reino Unido y en Suecia. A pesar de la fuerte oposición que generó (básicamente por parte de los sindicatos y de la población en general, debido a la propuesta de extender el co-pago de los medicamentos a los pensionistas), muchas de sus recomendaciones fueron tenidas en cuenta en la práctica, si bien de forma silenciosa (Guillén, A. y Cabiedes, L., 1997: 327 y 328).

La primera impresión que se obtiene del Cuadro 2 es que las medidas de NGP se centran básicamente en la articulación de mercados mixtos (de modo generalizado, si bien tímidamente) y de un mínimo de competencia pública (en cuanto a la libre elección de médico general y especialistas).

insularidad. En la práctica, la asignación correspondiente a cada CA, en lugar de responder a la cuantía resultante de aplicar estas ponderaciones, respondió más bien al cálculo del “coste efectivo” estimado en la comisión mixta de transferencias. El acuerdo de 2001 finalmente incorporó la variante de que si la cifra resultante de la estimación actualizada del “coste efectivo” en la comisión mixta de transferencias resultaba superior, se dotarían recursos por esa cuantía. El concepto de “coste efectivo” conlleva toda una negociación bilateral en la que el gasto liquidado en el año de referencia experimenta modulaciones, como es de esperar al alza y muy condicionadas por el peso político de cada territorio, generalmente con apoyo en la evolución no lineal de las inversiones. En todo caso, es preciso decir que el sistema de negociación se apoyó desde el principio en el criterio de “nadie pierde”, como una vía para facilitar el proceso. Aunque ya no se puede considerar que la financiación sanitaria esté condicionada, sí está “afectada” en el sentido de que se prevé un gasto mínimo: la dotación inicial ha de evolucionar en el tiempo según el índice de crecimiento de una parte de los ingresos tributarios del Estado y, a su vez, durante los tres primeros años, el Estado garantiza la evolución de la financiación asignada según el PIB a precios de mercado.

Los conciertos con oferentes no públicos existen en España desde los años 40, cuando a raíz de una ley de 1942 una parte de la población comienza a ser incluida en el Seguro Obligatorio de Enfermedad (Espadas, L. y Largo, F., 1993: 186). La concertación está presente en tres grandes segmentos de actividad: transporte sanitario, medios diagnósticos y servicios hospitalarios, sucesivamente ampliados a servicios de apoyo como el catering. Generalmente se trata de complementar una oferta pública insuficiente de camas hospitalarias (para contratar servicios hospitalarios poco complejos) y de descargar al sector público de funciones no básicas de apoyo. No obstante, los conciertos de servicios hospitalarios en muchos casos serán la base de los contratos-programa en torno a los que se articulan los mercados mixtos en España.

Lo más parecido a la contratación interna entre departamentos públicos que se puede encontrar en el sistema sanitario español es la recomendación, recogida en el Informe Abril, de girar facturación exterior (al usuario) y entre departamentos públicos para generar conciencia de gasto. Alguna Comunidad Autónoma experimentó fórmulas simples de facturación pero, en general, esta iniciativa no cuajó (Comisión Abril, 1991: 34). Nótese que, además, la facturación interna entre distintos departamentos públicos facilita información sobre el compromiso de gasto en un nivel, inductor del gasto en otro punto distinto del sistema (por ejemplo, la solicitud de pruebas de diagnóstico o la prescripción de medicamentos).

Respecto a las concesiones administrativas, de momento únicamente cabe mencionar la experiencia de la Comunidad Valenciana que, con la concesión administrativa de la atención especializada a un grupo de empresas privadas en la zona de Alzira (hospital de La Ribera) constituye un caso pionero de la gestión privada de la sanidad pública en España.¹⁴ La población atendida asciende a 230.000 habitantes y la fórmula de financiación se apoya en el criterio capitativo, con una tarifa de salida de unos 200 € por persona y año, actualizada anualmente según el IPC (Martín, J. J. et al., 2002: 40). La Comunidad Valenciana ha incluido una partida de 43,9 millones de € en

¹⁴ La UTE (Unión Temporal de Empresas) que ganó el concurso público para la construcción y explotación del hospital por un periodo de 10 años (prorrogable a otros 5) está formada por Adeslas (una aseguradora, con el 51 %); Bancaixa y la Caja de Ahorros del Mediterráneo (el 45 %) y las constructoras Dragados y Lubasa (el 4 % restante) (Prats, J., 2002: 35). En estos momentos hay convocado un concurso de similares características en Torre Vieja.

los presupuestos de 2003, con vistas a recuperar el hospital y sacarlo posteriormente a concurso público, junto con la atención primaria de la zona. Frente al Partido Popular (de corte conservador) que gobierna esta CA, la oposición socialista considera que esta operación constituye una ayuda encubierta a los gestores del hospital (que aun no ha arrojado beneficios), ya que sólo esta UTE ha mostrado interés por hacerse cargo de la atención primaria, con lo que habría sido suficiente con ampliar las condiciones del contrato (Prats, J., 2002: 35).

Los bonos no han sido utilizados hasta ahora en la sanidad española definida en sentido restringido, aunque sí en el ámbito socio-sanitario, para la elección de residencias de ancianos en la Comunidad Valenciana y en Galicia.

Cataluña ha sido la CA pionera en la introducción de mercados mixtos en España. La Ley 15/1990 de Ordenación Sanitaria de Cataluña (modificada por la Ley 11/1995), separa las funciones de compra y producción. El Servei Català de la Salut (SCS, en adelante), creado en 1990, se ocupa de la regulación y compra de servicios hospitalarios, pudiendo elegir entre hospitales públicos y concertados. Del mismo modo, se ha abierto la posibilidad de que asociaciones de profesionales contraten con el SCS servicios de atención primaria, prestación farmacéutica y algunas actividades de la atención especializada (véase Gervas, J. y Ortún, V., 1995: 29). Un grupo de médicos estatutarios (sinónimo de funcionarios en el ámbito de la sanidad) ha iniciado la primera experiencia en este sentido en Cataluña (en la zona de Vic), adoptando la forma jurídica de sociedad de responsabilidad limitada. Esta experiencia ha sido seguida por varias más.¹⁵ El modelo de mercados mixtos articulado en Cataluña es pues muy similar al modelo británico en su concepción inicial.

¹⁵ Otra experiencia muy reciente e innovadora, que está teniendo lugar en Cataluña, es una prueba piloto para la compra de servicios integrales de salud, de base poblacional, en cinco zonas que agrupan numerosos municipios. En este marco, las entidades proveedoras de servicios de atención primaria y hospitalaria suscriben convenios de coordinación con el SCS, que no sustituyen a los contratos vigentes. Se prevé la regularización anual entre la contraprestación derivada del sistema actual de pago y la que resulte del sistema de pago con base poblacional (gasto medio corriente por habitante ajustado con indicadores socioeconómicos, demográficos y de dispersión geográfica). Esta prueba piloto está en vigor desde mayo de 2002 y culminará el 31 de Diciembre de 2003 (Ordre SSS/172/2002, de 17 de maig, per la qual s'estableix una provat pilot per a la implantació d'un sistema de compra de serveis de base poblacional, *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, nº 3645, de 29 de Mayo de 2002).

Con separación menos nítida (y también menor presencia de productores privados en general),¹⁶ en las CCAA del “territorio Insalud” (10 CCAA gestionadas desde la administración central hasta el año 2002) desde 1993 se vienen negociando contratos-programa o de gestión, tanto con las áreas de atención primaria como con las de especializada (a veces conjuntamente). En el resto del territorio, algunas CCAA con autonomía en materia de gestión sanitaria comenzaron también a articular este tipo de contratos, sobre todo en atención especializada. Éste es el caso, por ejemplo, de Andalucía (en 1994) y de Galicia (López i Casanovas et al., 1999: 112). Los contratos-programa permiten simular una cuenta de resultados provisional, superándose la concepción de los centros asistenciales como meros centros de gasto (Ventura, J., 1996: 10). Se trata de pactar la actividad a llevar a cabo y los niveles de calidad, tratando de avanzar hacia una presupuestación prospectiva.

Respecto al impacto de los contrato-programa, López i Casanovas et al. (1999: 119-121) resaltan una mayor disciplina presupuestaria, así como mayores dosis de transparencia y “comparabilidad”. No obstante, consideran que los esquemas utilizados son insuficientes para conseguir una traslación efectiva del riesgo, no dejando de ser una “ficción legal”, ya que el marco legal actual no permite dejar de financiar los posibles déficit generados. Otros autores se manifiestan en el mismo sentido, recomendando aislar a las autoridades de contratación y compra de la esfera de los responsables políticos, así como descentralizar la política de personal (Martín, J. J. et al., 2002: 41). Con todo, se reconoce con carácter general que se ha generado cierta “cultura empresarial” y que se han producido importantes mejoras en los sistemas de información (por ejemplo, la utilización de GRDs en los contratos, como apoyo a los sistemas de pago por proceso, está bastante extendida en España). En términos de eficiencia técnica, existe evidencia empírica en España de incrementos de la eficiencia en hospitales del Insalud (gestión centralizada) entre 1991 y 1993, en parte atribuibles a la articulación de contratos-programa (Barber, P. y González López-Valcárcel, B., 1996). También parece que la contención de la inflación hospitalaria ha sido mayor en Cataluña, donde la separación de agentes es más nítida y por lo tanto los incentivos parecen más creíbles (López i Casanovas et al., 1999: 125).

¹⁶ Nótese que una industrialización relativamente temprana en Cataluña propició la creación de mutuas, dando lugar a una mayor presencia del sector privado que en el resto del territorio en general. Este marco institucional, por otra parte, facilita la articulación de mercados mixtos.

Aparte de la libre elección de médico general (derecho reconocido con carácter general en el SNS español) y de especialistas, en numerosas CCAA (desde 1996, en todas las del “territorio Insalud”), en Andalucía se ha establecido el derecho de elección de hospital para intervención quirúrgica, a partir de un tiempo máximo de espera de seis meses, lo que bajo estas circunstancias permite hablar de mercados mixtos con “bonos implícitos”. A finales de 2002, momento en el que este derecho comenzó a regir, sólo quedaban 44 pacientes en la lista de espera¹⁷, ya que previamente se había articulado un sistema de equipos móviles de cirugía. Se estima que la dotación económica asignada a estos equipos (y repartida internamente por los profesionales) es muy inferior a la que habría correspondido a la compra de servicios a centros privados (Mayordomo, J., 2002: 33). A nivel nacional existe una iniciativa promovida desde el Ministerio de Sanidad y Consumo para unificar los criterios de la elaboración de listas de espera (consultas a especialistas, pruebas de diagnóstico e intervenciones quirúrgicas) y fijar criterios de prioridad no apoyados exclusivamente en la “antigüedad”. Sin fijar tiempos máximos (a establecer por cada CA), se pretende que las listas sean objeto de difusión y, por lo tanto, comparables.

Por último, en paralelo a la introducción de mecanismos para estimular la competencia en la provisión pública de servicios sanitarios, se han ido creando nuevas formas jurídicas, con personalidad jurídica propia y mayor autonomía, para facilitar la gestión pública desde una óptica empresarial, por ejemplo, entes públicos, consorcios, fundaciones y sociedades anónimas públicas. Se trata en definitiva de emular al sector privado, introduciendo un mínimo de flexibilidad, por ejemplo, en materia de contratación y política de personal aspectos que, al amparo de algunas de estas fórmulas, pasan a regirse por el derecho mercantil y el derecho laboral, respectivamente.¹⁸ El proceso legislativo de la normativa estatal, iniciado en 1996, el

¹⁷ Que, según el Consejero de Salud, han preferido esperar un poco más y ser intervenidos en un centro público (Mayordomo, J., 2002: 33).

¹⁸ Se puede encontrar un análisis crítico y pormenorizado de estas nuevas formas jurídico-organizativas en Martín, J. J. et al., 2002, autores que advierten cómo estas fórmulas “... ofrecen en principio más posibilidades para la endogamia, en la medida en que la utilización del derecho privado en lugar del derecho público, aumenta las posibilidades de realizar actividades de interferencia e influencia política ... [lo que] puede dar lugar a una instrumentalización de los recursos del sector público con fines privados” (Martín, J. J. et al., 2002: 41).

mismo año en el que el Partido Popular ganó las elecciones, fue particularmente complejo y conflictivo, debido a que la oposición socialista presionó continuamente para evitar que estas fórmulas se convirtiesen en “puertas abiertas a la privatización”.¹⁹

A modo de síntesis, cabe resaltar que el proceso de reformas experimentado por el sistema sanitario público español ha sido particularmente intenso. En tan sólo dieciséis años se produjo el cambio estructural de modelo, la descentralización de la gestión sanitaria a todas las CCAA y la introducción de un mínimo de corresponsabilidad fiscal en su financiación, aplicándose en paralelo y generalmente con cautela, medidas de NGP, inspiradas fundamentalmente en la reforma británica.

¹⁹ Véanse, a modo de ejemplo, la corrección de erratas del RD/Ley 10/1996 sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Insalud, a los dos días de su publicación en el BOE, bajo la presión socialista (Guillén, 1999: 22), o la enmienda del Grupo Popular en el proyecto de la Ley de acompañamiento a los PGE para 1999 (Martín, J.J. et al., 2002: 38), orientadas a dejar clara la vocación pública y cerradas las puertas a la privatización.

Cuadro 2

Algunas estrategias para estimular la competencia en la provisión de servicios sanitarios públicos en España.

A. Contratación externa (“pura”) con el sector privado	Tradicionalmente servicios hospitalarios, transporte sanitario ... Más adelante, catering y otros servicios de apoyo. Ya desde los años 40 el sistema sanitario público recurre al sector privado para complementar una oferta pública insuficiente de camas hospitalarias, a través de conciertos, generalmente para contratar servicios hospitalarios poco complejos.
B. Contratación entre departamentos públicos	Lo más parecido a esta fórmula es la recomendación de girar facturación exterior (al usuario) y entre departamentos públicos para generar conciencia de gasto. Alguna Comunidad Autónoma experimentó fórmulas simples de facturación pero, en general, esta iniciativa no cuajó (Comisión Abril, 1991: 34).
C. Concesiones administrativas	Comunidad Valenciana: Hospital de la Ribera, en Alzira, en funcionamiento desde 1999. Se prevé la recuperación temporal por parte de la Generalitat Valenciana (véase texto).
D. Vales, bonos o cheques-servicio	No se han utilizado hasta ahora en el ámbito sanitario en sentido restringido, sí en el ámbito socio-sanitario: bonos-residencia en la Generalitat Valenciana y en Galicia .
E. Mercados mixtos	Cataluña desde principios de los años 90 viene articulando mecanismos que constituyen lo más próximo a mercados mixtos en el territorio español, con una separación más nítida de actores que en otros territorios (Ley de 1990 modificada por otra de 1995). Con separación menos nítida (y también menor presencia de productores privados en general), en las CCAA del “territorio Insalud” (10 CCAA gestionadas desde la administración central hasta el año 2002) desde 1993 se vienen negociando contratos-programa o de gestión, tanto con las áreas de atención primaria como con las de especializada (a veces conjuntamente). En el resto del territorio , algunas CCAA con autonomía en materia de gestión sanitaria comenzaron también a articular este tipo de contratos, sobre todo en atención especializada. Se trata de pactar la actividad a llevar a cabo y los niveles de calidad, tratando de avanzar hacia una presupuestación prospectiva. Andalucía: derecho de elección de hospital a partir de unos tiempos máximos de espera (mercados mixtos con “bonos implícitos”).
F. Competencia pública	“Territorio Insalud”: Libre elección de médico general y de pediatra desde 1993 (con experiencias piloto desde 1984). Actualmente éste es un derecho reconocido con carácter general. Libre elección de médico de 12 especialidades desde 1996 (también con experiencias piloto previas).

Nota de agradecimientos: agradezco sinceramente las sugerencias y comentarios recibidos de Vicente Ortún, Beatriz González López-Valcárcel y de Juan Ventura. Cualquier posible error detectado en este trabajo es responsabilidad exclusiva de la autora.

Referencias bibliográficas

Auriacombe, Christelle (1999): “Reflections on the New Public Management”, *Journal of Public Administration*, vol. 34, nº 2, June, pp. 124-136.

Barber, Patricia y González López-Valcárcel, Beatriz (1996): “La eficiencia técnica de los hospitales públicos españoles”, en Meneu, Ricardo y Ortún, Vicente (eds.): *Política y gestión sanitaria: la agenda explícita*. Barcelona: SG Editores-Asociación de Economía de la Salud, pp. 17-62.

Björk, Peder G. y Johansson, Hans, S. H. (s.f.): “Towards Governance Theory: In search for a common ground”, Department of Business and Public Administration, Mid Sweden University.

Cabiedes, Laura y Guillén, Ana (2001): “Adopting and adapting managed competition: health care reform in Southern Europe”, *Social Science & Medicine*, 52, pp. 1205-1217.

Callejón, María y Ortún, Vicente (2003): “Empresa privada en Sanidad: Grado de adecuación a las diferentes funciones sanitarias”, en *El interfaz público-privado en Sanidad*. Barcelona: Masson (en prensa).

Casani, Fernando; Luque, M^a Ángeles; Rodríguez, Jesús y Soria, Pilar (1996): “La problemática del *outsourcing*”, *Economistas*, nº 72, pp. 86-98.

Comisión Abril (Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud) (1991): *Informe y recomendaciones*. Madrid: Congreso de los Diputados.

Department of Health (2000): *Commissioning arrangements in the new NHS*, en www.doh.gov.uk/commissioning/guidance.htm.

Espadas, Luis et al. (1999): “La financiación de la sanidad”, en Rey, Javier (coord.): *El futuro de la sanidad española. Un proyecto de reforma*. Madrid: ExLibris Ediciones, pp. 51-78.

Espadas, Luis y Largo, Fernando (1993): “La concertación con medios ajenos en el Sistema Nacional de Salud”, *Presupuesto y Gasto Público*, nº 10, pp. 185-199.

Ewalt, Jo Ann G. (2001): *Theories of Governance and New Public Management: Links to Understanding Welfare Policy Implementation*. Documento de Trabajo presentado en the Annual Conference of the American Society for Public Administration, Newark, NJ.

Federation of Swedish County Councils (2002): *Swedish Health Care in the 1990s. Trends 1992-2000*. Estocolmo: Federation of Swedish County Councils.

Gendron, Y. et al.(1999): *In the Name of Accountability: State Auditing in the Province of Alberta and New Public Management*. Documento de Trabajo presentado

en The Critical Perspectives on Accounting Conference, April 22-24, City University of New York. Tomado de Manning, Nick (2000).

Gérvás, Juan y Ortún, Vicente (1995): *Regulación y eficiencia de la atención sanitaria primaria en España*. Documento de Trabajo 95-18, FEDEA (Fundación de Estudios de Economía Aplicada).

Glennerster, Howard y Le Grand, Julian (1995): “The Development of Quasi-Markets in Welfare Provision in the United Kingdom”, *International Journal of Health Services*, vol. 25, nº 2, pp. 203-218.

Guillén, Ana M. (1999): *Improving Efficiency and Containing Costs: Health Care Reform in Southern Europe*, EUI Working Paper nº 99/16; European University Institute, Florencia.

Guillén, Ana M. y Cabiedes, Laura (1997): “Towards a National Health Service in Spain: The Search for Equity and Efficiency”, *Journal of European Social Policy*, vol 7, nº 4, pp. 319-336.

Hjertqvist, Johan (2001): *The Purchaser-Provider Split. From public monopolies to market services*, Atlantic Institute for Market Studies (Health Care Commentary # 3).

Hjertqvist, Johan (2002): *Health Care Reform: What Canada Could Learn From Sweden*. Conferencia pronunciada en Montréal Economic Institute, Montréal, 15 de Abril.

HM Treasury (2000): *Memorandum by the HM Treasury*, www.publications.parliament.

Hood, C. (1991): “A Public Management for All Seasons?”, *Public Administration*, 69 (Spring), pp. 3-19.

Koen, Vincent (2000): *Public Expenditure Reform: The Health Care Sector in the United Kingdom*, Economics Department Working Papers nº 256, OECD.

Lluch, Ernest (1998): “La ‘operación primavera’, contra la Ley General de Sanidad”, *El Socialista*, nº 617, Julio, pp. 10-11.

López i Casanovas, Guillem (1999): *La capitación en la financiación territorial de los servicios públicos transferidos: el caso de la sanidad y de la educación*. Madrid: Secretaría General Técnica, Ministerio de Sanidad y Consumo.

López i Casanovas, Guillem; Ortún, Vicente; Murillo, Carles et al. (1999): *El sistema sanitario español: informe de una década*. Bilbao: Fundación BBV.

Lundsgaard, Jens (2002): *Competition and Efficiency in Publicly Funded Services*, Economics Department Working Papers nº 331, OECD.

MacGrath, Fran (2001): *New Zealand's Experiences in Reorienting Primary Health Care*. Documento de Trabajo presentado en el II Seminario on International Experiences in Basic Health Care & Family Health, Brasilia, 27-29 de Noviembre.

Manning, Nick (2000): *The New Public Management & its Legacy* <http://www1.worldbank.org/publicsector/civilservice/debate1>.

Martin, J.J.; López del Amo, M^a del P. y Pérez, M^a del C. (2002): “Nuevas fórmulas jurídicas y de gestión en las organizaciones sanitarias”, en Temes, J.L. (ed.): *Gestión Hospitalaria*, McGraw-Hill, 3^a edición.

Mayordomo, Joaquín (2002): “Comandos quirúrgicos”, *El País*, 10 de Noviembre de 2002: 33.

Meneguzzo, Marco (1998): “Repensar la modernización administrativa y el New Public Management. La experiencia italiana: innovación desde la base y desarrollo de la capacidad de gobierno local”, *Reforma y democracia* (Revista del CLAD, Centro Latinoamericano de Administración para el desarrollo), n^o 11, Junio.

Minogue, Martin (2000): *Should Flawed Models of Public Management be Exported?. Issues and Practices*. Public Policy and Management Working Paper Series, n^o 15, IDPM (Institute for Development Policy and Management), University of Manchester.

Noord, van den, Paul (2002): *Managing Public Expenditure: The UK Approach*, Economics Department Working Papers, n^o 341, OECD.

OCDE (2000): *Étude économique du Royaume-Uni, 2000*, Synthèses de l'OCDE, en www.oecd.org.

Or, Zeynep (2002): *Improving the Performance of Health Care Systems: From Measures to Action (A Review of Experiences in Four OECD Countries)*, Labour Market and Social Policy - Occasional Papers n^o 57, OECD.

Ortún, Vicente (1995): “Gestión pública: conceptos y métodos”, *Revista Asturiana de Economía*, n^o 4, pp. 179-193.

Ortún, Vicente (2001): “Organización de los servicios sanitarios en el Estado del Bienestar”, en Parejo, L. (coord.): *La Organización de los Servicios Sanitarios Públicos*. Madrid: Marcial Pons, pp. 47-70.

Osborne, David y Gaebler, Ted (1992): *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*. New York: Addison—Wesley.

Planas Miret, Iván (2002): *Un instrumento de contratación externa: los vales o cheques. Análisis teórico y evidencias empíricas*. Documentos de Trabajo 2. Bilbao: Fundación BBVA.

Prats, Jaime (2002): “La Generalitat Valenciana recupera el control público del hospital de Alzira”, *El País*, 11 de Noviembre, p. 35.

Rae, David (2002): *Next Steps for Public Spending in New Zealand: The Pursuit of Effectiveness*, Economics Department Working Papers, nº 337, OECD.

Roseveare, Deborah (2002): *Enhancing the Effectiveness of Public Expenditure in Sweden*, Economics Department Working Papers nº 345, OECD.

Saltman, R.B. y Figueras, J. (1997): *European health care reform. Analysis of current strategies*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

Saltman, Richard B. y von Otter, Casten (1994): *Mercados planificados y competencia pública. Reformas estratégicas en los sistemas sanitarios de los países del norte de Europa*. Barcelona: SG Editores y Escuela Nacional de Sanidad.

Ventura, Juan (1996): *La competencia gestionada en sanidad: un enfoque contractual*. Documento de Trabajo 107/96, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Oviedo.

Ventura, Juan y González, Eduardo (1998): “Valoración del efecto ‘Ratchet’ en la negociación de contratos programa en atención especializada del Insalud Gestión Directa”, en Peiró, Salvador y Uriarte, Luis I. (coords.) *Información sanitaria y nuevas tecnologías*, XVIII Jornadas de Economía de la Salud, Vitoria, 27-29 de Mayo. Vitoria: AES, pp. 107-119.

World Health Organization (1996): *Health Care Systems in Transition. Sweden*. Copenhagen: Regional Office for Europe, World Health Organization.

WWW.socialistfuture.org.uk: *Gambling health care on the global market* (información elaborada a partir de un estudio de Sarah Sexton, del grupo The Corner House).