

Q
D
E

Q
U
A
D
E
R
N
S
DE POLÍTICA ECONÓMICA

Carlos Ochando Claramunt

“Reformas institucionales en la sanidad”

Quaderns de Política Econòmica.
Revista electrònica. 2^a època.
Vol. 9, Ene.- Abr. 2005

Edita:



Dpto. de Economía Aplicada - Universitat de València
Av. Tarongers s/n, 46022 Valencia
FAX: 963828415 - WEB: www.uv.es/poleco

ISSN: 1579 - 8151

REFORMAS INSTITUCIONALES EN LA SANIDAD (*)

Carlos Ochando Claramunt.

Departamento de Economía Aplicada. Universidad de Valencia.

Carlos.Ochando@uv.es

(*) Este trabajo forma parte de uno más amplio que será publicado en el libro de Toboso, F. y Arias, X-C. (Eds.): *Organización de gobiernos y mercados. Análisis de casos desde la nueva economía institucional. AEUE, 2005, Universidad de Vigo-Universidad de Valencia.*

RESUMEN

El presente trabajo está dedicado al análisis de las causas, los objetivos y los instrumentos principales de las reformas sanitarias. Tiene como principal objetivo analizar algunas de las alternativas de reforma propuestas en uno de los pilares esenciales del llamado Estado del bienestar: la asistencia sanitaria. Se analizan tres tipos de posibilidades de reforma: 1) la combinación óptima entre el sector público y el sector privado, 2) la creación de un “mercado interno” en el sistema sanitario y 3) las reformas en los sistemas de financiación (la introducción de fuentes privadas de financiación y aseguramiento).

También se realiza un breve repaso de lo que han sido las principales innovaciones institucionales de la reforma sanitaria en España. En nuestro país, han aparecido en la última década nuevas formas de gestión en la asistencia sanitaria que persiguen alcanzar mayores niveles de eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios sanitarios. Lo cierto es que, por el momento, ni desde el punto de vista teórico ni empírico, no está suficientemente demostrado que la introducción de estas nuevas formas de gestión mejoren la eficiencia de la atención sanitaria.

I- LA REFORMA DE LA ASISTENCIA SANITARIA: OBJETIVOS E INSTRUMENTOS.

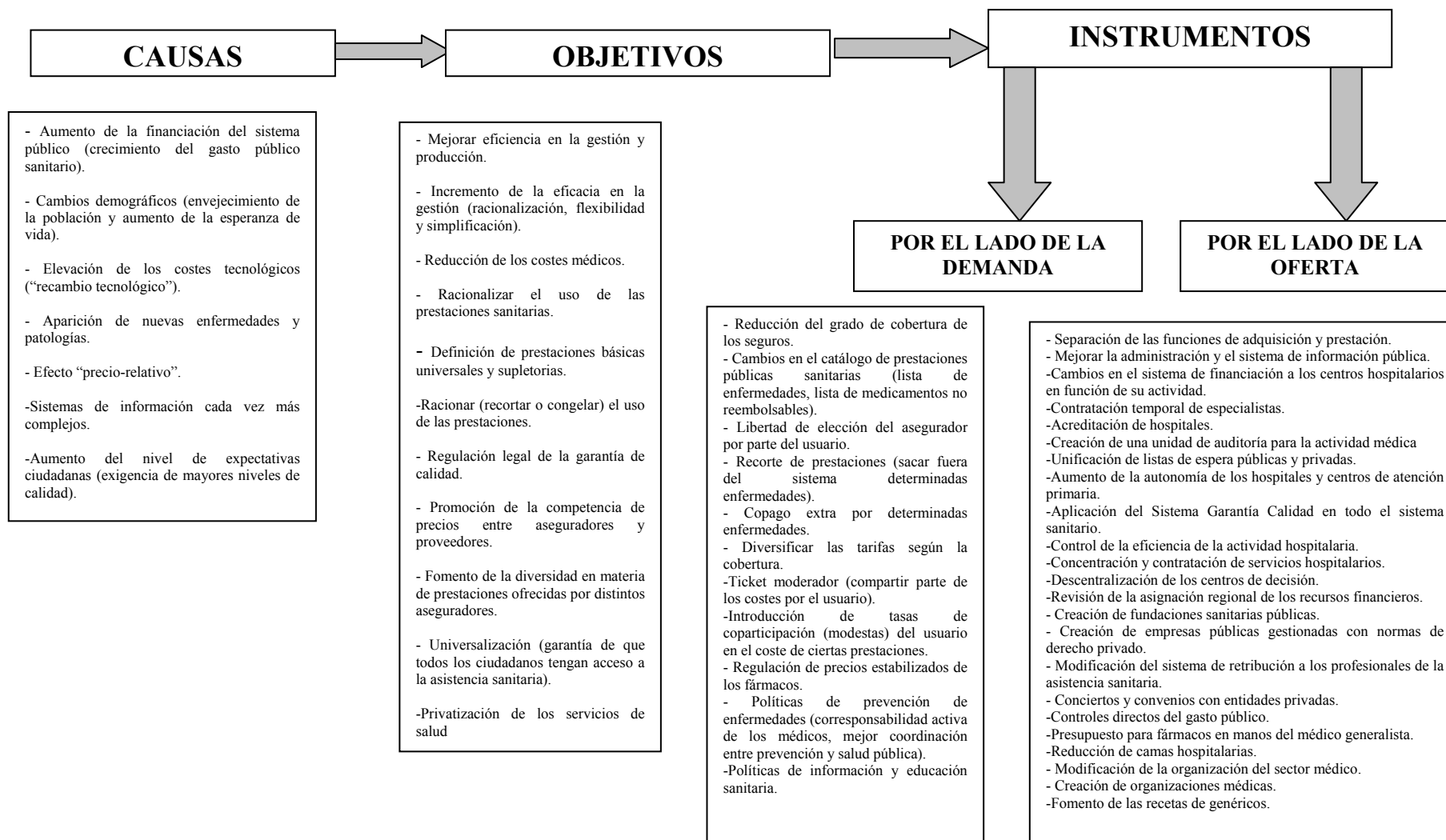
Existen dos modelos de provisión pública sanitaria: el modelo de Seguridad Social y el Sistema Nacional de Salud. El primero –inspirado por la legislación social de Bismarck de 1883- se financia por medio de las cotizaciones sociales (empresarios y empleados), siendo la cobertura, por tanto, restringida, en principio, a los trabajadores y familiares. Debido a que están basados en la afiliación obligatoria y a que las primas se establecen en función de la renta y no en función de la probabilidad de sufrir riesgos (enfermedades), se establecen ciertos mecanismos redistributivos.

El Servicio Nacional de Salud –inspirado en el Informe Beveridge de 1942- se basa en prestaciones universales y gratuitas, financiadas a través de los ingresos fiscales del Estado y cuya provisión se realiza, mayoritariamente, por centros y empleados públicos (reconociendo un papel residual para el sector privado). La naturaleza asistencial de este modelo le confiere, en principio, una potencialidad redistributiva mayor, pero todo dependerá de qué grupos soporten la carga fiscal para su financiación.

Pues bien, lo cierto es que en la actualidad, en casi todos los países desarrollados –tanto aquéllos que tienen un modelo de Seguridad Social como los que adoptan un modelo de Servicio Nacional de Salud- se plantea la necesidad de acometer reformas en el sistema público de asistencia sanitaria ¹. Las alternativas de reforma se han dirigido hacia la privatización de los servicios de asistencia sanitaria, la mejora de la gestión y producción de los servicios, el racionamiento de las prestaciones, la selección de las prioridades sanitarias y farmacéuticas, la introducción de incentivos para una mayor competencia y eficiencia o la complementariedad entre la provisión pública y la privada, entre otros objetivos. Un resumen de algunas de las causas, los objetivos y los instrumentos de las reformas sanitarias viene recogido en la Figura 1. Analizaremos a continuación, con un poco más de detenimiento, algunas de estas propuestas.

¹ Véanse los objetivos e instrumentos de estas reformas en el trabajo de Abel-Smith, B. (1995) y OCDE (1998). Para un análisis comparativo entre los países de la Unión Europea es interesante el trabajo de Cantarero, D. (2000).

FIGURA 1
Causas, objetivos e instrumentos de las reformas sanitarias.



A) La combinación óptima entre el sector público y el sector privado.

Existen cuatro instrumentos básicos de intervención en la asistencia sanitaria ² :

- a) regulación y planificación,
- b) financiación (aseguramiento),
- c) provisión (compra) y
- d) producción.

Casi nadie discute el papel del Estado en cuanto a la regulación, la formulación de políticas, la planificación del sistema sanitario y la provisión de información ³ . Sin embargo, se proponen con insistencia reformas en las que el sector privado aumente su participación en las otras tres funciones: financiación, provisión y producción.

En, prácticamente, todas las reformas propuestas aparece con insistencia el objetivo de la privatización. En principio, podemos distinguir dos tipos de privatización: 1) la privatización total (por medio de la cual todas las funciones de aseguramiento, financiación y producción de los servicios pasan al sector privado) y 2) la privatización limitada o parcial de algunos aspectos relacionados con la producción de los servicios de salud ⁴ .

Descartado el primer tipo de privatización por sus efectos perversos sobre la equidad y eficiencia del servicio sanitario, lo que se plantea en la actualidad es la introducción de combinaciones óptimas y complementarias entre el sector público y el privado para mejorar, sobre todo, la eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios públicos. Algunas de estas posibles combinaciones quedan reflejadas en los Cuadros 1, 2 y 3.

² Algunos autores señalan más funciones en la estructura organizativa del sistema de salud. Por ejemplo, Murray, C. y Frenk (2000) distinguen entre: rectoría ("stewardship"), recaudación de fondos, combinación de fondos, compra (servicios personales y no personales), provisión (servicios personales y no personales) y generación de recursos.

³ Entre estas funciones se encuentran las siguientes tareas: definición de prestaciones, fijación de precios, control de la cantidad y distribución de las prestaciones, responsabilidad de las autoridades, títulos habilitantes para la gestión, control de calidad y rendimiento, decisiones de inversión, estándares en la prestación del servicio, condiciones para el ejercicio profesional, requisitos para la instalación de servicios sanitarios, normas de protección a los cuidados en ámbitos como alimentación y medioambiente, derechos y deberes de los usuarios, etc.

⁴ Dentro de ésta caben fórmulas de privatización particulares por medio, por ejemplo, de la exención fiscal a los usuarios por los gastos privados de salud o la mayor participación de las organizaciones no gubernamentales o sin ánimo de lucro en la asistencia sanitaria.

CUADRO 1
Combinaciones mixtas entre el sector público y el privado de las funciones de financiación y provisión.

<i>FINANCIACIÓN</i>	<i>PROVISIÓN</i>	
	<i>PÚBLICA</i>	<i>PRIVADA</i>
<i>PÚBLICA</i>	Financiación y provisión gubernamental gratuita en el punto de utilización.	Servicios contratados de proveedores privados.
<i>PRIVADA</i>	Cobros suplementarios directos a los usuarios y camas privadas en hospitales públicos.	Atención de salud privada financiada por el seguro y Organizaciones de mantenimiento de la salud.

FUENTE: OMS (1993 : 14).

CUADRO 2
Combinaciones mixtas entre el sector público y el sector privado de las funciones de financiación y producción.

<i>OPCIONES</i>	<i>EJEMPLOS</i>
-Financiación pública + producción pública	Servicio Nacional de Salud
-Financiación privada + producción privada	Atención bucodental
-Financiación pública + producción privada	Entidades colaboradoras con el SNS, mutuas patronales de accidentes de trabajo
-Financiación privada + producción pública	Atención en el SNS a pacientes de entidades de los seguros privados.

FUENTE: Elaboración propia a partir de Ortún, V. (1990 : 62).

CUADRO 3
Combinaciones mixtas entre la producción pública y la privada.

<i>OPCIONES</i>	<i>EJEMPLOS</i>
- Contratación externa privada de servicios generales no fundamentales en la prestación del servicio	Limpieza, comedor, lavandería, etc.
- Contratación externa privada de servicios de asistencia sanitaria	Convenios o conciertos con centros privados para atender a los beneficiarios del sistema público (a cambio de un precio).
- Privatización de la gestión de las instituciones sanitarias públicas	
- Gestión de consorcios públicos con normas de derecho privado	
-Competencia entre sistemas de provisión de asistencia sanitaria integral	

FUENTE: Elaboración propia a partir de Ortún, V. (1990 : 62).

No obstante, la introducción del sector privado en la sanidad no está exenta de riesgos. Entre ellos:

- a) la posibilidad de aumentar la “*selección adversa*” y la “*selección de riesgos*” (discriminación de los enfermos de alto riesgo y costes),
- b) la posibilidad de aumentar la discriminación por razones económicas y
- c) el incremento de los costes de gestión y administración.

B) La creación de un “mercado interno” en el sistema sanitario.

En la asistencia sanitaria existen básicamente tres actores: 1) los consumidores (o usuarios), 2) los compradores y 3) los proveedores. Los roles de estos tres actores pueden cambiar en relación con la mayor o menor apertura del mercado, la información, las funciones gerenciales, la organización interna y la regulación (véase el Cuadro 4).

CUADRO 4
Cambios en los papeles de los actores en la salud.

CAMBIOS	EFECTOS		
	Consumidores	Compradores	Proveedores
<i>Apertura del mercado</i>	Selección del proveedor	Competencia entre los proveedores	Privatización
<i>Información</i>	Educación para la salud/información del consumidor	Datos sobre costos y desempeño de los proveedores	Indicadores del desempeño
<i>Funciones gerenciales y prestación de cuentas</i>	Financiación y representación de la comunidad	Distribución del riesgo financiero, por ejemplo, organizaciones de mantenimiento de la salud	Descentralización del sistema de salud
<i>Organización interna</i>	Grupos y movimientos de consumidores		Organizaciones profesionales
<i>Regulación</i>	Derechos de los pacientes y regulaciones	Relación entre la industria y los compradores	

FUENTE: OMS (1993 : 52).

En casi todas las reformas planteadas se insiste en la necesidad de introducir una mayor competencia (gestionada o regulada) en los sistemas públicos (estén organizados bajo el modelo de Seguridad Social o deL Sistema Nacional de Salud) para alcanzar una mayor eficiencia económica. Se insiste en un modelo que separe la función de financiación y de producción sanitaria. Así, se argumenta que los proveedores (públicos y privados) de asistencia sanitaria (centros de salud, médicos y los hospitales) deben competir entre sí para la captación de usuarios. La competencia entre proveedores públicos y privados creará una especie de “*mercado interno*” (regulado y financiado públicamente)⁵. El argumento es sencillo: una mayor complementariedad entre la provisión privada y la pública provocará un aumento de la competencia y, finalmente, de la eficiencia económica.

Estos modelos de competencia interna se apoyan en tres principios (Albi, E., González-Páramo, J.M. y Zubiri, I., 2000 : 333):

- 1) la separación de las áreas de financiación, provisión y producción pública, la descentralización de la provisión y la gestión de las unidades productivas,
- 2) la competencia entre las unidades productivas públicas y privadas y
- 3) la libertad de elección del usuario.

Esta propuesta está inspirada en la reforma de Sistema Nacional de Salud inglés acometida en 1991 durante el gobierno conservador de M. Thatcher, cuyo objetivo fundamental era aumentar la eficiencia y reducir o controlar el gasto público (véase *Working for Patients*, HMSO, London, 1989)⁶.

⁵ Véase para esta cuestión el importante artículo de Saltman, R. B. y Von Otter, C. (1989).

⁶ Numerosas críticas fueron realizadas a esta reforma inglesa. Entre ellas: los problemas de equidad que introduce (mayores desigualdades sociales); el aumento de costes administrativos añadidos; la introducción de incentivos perversos; la distorsión de las prioridades sanitarias; la mayor ineficiencia burocrática; la inestabilidad organizativa; la fragmentación de los servicios; la sustitución de los valores y

C) *Reformas en los sistemas de financiación: la introducción de fuentes privadas de financiación y aseguramiento.*

Como se puede apreciar en el Cuadro 5 existen diferentes fuentes de financiación de la sanidad.

CUADRO 5
Fuentes de financiación de la atención de salud.

1) Financiación gubernamental	
2) Financiación privada	-Pago directo -Pago indirecto
3) Seguro de enfermedad	-Seguro social o gubernamental -Seguro privado -Seguro del empleador
4) Fuentes externas	

FUENTE: Elaboración propia a partir de OMS (1993 : 12-14).

Según López Casanovas (1998), las opciones de financiación futura para la sanidad pasan por cuatro escenarios:

- 1) incrementar la financiación sanitaria pública buscando un mejor encaje –a igual presión fiscal- en el presupuesto de las distintas Administraciones Públicas,
- 2) aumentar los ingresos impositivos destinados a la financiación sanitaria (impuestos finalistas, imposición general, ingresos autonómicos o locales),
- 3) favorecer la sustitución de financiación pública por financiación privada (co-pagos, primas de seguro complementarias, precios, etc) y
- 4) restringir las prestaciones, seleccionando las existentes o las futuras, siguiendo criterios de coste/efectividad.

Pues bien, si nos centramos en el tercer escenario, una de las propuestas repetidamente apuntadas desde la ciencia económica es la introducción del co-pago por parte de los usuarios o del llamado “*ticket moderador*”, por medio del cual, se traslada al usuario una parte del coste sanitario, aunque sea de forma simbólica. En algunos países lo que se ha propuesto es que la financiación pública tenga dos categorías de cobertura:

- 1) la cobertura básica universal y
- 2) la cobertura básica con tasas de coparticipación en el coste por parte del usuario.

Los defensores de la introducción del “*tiquete moderador*” argumentan que la participación del usuario en el pago de los servicios aumentará la percepción de los costes del sistema, racionalizando y optimizando la demanda de asistencia sanitaria. Sin embargo, la participación en los costes o el pago compartido (“*cost-sharing*”) ha sido duramente criticada por algunos autores por sus efectos económicos y sociales perversos. Las razones son de tres tipos (Albi, E., González-Páramo, J.M. y Zubiri, I., 2000 : 332):

ética profesional por una lógica puramente comercial; el secretismo comercial en las relaciones entre hospitales; los enfrentamientos entre profesionales, centros y niveles asistenciales; la incapacidad de colaboración y planificación; la reducción o racionamiento de ciertas prestaciones; la reducción de camas y plantillas para asegurar la rentabilidad económica, etc. Algunas de estas críticas vienen recogidas en Freire, J.M. (2000) y Navarro, V. (1998).

- a) es regresivo, ya que previsiblemente son las familias de renta más baja quienes antes reduzcan la demanda de asistencia sanitaria ⁷ ;
- b) existen problemas de información asimétrica, ya que el usuario no sabe qué demandas sanitarias reducir y
- c) tiene una limitada efectividad, ya que la demanda sanitaria tiene un carácter inducido por la oferta.

II- LA REFORMA DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN ESPAÑA.

También en España, durante la última década, se ha planteado la necesidad de acometer una reforma de la asistencia sanitaria pública que alcance mejores resultados en términos de eficiencia y equidad ⁸ .

La sanidad pública española ha evolucionado desde un seguro obligatorio de enfermedad hacia la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y, finalmente, hasta un Servicio Nacional de Salud. El Cuadro 6 resume las principales normas que han regulado el sistema sanitario español, así como sus características actuales más destacables.

CUADRO 6
Desarrollo legislativo-institucional de la sanidad española y principales características del sistema sanitario español.

<i>Principales instrumentos de regulación pública de la sanidad</i>	<i>Principales características de la sanidad española</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Ley de Seguro Obligatorio de enfermedad de 1942. - Ley de Bases de 1963. - Ley de Seguridad Social de 1966. - Texto refundido de la ley de la Seguridad Social en 1974. - Creación del Ministerio de Sanidad en 1977. - Creación del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) en 1978 (el INP se divide en el INSS, INSALUD, INSERSO y Tesorería General de la Seguridad Social). - Regulación del derecho a la salud en la Constitución Española de 1978. - Transferencias del INSALUD a las Comunidades Autónomas (a partir de 1981). - Puesta en marcha del Nuevo Modelo de Atención Primaria en 1984. - RD 137/84 sobre estructuras básicas de salud - Ley General de Sanidad de 1986. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cobertura cuasi-universal (98,5%). - Financiación pública a través de impuestos generales. - Red asistencial de titularidad mayoritariamente pública (provisión-producción de los servicios sanitarios predominantemente pública). - Colectivización de riesgos bajo el principio de solidaridad. - Oferta de un completo catálogo de prestaciones que cubren casi todas las necesidades sanitarias y gratuitas para el paciente (únicamente el 40% de copago en medicinas, exceptuando pensionistas y asimilados). - Amplia dotación de recursos materiales y humanos y alto nivel científico. - Alta eficiencia macroeconómica (indicadores de salud por encima de la media europea). - Atención primaria desarrollada con la

⁷ Aunque el efecto final dependerá de la elasticidad-precio de la demanda sanitaria, que, muy previsiblemente, es baja. Obviamente, exenciones en las tasas para los grupos de ingresos bajos puede minimizar este efecto regresivo.

⁸ Una prueba de esta preocupación es el libro colectivo *Debate sanitario: medicina, sociedad y tecnología*, publicado por la Fundación BBV en 1992.

<ul style="list-style-type: none"> - RD 1.682/87, sobre extensión de la protección de la Seguridad Social y RD 521/87, sobre estructura, organización y funcionamiento de hospitales. - RD 1.088/89, que extiende la asistencia sanitaria a personas sin recursos económicos suficientes. - Comienzo en 1990 de la financiación mayoritaria por impuestos y no por cuotas de la Seguridad Social. - Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (Informe Abril) en 1991. - RD Ley 6/92, sobre cancelación del 50% de la deuda del INSALUD y RD 1274/92, sobre la creación de la Comisión Nacional. - Real Decreto 1/1994, de 20 de Junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. - Real decreto 63/1995, de 20 de Enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud. - Acuerdo de Financiación Sanitaria del Consejo de Política Fiscal y Financiera para 1994-1997. - RDL 10/1996, de 17 Junio, sobre nuevas formas de gestión para el INSALUD. - Recomendaciones de la Subcomisión Parlamentaria de Consolidación y Modernización del SNS para la reforma de la sanidad en 1997. - Ley 24/1997, de 15 de Julio, de Consolidación y Racionalización del Sistema de Seguridad Social. - RD 29/2000, de 14 Enero, sobre nuevas formas de gestión del INSALUD. - Ley 21/2002, 27 Diciembre, transfiere las funciones y servicios del INSALUD a la totalidad de las Comunidades Autónomas. - Ley 16/2003, establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones sanitarias. - Proyecto de Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Nº de Expediente 121/000126 en Boletín Oficial de la Cortes Generales 12 Marzo de 2003). 	<ul style="list-style-type: none"> - existencia de la figura del médico de cabecera para toda la población. - Responsabilidad política del las Comunidades Autónomas respecto al Sistema Nacional de Salud en sus territorios.
---	--

FUENTE: Elaboración propia a partir de Freire, J.M. (1998) y Echániz, J.I. (1999).

En opinión de Freire (1998) –y tras la evolución del desarrollo legislativo e institucional que refleja el Cuadro 6- los problemas de la sanidad española se encuentran en cuatro ámbitos: 1) la insatisfacción de la población con los servicios del SNS; 2) un marco organizativo y de gestión obsoleto e ineficiente; 3) los problemas de definición y coordinación global del SNS y 4) los problemas de la práctica clínica⁹.

⁹ En cambio, desde la perspectiva del citado autor, no son problemas del SNS: 1) el modelo de aseguramiento; 2) el sistema de financiación y 3) las prestaciones.

El primer intento serio de reforma de la sanidad española vino de la mano de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (el llamado Informe Abril) de Julio de 1991. Dicho informe realizaba una serie de recomendaciones para acometer la reforma de la sanidad pública española con el objetivo de aumentar la eficiencia en su gestión. Entre ellas: 1) la introducción progresiva de la separación de la financiación y “compra” de servicios (pública) y las funciones de gestión y provisión (pública y privada)¹⁰; 2) la sustitución del concepto integral de salud por uno basado en las funciones de la autoridad sanitaria y las funciones de prestación de servicios, buscando la colaboración con el sector privado; 3) flexibilizar el régimen del personal, es decir, modificar el actual marco estatutario que regula la vinculación laboral (respetando los derechos adquiridos) y 4) la aprobación de un nuevo régimen jurídico que permita a determinados hospitales y otros centros de servicios sanitarios transformarse en sociedades estatales con autonomía financiera y patrimonial sometidas al derecho privado. Algunas de estas propuestas se han llevado a la práctica durante la década de los noventa, como veremos más adelante.

Observando el anterior Cuadro 6, ¿cuáles han sido, pues, las reformas más importantes introducidas en España? Citando nuevamente a Freire (1999), las dos reformas más importantes acometidas en el periodo socialdemócrata fueron: 1) las transferencias del INSALUD a las Comunidades Autónomas (que se inició en 1981 y que terminó a lo largo del 2002) y 2) la reforma de la atención primaria. Mientras que las principales líneas de reforma del sistema sanitario durante el gobierno del Partido Popular se pueden resumir –según el citado autor- en cuatro¹¹:

- 1) la transformación de centros sanitarios en empresas o fundaciones públicas sanitarias,
- 2) la subvención fiscal o incentivos fiscales a los seguros sanitarios privados,
- 3) la incorporación de la idea de “mercado interno” a la sanidad y
- 4) el catálogo de prestaciones.

Finalmente, otra de las reformas introducidas por el gobierno conservador ha sido el cambio en el modelo de financiación autonómica de la sanidad española¹² y el traspaso de las competencias sanitarias a la totalidad de las Comunidades Autónomas durante el año 2002¹³.

II.1- Las nuevas formas de gestión en la asistencia sanitaria española.

¹⁰ El Informe Abril establecía cuatro tipos de funciones: 1) financiación y regulación (Administración Central y Gobiernos autónomos); 2) “compradores” de servicios (áreas de salud); 3) proveedores (centros asistenciales públicos y privados: hospitales, centros de salud, médicos en equipo, oficinas de farmacia, etc.) y 4) clientes (usuarios).

¹¹ Estas líneas de reformas están contenidas, básicamente, en las siguientes iniciativas: el Acuerdo Parlamentario de 1997 para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud, los dos acuerdos de financiación sanitaria autonómica y el Nuevo Plan Estratégico del INSALUD.

¹² Ley 21/2001, de 27 de Diciembre, de medidas fiscales y Administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía. Para un análisis de este nuevo modelo es conveniente la consulta de los trabajos de Martín, J. (2002) y Martín, J.J., Montero, R., Cabasés, J.M. y de Dios, J. (2002).

¹³ Es de destacar también el importante proyecto de Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (num. Expte. 121/000126) en *Boletín Oficial de las Cortes Generales* 12 de Marzo de 2003.

En un trabajo de 1992, López Casanovas sugería cuatro instrumentos de carácter organizativo para la reforma de la sanidad, a saber: 1) cambios en las tecnologías de organización; 2) mejoras en las técnicas de gestión; 3) técnicas de evaluación de la calidad (coste-efectividad, métodos de diagrama, diagramas de causa-efecto, etc.) y 4) técnicas de análisis de decisiones y modelos de maximización restringida de decisión bajo incertidumbre (López Casanovas, G., 1992). En este apartado nos centraremos en el segundo de estos instrumentos.

En los últimos años se han producido importantes cambios institucionales en la gestión y organización de los servicios públicos sanitarios. Estos cambios han venido como consecuencia, sobre todo, de la introducción de “*mecanismos de cuasi competencia y mercado*” y de “*nuevas formas organizativas sanitarias*”¹⁴. El Cuadro 7 resume algunas de estas opciones, encaminadas, fundamentalmente, a alcanzar mayores niveles de eficiencia económica en la sanidad pública.

CUADRO 7
Opciones de cambios institucionales y organizativos en los servicios sanitarios.

<i>Mecanismos de cuasicompetencia y mercado</i>	<i>Nuevas formas organizativas sanitarias</i>
<ul style="list-style-type: none">- Contratación externa- Precios, tasas y tiques moderadores- Vales, bonos y cheques- Mercados de derechos- Competencia gestionada (interna o pública si se produce únicamente entre productores públicos)	<ul style="list-style-type: none">- Burocracia descentralizada- Organizaciones sin finalidad lucrativa- Cooperativas de profesionales sanitarios- Organizaciones sanitarias integradas

FUENTE: Elaboración propia a partir de Ortún, V. (2001 : 53-54).

En España se están introduciendo estas nuevas formas de gestión en la asistencia sanitaria con resultados todavía por evaluar¹⁵. Estas nuevas fórmulas pueden ser de gestión directa o de gestión indirecta (García, J., 1999; Martín, J.J., 2003). Como explica Martín (2003 : 21), “la gestión directa implica la producción de servicios públicos directamente por la Administración pública, aunque sea mediante persona jurídica interpuesta. Por el contrario, la gestión indirecta se caracteriza porque la producción del servicio público es realizada por el sector privado (lucrativo o no), manteniendo la Administración pública la provisión del servicio público mediante alguno de los tipos de contratación externa establecidos”.

A partir del Real Decreto 10/1996 de 17 de Junio se habilitan nuevas formas de gestión y organización –de naturaleza pública y privada- para el ámbito del INSALUD. Anteriormente, a principios de los noventa, algunas Comunidades Autónomas habían aprobado leyes que posibilitaban la gestión indirecta de la sanidad o la posibilidad de establecer conciertos o convenios con otras Administraciones o entidades de derecho privado para la gestión de la sanidad. El entramado jurídico de estas nuevas fórmulas de

¹⁴ Véase un análisis más extenso de estas nuevas reformas organizativas e institucionales al servicio de la gestión pública en Albi, E., González-Páramo, J.M. y López Casanovas, G. (1997 : 135).

¹⁵ Tanto desde el punto de vista teórico como empírico no está suficientemente demostrado que la introducción de estas nuevas formas de gestión mejoren la eficiencia de la atención sanitaria. Para una evaluación de las mismas puede consultarse el reciente trabajo de Martín, J.J. (2003).

gestión se completó con el RD 29/2000, de 14 de Enero sobre nuevas formas de gestión del INSALUD.

Se plantean estas nuevas formas de gestión solamente para la prestación de servicios (no para las funciones de ordenación, regulación, planificación y financiación de la asistencia sanitaria) y la aplicación de estas técnicas empresariales lo que persigue es una gestión más eficaz, eficiente y flexible de la asistencia sanitaria.

Existe un debate –que trasciende los objetivos de nuestro trabajo- sobre si estas nuevas fórmulas de gestión representan una privatización de la sanidad pública. Para algunos autores la gestión jurídico-privada de servicios en manos del sector público no puede considerarse una privatización de la sanidad, puesto que no existe el traspaso de la titularidad o propiedad pública a la privada. Se trata de la privatización de la organización de los servicios sin cambio de titularidad. En cambio, para otros autores, algunas de estas nuevas fórmulas representan la privatización –si no completa, sí parcial- de la sanidad. Como señalamos es un debate que trasciende los modestos objetivos de este artículo. Nos limitaremos, a continuación, a enumerar algunas de las nuevas fórmulas de gestión sanitaria ¹⁶.

A) *Consortios.*

Los consorcios son acuerdos o convenios, de naturaleza voluntaria, entre administraciones públicas y privadas distintas para la gestión de centros y establecimientos sanitarios. Están dotadas de personalidad jurídica plena e independiente de sus miembros, teniendo capacidad jurídica de derecho público y privado para la consecución de sus objetivos ¹⁷.

B) *Conversión de la Autoridad sanitaria en una entidad instrumental.*

Normalmente, las autoridades sanitarias se configuran como organismos autónomos de carácter administrativo. Con esta conversión la autoridad sanitaria sigue teniendo la responsabilidad de prestar asistencia sanitaria, pero puede hacerlo empleando cualquier mecanismo jurídico (público o privado). Esta posibilidad comenzó con el Servicio Catalán de Salud a partir de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña de 1990. Posteriormente, otras Comunidades Autónomas han seguido este camino ¹⁸. Teóricamente, una personalidad jurídica diferenciada de la autoridad sanitaria permite una mayor autonomía y una gestión más eficaz.

C) *Sociedades estatales sujetas a derecho privado.*

Las sociedades o empresas públicas son aquéllas en cuyo capital sea mayoritario o tenga una única participación el INSALUD u otra Administración Pública. Son empresas

¹⁶ Para un análisis de estas nuevas fórmulas de gestión véase el reciente trabajo de Martín, J.J. (2003). Un buen trabajo que resume las nuevas fórmulas de gestión desarrolladas en las Comunidades Autónomas con competencias en gestión sanitaria es Echániz, J. I. (1999). También, García, J. (1999). Dos estudios jurídicos que analizan estas nuevas formas de gestión en profundidad son Blasco, J.F. (2001) y el trabajo compilatorio de Parejo, L., Lobo, F. y Vaquer, M. (2001).

¹⁷ Esta figura ha tenido un desarrollo extraordinario en Cataluña. Buen ejemplo de ello es la creación del Consorci Hospitalari de Catalunya (entre diferentes ayuntamientos catalanes y hospitales que gestiona más de 40 hospitales) o el Consorci Sanitario de Barcelona, creado en 1989 entre la Generalitat Catalana y el Ayuntamiento de Barcelona. Las nuevas formas de gestión se introducen en Cataluña por medio de la Ley 15/1990 (modificada por la Ley 11/1995 y el Decreto 169/1996, de 23 de Mayo).

¹⁸ Una de las Comunidades Autónomas que ha ido por este camino ha sido el País Vasco. Por medio de la Ley 8/1997 de 26 de Junio, se separan las funciones de comprador -el Servicio Vasco de Salud, ente público de derecho privado- y los proveedores con los que celebra contratos-programa o convenios.

públicas que se gestionan con normas de derecho privado para la prestación de servicios sanitarios. Tal y como pone de manifiesto García (1999), la gestión por medio de empresas públicas sometidas a derecho privado se ha desarrollado bajo diferentes fórmulas:

- a) entes de derecho público sometidos a derecho privado,
- b) sociedades mercantiles,
- c) concesión de gestión de servicios públicos y
- d) contratos de gestión de centros con entidades de base asociativa formadas total o mayoritariamente por profesionales sanitarios.

Estas sociedades estatales, con una mayor autonomía financiera y patrimonial, representan una cierta “huída” del derecho administrativo hacia el derecho privado en la gestión de los centros y servicios asistenciales públicos.

D) *Contratación con entidades de base asociativa constituidas por profesionales sanitarios*, especialmente, en el ámbito geográfico de Cataluña.

E) *Fundaciones o empresas públicas sanitarias*.

Una de las reformas más importantes acometidas por el gobierno del Partido Popular fue la aprobación de las fundaciones públicas sanitarias¹⁹. Se tratan de sociedades o empresas sin ánimo de lucro, de naturaleza privada, pero de titularidad pública. El objetivo de este instrumento es dotar a los hospitales de una mayor autonomía y personalidad jurídica propia²⁰.

F) *Conciertos, contratos y convenios con instituciones públicas y privadas para la prestación de servicios*.

G) *Fundaciones constituidas al amparo de la Ley 30/ 1994, 24 de Noviembre*, de fundaciones y de incentivos fiscales en la participación privada en actividades de interés general.

H) *Concesiones administrativas*²¹.

I) *Otras entidades de naturaleza o titularidad pública, siempre que garanticen y preserven su condición de servicio público*.

El Cuadro 8 resume las principales características de algunas de estas nuevas formas de gestión de la asistencia sanitaria. Finalmente, junto a las nuevas fórmulas de gestión, y

¹⁹ El régimen jurídico de las fundaciones públicas sanitarias se rige por la Ley 15/1997, de 25 de Abril; el artículo 111 de la Ley 50/1998, de 30 de Diciembre sobre Medidas fiscales, administrativas y del orden social y el Real Decreto 29/2000, de 14 de Enero que desarrolla las nuevas formas de gestión del INSALUD. También, por la Ley 50/ 2002, de 26 de Diciembre de Fundaciones y la Ley 49/2002, de 23 de Diciembre, sobre régimen fiscal de entidades sin fines lucrativos y de incentivos fiscales al mecenazgo.

²⁰ Una crítica a esta nueva fórmula de gestión puede encontrarse en los trabajos de Freire (1999 : 472-474) y Freire (2000 : 32-34).

²¹ Un caso insólito en la introducción de nuevas formas de gestión en la sanidad española es el caso del hospital de la Ribera en Alzira (Comunidad Valenciana) que supone la concesión administrativa de un servicio público a una empresa con capital privado. Se otorgó a una UTE –formada por Adeslas, Rivera Salud, Dragados y Construcciones y Lubasa- la concesión del hospital por 10 años, prorrogables por otros 5 años. La concesión impuso al concesionario la construcción de un hospital comarcal, mientras que la Generalitat Valenciana se comprometía a abonar un tanto alzado por usuario.

siguiendo la advertencia de Freire (1999), no debemos olvidar que se deberían acometer otras reformas en la sanidad pública española dirigidas a alcanzar un triple objetivo:

- a) una nueva política respecto a los profesionales sanitarios,
- b) profundizar en la equidad del SNS y
- c) apostar por una gestión pública democrática, dotando a los centros sanitarios de órganos colegiados de gobierno.

CUADRO 8
Formas de gestión.

CARACTERÍSTICAS	TRADICIONAL	FUNDACIÓN 30/94	CONSORCIO	SOCIEDAD ESTATAL	FUNDACIONES PÚBLICAS SANITARIAS
Personalidad jurídica	No	Sí (Ley 30/94)	Sí (RD Leg. 781/1986) (*)	Sí (Ley Sociedades Anónimas y LGP)	Sí (art. 111 de Ley 50/98 (Ley 15/97))
Relación con terceros	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Marco legal de aplicación	Administrativo	Ley 30/94. Mercantil, Civil y Laboral	Capacidad jurídica de derecho público y privado	Mercantil, Civil y Laboral	Capacidad jurídica de derecho público y privado
Régimen Económico-financiero	Seguridad Social	Estatutos. LGP Mercantil	Estatutos. LGP	LGP	LGP
Régimen contable	Presupuestario	Ley 30/94. .LGP Mercantil	Estatutos. LGP	LGP y PGC	PGCP
Régimen patrimonial	Seguridad Social	Estatutos. Propio	Estatutos	LGP	Seguridad Social Propio. Otros públicos
Régimen fiscal	No	Ley 30/94 Exenciones	No	Legislación Tributaria	No
Contratación de bienes y servicios	Ley de Contratos de las Administraciones Públicas	Publicidad y libre concurrencia Estatutos	Ley de Contratos de las Administraciones Públicas	Publicidad y libre concurrencia	Ley de Contratos de las Administraciones Públicas
Régimen de personal	Estatutarios	Laboral	Laboral, estatutario y Funcionario	Laboral (RD Legislativo 1/1995)	Estatutario
Selección de personal	Centralizado (DGRRHH)	Principios de igualdad, publicidad, mérito y capacidad	Principios de igualdad, publicidad, mérito y capacidad	Principios de igualdad, publicidad, mérito y capacidad	Centralizado. Principios de igualdad, publicidad, mérito y capacidad
Capacidad para la negociación con proveedores	No	Sí	(Sí) Pagos	Sí	(Sí) Pagos
Capacidad para la gestión de tesorería	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Capacidad para generar beneficios	No	No. Art. 1º Ley 30/94	No	Sí	No
Obligación de reinversión de excedentes en fin fundacional	No	Sí	Estatutos	No	Sí
Capacidad para recibir donaciones con	No	Sí. Ley 30/94	No	No	No

<i>aplicación fiscal</i>					
<i>Capacidad para la división del capital social</i>	No	No	No	Sí	No
<i>Capacidad para definir política de incentivos</i>	No	Sí (relativo)	Sí (relativo)	Sí (relativo)	Sí (relativo)
<i>Fines de interés general</i>	Sí	Sí	Sí	No	Sí

(*) Ley de 30/92 Régimen jurídico de la AAPP art.7; Ley de Bases de Régimen local de 1985; RD Legislativo 781/1986. Texto Refundido de las disposiciones de régimen local 1986 y Ley de Contratos de las Administraciones Públicas.

SM = Sociedad Mercantil

PGCP = Plan General de Contabilidad Pública

PGC = Plan General Contable (mercantil)

LGP = Ley General Presupuestaria.

FUENTE: Echániz, J.I. (1999).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Abel-Smith, B. (1995): “Contención de costos y reforma del sector salud en los países miembros de la OCDE”, *Estudios Públicos* vol. 58, Otoño.
- Albi, E., González-Páramo, J. M. y López Casanovas, G. (1997): *Gestión Pública. Fundamentos, técnicas y casos*. Ariel, Barcelona.
- Albi, E., González-Páramo, J. M. y Zubiri, I. (2000): *Economía Pública I*. Ariel, Barcelona.
- Cantarero, D. (2000): “Evaluación del proceso de convergencia de los sistemas de asistencia sanitaria europeos” *IV Jornadas de Política Económica*, 4 y 5 Diciembre, Santa Cruz de Tenerife.
- Echániz, J.I. (1999): “Política sanitaria: la reforma de la sanidad” en Garde, J.A. (Ed.): *Políticas sociales y Estado de bienestar en España*. Fundación Hogar del Empleado/Ed. Trotta, Madrid.
- Freire, J.M. (1998): “Problemas y reformas en la sanidad española: una aproximación crítica” en Castells, A. y Bosch, N. (Dir.): *El futuro del Estado del bienestar*. Cívitas. Madrid.
- Freire, J.M. (1999): “Política sanitaria” en Garde, J.A. (Ed.): *Políticas sociales y estado de bienestar en España*. Fundación Hogar del Empleado, Ed. Trotta. Madrid.
- Freire, J.M. (2000): “Comentario crítico sobre las fundaciones sanitarias públicas” *Foro de Seguridad Social* vol 1, Marzo.
- García, J. (1999): “La organización del sistema sanitario español” en Gómez, J.M. y Sanz, F.J. (Dir.): *Lecciones de Derecho Sanitario*. Universidad de La Coruña. A Coruña.
- López Casanovas, G. (1992): “Apuntes para la reforma sanitaria de los noventa: las formas organizativas son importantes” *Información Comercial Española*, vol 708-709, Agosto-Septiembre.
- López Casanovas, G. (1998): “La crisis del Estado del bienestar: algunos referentes para la reforma sanitaria” en Castells, A. y Bosch, N. (Dir.): *El futuro del Estado del bienestar*. Cívitas, Madrid.

- Martín, J. (2002): “El nuevo modelo de financiación autonómica de la sanidad” *Presupuesto y Gasto Público*, vol 29.
- Martín, J.J. (2003): Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias. *Documento de Trabajo* 14/2003. Fundación Alternativas.
- Martín, J.J., Montero, R., Cabasés, J.M., de Dios, J. (2002): “El nuevo modelo de financiación autonómica de la sanidad” en *Informe SESPAS 2002: Invertir para la salud. Prioridades en salud pública*. Generalitat Valenciana. Valencia.
- Murray, C. y Frenk (2000): “A framework for Assessing the Performance of Health System” *Bulletin of the World Health Organization*, vol 78 (6), pp: 717-729.
- Navarro, V. (1998): “Financiación y provisión de servicios sanitarios: el caso de España” en Castells, A. y Bosch, N. (Dir.): *El futuro del Estado del bienestar*. Cívitas, Madrid.
- OCDE (1998): *La reforma de los sistemas de asistencia sanitaria. Estudio de diecisiete países de la OCDE*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- Organización Mundial de la Salud (1993): *Evaluación de cambios recientes en la financiación de los servicios de salud*. OMS, Serie de Informes Técnicos, Ginebra.
- Ortún, V. (1990): *La economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones*. La Llar del Llibre, EUGE, Barcelona.
- Ortún, V. (2001): “Organización de los servicios sanitarios en el estado del bienestar” en Parejo, L., Lobo, F. y Vaquer, M. (Coords.): *La organización de los servicios públicos sanitarios*. Marcial Pons, Ediciones jurídicas y sociales, Madrid.
- Parejo, L., Lobo, F. y Vaquer, M. (Coords.) (2001): *La organización de los servicios públicos sanitarios*. Marcial Pons, Ediciones jurídicas y sociales, Madrid.
- Saltman, R.B. y Von Otter, C. (1989): “Public Competition versus Mixed Markets: an Analytic Comparison” *Health Policy*, vol 11, pp: 43-55.
- VVAA (1992): *Debate sanitario: medicina, sociedad y tecnología*. Fundación BBV. Bilbao.