

### III. SERVICIOS SANITARIOS



# CAPÍTULO 14

## CAMBIO E INNOVACIÓN INSTITUCIONAL. LAS NUEVAS EXPERIENCIAS EN GESTIÓN SANITARIA

José Jesús Martín Martín

*"No heredamos la tierra de nuestros padres,  
sino que la tomamos prestada de nuestros hijos"*

Proverbio africano

### 1. Introducción

En "El juicio de Paris" de Pedro Pablo Rubens se representa a las tres "Gracias", Hera, Atenea y Afrodita, y a Paris, que con una manzana de oro en la mano debe decidir cuál de las tres diosas recibirá la manzana. Paris decide utilizar como criterio de decisión la belleza. La manzana de oro será para la más bella. Proponer cambiar las instituciones sanitarias, reformar nuestras organizaciones, es explicitar un particular juicio de "belleza", unas reglas de juego, unos criterios de decisión en un mundo de recursos escasos (no hay suficientes manzanas de oro).

Sin embargo, al igual que no hay un criterio único de belleza no existe una única política sanitaria. No es lo mismo por ejemplo, mantener el actual monopolio público de aseguramiento y financiación en España que crear un mercado de seguros sanitarios. Los resultados en términos de eficiencia y equidad serán previsiblemente diferentes <sup>1</sup>. Los grupos de ganadores y perdedores variarán. Es decir, determinadas opciones de diseño institucional alternativo, condicionan una vez adoptadas, nuestro futuro colectivo.

Las propuestas de reformas sanitarias aspiran a conciliar objetivos aparentemente contrapuestos: control de costes macroeconómicos, eficiencia microeconómica y equidad. La panoplia de soluciones propuestas exhibe un cierto grado de coincidencias básicas, y en todas, el rediseño del marco de regulación institucional y las innovaciones organizativas y de gestión ocupan un lugar central <sup>2</sup>.

---

1 Una sugestiva defensa de la superioridad del seguro de salud obligatorio de enfermedad frente un sistema de seguros voluntarios, en términos estrictos de eficiencia sin consideraciones de equidad, puede encontrarse en Mas Colell (1994).

2 Para un análisis y evaluación de los procesos de reforma véase WHO (1997), Arthur Andersen (1997), OCDE (1995), García-Barbero y Goicoechea (1997), Figueres Marimont y Saltman (1997) y Martín (1997).

El grado de implantación de las reformas, y muy particularmente, las que afectan a la organización y gestión de los proveedores sanitarios, es muy variable entre países dependiendo de la capacidad de conseguir recursos políticos y sociales para afrontar los cambios, y de la rigidez estructural institucional de la que se parte históricamente.

En España, la substanciación de gran parte de las propuestas de cambio institucional y organizativo permanecen inéditas. El cambio y la innovación es una tarea ardua en el sistema sanitario español, sometido a una fuerte rigidez institucional que ningunea cualquier intento de transformación política, por las fuertes resistencias de los grupos de interés (las orondas diosas de Rubens) instalados en el interior o en los alrededores de las organizaciones sanitarias. Las incertidumbres de los resultados de una generalización de ciertas innovaciones organizativas ("empresarialización" de los centros sanitarios públicos, externalización y privatización de determinados servicios, incentivar económica de los clínicos, cambios en la regulación laboral, etc.), la enorme rigidez estructural institucional heredada, y consecuentemente, los altos costes políticos que el proceso de cambio implica, son las principales causas del confinamiento de la reforma organizativa e institucional al mundo de las ideas y de algunas experiencias piloto. Sigue pendiente la transformación de las enormes burocracias públicas del INSALUD y del resto de los Servicios Regionales de Salud (SRS).

Con ser importantes, los cambios e innovaciones en la gestión de las organizaciones sanitarias sólo son un elemento de la urdimbre institucional del Sistema Sanitario. Como ha recordado recientemente Vicente Ortún (1997) las reglas de juego que establecen los poderes públicos y las pautas de conducta de los clínicos no deben ser las instituciones olvidadas.

Entre las hijas de Asklepios, Panakeia diosa de la medicina e Hygeia diosa de la salud, el conflicto está garantizado en el futuro próximo. Por un lado, cada vez sabemos más -aunque sigamos ignorando casi todo- sobre las implicaciones de los factores económicos, sociales y culturales en la etiología de las enfermedades. Por ejemplo, los estudios de Marmot sobre funcionarios civiles en el Reino Unido (Marmot, 1986) encontraron diferencias de tres a uno en las tasas de mortalidad estandarizadas vinculadas a la jerarquía estrictamente y no al hecho de padecer privaciones sociales. Este diferencial o gradiente se mantiene para muchas enfermedades distintas y tampoco es explicado por diferencias en "estilos de vida" o factores de riesgo convencionales como el fumar o el beber. Según Robert G. Evans, Morris L. Barer y Theodore R. Marmot (1994), estos y otros estudios indican que hay algo que influye poderosamente en la salud y está correlacionado con la jerarquía *per se*.

Por otro lado, existe un alto grado de desconocimiento sobre la efectividad y el coste de gran parte del arsenal médico de la poderosa diosa Panakeia. Sin embargo, los países desarrollados gastan una porción creciente de sus recursos en servicios sanitarios, que pueden ser cuando menos innecesarios. La evidencia disponible de efectividad y coste-efectividad se ignora con frecuencia, lo que lleva a sobreutilizar algunas intervenciones ineficientes e infrautilizar algunas eficientes. Por ejemplo, el uso de serotonina selectiva como alternativa a los inhibidores para tratar la depresión, se ha extendido ampliamente desde que se introdujeron, sin evidencia de eficacia superior y con precios treinta veces superiores (Freemantle et al, 1993). Alternativamente, tratamientos demostrados más baratos se infrautilizan frecuentemente, como el uso preventivo de antibióticos en la cesáreas, que salva la vida de las madres y los niños (Chalmers et al, 1989), o la infrautilización de aspirinas en pacientes con riesgo de sucesos cardiovasculares (Antiplatelet Trialists' Collaboration, 1994, Moher et al, 1994a y b).

El diseño y gestión de políticas de cambio institucional y organizativo, en el sistema sanitario deberían tener en cuenta estos referentes, y no concebirse de forma miope como la aplicación casi en exclusiva del paradigma empresarial a las organizaciones sanitarias. La creación de nuevas formas jurídico-organizativas para la gestión de los centros sanitarios, puede resultar útil y necesaria, únicamente en un entorno institucional adecuado.

Incorporar estos elementos al diseño de las reformas organizativas e institucionales de la sanidad es difícil, ya que aunque cuestionan tanto la escalada de costes de los sistemas sanitarios y su orientación y objeto, producen fuertes resistencias. A nivel macro el problema político es que el gasto sanitario, público o privado, produce trabajo e ingresos. A nivel micro, cambiar la práctica inadecuada e inducir comportamientos basados en el conocimiento en los médicos, se enfrenta a los sindicatos, los sistemas educativos, y sistemas retributivos inadecuados.

Las páginas que siguen analizan los procesos de reforma organizativa y de gestión del sistema sanitario español. En primer lugar se analiza el actual marco institucional y organizativo, sugiriendo que el sistema esté instalado en una dependencia de senda institucional difícil de modificar. En segundo lugar se describen y evalúan las principales innovaciones en gestión y cambios organizativos producidos en los últimos años, que han pretendido y pretenden horadar la rigidez estructural del actual marco organizativo del INSALUD y otros Servicios Regionales de Salud. Finalmente se evalúan los riesgos que una estrategia centrada casi exclusivamente en la "empresarialización" de las organizaciones sanitarias públicas puede conllevar y se proponen algunos elementos de la arquitectura institucional necesaria para no este-

rilizar a medio plazo las reformas organizativas iniciadas. Entre rendirse a la realidad de lo fáctico o sucumbir al nirvana estéril de la utopía, que si bien se mira, es prácticamente lo mismo, se debe aspirar a un cambio organizativo e institucional en la lógica de lo posible, que garantice el mantenimiento y la mejora del Sistema Nacional de Salud (SNS).

## 2. Instituciones sanitarias en el Estado Español y dependencia de la senda

En 1873 Christopher Scholes diseñó el teclado dactilográfico QWERTY en competencia con otros teclados. No existía aún un sistema dominante<sup>3</sup>. En 1904, la practica totalidad de las máquinas de escribir lo empleaban. En el entorno actual el sistema de Scholes es muy lento e ineficiente en comparación con otras opciones, pero se mantiene y mantendrá previsiblemente en el futuro porque se ha desarrollado un mecanismo de autorrefuerzo y retroacción positiva (efecto aprendizaje) que impedía e impide la sustitución de teclado QWERTY por cualquier otro aunque sea más rápido y eficiente. Cuando el sistema QWERTY adoptado inicialmente casi por casualidad, fue claramente ineficiente en comparación con otros sistemas más rápidos, ya era tarde. Los mecanógrafos aprendían en teclados QWERTY y los fabricantes producían máquinas de escribir con un teclado QWERTY porque era el que los mecanógrafos sabían utilizar.

El caso QWERTY es el ejemplo sin duda más famoso de una amplia gama de fenómenos históricos y económicos, identificados a finales de los setenta y principios de los ochenta, que pueden ser explicados a través del concepto de "dependencia de la senda" (*path dependence*), y que ocupa un lugar importante en la moderna economía institucional y evolucionista (David P. y Arthur B., 1982; Krugman P., 1994; Dixit A. y Nalebuff B., 1992). La dependencia de la senda puede adoptar diversas formas y utilizar distintos mecanismos, pero la idea central es la incidencia crucial de accidentes históricos en las rutas evolutivas de individuos, organizaciones, tecnologías e instituciones (Rivera J., 1997). El concepto de dependencia de la senda puede ser aplicado al cambio institucional y organizativo de los sistemas sanitarios.

Las instituciones son las reglas de juego de una sociedad, es decir las restricciones creadas por el hombre que dan forma a la interacción humana, definiendo

---

3 La idea central del teclado QWERTY era maximizar la distancia entre las letras de uso más frecuente, con la finalidad de que el mecanógrafo fuera más despacio y diera tiempo a que las teclas, proclives a engancharse en aquellos tiempos, pudieran recuperarse.

y delimitando el conjunto de elecciones de los individuos. Estructuran por tanto los incentivos para el cambio político, económico o social (North, 1990). Las instituciones están formadas por reglas formales e informales (códigos de conducta, ideología, etc.) creadas por los seres humanos en función de sus percepciones subjetivas sobre la realidad que les rodea (North 1992). Las organizaciones son grupos de individuos enlazados por alguna identidad común hacia ciertos objetivos.

Las organizaciones cambian cuando las tecnologías que usan se modifican o el marco institucional que las regula se altera, para adaptarse, sobrevivir y alcanzar sus objetivos. En su búsqueda de estos objetivos las organizaciones alteran incrementalmente la estructura institucional. La dependencia de la senda enfatiza que el darwinismo organizativo e institucional no está dado, no hay un principio teleológico de eficiencia similar al principio de entropía de la Física. Pueden adoptarse estructuras organizativas e institucionales no eficientes o que hayan dejado de serlo a lo largo del tiempo, y se mantengan a pesar de existir soluciones mejores gracias a fuertes mecanismos e incentivos de autorrefuerzo. De hecho, puede darse que se sostenga una trama institucional y organizativa subóptima que todos, o la mayor parte de los actores, desearían alterar si los costes implicados no fueran tan prohibitivos.

La dependencia de la senda puede ayudar a analizar la mayor o menor dificultad para introducir reformas e innovaciones, a pesar de la similitud de las fuerzas que presionan para efectuar cambios en los diseños organizativos e institucionales del sector salud. En particular, el desarrollo acelerado de la tecnología, que alimenta las expectativas de profesionales y enfermos, las crecientes evidencias sobre la desconocida efectividad de numerosos procedimientos y tratamientos médicos, y la globalización de la economía, con la consiguiente reducción de los márgenes nacionales para instrumentar la política económica y particularmente la política fiscal.

La capacidad de efectuar cambios en sus organizaciones sanitarias mostrada por varios países europeos (Inglaterra, Suecia, Finlandia, etc.) contrasta con la fuerte inercia y rigidez estructural española. La historia importa, las elecciones adoptadas por una generación influyen en las siguientes.

En sus inicios, nuestro actual sistema sanitario público surge en el marco de un modelo de Seguros Obligatorios de Enfermedad. Pero a diferencia de otros modelos continentales europeos, la Seguridad Social española desarrolla -sobre todo en los años sesenta- una extensa red de centros y organizaciones propias de carácter ambulatorio y hospitalario. El escaso desarrollo de otras redes asistenciales, con la relativa excepción de Cataluña, propicia una fuerte integración vertical "aguas abajo" del Instituto Nacional de Previsión (INP). Históricamente por tanto, nuestro sistema sanitario de Seguridad Social se ha caracterizado por una fuerte integra-

ción de la financiación y producción o provisión de servicios. Las organizaciones sanitarias públicas así configuradas se caracterizan desde su inicio por una fuerte integración vertical de sus actividades, están regidas por el principio de jerarquía, sometidas al Derecho Público en todos sus ámbitos, y sujetas a un fuerte proceso de centralización en su toma de decisiones.

El ámbito de la regulación laboral adoptó una forma muy peculiar<sup>4</sup>, condicionado por el hecho de ser personal dependiente del INP y no de la Administración del Estado, surgir en un régimen político no democrático, y desarrollarse fundamentalmente en los años de expansión económica de finales de los sesenta y principios de los setenta, caracterizados por fuertes superávits del INP y necesidades crecientes de legitimación del régimen político existente tanto interior como exteriormente.

Realizada la transición democrática, la Constitución y la Ley General de Sanidad (LGS) sancionaron el derecho a la protección de la salud y el derecho universal a la asistencia sanitaria, iniciando el proceso de transformación de un sistema de Seguridad Social a un SNS, pero no modificaron en términos significativos la regulación a que están sometidos los centros sanitarios públicos. El proceso de transferencias de la gestión sanitaria a las Comunidades Autónomas (CCAA) tampoco ha sido aprovechado por los responsables políticos autonómicos para un cambio en la regulación.

La forma jurídica escogida para las organizaciones sanitarias públicas ha sido la de Organismos Autónomos de Carácter Administrativo (OACA) y Entes Gestores de la Seguridad Social (INSALUD e Instituto Catalán de la Salud, ICS)<sup>5</sup>. Esto implica esencialmente regularlas de forma similar al resto de la Administración Pública sometiéndolas a un corsé regulador de tipo administrativo de vocación garantista que prioriza la legalidad frente a la eficiencia. Este sometimiento alcanza a las principales materias de contenido económico, régimen presupuestario, de personal, retributivo, de contratación, contabilidad, control previo de legalidad y tesorería.

Una de las principales consecuencias de la actual regulación del INSALUD y los SRS es la generación de déficits presupuestarios sistemáticos en los centros asis-

---

4 Su regulación especial se recoge en el Estatuto jurídico del personal médico de la Seguridad Social (R.D. 3160 de 23-12-1966), el Estatuto de personal auxiliar sanitario titulado y auxiliar de clínica de la Seguridad Social (Orden de 26-4-1973) y el Estatuto de personal no sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de La Seguridad Social (Orden de 5-7-1971).

5 De las CCAA con trasferencias, todas menos Cataluña han optado por la forma de OACA. Cataluña en 1990 creó el Servicio Catalán de Salud (SCS) como Ente Público, pero no pretendió transformar la regulación de los servicios sanitarios del INSALUD que se transfieren, que se agrupan en el ICS, sino regular la relación con los hospitales concertados muy numerosos históricamente en Cataluña. Por su parte la Comunidad Valenciana ha creado el Servicio Valenciano de Salud, como un órgano indiferenciado de la Comunidad Autónoma con rango de Dirección General.

tenciales, lo que conlleva que la mayor parte de los hospitales funcionan al margen de la legalidad presupuestaria vigente durante los últimos meses del año. La razón es la dificultad que tiene el actual control presupuestario para trasladar la restricción presupuestaria al médico. Sin embargo, son los médicos los que asignan el 70% de los recursos del sector sanitario en millares de decisiones diagnósticas y terapéuticas adoptadas en condiciones de incertidumbre (Ortún, 1996) sin responsabilidad formal ni incentivos sobre la eficiencia de sus actuaciones. La existencia de límites presupuestarios por capítulos de gastos es incompatible con la libertad clínica del médico en el proceso de atención al enfermo. Son los médicos los que deciden fundamentalmente el consumo de recursos de cada enfermo. Una clara victoria de la diosa Panakeia.

En el ámbito de la regulación laboral, el colectivo cuantitativa y cualitativamente más relevante es el denominado personal estatutario regulado por disposiciones preconstitucionales, pero como la experiencia ha mostrado, difíciles de cambiar. El desarrollo de una norma básica de regulación del personal que trabaja para las instituciones sanitarias públicas era contemplado en la LGS de 1986, pero no se ha llevado a efecto. El actual marco de regulación estatutario genera fuertes disfuncionalidades y rigideces, práctica imposibilidad de despido, sanción o movilidad funcional, dificultades para el desarrollo de sistemas retributivos incentivadores orientados a resultados y de mecanismos (gestión clínica, etc.) que impulsen significativamente la eficiencia, etc. Cualquier prestación o actividad nueva tiene que efectuarse con recursos adicionales dada las enormes dificultades para la movilidad del personal.

La rigidez y centralización de la regulación laboral, no sólo del personal estatutario, sino también de funcionarios y personal laboral, otorga todo el protagonismo a las cúpulas sindicales y a los responsables políticos. Las presiones de sindicatos y profesionales en el mercado político a la búsqueda de rentas monetarias y no monetarias han conducido históricamente a un aumento considerable de plantillas (López Casasnovas, 1993; Arruñada, 1997)<sup>6</sup>. La combinación de controles de retribuciones y salarios establecidos a nivel central con plantillas sobredimensionadas y en continuo crecimiento en muchos centros sanitarios conduce inevitablemente a crisis y huelgas periódicas.

Estamos inmersos, en una situación de dependencia de senda, donde los distintos agentes del sector tienen mecanismos de autorrefuerzo importantes para no

---

6 En la actualidad en la sanidad pública, aunque no se conocen datos con exactitud, prestan servicios directos más de trescientos cincuenta mil empleados, de los que la mitad aproximadamente son profesionales sanitarios y algo menos del veinte por ciento médicos, según el documento marco "Descripción y estado de situación del Sistema Nacional de Salud" presentado por el Ministerio de Sanidad (Guía Sanitaria n.º 428,24.2.97).

acometer reformas institucionales y organizativas significativas, aun cuando la percepción de la inadecuación de la regulación de las organizaciones sanitarias es clara y evidente. La idea de dependencia de la senda adquiere particular fuerza descriptiva en las dificultades para alterar sustancialmente los actuales estatutos de personal, y cambiar el proceso centralizado de regulación laboral. El actual marco de regulación institucional de las relaciones laborales se mantiene aunque ya no resulta eficiente. Responsables sindicales y trabajadores tienen fuertes incentivos y mecanismos autorrefuerzo para no alterarlo sustancialmente. En un marco de regulación laboral que garantiza rentas y seguridad con absoluta independencia de la cantidad y calidad del trabajo realizado, ¿por qué habrían de aceptarse cambios que cuestionaran este hecho central?

### 3. Nuevas experiencias en gestión sanitaria y cambios en la regulación del sistema

El proceso de innovación institucional y organizativa de los sistemas sanitarios debe enmarcarse, aunque presenta rasgos diferenciales específicos, en una estrategia más global de rediseño del Estado del Bienestar y de sus formas de organización y gestión. En la medida que se asuma el papel activo del sector público en la cohesión social y la articulación colectiva de la solidaridad, éste necesita introducir cambios a gran escala en su concepción y diseño (Echebarría et al., 1996; Bengoa, Echebarría, et al., 1997). El éxito de estos procesos de innovación es clave para estabilizar las líneas de defensa del Estado del Bienestar, frente a estrategias de "liberalismo de asalto" que reclaman la vuelta al mercado como solución a todos los problemas.

Conceptualmente las nuevas experiencias en gestión sanitaria se enmarcan al igual que en el resto de los países desarrollados bajo el paradigma de la denominada "competencia gestionada"<sup>7</sup>. La idea central es separar la financiación y regulación de la provisión y producción de servicios. Los financiadores, mediante contratos asignarían recursos a los proveedores sanitarios trasladándoles un cierto nivel de riesgos y por tanto de potenciales beneficios y pérdidas. No debe olvidarse que la competencia implica inevitablemente una cierta dosis de destrucción. Competir y mantener el estatus quo son términos antagónicos. Aspectos comunes de estos procesos de innovación son, la importancia de la autonomía de los hospitales y otros proveedores sanitarios, el desarrollo de la gestión clínica, la orientación de los servicios hacia

---

7 Si este símil de competencia se restringe a proveedores públicos se denomina "competencia pública", si se admiten proveedores privados estaríamos hablando de "competencia simulada". Una tercera opción es renunciar al actual monoposonio público de compra del financiador público y desconcentrar la gestión de la cartera de pólizas de la aseguradora pública en varios aseguradores privados lucrativos y no lucrativos.

la calidad, la recuperación del protagonismo de los usuarios, y el énfasis creciente en la efectividad de la práctica clínica y la medicina basada en la evidencia.

Asimismo el *managed care* o sistema gestionado de salud<sup>8</sup> se ha convertido en un referente de cambios organizativos. En Europa designaba inicialmente la función de compra, por parte de los equipos de atención primaria de una gama de servicios de atención especializada y comunitaria. En la actualidad el *managed care* define un conjunto de políticas e innovaciones en la organización de cuidados tales como la gestión de patologías (*disease management*), los protocolos de actuación clínica (*clinical pathways*) y la gestión individual del paciente (*individual patient care*).

En España los esquemas de competencia gestionada se articulan y formulan a nivel político a partir del Informe Abril (1991) que propone separar las funciones de financiación compra y provisión de servicios, y configurar a los centros sanitarios como empresas públicas regidas por el derecho privado y fuera por tanto del ámbito del derecho administrativo. Desde entonces los análisis del sistema sanitario español y las sugerencias de reforma se han multiplicado sin que el cambio institucional y organizativo real haya acompañado a la riqueza de los análisis teóricos<sup>9</sup>.

Hasta el momento los distintos responsables políticos tanto del INSALUD como de otros SRS con transferencias han implementado esta estrategia mediante dos políticas específicas y complementarias. Por un lado, en relación a los hospitales y centros de atención primaria existentes actualmente, se ha seguido un enfoque "light" articulado en torno al contrato-programa y al desarrollo de sistemas de información sobre costes y actividad, minimizando los costes políticos que un cambio en la regulación con más enjundia pudiera acarrear. Por otro, en relación a la puesta en funcionamiento de servicios nuevos se han ido creando distintos tipos de empresas públicas y nuevas formas organizativas de gestión. Recientemente tanto el Gobierno Central, como algunas CCAA han adoptado algunas iniciativas legislativas y organizativas que parecen indicar una cierta voluntad de generalizar el proceso de reformas al interior del INSALUD y otros SRS, pero el nivel de incertidumbre no deja de ser muy alto.

---

8 Un sistema gestionado de salud se basa en un modelo de organización de cuidados e incentivos a usuarios y profesionales para que los pacientes reciban la atención más adecuada en el nivel más apropiado.

9 Como ejemplo pueden citarse, Elola (1994): Sistema Nacional de Salud: Evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma, López Casasnovas y Rodríguez Palenzuela (coords) (1997): La regulación de los servicios sanitarios en España; Bengoa, Echevarría et al (1997): Sanidad. La reforma posible, Barea y Gómez (1994): El problema de la eficiencia en el sector público en España: especial consideración de la sanidad; De Manuel y Silió (eds) (1996): Gestión Sanitaria en el siglo XXI, De Manuel y Pérez (eds) (1995): Oportunidades de gestión empresarial en los servicios sanitarios públicos, Meneu y Ortún (eds) (1996): Política y gestión sanitaria.

### 3.1 Contratos-programa y nuevos instrumentos de gestión

En la Administración Pública española el contrato-programa surge como instrumento de regulación entre el Ministerio de Economía y Hacienda con sociedades, estatales o no que reciben subvenciones del Estado. Inspirándose en la regulación francesa de empresas públicas, el contrato-programa tiene su base legislativa en el Art. 91 de la Ley General Presupuestaria.

En el ámbito específico del sector sanitario el contrato-programa puede definirse como un instrumento de relación con los centros públicos sanitarios que vincula la actividad al presupuesto asignado a cada centro. En términos generales un contrato-programa tipo establece el objetivo de producción y la financiación máxima disponible. Igualmente se definen un conjunto de objetivos relacionados con la calidad y las mejoras en la gestión de los centros sanitarios. La introducción del contrato-programa en las redes asistenciales del INSALUD y otros SRS aspira a ser un instrumento clave de gestión que mida y vincule la eficacia en la prestación de servicios con el control de los recursos asignados para la misma (Martínez Aguayo, 1996). Es posible identificar distintos tipos de contratos programa entre las Administraciones públicas sanitarias y los proveedores, tal y como refleja la tabla 14.1 (Fernández Díaz, 1996).

Tabla 14.1. Modelos de Contratos Sanitarios en la Administración Pública

TIPO DE CONTRATO	CARACTERISTICAS	EJEMPLO
<b>Contrato-Programa simulado o sombra</b>	Acuerdo de objetivos de gestión con financiación presupuestaria. El único riesgo en el cambio de directivos	Contrato-Programa Insalud
<b>Contrato-Programa de Incentivos</b>	Igual que el anterior pero se añaden incentivos para directivos y/o trabajadores, reversión de ingresos para inversiones	Contrato-Programa del SAS
<b>Contrato-Programa de Riesgo parcial</b>	Subsidio público a una cuenta de explotación. No hay riesgo de quiebra pero sí ajustes laborales y modificaciones de condiciones laborales	Contrato-Programa con empresas Públicas
<b>Contrato-externo</b>	Libre acuerdo entre dos entidades independientes	Subcontratas de servicios no asistenciales

Fuente: Fernández Díaz JM. (1996). "Modelos de contratación". En Bengoa R. (Dtor.). La sanidad: un sector en cambio. Barcelona: SG-Editores: 79.

Los dos primeros tipos de contrato-programa son jurídicamente una ficción legal y semántica que esconde una estrategia de dirección por objetivos, descentralizando algunas decisiones y tratando de vincular costes con actividad. La semántica utilizada con independencia de su utilidad para el cambio de la cultura organizativa no sustituye el principio de jerarquía que caracteriza estructuralmente a los organismos sanitarios públicos. En los otros dos casos, aunque la transferencia de riesgos es potencialmente posible, ésta puede quedar fácilmente anulada por las presiones de los centros contratados y grupos de interés (asociaciones profesionales médicas, sindicatos, etc.) a los responsables políticos.

Un elemento clave de la estrategia de los contratos-programa es el intento de alterar la lógica retrospectiva e incrementalista de los presupuestos sanitarios públicos y aproximarse a presupuestos globales de tipo prospectivo. Con tal fin tanto el INSALUD como los SRS han desarrollado medidas de actividad hospitalaria<sup>10</sup> y en algún caso de atención primaria (Gerencias de atención primaria del INSALUD). La estimación de precios para la actividad establecida, permite simular una cuenta de resultados, y utilizar términos como "subvención o subfinanciación a la explotación" para equilibrar resultados.

Estas medidas de actividad, aunque fáciles de obtener presentan importantes problemas al no incorporar ningún sistema de ajustes de riesgos (SAR)<sup>11</sup> y no reflejar por tanto, la mayor o menor complejidad de la casuística atendida, no disponer de ajustes por niveles de calidad, y primar potencialmente aumentos de actividad independientemente de su adecuación. Para solucionar, al menos parcialmente estos problemas, se viene impulsando en los últimos años SAR, sobre todo en el ámbito hospitalario, fundamentalmente los GRD (Grupos Relacionados por el Diagnóstico) y los PMC (*Patient Management Categories*) aunque la preeminencia del primero parece establecida<sup>12</sup>. En el ámbito ambulatorio y de atención primaria hay proyectos de investigación que persiguen validar medidas de actividad basadas en casuística<sup>13</sup>.

10 Unidad Básica Asistencial (UBA) en Cataluña, Unidad Ponderada Asistencial (UPA) en el INSALUD, Escala de Valoración Andaluza (EVA) en Andalucía, Unidad de Coste Asistencial en el Servicio Vasco de Salud (UCA), etc.

11 Para un análisis y evaluación de los SAR en España véase Peiró (1995).

12 El desarrollo de medidas de la actividad hospitalaria basada en la casuística exige bases de datos administrativas y clínicas homogéneas tales como el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). El Consejo interterritorial definió en 1987 los datos que debían recogerse en todas las altas hospitalarias. Su implantación es variable tanto entre CCAA como entre hospitales dentro de una CCAA. Según datos globales del SNS para 1994 se codificaron el 82% de las altas, siendo el número de diagnósticos por alta de 2.1 y el de procedimientos 0.8 (Anteproyecto del dictamen de la subcomisión parlamentaria para el estudio de las medidas necesarias para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud).

13 Por ejemplo los Grupos de Atención Ambulatoria (*Ambulatory Care Groups*, ACG), están siendo estudiados para ver su comportamiento en el ámbito específico de España. Los resultados preliminares indi-

Correlativamente al desarrollo de medidas de actividad se han impulsado sistemas de contabilidad analítica <sup>14</sup> tanto en el INSALUD como en diferentes SRS <sup>15</sup>. En general todos los sistemas de cálculo de costes desarrollados se han hecho según la metodología de costes completos (full cost) orgánicos, si bien existen diferencias en la clasificación de costes por naturaleza, la definición de centros de costes y los criterios de reparto utilizados. Aunque con distinta intensidad todos estos sistemas de contabilidad analítica comparten unos problemas y deficiencias comunes, la homogeneidad y grado de implantación entre hospitales son muy variables lo que limita el rigor y la utilidad de los datos generados, no existen sistemas operativos de acreditación y normalización de la aplicación de los sistemas de costes en las diferentes redes asistenciales sanitarias, sólo se utilizan de forma marginal para la gestión y la asignación presupuestaria, prevaleciendo la contabilidad y gestión presupuestaria de carácter administrativo de la cual esta fuertemente disociada.

La posibilidad de avanzar en la determinación del coste por proceso exige una mejora y homologación sustancial de la calidad de codificación del CMBD y de la contabilidad analítica de las diferentes redes de servicios de salud públicos del Estado. A medio plazo, en la medida en que las reformas organizativas se generalicen (si es que esto se produce) puede resultar interesante desarrollar sistemas de costes basados en actividades (*Activity Based Costing, ABC*) que disminuyen el problema de la imputación de costes indirectos y tienen una estructura lógica análoga al proceso clínico de decisión <sup>16</sup>.

La estrategia del contrato-programa ha estado vinculada en algunos casos al establecimiento de incentivos financieros, concretamente en Andalucía con los equi-

---

can que las características demográficas (edad y género) y, sobre todo clínicas (cantidad y tipo de enfermedades), de los pacientes explican un 50% de la variabilidad en el número de visitas realizadas y entre un 15 y un 20% de las pruebas diagnósticas y derivaciones a especialistas (Carmona, Prados y Sánchez-Cantalejo, 1997).

14 Para un análisis actualizado de opciones y posibilidades de la contabilidad de gestión en centros sanitarios, véase la propuesta de "Contabilidad de gestión en los centros sanitarios" de la Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas (AECA, 1997).

15 Pueden reseñarse a modo de ejemplo: SIGNO (Gestión analítica del Ministerio de Sanidad y Consumo), COAN (Sistema de Control de Gestión Hospitalaria del Servicio Andaluz de Salud), SCS (Modelo de contabilidad analítica del Servei Català de la Salut), SIE (Sistema de información Económica para la Gestión Sanitaria de la Generalitat Valenciana), etc.

16 En el momento actual auspiciado por la Organización Nacional de trasplantes se está desarrollando un estudio de costes de trasplantes de corazón, hepático y renal, según esta metodología (Burgos, Martín y Linares, 1997). Como subproducto, no menos importante, el ABC puede innovar el diseño y metodología de los estudios de evaluación económica.

pos directivos de los hospitales y distritos de atención primaria (Martín y López del Amo, 1994, Martín 1996) y en el INSALUD para los profesionales de determinadas áreas de atención primaria (Cabasés y Martín, 1997).

Las evaluaciones realizadas del sistema de incentivos del Servicio Andaluz de Salud (SAS) tanto en hospitales como en atención primaria, indican mejoras en la mayor parte de las variables utilizadas como objetivos<sup>17</sup>. En el momento actual hay una revisión del modelo de incentivos en el marco del Plan Estratégico del SAS para el período 1997-2001, que contempla la posibilidad de incentivar a los profesionales sanitarios dentro de un esquema de potenciación de la gestión clínica.

El sistema de incentivos para profesionales de atención primaria del INSALUD, iniciado en 1994 se ha mantenido y reforzado para 1997 y supone un instrumento importante en el proceso de descentralización de la gestión de atención primaria. Este año se ha suscrito con el 80% de las unidades de primaria. Las unidades que cumplan los objetivos pactados en este contrato de gestión asistencial recibirán incentivos económicos, formativos y de dotación de material que serán gestionados por los propios profesionales. Estos contratos han sido suscritos por el 90% de los equipos de atención primaria, por el 53% de las unidades del modelo tradicional y por el 72% de las unidades de apoyo.

Existen algunas evaluaciones sobre los resultados de la aplicación de los contratos-programa. González, Pellisé, y Barber (1995) han medido la eficiencia de los hospitales del INSALUD en el período 1991-1993 para valorar si la introducción de los contratos-programa supone una mejora de eficiencia. Según este estudio se ha producido una mejora general de la eficiencia tras la introducción de los contratos-programa. En particular la evaluación de las autoras utilizando el Análisis envolvente de datos (AED)<sup>18</sup> intertemporal señala que el porcentaje de hospitales ineficientes ha pasado del 70% en 1991 al 50% en 1993. Utilizando también el AED intertemporal Martín (1996) evalúa la aplicación del contrato-programa para los hospitales del SAS para el período 1991-1994. Los resultados seña-

---

17 A nivel hospitalario pueden destacarse, el cobro a terceros, las listas de espera, la capacidad de resolución del hospital de día o la mejora de los sistemas de información. En atención primaria, el control del gasto en farmacia, el aumento de cobros a terceros y la mejora de los resultados de programas son las variables que mejor se han comportado.

18 El Análisis Envolvente de Datos (AED) realiza una comparación transversal de los diferentes inputs y outputs de cada hospital con todos los demás, utilizando para ello un modelo de programación lineal formado por una función objetivo sujeta a un conjunto de restricciones. Cada hospital es evaluado comparándolo con el resto de los hospitales estudiados.

lan que la eficiencia técnica global media se ha incrementado en un 11% en el periodo considerado, pasando la eficiencia media de 0.60 en 1991 a 0.71 en 1994. Todas estas evaluaciones deben ser consideradas con mucha cautela debido a los importantes problemas metodológicos y de disponibilidad de información existentes (Martín, 1996).

Otras evaluaciones de carácter más global (Cabasés y Martín, 1997) señalan que los resultados aunque positivos son muy limitados, han modernizado la cultura organizativa y de gestión de los gestores, ha mejorado significativamente los sistemas de información para la gestión, ha propiciado mejoras en el margen de la eficiencia de gestión de los centros sanitarios particularmente cuando como en el caso de Andalucía (para directivos) y el territorio INSALUD (para algunos equipos de atención primaria) ha estado vinculado a sistemas de incentivos de cierta importancia y razonablemente diseñados técnicamente.

Sin embargo existe una contradicción básica entre la lógica de autonomía y descentralización planteados en el contrato-programa y el marco de regulación laboral, presupuestario y de contratación administrativa de los centros sanitarios públicos, prevaleciendo este último. La asignación de recursos sigue siendo básicamente retrospectiva sin traslado significativo de riesgos a directivos o profesionales. El actual marco organizativo e institucional tiene una enorme capacidad de esterilizar progresivamente las innovaciones de gestión que se introducen.

En el momento actual, tanto el INSALUD, el Servicio Andaluz de Salud, como Osakidetza, y otros SRS están desarrollando ambiciosos planes estratégicos a nivel corporativo. Aunque difieren en numerosas cuestiones, muestran coincidencias en aspectos básicos, como son la importancia de la autonomía de los centros y proveedores sanitarios, el énfasis en la gestión clínica, la separación de las funciones de financiación, compra y provisión, y la potenciación del papel del usuario como elemento decisor.

La capacidad de estos planes de reforma de conseguir superar la actual dependencia de la senda institucional es incierta, pudiendo considerar al menos tres factores críticos de éxito, un desarrollo e implantación técnicamente solvente, la progresiva generalización de nuevas formas jurídico-organizativas y de regulación laboral en los actuales centros sanitarios públicos y la construcción en paralelo de las nuevas instituciones reguladoras del escenario de "competencia gestionada" que a medio plazo configuran los planes de reforma.

### 3.2. Nuevas formas organizativas y de gestión de centros y servicios sanitarios

La segunda estrategia seguida por los responsables del INSALUD y las CCAA ha sido la introducción de distintas fórmulas novedosas de gestión de servicios sanitarios, según se muestra en la Figura 14.1.



Figura 14.1. Nuevas fórmulas de gestión sanitaria

Fuente: "El País", 16 de Junio de 1997. pág. 29.

Este proceso, que ha resultado marginal salvo en el caso de Cataluña, ha sido regulado legislativamente con carácter general para el Estado con la Ley de Habilitación de Nuevas Formas de Gestión, aprobada el 10 de abril (Ley 15/1997)<sup>19</sup>.

<sup>19</sup> Paralelamente, se ha producido una nueva ordenación de los organismos públicos que se regula en la Ley 6/1997, de 14 de abril de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado.

La Ley 15/1997 abre una amplia gama de formas y tipologías organizativas cuyas principales características se reseñan en la tabla 14.2.

Tabla 14.2. *Nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud: Ley 6/1997 (14 de abril) y Ley 15/1997 (25 de Abril)*

	ORG. PÚBLICOS	SOCIEDADES MERCANTILES	
	ORGANISMOS AUTÓNOMOS	ENTIDADES PÚBLICAS EMPRESARIALES	ANÓNIMAS PÚBLICAS
<b>DEFINICIÓN</b>	Organismo público al que se encomienda, en régimen de descentralización funcional, la realización de actividades de fomento, prestacionales o de gestión de servicios públicos	Organismo público al que se encomienda la realización de actividades prestacionales, la gestión de servicios o de producción de bienes de interés público susceptibles de contraprestación económica	Sociedad anónima en la que la Admon. Pública o sus organismos públicos cuenten con la mayoría de las acciones o participaciones
<b>RÉGIMEN JURIDICO</b>	Derecho Administrativo	Derecho privado	Derecho privado (Mercantil, Civil y Laboral)
<b>LEY CONTRATOS DEL ESTADO</b>	Sujetos a ella	Ley 13/1995 de 18 de mayo, de Contratos de las Administraciones Públicas	Real Decreto Legislativo 1564/1989, de 22 de diciembre, por el que se aprueba TRLSA
<b>ÓRGANO RECTOR</b>	Según su ley de creación específica	Según su ley de creación específica	Consejo Administración
<b>RÉGIMEN PERSONAL</b>	Laboral o funcional	Laboral	Laboral
<b>FINANCIACIÓN ACTIVIDAD</b>	Ingresos propios autorizados y dotaciones de los PGE. Contrato programa simulado	Contrato-programa	Subvenciones de los Presupuestos públicos y demás recursos que se les asignen. Contrato-progr.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. (cont.)

SOCIEDADES MERCANTILES			
RESPONSABILIDAD LIMITADA	CONSORCIOS	FUNDACIONES	COOPERATIVAS
Sociedad de Responsabilidad Limitada en la que la Admon. Pública o sus organismos públicos cuenten con la mayoría de las acciones o participaciones	Entidades jurídico públicas, de carácter asociativo y naturaleza voluntaria, con pers. jurídica plena e independiente de la de sus miembros, con cap. jurídica de Derecho Público y Privado para la consecución de sus objetivos	Organizaciones que, por voluntad de sus creadores, tienen afectado de modo duradero su patrimonio a la realización de fines de interés general	Sociedad mercantil. Realiza cualquier actividad econ.-social lícita para la mutua ayuda entre sus miembros, al servicio de éstos y de la Comunidad, mediante la aportación y actividad de sus miembros con arreglo a la Ley
Derecho privado (Mercantil, Civil y Laboral)	Derecho público y derecho privado	Derecho privado (Administrativo, Civil, Mercantil y laboral)	Derecho privado
Ley 2/1995, de 23 de marzo sobre Sociedades de Responsabilidad Limitada	Derecho privado. Debe cumplir con los principios de publicidad y concurrencia	Derecho privado. Debe cumplir con los principios de publicidad y concurrencia	La gerencia está sujeta a ella. Las compras de los facultativos asociados no deben sujetarse a ella
Consejo de Administración	Junta General o Consj. de Gobierno	Patronato	Consejo Rector. Se podrá elegir Comisión Ejecutiva o Consejero Delegado
Laboral	Laboral, en su mayor parte	Laboral	Laboral
	Contrato programa entre la gerencia y la unidad	Contrato programa entre la gerencia y la unidad que agrupa los servicios	Contrato de gestión clínica entre la gerencia y la cooperativa.

Las entidades de derecho público con personalidad jurídica propia, sometidas a derecho privado, que según la nueva Ley 6/1997, de 14 de abril de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado pasan a denominarse Entidades Públicas Empresariales ha sido la figura elegida en Andalucía y otras CCAA para la realización de distintas experiencias piloto (Figura 14.1).

En Andalucía, las evaluaciones realizadas de los entes públicos Empresa Pública de Emergencias Sanitarias y Empresa Pública Hospital Costa del Sol, indican un notable nivel de eficiencia de gestión. El menor corsé administrativo, la utilización de sistemas retributivos multinivel asociados a resultados y una fuerte orientación a la gestión clínica, serían algunas claves interpretativas de estos buenos resultados<sup>20</sup>.

En el País Vasco, la reciente Ley de Ordenación Sanitaria transforma al Servicio Vasco de Salud en un ente público de derecho privado, subrogándose todos los derechos y obligaciones del Organismo Autónomo Administrativo que se extingue. En el ámbito laboral se opta por la creación y desarrollo de un Régimen Estatutario Vasco específico, propiciando la unificación de los regímenes contractuales de los profesionales, mediante ofertas voluntarias de integración en dicho régimen.

Las funciones de aseguramiento y de contratación de servicios sanitarios se las reserva la Administración Pública, que las ejecutará a través del contrato-programa que adquiere la naturaleza jurídica de un convenio de carácter especial. En la Ley se establecen los requisitos básicos para la elaboración del contrato-programa.

En Cataluña la Ley 15/90 de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria modificada por la Ley 11/95 de 29 de septiembre considera la figura del Consorcio<sup>21</sup>, la gestión por medio de empresa pública sometida a derecho privado<sup>22</sup> y como principal innovación organizativa la posibilidad de contratación de servicios a entidades de base asociativa (cooperativas, sociedades mercantiles, etc.) con personalidad jurídica propia, formadas total o mayoritariamente por profesionales sanitarios. La Ley prioriza la adjudicación a entidades constituidas por personal del SCS, en cuyo caso los declara en excedencia voluntaria, aunque, durante un período de tres años, les garantiza un puesto de trabajo en el mismo nivel, categoría y localidad. En la actualidad hay una experiencia piloto en una de las dos Zonas de Salud de Vic cuya gestión se ha cedido a una Sociedad de Responsabilidad Limitada constituida por médicos estatutarios de la Seguridad Social. Estas asociaciones de profesionales podrían contratar en un futuro con el financiador público, no sólo la atención primaria de

---

20 Tanto el análisis con ratios clásicos e indicadores sintéticos como el AED realizado señalan al Hospital Costa del Sol como el más eficiente de la red de hospitales públicos de características similares existentes en Andalucía. Véase Pérez, Carretero, Martín y López del Amo, (1997), Escuela Andaluza de Salud Pública (1997a y b).

21 Se rigen por arts. de Reglamento de Servicios de Régimen Local, el art. 87 de la Ley de Bases de Régimen Local, el art. 110 del RD Legislativo 781/1986, de 18 de abril, de régimen local, el art. 7 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y el Procedimiento Administrativo Común y por las Leyes Autonómicas.

22 Entes de derecho público sometidos a derecho privado, sociedades mercantiles y concesiones de gestión de servicios públicos.

un sector de la población, sino también la prescripción farmacéutica, y comprar determinadas actividades al nivel de atención especializada.

En Galicia se ha optado por la figura de fundación pública, estando previsto que a los actuales centros así configurados se unan al menos otros dos hospitales comarcales<sup>23</sup> (80 camas aproximadamente cada uno) gestionados por Fundaciones públicas. En el INSALUD también se ha optado con claridad por el régimen jurídico de fundaciones, concretado en los hospitales de Alorcón y Manacor<sup>24</sup>.

Tanto los entes públicos sujetos a derecho privado, como las sociedades públicas mercantiles y las fundaciones públicas tienen similares márgenes de gestión para la mejora de la eficiencia como son, la posibilidad de reinversión de beneficios, disponer de una caja propia lo que les permite la negociación de precios, tener capacidad de gestionar créditos aunque frecuentemente con límites<sup>25</sup>, y disponer de un régimen de regulación laboral (selección propia de profesionales, convenio colectivo y sistema retributivo específico, etc.).

Asimismo, están sujetas a principios y controles legales, derivados de su carácter público similares. La única diferencia sustantiva entre las distintas nuevas formas jurídico organizativas que buscan huir del Derecho Administrativo Público, se deriva de la nueva Ley de Contratos de las Administraciones Públicas 13/1995 que somete explícita y estrictamente a los entes de derecho público a la misma, reintroduciéndolos en el aspecto de compras y contrataciones de bienes y servicios en el Derecho Administrativo. Esto penaliza claramente a este tipo de organizaciones. Es muy difícil gestionar eficientemente una función tan compleja y diversificada como son las compras y contrataciones de las organizaciones sanitarias en el marco de regulación de la Ley de Contratos del Estado, como avala la experiencia histórica del INSALUD y los SRS.

Todas estas innovaciones organizativas y de gestión si bien pueden posibilitar a corto plazo importantes mejoras de eficiencia, tal y como parecen acreditar las evaluaciones existentes de algunas experiencias, presentan a priori importantes riesgos derivados de la ausencia de un marco de regulación institucional adecuado y

---

23 El Hospital Comarcal Costa de la Muerte en Cee y el Hospital Barbanza en Riviera.

24 Las fundaciones están regidas por lo establecido en la Ley 30/1994 de 24 de noviembre sobre Fundaciones Incentivos Fiscales a la participación privada en actividades de interés general con sujeción a lo establecido en los Reales Decretos 316/1996 de 23 de febrero. , por el que se aprueba el Reglamento de Fundaciones de Competencia Estatal y 384/1996, de 1 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento del Registro de Fundaciones de Competencia Estatal.

25 Por ejemplo las fundaciones hospitalarias del INSALUD deben amortizarlos como máximo en el plazo de un año.

de lo que es más importante aún, la inexistencia de incentivos por parte de los principales agentes para configurarlo. Las críticas a la "huida hacia el derecho privado" que implican buena parte de estas innovaciones jurídico organizativas pueden resultar correctas (Ariño Ortiz y Sala Auquer, 1995; Borrajo Iniesta, 1995. Villar, 1994, Iturriaga, 1997) dependiendo de la estrategia de regulación que se adopte.

La cuestión crítica es el tipo de regulación a la que se van a someter estas empresas públicas de forma que el traslado de riesgos sea efectivo y se limiten de forma efectiva las actividades de influencia e interferencia política. El carácter político de la prestación de servicios sanitarios y la inexistencia de un marco general normativo homogéneo, claro y explícito de regulación de las empresas públicas sanitarias y las nuevas formas organizativas de gestión (públicas y privadas), posibilita altos costes de influencia política.

La regulación burocrática y el sometimiento al Derecho Administrativo ha sido la respuesta reguladora clásica históricamente, para limitar los costes de influencia política, el amiguismo y el abuso de poder. Las empresas públicas sanitarias y el resto de las nuevas formas jurídico organizativas de la sanidad ofrecen más posibilidades para la endogamia. Los partidos políticos en una democracia representativa ofrecen incentivos selectivos a sus miembros con el fin de premiar sus esfuerzos y mantenerlos en el partido político respectivo ("¿qué hay de lo mío?"). Esto puede dar lugar a una ocupación con más o menos intensidad de los puestos de trabajo de estas organizaciones dependiendo del partido político en el poder, y a una instrumentalización de los recursos del sector público con fines privados. Nuestra tradición histórica política es concluyente al respecto y nuestra actual clase política tiene fuertes incentivos de autorrefuerzo para mantener la tradición, con independencia de la ideología suscrita o del carácter estatal o autonómico. Problemas adicionales pero relacionados, son la posibilidad de colusión de la competencia, el control de los regulados al regulador y autoridad pública, y que la competencia que se articule se produzca más en base a calidad que a precios (Gérvas y Ortún, 1997).

Todo esto puede conllevar el traslado de las ineficiencias de las organizaciones sanitarias al financiador en términos de mayor gasto y déficits, lo que neutralizaría un traslado efectivo de riesgos a las nuevas formas jurídico organizativas que se están planteando así como a centros de propiedad privada concertados. En la medida en que el financiador y comprador actúe como garante del centro sanitario contratado y existan expectativas claras de asumir cualesquiera déficits generados; la creación de empresas públicas sanitarias o el concierto con centros sanitarios privados no implica mayor grado de disciplina financiera, sino incluso la asunción de mayores déficits consecuencia de la posibilidad de endeudamiento de los centros.

Deudas que en última instancia asume el financiador público a través de la utilización de distintos mecanismos como pueden ser las subvenciones mas o menos explícitas (financiación de programas finalistas, etc.). La experiencia histórica de Cataluña es significativa al respecto.

#### 4. Cambio institucional e innovaciones de gestión

El diseño y aplicación de reformas organizativas e institucionales en el sistema sanitario español no debe reducirse a una "empresarialización" más o menos afortunada o intensa de los centros sanitarios públicos, aunque esto sea sin duda un elemento imprescindible de cualquier estrategia solvente de salida de la actual dependencia de la senda en que están inmersos tanto el INSALUD como otros SRS. El diseño de la política sanitaria debería abordar un conjunto de cambios institucionales favorecedores de la reforma e innovación organizativa. El riesgo inevitable de tales proyectos y la incertidumbre de los resultados podría mitigarse adoptando algunos principios que presumiblemente parecen ser correctos.

En primer lugar el crecimiento del gasto sanitario en España debería ser relativamente moderado. Sus beneficios no están demostrados y la práctica clínica muestra grandes variaciones no explicadas. Es necesario reformular las políticas sanitarias alterando el actual balance entre *Panakeia* e *Hygeia*, a favor de esta última. Esto no implica el propugnar una expansión masiva de las líneas de negocio de los proveedores sanitarios en actividades de prevención y promoción de dudosa o nula efectividad. Es más bien al contrario, evaluar sistemáticamente las actividades de los médicos y proveedores en general, incorporando la medicina basada en la evidencia y los análisis coste-efectividad, y modificando los procesos de formación educación y socialización de los profesionales médicos. Puede que muchas de las actuaciones de los proveedores sanitarios no debieran hacerse, con lo que estamos despilfarrando recursos. Por otro lado mejorar la salud de la población supone tomar en serio los determinantes de salud de las mismas y reevaluar otras políticas activas, no estrictamente ni únicamente sanitarias, y su potencial impacto en la producción y distribución de salud (riesgos laborales, políticas medioambientales, distribución de la renta y la educación, etc.).

En segundo lugar, la existencia de un único financiador público permite un mejor control de costes agregados que la existencia de múltiples financiadores. Los sistemas de seguros privados de enfermedad producen ineficiencia, inflación de costes e inequidad. Además una vez generado el mercado de aseguradores privados, muestra fuertes resistencias a su eliminación (dependencia de la senda) tal y como señalan los sistemas sanitarios de EEUU y Chile.

Finalmente, existen importantes razones para configurar atención primaria como la puerta de entrada al sistema (*gatekeeper*), y filtro para la atención especializada (Gérvas, Pérez y Starfield, 1994; Gérvas y Ortún, 1997). El acceso directo al especialista conlleva el uso inapropiado de recursos. Por ejemplo, los médicos generales seleccionan mejor que los propios pacientes cuando deben ir a urgencias hospitalarias, evitando despilfarro y la utilización de procedimientos indebidamente agresivos. Las comparaciones entre médicos generales y especialistas señalan que los primeros suelen emplear menos recursos, después de corregir por edad, sexo, tipo de morbilidad y gravedad (Greenfield et al., 1992; Roseblant, 1992). En algunos casos como la atención al embarazo y el parto se evita el uso de pautas de dudoso valor científico, como la episiotomía (Gérvas, 1993).

La fuerte regulación administrativa que padece el INSALUD y los SRS es una importante causa de pérdida de eficiencia y por tanto de equidad. La defensa a ultranza del actual sistema de regulación y particularmente del marco estatutario preconstitucional de regulación laboral, puede llevar a no muy largo plazo al resultado contrario al que se dice pretender: la inviabilidad del SNS. Sin embargo, la creación de nuevas formas jurídico-administrativas como entes públicos, sociedades mercantiles o fundaciones públicas, liberadas del Derecho Administrativo y del marco estatutario y funcionarial, no garantiza ni la mejora de eficiencia ni tampoco el mantenimiento de la equidad. Esto es asimismo válido para los entes de base asociativa formados por profesionales, como cooperativas o sociedades de responsabilidad limitada.

Las innovaciones organizativas y de gestión, y particularmente la generalización de nuevas formas jurídico-organizativas, orientadas a dotar de autonomía a los centros asistenciales y de responsabilidad en la gestión a los clínicos, necesita el adecuado respaldo legislativo y de regulación institucional que eviten la actual disociación entre nuestra legislación y regulación normativa, y dichos procesos de cambio. La necesidad de este cambio institucional y organizativo ha sido explícitamente asumida por el gobierno<sup>26</sup> y articulada en cuatro grandes aspectos: "...lograr la separación efectiva de las funciones de financiación, compra y provisión; configurar los centros asistenciales como organizaciones autónomas, con una efectiva traslación de facultades de decisión y de riesgos; adaptar los mecanismos de financiación de los centros a dicha autonomía; y desarrollar un sistema común de acreditación de centros y servicios sanitarios...".

Existen dos problemas centrales en este tipo de estrategias de cambios organizativos, la dificultad de generalizar el proceso al interior de las actuales estructu-

---

26 Véase el Anteproyecto de dictamen de la subcomisión parlamentaria para el estudio de las medidas necesarias para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud, de junio de 1997.

ras burocráticas del INSALUD y los SRS, y el control de las actividades de influencia política y de la presión de los grupos de interés en el mercado político, en ausencia del Derecho Administrativo y del régimen estatutario o funcional, que en todo caso no se han mostrado especialmente efectivos. Algunas estrategias que ayudarían a solventar esos problemas son las siguientes (Martín y López del Amo, 1997):

- Creación de agencias y entes compradores con autonomía efectiva de los responsables políticos, que apliquen sin embargo las directrices políticas referentes a políticas de salud, contratación y financiación de proveedores públicos y privados, y evaluación de resultados. Estas agencias de compra deben disponer de mecanismos que les "protejan" de presiones políticas y grupos de interés. Puede ser interesante explorar en este sentido la potenciación de una pluralidad de compradores siguiendo el modelo del Reino Unido (Mays y Dixon, 1996) y la creación de un marco legislativo especial para las mismas. En cualquier caso, no deben considerarse como un mero apéndice de la Administración como hasta ahora ha sido concebidas, con las implicaciones y de clientelismo, ineficiencia y déficits sistemáticos que esto implica.

La potenciación de la atención primaria como ente comprador, con personalidad jurídica propia puede ser un elemento clave en esta estrategia (Martín, 1993). La creación y potenciación de entes de base asociativa de profesionales (sociedades de responsabilidad limitada, cooperativas, etc.) puede ser un camino adecuado en este sentido aunque presenta riesgos que el financiador y regulador central deben controlar (Ortún y Gervas, 1996a y b) <sup>27</sup>.

- Desarrollo de un sistema general de acreditación de centros sanitarios a nivel Estatal y válido por tanto para el conjunto del SNS. Existen distintas opciones relativas al desarrollo de este sistema y particularmente del Organismo u Organismos Acreditadores competentes (Bohigas, 1997). Las cuestiones fundamentales a resolver son la distribución de competencias entre el Estado y las CCAA, y la garantía de credibilidad e imparcialidad del Organismo Acreditador. El control de las influencias políticas y de la presión de los grupos de interés y proveedores puede abordarse inspirándose en otros países con sólidas instituciones de acreditación (EEUU, Canadá, Australia y el Reino Unido). El Organismo o Organismos Acreditadores deben ser inde-

---

27 Entre los riesgos y cautelas cabe señalar, la selección de riesgos, una dimensión insuficiente para compensar riesgos, la potencial pérdida de equidad, el aumento de los costes de administración y transacción, una baja densidad poblacional que impida la elección del usuario, y problemas éticos de compaginar beneficios económicos con atención al paciente.

pendientes jurídica y fácticamente, del financiador público, de los entes compradores y de los proveedores sanitarios. Debe evitarse una situación como la de Cataluña donde la Administración que acredita es a la vez la que financia y compra servicios.

- Creación de un marco de regulación específico de todos los entes públicos empresariales, sociedades mercantiles, y cualquier forma jurídico-organizativa (fundaciones, cooperativas, etc.) de naturaleza pública (Martín, 1995). El gobierno ha efectuado recientemente la siguiente propuesta<sup>28</sup>: "En esta materia, se deberá estudiar la conveniencia de abordar con el consenso de todos los grupos, una ampliación de la Ley General de Sanidad al objeto de regular, con carácter extraordinario, un estatuto de los entes o empresas públicas sanitarias, definiendo las características de estas instituciones en todas aquellas materias donde se excepcionen regímenes jurídicos contenidos en leyes de aplicación general (acceso de los usuarios, garantía de los servicios, régimen económico, provisión y contratación de servicios, procedimiento de reclamaciones, singularidades en materia de personal, etc.)."
- La generalización de las nuevas experiencias de gestión al conjunto del INSALUD y otros SRS implicaría cambios institucionales y de gestión que generaran incentivos poderosos para un cambio de esta envergadura que rompiera la actual "rigidez institucional". A este respecto pueden citarse:
  1. Los planes estratégicos del INSALUD y de otros SRS deben asumir como objetivos estratégicos, la progresiva configuración de los centros sanitarios como entes dotados con personalidad jurídica propia y la progresiva creación de entes de base asociativa tanto a nivel de atención primaria como de atención especializada.
  2. Los sistemas de financiación de centros asistenciales tienen que ser decididamente de naturaleza prospectiva, trasladando un cierto nivel de riesgos y por tanto de amenazas y promesas creíbles.
  3. Debe reformarse en profundidad el actual sistema de relaciones laborales descentralizando la capacidad de negociación colectiva de las principales materias que conforman la política de personal a nivel de centro asistencial. En este sentido resulta interesante la propuesta del gobierno

---

28 Véase el Anteproyecto de Dictamen de la Subcomisión parlamentaria para el estudio de las medidas

de definir un nuevo régimen estatutario básico, con carácter de mínimos, que regule específicamente a los profesionales sanitarios, proporcionando un régimen común de acceso y movilidad para trabajar en el SNS a través de un sistema de acreditación. Esta acreditación sin embargo no garantiza una plaza de trabajo en el sistema sanitario ni unas condiciones laborales, ni retributivas predefinidas.

Los principales problemas de esta propuesta son la dificultad de alterar los actuales derechos adquiridos de los profesionales (plaza en propiedad, etc.) y la previsible reacción en contra de los sindicatos y asociaciones de profesionales <sup>29</sup>.

4. Diferentes centros sanitarios del INSALUD y los SRS y particularmente los grandes centros hospitalarios, deben acometer procesos de reconversión controlada específicos para adecuarse al nuevo marco de regulación institucional. La existencia de fuertes excedentes de personal en los mismos debe abordarse con el diseño de sistemas de movilidad forzosa y procedimientos de jubilación anticipada convenientemente incentivados. Esto exige canalizar recursos adicionales para que el coste político de una reforma global no sea inasumible y las nuevas experiencias de gestión no se vean recludas permanentemente en los márgenes del sistema sanitario.

Salir del actual sistema de dependencia de senda burocrática del INSALUD y otros SRS no garantiza un sistema sanitario mejor, pero continuar como estamos, seguro nos condena a un pobre y para "pobres" Sistema Nacional de Salud. Los procesos de producción de políticas sanitarias frecuentemente se tejen con juicios implícitos y pensamientos fundados en expectativas alejadas de la realidad. La influencia de los grupos de interés organizados, actuando en el mercado político en defensa de sus intereses asegura que se malgastan gran cantidad de recursos; y por tanto, somos más pobres de lo que podríamos ser, y posiblemente también menos sanos. Tratar de evitarlo, supone pensar cambios institucionales que generen un marco estructural estable y competitivo para nuestras organizaciones sanitarias de forma que se dé un cierto darwinismo organizativo.

---

<sup>29</sup> Véase por ejemplo las fuertes críticas efectuadas por la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) en el documento "Reflexiones en torno a los Estatutos de las nuevas fundaciones hospitalarias. Guía Sanitaria 425/246 10.02.97

## 5. Conclusiones

- El INSALUD y el resto de SRS se hallan inmersos en una situación de dependencia de la senda (*path dependence*) donde los distintos agentes del sector tienen mecanismos de autorrefuerzo importantes para no acometer reformas institucionales y organizativas, aún cuando la percepción de la inadecuación de la actual regulación de las organizaciones sanitarias es clave y evidente.
- Tanto el INSALUD como otros SRS con transferencias han abordado sus estrategias de reforma organizativa mediante dos políticas específicas y complementarias, los contratos-programa y la creación de empresas públicas y otras formas organizativas de gestión.
- Las evaluaciones sobre los resultados de la aplicación de los contratos-programa) señalan que los resultados aunque positivos son muy limitados, han modernizado la cultura organizativa y de gestión, han mejorado significativamente los sistemas de información para la gestión, han propiciado mejoras en el margen de la eficiencia y han estado vinculados a sistemas de incentivos.
- Existe una contradicción básica entre la lógica de autonomía y descentralización planteados en el contrato-programa y el marco de regulación laboral, presupuestario y de contratación administrativa de los centros sanitarios públicos, prevaleciendo este último. La asignación de recursos sigue siendo básicamente retrospectiva sin traslado significativo de riesgos a directivos o profesionales.
- En el momento actual, tanto el INSALUD, el Servicio Andaluz de Salud, como Osakidetza, y otros SRS están desarrollando ambiciosos planes estratégicos a nivel corporativo. Aunque difieren en numerosas cuestiones muestran coincidencias en aspectos básicos como son, la importancia de la autonomía de los centros y proveedores sanitarios, el énfasis en la gestión clínica, la separación de las funciones de financiación, compra y provisión, y la potenciación del papel del usuario como elemento decisor.
- La reforma basada en Empresas Públicas y Nuevas Formas de Gestión Sanitarias (Ley 15/1997) si bien puede posibilitar a corto plazo importantes mejoras de eficiencia, tal y como parecen acreditar las evaluaciones existentes de algunas experiencias, presentan a priori importantes riesgos derivados

de la ausencia de un marco de regulación institucional adecuado y de la inexistencia de incentivos por parte de los principales agentes para configurarlo. La cuestión crítica es el tipo de regulación a la que se van a someter estas empresas públicas de forma que el traslado de riesgos sea efectivo y se limiten de forma efectiva las actividades de influencia e interferencia política.

- Todo esto puede conllevar el traslado de las ineficiencias de las organizaciones sanitarias al financiador en términos de mayor gasto y déficits.

## 6. Recomendaciones

- Creación de agencias y entes compradores con autonomía efectiva de los responsables políticos, que apliquen sin embargo las directrices políticas referentes a políticas de salud, contratación y financiación de proveedores públicos y privados, y evaluación de resultados. Estas agencias de compra deben disponer de mecanismos que les "protejan" de presiones políticas y grupos de interés. La potenciación de la atención primaria como ente comprador, con personalidad jurídica propia puede ser un elemento clave en esta estrategia, reforzando cualitativamente su papel de puerta de entrada al sistema.
- Creación de un marco de regulación específico de todos los entes públicos empresariales, sociedades mercantiles, y cualquier forma jurídico-organizativa (fundaciones, cooperativas, etc.) de naturaleza pública.
- Los planes estratégicos del INSALUD y de otros SRS deben asumir como objetivos estratégicos, la progresiva configuración de los centros sanitarios como entes dotados con personalidad jurídica propia y la progresiva creación de entes de base asociativa tanto a nivel de atención primaria como de atención especializada. Debe reformarse por tanto en profundidad el actual sistema de relaciones laborales, descentralizando la capacidad de negociación colectiva de las principales materias que conforman la política de personal a nivel de centro asistencial.
- Los sistemas de financiación de centros asistenciales tienen que ser en parte de naturaleza prospectiva, trasladando un cierto nivel de riesgos y por tanto de amenazas y promesas creíbles. El modelo de financiación de centros hospitalarios debe recoger un componente específico derivado de la hetero-

geneidad en costes no observable por el regulador y un componente estándar que determinen el grado de traslados de riesgos.

- Diferentes centros sanitarios del INSALUD y los SRS y particularmente los grandes centros hospitalarios, deben acometer procesos de reconversión controlada específicos para adecuarse al nuevo marco de regulación institucional. La existencia de fuertes excedentes de personal en los mismos debe abordarse con el diseño de sistemas de movilidad forzosa y procedimientos de jubilación anticipada convenientemente incentivados. Esto exige canalizar recursos adicionales para que el coste político de una reforma global no sea inasumible y las nuevas experiencias de gestión no se vean recluidas permanentemente en los márgenes del sistema sanitario.

## BIBLIOGRAFÍA

Acuerdo CESM-INSALUD sobre productividad variable. 2500 millones para cumplir el contrato-programa (1997). *Guía Sanitaria*, 436. 21.04.97.

Anteproyecto de Dictamen de la Subcomisión parlamentaria para el estudio de las medidas necesarias para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud (1997). *Guía Sanitaria*, 446. 30.06.97.

Antiplatelet Trialists Collaboration (1994). Collaboration overview of randomised trials of antiplatelet therapy *BMI*, 308: 81-106.

Arthur Andersen y Smithkline Beecham (1997). *La modernización de la Sanidad Pública en el mundo*. Arthur Andersen.

Ariño Ortiz G, Sala Auquer JM (1995). La gestión de los Servicios Sanitarios mediante formas personificadas: Especial referencia a empresas públicas y sociedades. En: *La gestión de los servicios sanitarios. Modelos alternativos. III Congreso Derecho y Salud*. Pamplona: Gráficas Lizarrá, SA: 55-71.

Arruñada B (1997). Bases para la profesionalización de la sanidad pública. En: López i Casanovas G, Rodríguez Palenzuela D (Coord.). *La regulación de los servicios sanitarios en España*. Madrid: Editorial Civitas: 157-212.

Arthur WB (1988) Self-Reinforcing Mechanisms in Economics, recogido en Anderson, P. W.; Arrow, K. J. y Pines, D., *The Economy as an Evolving Complex System*. Redwood City (Ca.). Addison-Wesley.

Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas (1997). *La Contabilidad de Gestión en los Centros Sanitarios*. Madrid. Ortega Ediciones Gráficas, S.L.

Barea J, Gómez A (1994). *El problema de la Eficiencia en el Sector Público en España: especial consideración de la Sanidad*. Madrid: Instituto de Estudios Económicos.

- Bengoa R. (Dtor.) (1996). *La sanidad: un sector en cambio. Un nuevo compromiso entre la administración, usuarios y proveedores*. Barcelona: SG editores.
- Bengoa R, Echebarría K, Fernández JM, Vía JM, Camprubí J (1997). *Sanidad. La reforma posible*. Navarra: Bega Comunicación.
- Bohigas L (1997). La acreditación de hospitales: un paso hacia la liberalización del mercado hospitalario español. En: López i Casanovas G, Rodríguez Palenzuela D (Coord.) *La regulación de los servicios sanitarios en España*. Madrid: Editorial Civitas: 91-128.
- Borrajó Iniesta I (1995). La huida hacia fórmulas de gestión de Derecho Privado en la representación de Servicios Sanitarios: la supuesta crisis del Derecho Administrativo. En: *La gestión de los servicios sanitarios. Modelos alternativos. III Congreso Derecho y Salud*. Pamplona: Gráficas Lizarra, SA: 95-123.
- Burgos R, Martín JJ, Linares A (1997). Metodología de costes basada en las actividades aplicadas a trasplantes. *Gestión Hospitalaria*, 1: 53-58.
- Cabasés JM, Martín JJ (1997). Diseño y Evaluación de estrategias de desregulación en el sector sanitario público en España. En: López i Casanovas G, Rodríguez Palenzuela D (Coord.) (1997) *La regulación de los servicios sanitarios en España*. Madrid: Editorial Civitas: 481-537.
- Carmona G, Prados A, Sánchez-Cantalejo E. (1997) Los grupos de atención ambulatoria. Resultados parciales del proyecto: Evaluación del comportamiento de los Grupos de Atención Ambulatoria en nuestro entorno de Atención Primaria. *Gestión Hospitalaria*. 1: 40-45.
- Chalmers J, Enkin M, Keirse MJNC (eds). (1989) *Effective Care in Pregnancy and Child Birth*. Oxford: Oxford University Press.
- Colell AM (1994). Sobre el carácter obligatorio y universal del seguro de salud. En: López i Casanovas G (Dir.) *Análisis Económico de la Sanidad*. Barcelona: Servei Català de la Salut: 63-75.
- Concurso público para la gestión del hospital de La Rivera. El modelo FARNOS de reforma hospitalaria (1997). *Guía Sanitaria*, 427. 17.02.97.
- Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (1997). Reflexiones en torno a los estatutos de las nuevas fundaciones hospitalarias. *Guía Sanitaria*, 425/426.3. 10.02.97.
- David P, Arthur B. (1982): Clio and the Economics of QWERTY. *American Economic Review*, 75 (2), pags. 332-337.
- De Manuel Keenoy E, Pérez Lázaro JJ (Eds) (1995). *Oportunidades de Gestión Empresarial en los Servicios Sanitarios Públicos*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- De Manuel Keenoy E, Silió Villamil F (Coord.) (1996). *Gestión sanitaria en el siglo XXI*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Dixit AK, Nalebuff BJ (1992): *Pensar estratégicamente*. Barcelona, Antoni Bosch.
- Echebarría Ariznabarreta K (1996). *Los procesos de modernización de las administraciones públicas en Europa*. ESADE. Barcelona. (Mimeo).
- Elola J (1994). *Sistema Nacional de Salud: Evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma*. Barcelona: SG-Editores.

- Enmiendas y críticas contra el anteproyecto de dictamen de la subcomisión del Congreso. Todos contra el Partido Popular (1997). *Guía Sanitaria*, 447/448.7. 14.07.97.
- Escuela Andaluza de Salud Pública (1997a). *Evaluación de la Empresa Pública Hospital Costa del Sol. Periodo 1994-1996*. (Mimeo).
- Escuela Andaluza de Salud Pública (1997b). *Evaluación de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía. Periodo 1994-1996*. (Mimeo).
- Evans RG, Barber ML, Marmor TR (1994). *Why are some people healthy and others not?*. New York: de Gruyter. Existe traducción al español. *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?* Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Evidence Based Medicine Working Group (1997). La medicina basada en la evidencia. Guías del usuario de la literatura médica. *JAMA*. monografía.
- Fernández JM (1996). Modelos de contratación. En: Bengoa R. (Dtor.) (1996). *La sanidad: un sector en cambio. Un nuevo compromiso entre la administración, usuarios y proveedores*. Barcelona: SG editores: 77-86.
- Figueres Marimont J, Saltman RB (1997). Tendencias actuales en las reformas de los sistemas sanitarios en Europa. *Revista de Administración Sanitaria* 1 (2): 39-68.
- Freemantle N, Long A, Mason J et al (1993) The treatment of depression in primary care. *Effective Health Care* 5, School of Public Health, Leeds University.
- García Barbero M, Goicoechea J (1997). *Health Care Delivery Profiles and Innovations in Selected European Countries*. Valencia: Fernando Gil, S.A.
- Gervás J, Ortún V (1997) Regulación y eficiencia de la atención sanitaria primaria en España. En: López i Casanovas G, Rodríguez Palenzuela D (Coord.) (1997) *La regulación de los servicios sanitarios en España*. Madrid: Editorial Civitas: 129-155.
- Gervás J, Pérez Hernández MM y Starfield B (1994) Primary Care, financing and gatekeeping in Western Europe. *Family Practice* 11, 307-317.
- Greenfield S, Nelson EC, Zubkoff M, et al (1992) Variations in resource utilization among medical specialities and systems of care, *JAMA*, 267: 1624-1630.
- Iturriaga Nieva R (1997). Las sociedades públicas, un dudoso instrumento de gestión. *Auditoría Pública*, 10: 65-68.
- López i Casanovas G, Wagstaff AR (1997). La financiación hospitalaria basada en la actividad en sistemas sanitarios públicos, regulación de tarifas y eficiencia: el caso de la concertación hospitalaria en Cataluña. En: López i Casanovas G, Rodríguez Palenzuela D (Coord.) (1997) *La regulación de los servicios sanitarios en España*. Madrid: Editorial Civitas: 213-244.
- López i Casanovas G (1996). La interrelación de lo público y lo privado en sanidad desde la perspectiva de la adopción de políticas sanitarias: algunas reflexiones contextuales. En: Meneu R, Ortún V (Eds) (1996). *Política y gestión sanitaria: la agenda explícita*. Barcelona: SG editores: 3-16.
- López i Casanovas G, Rodríguez Palenzuela D (Coord.) (1997) *La regulación de los servicios sanitarios en España*. Madrid: Editorial Civitas.

- López i Casanovas G (1993). Ofertas de cuidados de salud y políticas de empleo en el sector sanitario público. *Hacienda Pública Española (monografías)*, 1: 45-68.
- Marmot (1986). Social inequality in Mortality: The Social Environment. En: WILKINSON RG. (De.). *Class and Health: Research and Longitudinal data*. London: Tavistok.
- Martín Martín JJ (1996). *Innovaciones e incentivos en organizaciones sanitarias. Experiencias en la Comunidad Autónoma Andaluza*. Memoria de Doctorado. Departamento de Hacienda Pública. Facultad de Económicas y Empresariales. Universidad de Málaga.
- Martín Martín JJ (1997). *Reformas Sanitarias en Europa*. (En prensa).
- Martín Martín JJ (1993). La Reforma Sanitaria de Atención Primaria en el Reino Unido. Una perspectiva desde España (I). *Centro de Salud*, Vol. 1, (Nº 7): 481-488.
- Martín Martín JJ (1993). La Reforma Sanitaria de Atención Primaria en el Reino Unido. Una perspectiva desde España (II). *Centro de Salud*, Vol. 1, (Nº 8): 571-577.
- Martín Martín JJ, López del Amo MP (1994). *Incentivos e Instituciones Sanitarias Públicas*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Martín Martín JJ, López del Amo MP, Carretero L, Pérez C (1997). Empresa Pública Hospital Costa del Sol. Innovaciones y eficiencia en la gestión hospitalaria. En: *Costes y calidad en la contratación de servicios de salud. XVII Jornadas Economía de la Salud*. Murcia: Compobell, S.L. : 113-117.
- Martín Martín JJ, López del Amo MP (1997). La desregulación del sector sanitario público: oportunidades y riesgos. *Cuadernos de Cinco días*. Serie: "Los nuevos retos del sector público ante la Unión Monetaria Europea". nº 8: Los problemas de la sanidad: 229-229.
- Martínez Aguayo C (1996) El contrato programa como instrumento de gestión. En: Bengoa R. (Dtor.) (1996). *La sanidad: un sector en cambio. Un nuevo compromiso entre la administración, usuarios y proveedores*. Barcelona: SG editores: 77-86.
- Mays N, Dixon J (1996). *Purchaser plurality in UK Health Care. Is a consensus emerging and is it the right one?* London: King's Fund Publishing.
- Meneu R, Ortún V. (Coords.) (1996). *Política y gestión sanitaria. La agenda explícita*. Barcelona: SG-Editores.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1997). Descripción y estado de situación del Sistema Nacional de Salud. *Guía Sanitaria* nº 428, 24.2
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1994): *Gestión Analítica: Hacia el coste por paciente*. Proyecto SIGNO II.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1990): *Gestión Analítica: Hacia la contabilidad analítica en los hospitales*. Proyecto SIGNO I.
- Moher M, Johnson N (1994a) Use of aspirin by general practitioners in suspected myocardial infarction. *BMJ* 308: 760.
- Moher M, Moher D, Havelock (1994b) Survey of whether general practitioners in suspected myocardial infarction. *BMJ*: 308: 761.
- North DC (1990). A transaction cost theory of politics. *Journal of Theoretical Politics*. 2: 4.
- NorthDC (1992). Institutions, Ideology, and economic performance. *Cato Journal*, 11(3).

- OCDE (1995). Nouvelles orientations dans la politique de santé. *Études de politique de santé* nº7. París.
- Ortún V (1997). Los contornos de las organizaciones sanitarias. En: *Costes y Calidad en la contratación de servicios de salud. XVII Jornadas de Economía de la Salud*. Murcia: Compobell SL: 39-54.
- Ortún V (1996). Innovación organizativa en sanidad. En: MENEU R, ORTÚN V (Eds) (1996). *Política y gestión sanitaria: la agenda explícita*. Barcelona: SG editores: 157-176.
- Ortún V (1997). Gobierno de la sanidad y práctica clínica. *Gaceta Sanitaria*, Vol. 11, (Nº3): 111-113.
- Ortún V, G. Rivas J (1996a): Las Asociaciones de Profesionales en Medicina General. *Atención Primaria* 1996, 17: 300-302.
- Ortún V, G. Rivas J (1996b): Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria, *Medicina Clínica* 1996; 106: 97-102.
- Pellisé Urquiza L (1997). La financiación de servicios sanitarios en un contexto de competencia pública. En: López i Casanovas G, Rodríguez Palenzuela D (Coord.) (1997) *La regulación de los servicios sanitarios en España*. Madrid: Editorial Civitas: 291-321.
- Pellisé L (1996). Regulación de competencia en el mercado de seguros sanitarios español. Capitación y selección de riesgos en MUFACE. MENEU R, ORTUN V (Eds) (1996). *Política y gestión sanitaria: la agenda explícita*. Barcelona: SG editores: 301-320.
- Peiró S (1995). Limitaciones en la medición de los resultados de la atención hospitalaria: implicaciones para la gestión. En Asociación de Economía de la Salud. *Instrumentos para la gestión en sanidad. XV Jornadas de Economía de la Salud*. Barcelona: SG-Editores: 57-101.
- Pérez C, Carretero L, Martín J, López del Amo MP (1997). Empresa pública Hospital Costa del Sol. Innovaciones y eficiencia en la gestión hospitalaria. En Asociación de Economía de la Salud. *Costes y calidad en la contratación de servicios de salud. XVII Jornadas de Economía de la Salud*. Murcia: Compobell S.L.
- Renaud M (1994). The future: Hygeia versus Panakeia? En: Evans RG, Barber ML, Marmor TR (1994). *Why are some people healthy and others not?* New York: de Gruyter. Existe traducción al español. *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?* Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Rivera JA (1997). El efecto mariposa. *Claves de razón práctica*, 73: 32-41.
- Rosemblant (1992) Specialists or generalist. On whom should be based the American health care system? *JAMA* 267: 1665-1666.
- Servicio Andaluz de Salud (1995): *Sistema de control de gestión hospitalaria (COAN)*. Manual.
- Villar Rojas F (1994). La huida al Derecho Privado en la gestión de los servicios de salud. En: Asociación de Economía de la Salud (ed): *Cambios en la regulación sanitaria*. Barcelona: SG editores: 265-281.
- WHO (1997). *European Health Care Reforms: Analysis of Current Strategies*. Edited and Written by R. Saltman y J. Figueres WHO Regional Publications. European Series nº 72.