

# La desregulación en el sector sanitario público en España

**Juan M. Cabasés Hita**

*Profesor de Economía Aplicada de la Universidad Pública de Navarra*

Los sistemas nacionales de salud, caracterizados por la financiación pública y la provisión fundamentalmente pública, afrontan en la actualidad el reto de su reforma para garantizar su viabilidad financiera futura y la satisfacción de los objetivos de eficiencia y equidad.

Una vía de avance se analiza en este trabajo: las reformas organizativas de la gestión sanitaria orientadas a la mejora de la eficiencia.



**E**n línea con las reformas en desarrollo en otros países con sistemas nacionales de salud, como el Reino Unido y Suecia, en España se ha iniciado un proceso orientado hacia el establecimiento de las bases para la introducción de una mayor dosis de competencia en el sector sanitario, separando las funciones de financiación, compra y producción de servicios.

La figura clave en este proceso es el contrato. En el Estado Español, dos mecanismos paralelos de reforma han sido desarrollados recientemente: la implantación del contrato-programa a todas las organizaciones sanitarias públicas, tanto hospitales como centros de atención primaria, y la creación de empresas públicas sanitarias, como experiencias piloto. Más recientemente, se han producido cambios en la normativa para facilitar estos procesos, creando un nuevo marco gestor que posibilita la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho.

Las previsibles mejoras en eficiencia de estos cambios organizativos que alcanzan a la privatización de la gestión han de balancearse con los costes de esta "huida hacia el derecho privado" (Villar Rojas, 1995), en términos de costes de influencia e interferencia política.





## El sistema sanitario en contexto

Son tres los tipos de condicionantes o restricciones que afrontan los sistemas sanitarios en Europa actualmente: externos, técnicos y políticos.

### Los condicionantes externos

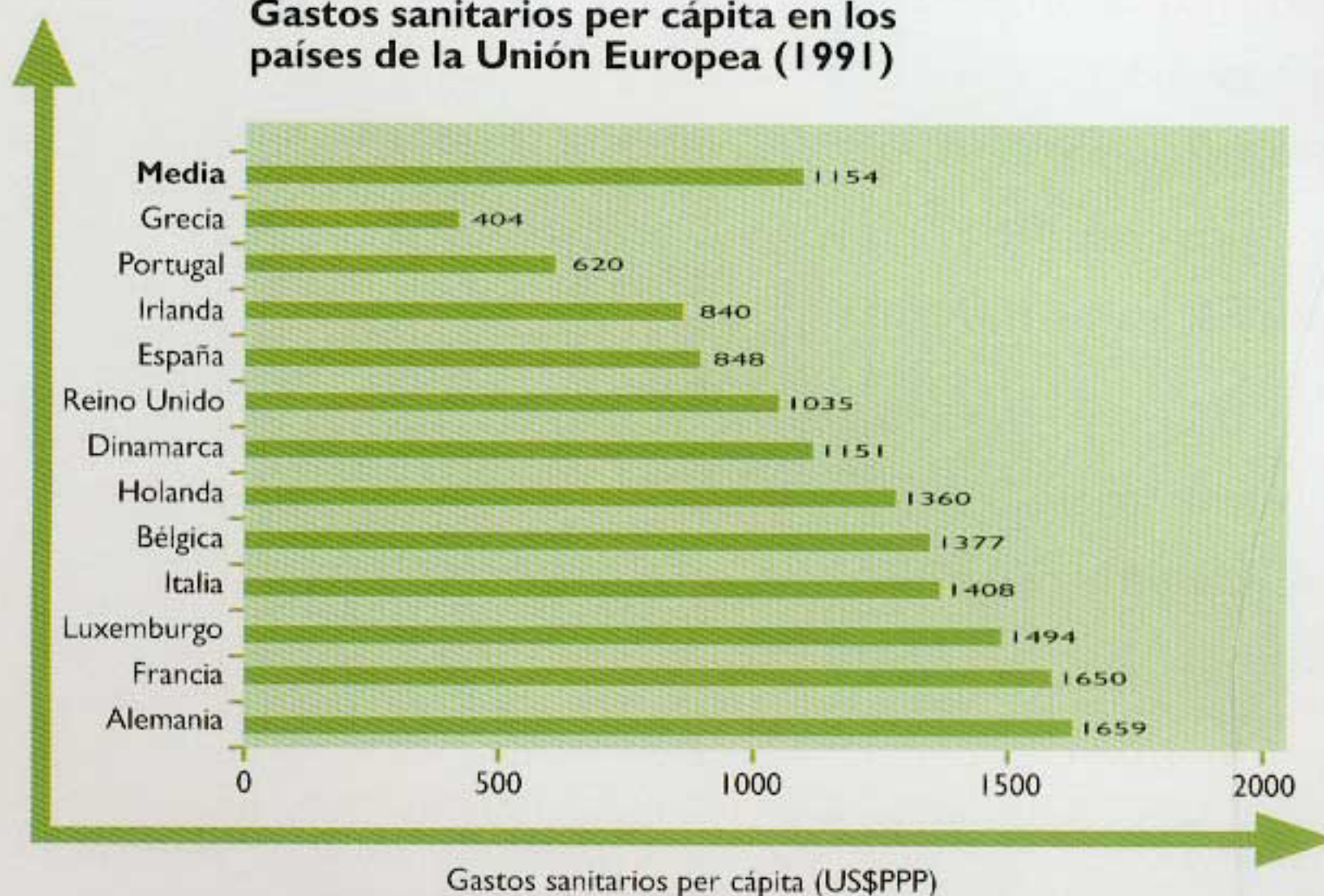
La restricción externa proviene de la necesidad de reducir los déficit públicos, especialmente en los países firmantes del Tratado de Maastricht. En España, el gasto sanitario constituye uno de los capítulos más importantes del presupuesto público, siendo su control imprescindible para el objetivo.

El 80% de la variación reciente (1986-1993) del gasto sanitario público en términos reales (7,45 % de tasa de crecimiento anual acumulativa) lo explican los cambios en la prestación sanitaria real media por persona; esto es, los aumentos en la cantidad y calidad de los servicios provistos debidos a las demandas crecientes de los ciudadanos y a la incorporación de nuevas tecnologías, medicamentos y otros productos sanitarios. La evolución demográfica y el envejecimiento de la población tienen un escaso poder explicativo de la evolución del gasto sanitario público reciente, con tasas de crecimiento anuales inferiores a la unidad <sup>(1)</sup>. Por funciones, el incremento en el

El mencionado acuerdo estableció el límite al crecimiento del gasto sanitario público (INSALUD) en la tasa del crecimiento del PIB, para un periodo cuatrimestral (1994-1997), así como el criterio de asignación territorial de recursos financiados a las comunidades autónomas con servicios transferidos, de acuerdo con la población protegida, según lo previsto en la LGS (art. 82).

Haber fijado por vez primera una referencia para el crecimiento del presupuesto sanitario público es su principal virtud. Su éxito o fracaso dependerá de la capacidad de adaptarse a la restricción presupuestaria por parte del INSALUD y las CC.AA y de la credibilidad de la medida. Un sistema sanitario que gasta sistemáticamente por encima de lo que presupuesta ha generado un incentivo a la mala gestión generalizándose la indisciplina del gasto. Las continuadas reivindicaciones de las CC.AA por un mayor presupuesto sanitario aduciendo infrapresupuestación parecen indicar un cierto fracaso de este acuerdo en sus tres años de vigencia.

**GRÁFICO I**  
Gastos sanitarios per cápita en los países de la Unión Europea (1991)



El gasto sanitario público ha ido creciendo a mayor ritmo que el PIB en las últimas décadas alcanzando el 5,71% del PIB en 1993 (**Cuadro 1**) (Blanco y Bustos, 1996). Mantiene todavía una considerable distancia con respecto a la media de la UE, pese a haber experimentado un acercamiento progresivo a los patrones europeos (**Gráfico 1**). Estimaciones recientes indican que, ajustando por nivel de renta per cápita y estructura etaria de la población, España habría alcanzado prácticamente la norma comunitaria en 1993 (Boscá, Fernández y Taguas, 1996).

gasto real en farmacia extra-hospitalaria es el más importante, seguido del gasto hospitalario.

La predicción sobre la evolución futura del gasto sanitario público bajo la hipótesis de un crecimiento de la prestación real media igual a la del PIB real es que a finales de 1999 habremos alcanzado el 6,14% del PIB. La hipótesis no es consistente con las previsiones de aumento del presupuesto de la sanidad pública establecidas para el periodo 1994-1997 por acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera, que exigía mantener la tasa de 1993.

(1) El modelo para el análisis de la evolución del gasto sanitario público es el desarrollado por Blanco y Bustos (1996) siguiendo el utilizado por Barea (1992). Para relacionar la evolución del gasto sanitario público con sus factores determinantes, una forma de proceder consiste en resumir dichos factores en los cuatro siguientes: a) la evolución demográfica, b) la evolución de la tasa de cobertura sanitaria de la población, c) las variaciones en la prestación sanitaria real media por persona y d) el crecimiento de los precios de la prestación sanitaria pública. Analíticamente esto se refleja en la siguiente identidad en términos de números índices, fijado un año base del análisis.

$$IGSPt = IDft \times ITct \times IPSt \times IPSt$$

Donde:

GSP = gasto sanitario público

FD =  $P1 + 3.3 \times P2$  factor demográfico: población ajustada por el grado de envejecimiento.

P1 población menor de 65 años P2 población mayor de 65 años

TC = tasa de cobertura de la asistencia sanitaria pública

PSC = prestación sanitaria real media por persona menor de 65 años

IPS = índice de precios implícitos en la provisión de servicios sanitarios por el sector público (precios de la prestación sanitaria pública)

En resumen, **el gasto sanitario público en España (80% del gasto sanitario total) constituye un capítulo muy relevante del gasto público (12 de cada 100 ptas. de los presupuestos del conjunto del sector público y el 37% del gasto del Estado presupuestado para 1997)**. Sin embargo, no es muy elevado en relación al PIB (en torno al 6%) cuando se compara con otros países del entorno, aunque se encuentra en la norma europea si se ajusta por nivel de renta.

La tradicional insuficiencia presupuestaria del INSALUD demuestra la incapacidad para controlar el gasto. No ha habido un traslado efectivo de riesgo a las CC.AA con los servicios de INSALUD transferidos, cuyo comportamiento ha estado basado más en las expectativas de desviación del gasto de INSALUD-Gestión Directa (de las que han participado incrementando sus presupuestos en el porcentaje que aquéllas representaban), que en someterse a la restricción presupuestaria, que no resulta creíble, especialmente si se observa el recurso continuo a operaciones de saneamiento de los déficit que, en última instancia, concentran los riesgos en el financiador último, el Estado. Los aumentos en la prestación real media por persona, es decir, la cantidad y calidad de los nuevos servicios y procedimientos demandados, explican la expansión del gasto sanitario cuya relación con el PIB tiende a seguir creciendo según las previsiones.

En conclusión, **la viabilidad financiera del sistema sanitario público se encuentra amenazada si se pretenden mantener las cifras de déficit público al nivel exigido por el proceso de convergencia europea.**

### **Restricciones técnicas y políticas**

Las restricciones técnicas se refieren a la naturaleza del mercado sanitario caracterizado por asimetrías de información entre los agentes, que configuran numerosas relaciones de agencia. La relación médico-

paciente es de este tipo. Los médicos están mejor informados que los pacientes. Buscarán satisfacer sus objetivos "éticos" unos (la mejoría en la salud del paciente), "egoístas" otros (renta, ocio, prestigio profesional)— pudiendo inducir demanda en sus pacientes. El resultado predecible es la ineficiencia. En general, los profesionales sanitarios tienden a ser maximizadores de resultados y a ignorar los costes.

En el caso de las organizaciones sanitarias públicas, el mecanismo anterior se exagera, siendo de aplicación el modelo de comportamiento burocrático (Niskanen, 1971). Según éste, los objetivos de los directivos incluyen el poder, la reputación, los ingresos, la posibilidad de introducir cambios en la actividad, etc. Todos ellos están relacionados positivamente con el tamaño y la evolución de su presupuesto. La imposibilidad, sin embargo, de convertir en riqueza personal los logros de su gestión les llevará a maximizar el presupuesto y a producir ineficientemente con costes por encima de los mínimos.

Las restricciones políticas varían entre países y se refieren a la definición que cada país otorga a la atención sanitaria como un bien tutelar. El sistema sanitario público en España define el derecho universal al acceso a la asistencia sanitaria pública, independientemente de la capacidad de pago. El acceso viene determinado según la necesidad evaluada clínicamente y la atención no urgente se organiza según el orden de llegada. La universalidad y la igualdad de derechos para todos constituyen la base del sistema. Para garantizarlas, se establece la gratuidad en el momento del servicio. Esto otorga un derecho de propiedad ilimitado a los ciudadanos respecto a su sistema sanitario público. La consecuencia inmediata es la tendencia al consumo excesivo, máxime si se tiene en cuenta que la LGS no precisa el contenido material del derecho. En este contexto confluyen las expectativas de los ciudadanos de más y mejor asis-

tencia, con las de los profesionales, (un ejercicio profesional sin restricciones), y las de la industria. No hay que olvidar uno de los valores sociales sobre los que se asienta el patrón de actuación profesional, que en nuestra sociedad tiene más valor actuar que no actuar.

### **Respuesta institucional**

En España las restricciones políticas han propiciado una respuesta institucional que ha consistido fundamentalmente en la creación de organizaciones sanitarias de carácter público integradas verticalmente y sometidas al derecho público.

Los objetivos de las instituciones sanitarias públicas son complejos, frecuentemente contradictorios, y difíciles de medir. La heterogeneidad de los propietarios que tienen derechos residuales de decisión y control sobre la organización (Ministerio y Consejerías de Hacienda, Ministerio y Consejerías de Salud, profesionales, pacientes, etc.) generan, con frecuencia, metas y objetivos conflictivos entre sí. Por ejemplo, el control del gasto sanitario público propugnado por el Ministerio de Hacienda puede resultar contradictorio con la necesidad de ofrecer más y mejores servicios por parte de los responsables políticos sanitarios.

Además, los problemas de riesgo moral son mayores en las organizaciones sanitarias públicas, dado el carácter complejo e incierto del proceso productivo. Los profesionales sanitarios encuentran un margen amplio de discrecionalidad en la asignación de su tiempo y otros recursos productivos (procedimientos diagnósticos, medicamentos, etc.), con grandes costes de control, dada la especificidad de su conocimiento.

Las instituciones sanitarias públicas presentan importantes problemas a la hora de asignar los derechos residuales de decisión y control de forma coherente e incentivadora de comportamientos eficientes. Las restricciones derivadas de





la forma jurídica y contractual de nuestras instituciones sanitarias públicas obligan a una lógica de procedimiento centralizada de la toma de decisiones que minimiza la posibilidad de asignar descentralizadamente responsabilidad, riesgo y recompensas.

Sin embargo, todas estas restricciones configuradoras de una peculiar respuesta institucional son contradictorias con los derechos residuales que ostentan los profesionales sanitarios y particularmente el médico gracias al control de la información que detenta. Nuestro marco jurídico institucional vive la contradicción entre la asignación formal de los derechos de decisión y control a la burocracia directiva y administrativa, y la detentación real y efectiva de esos derechos residuales de decisión y control por los profesionales médicos, sin una vinculación coherente con los rendimientos residuales positivos o negativos.

La configuración jurídico-organizativa del sistema sanitario en España y sus posibles opciones de reforma están fuertemente condicionadas por la evolución histórica del sistema sanitario, y muy particularmente por el régimen administrativo que regula las transacciones sanitarias. El sometimiento de las instituciones sanitarias a un corsé de tipo administrativo en lo que atañe a su regulación (López Casasnovas, 1992), que prioriza la legalidad frente a la eficacia, redundan en ineficiencia.

Este sometimiento alcanza a las principales materias de contenido económico, régimen presupuestario, de personal, retributivo, de contratación, contabilidad, control previo de legalidad y tesorería (Medela, 1993) y limita sobremanera la transferibilidad de derechos residuales de decisión y control.

En el Estado español la forma jurídica escogida para la organización sanitaria es la de Organismos Autónomos: creados por Ley, sometidos al principio de especialidad, bajo tutela de los departamentos a que están adscritos. Los bienes asignados a los mismos conservarán su calificación jurídica-origenaria sin que el servicio adquiera la propiedad. Las obligaciones contraídas no podrán exigirse por el procedimiento de apremio a excepción de los derechos liquidados a favor de la Hacienda Pública. Los presupuestos de estos organismos deben ser aprobados por el Consejo de Ministros y publicados por el Ministerio de Hacienda. La contratación y ejecución directa de obras y servicios habría de acomodarse al sistema general establecido por el Estado. La fiscalización de los derechos y obligaciones, e intervención de los ingresos y pagos corresponde a la Intervención General. La inspección de su funcionamiento corresponde al Ministro o consejero del Departamento a que está adscrito. El personal adscrito a estos organismos tiene la consideración de personal estatutario en el caso de organismos autónomos de naturaleza sanitaria.

El reconocimiento de las ineficiencias del sistema sanitario público ha llevado a plantear cambios en su gestión dentro y fuera de su marco jurídico actual, cuyas características se comentan más adelante.

Las enseñanzas de la Nueva Economía Institucional (Williamson, 1993) sugieren que los problemas de las organizaciones sanitarias podrían encontrar respuesta en modificaciones en el marco institucional, con estructuras de gobierno alternativas. Los sistemas sanitarios públicos podrían beneficiarse de la introducción de competencias entre

proveedores ampliando el marco de elección a los consumidores. Este es el fundamento de las reformas recientes en el Reino Unido (1989) y la propuesta del *Informe Abril* (1991) para España, donde la separación entre las funciones de financiación, compra y producción en un entorno de competencia se espera produzca unos servicios más eficientes en los que los compradores contratan servicios coste-efectivos a proveedores que trabajan a costes mínimos a causa de la competencia.

La necesidad de proteger los intereses de los pacientes y los ciudadanos, de mantener los niveles de equidad y de adecuar la asistencia sanitaria a los objetivos más amplios de la política de salud, creando espacios para la promoción y la prevención, hacen que se trate de un mercado gestionado, donde se combinen competencia con planificación. En este esquema son fundamentales el mecanismo de financiación a los compradores (capitación ponderada siguiendo algún criterio objetivo de necesidad relativa) y el contrato de éstos con los proveedores, que se convierte en el canal de transmisión de los objetivos de salud de la organización hacia los proveedores.

## **Reformas organizativas en la gestión sanitaria**

### **De la jerarquía hacia formas híbridas de organización**

Las alternativas organizativas que se ofrecen a los sistemas sanitarios pueden resumirse en las tres estructuras de gobierno propuestas por Williamson (1991, 1993), cuyas características se muestran en el **Cuadro 1**: mercados, modelos híbridos y jerarquías. A medida que nos alejamos de la estructura jerárquica aumenta la intensidad de los incentivos y se reducen los controles administrativos, que son sustituidos por contratos. La lógica del mercado desregulado, donde adquiere un mayor vigor la respuesta a los deseos de los consumi-

res, no permitirá lograr la eficiencia en el marco sanitario, dados los comportamientos estratégicos descritos y además, resultaría inequitativo. La jerarquía resulta igualmente ineficiente. De ahí que se planteen los modelos híbridos donde se incorporan algunos elementos propios del mercado, en un marco regulado.

### CUADRO I Atributos diferenciadores de estructuras de gobierno de mercado, híbridas y jerarquías

ATRIBUTOS	ESTRUCTURA DE GOBIERNO		
	Mercados	Híbrida	Jerarquía
<b>INSTRUMENTOS</b>			
Intensidad del incentivo	++	+	0
Controles administrativos	0	+	++
<b>ATRIBUTOS DE COMPORTAMIENTO</b>			
Adaptación (A)	++	+	0
Adaptación (C)	0	+	++
<b>LEYES CONTRACTUALES</b>	++	+	0

++ = Fuerte + = Intermedio 0 = Débil

**ADAPTACIÓN (A): Adaptaciones de mercado:** Los consumidores y productores responden independientemente a cambios paramétricos en precios para maximizar su utilidad y beneficios, respectivamente.

**ADAPTACIÓN (C): Adaptaciones de cooperación:** Inversiones y adaptaciones coordinadas.

Fuente: Williamson, O. (1991): "Comparative economic organization: The analysis of discrete structural alternatives". *Administrative Science Quarterly*, 36: 281.

Quedan, por tanto, abiertas diversas opciones organizativas según el papel que adopte el sector público y el juego que quiera darse al sector privado en el ámbito sanitario y la capacidad de elección que se otorgue al usuario. Éstas se resumen en el Cuadro 4 (López Casasnovas, 1994)

### CUADRO 2 Formas organizativas para la sanidad pública

	¿QUIÉN PRODUCE EL SERVICIO?	
¿QUIÉN DECIDE? ¿y cómo se financia el suministro del servicio público?	INSTITUCIÓN PÚBLICA	INSTITUCIONES PÚBLICA Y PRIVADA
DIRECTAMENTE LA AUTORIDAD PÚBLICA	MODELO BUROCRÁTICO	COMPETENCIA SIMULADA DIRIGIDA
INDIRECTAMENTE COMO CONSECUENCIA DE LA ELECCIÓN DEL USUARIO	MODELO DE COMPETENCIA PÚBLICA	COMPETENCIA SIMULADA DESCENTRALIZADA

Fuente: Adaptación de López Casasnovas (1994).

A partir de la financiación pública se definen separadamente los papeles de comprador y productor de los servicios. La compra directa por parte del sector público con producción pública da lugar al modelo burocrático jerárquico conocido. La compra directa con producción pública y privada, o Competencia Simulada Dirigida, consiste en la configuración bajo un monopsonio público de compra de servicios, de un mercado de oferta en el que los productores públicos y privados estén presentes.

Si las decisiones provienen como consecuencia de la elección del usuario en un marco de producción pública, estamos ante un modelo de Competencia Pública, un mercado restringido exclusivamente a los productores públicos; y si el marco se abre a los agentes privados, ante un modelo de Competencia Simulada Descentralizada (López Casasnovas, 1993). Este último contempla la posibilidad de competencia entre aseguradoras.

La opción por la competencia simulada, o creación de mercados internos, requiere abordar básicamente las cuestiones de la regulación y de la gestión. En relación a la primera, los dos aspectos clave a regular son la cobertura y la calidad, que han de quedar garantizadas en todo caso.



*Los objetivos de las instituciones sanitarias públicas son complejos, frecuentemente contradictorios y difíciles de medir*



La Privatización  
de Empresas  
y Servicios Públicos.  
Su control y financiación.

En relación a la gestión, es obvia la necesidad de aumentar los grados de discrecionalidad. El actual marco administrativo debería ir dejando paso a fórmulas jurídicas que permitan la autonomía de la gestión, que transfieran riesgo a los decisores, responsabilidad financiera a los profesionales sanitarios; en definitiva, que descentralicen los derechos residuales de decisión y control, y los rendimientos residuales.

### **Reforma de la gestión del INSALUD y los servicios regionales de salud**

Las estrategias de cambio en la gestión de los servicios sanitarios públicos se han orientado a introducir el principio de división funcional de competencias separando la financiación, la compra y la provisión de los servicios como funciones independientes y con responsables distintos en el sistema. Esta idea que comparten otros modelos de reforma sanitaria (por ejemplo el Reino Unido) fue en su momento planteada y desarrollada por el *Informe Abril Martorell*, 1991: Separar la financiación (pública y privada) de la provisión como punto principal para mejorar la eficiencia. Esta separación, que constituye también criterio fundamental en las reformas proyectadas en algunos sistemas sanitarios europeos, permitiría introducir un cierto grado de competencia entre los proveedores, de forma que fuesen premiados aquellos que presten una atención eficiente y, por otra parte, crearía las bases para ampliar la libertad de decisión del usuario.

La práctica totalidad de las redes asistenciales públicas en España han desarrollado con mayor o menor énfasis dos mecanismos paralelos de reforma:

1.- Implantación del contrato-programa a todas las organizaciones sanitarias públicas, tanto hospitales como centros de atención primaria.

2.- Creación de empresas públicas sanitarias, como experiencias piloto.

### **Análisis y evaluación de los contratos-programa en el INSALUD y los diferentes servicios regionales de salud**

El análisis de los contratos programa pretende determinar en qué medida son instrumentos útiles para la mejora de la gestión y para el control del gasto sanitario. Conceptualmente el *contrato-programa* podemos definirlo como un *instrumento de relación con los centros públicos sanitarios que vincula la actividad al presupuesto asignado a cada centro*. Entre los objetivos a lograr por los contratos-programa deben resaltarse: transparencia de las obligaciones y objetivos definidos para cada centro, promover la autonomía y descentralización en la gestión, impulsar o estimular la eficiencia de gestión de los centros y posibilitar la competencia interna planificada.

Determinar en qué grado los contratos programa han respondido a estos objetivos implica responder a una serie de cuestiones:

- ¿Implica el contrato-programa y el desarrollo de medidas de actividad incluido en él, el paso de mecanismos de presupuestación retrospectiva a esquemas de financiación prospectiva?

- ¿Hay un traslado de riesgo efectivo a directivos, profesionales y trabajadores de los centros sanitarios? ¿Qué sucede con los hospitales y centros sanitarios que obtienen déficit o con los que obtienen ahorros?

- ¿Cuál es el nivel y la intensidad de los incentivos incorporados en el desarrollo de contratos-programa?

- ¿Existen contradicciones entre los derechos residuales de decisión y control transferidos en el contrato-programa y los que se establecen a través del resto de la normativa de

cada uno de los organismos autónomos (normativa presupuestaria, régimen de personal, etc.)?

Una descripción de los contratos-programa del INSALUD, puede ayudar a conocer sus características y la posterior valoración crítica.

El presupuesto INSALUD 1994 se elaboró a partir de las líneas de trabajo iniciadas y desarrolladas en el Contrato-Programa Marco de 1993 entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el INSALUD, manteniendo como objetivos propios, en su desarrollo y planteamiento, lo expresado en el Plan de Gestión establecido por el Ministerio de Sanidad y Consumo para el INSALUD.

Los **Cuadros 3 y 4** ilustran las principales características de los contrato-programa con hospitales y atención primaria, para 1994, con referencia a su ámbito asistencial y presupuestario, la incorporación o no de mecanismos de incentivos, el sistema de información y la evaluación de objetivos.

Un contrato programa tipo de INSALUD de carácter anual fija:

- ▼ El objetivo de producción. (UPAS y Procedimientos extraídos)
- ▼ La financiación, en función de costes efectivos, que está limitada.
- ▼ La cuantía de otras vías de financiación, en el caso de hospitales públicos, como los hospitales de diputaciones (Fondo de Asistencia Sanitaria).
- ▼ Las penalizaciones por exceso o defecto de producción o por desviaciones de la estancia media.

El contrato-programa entre la Dirección General del INSALUD y cada Gerencia de Atención Primaria contempla los objetivos a alcanzar por éste en actividad y los criterios de calidad que deben informar a los servicios prestados.

Un estudio reciente de evaluación de los contratos-programa (Cabasés y Martín, 1996) permite concluir:



▼ En términos jurídicos el contrato programa es una ficción legal y lo que se está realizando es una dirección por objetivos, descentralizando algunas decisiones y vinculando costes con actividad. La semántica utilizada con independencia

de su utilidad para el cambio de la cultura organizativa no debe esconder el principio de jerarquía que caracteriza estructuralmente a los organismos sanitarios públicos.

potenciar y mejorar significativamente los sistemas de información, y vincular explícitamente costes con producción, obteniendo medidas de eficiencia o ineficiencia de los centros.

▼ Ha tenido aspectos positivos al cambiar la cultura organizativa,

▼ Ha propiciado mejoras en el margen de la eficiencia de gestión,

### CUADRO 3 Contrato-programa INSALUD. Hospitales 1994

<b>ÁMBITO ASISTENCIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo y orientación de los servicios en relación con las necesidades de salud, estableciendo actuaciones prioritarias dirigidas a población geriátrica, vacunaciones, SIDA, cáncer de mama, diabetes y enfermedades cardiovasculares.</li> <li>• Los recursos y la Cartera de Servicios que constituyen la oferta asistencial de Atención Especializada para 1994 se conforman en este contrato-programa, toda modificación de la misma precisará autorización expresa de la Dirección General del INSALUD.</li> <li>• Adecuación del número de UPAs (Unidad Ponderada de Actividad) a los criterios establecidos en este Contrato.</li> <li>• Colaboración con el sector sanitario privado, sobre bases de complementariedad con recursos gestionados por INSALUD.</li> <li>• Aumento de la autosuficiencia de la Atención Primaria.</li> <li>• Mejora de la coordinación entre niveles asistenciales y con los servicios sociales.</li> <li>• Incremento de la productividad de los hospitales.</li> <li>• En caso de insuficiencia de recursos propios utilizados de forma óptima, el hospital puede concertar dentro de los créditos asignados para asegurar su oferta asistencial sin modificar la Cartera de Servicios definida para el Centro.</li> <li>• Potenciación del uso racional de los medicamentos.</li> <li>• Aumento de la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios.</li> <li>• Implicación del personal en la consecución de los objetivos de actividad, calidad y presupuestarios.</li> <li>• Formación del personal.</li> </ul>
<b>ÁMBITO PRESUPUESTARIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carácter limitativo de los créditos y correcta imputación de las obligaciones a las aplicaciones funcionales y económicas adecuadas.</li> <li>• Corrección de los desequilibrios territoriales.</li> <li>• Mantenimiento del capital productivo, destinado preferentemente a reposición la financiación para inversiones de 1994.</li> <li>• Financiación mediante UPA.</li> <li>• Potenciación de recursos financieros de facturación a terceros.</li> <li>• Las modificaciones del presupuesto de gastos que se deriven de incremento o disminución de la actividad, requerirán la previa aceptación del INSALUD, y se efectúa mediante cláusula adicional al presente documento.</li> <li>• Desarrollo de sistema de facturación entre la Atención Primaria y la Atención Especializada y sistema de coste por proceso.</li> </ul>
<b>INCENTIVACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El saldo positivo, en su caso, entre los presupuestos realmente ejecutados de gastos e ingresos, revertirá en la cuantía en que se determine en el Hospital, previa autorización del Director General del INSALUD y tendrán en todo caso como requisito esencial el cumplimiento de los objetivos de actividad establecidos en este contrato-programa. El contrato-programa viene formulado en estos términos pero esta medida no se ha llevado a cabo en el ejercicio 1994.</li> </ul>
<b>INFORMACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El Hospital debe mantener un sistema de información centralizado y fiable, base para la toma de decisiones a todos los niveles.</li> <li>• Implantación de la aplicación descentralizada del registro de personal de Instituciones Sanitarias.</li> <li>• Disposición de un Catálogo de Productos antes del 31 de diciembre de 1994.</li> <li>• Recogida mensual de la actividad propia que tenga que ser remitida a otro centro asistencial</li> <li>• Desarrollo de un sistema de contabilidad analítica que permita medir los resultados en términos de eficiencia (proyecto SIGNO).</li> <li>• Sistema de facturación que refleje la actividad en UPAs.</li> </ul>
<b>EVALUACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se instrumentarán en el centro los mecanismos necesarios para proporcionar los datos requeridos por el INSALUD, para la evaluación y seguimiento de los objetivos expresados en este contrato.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia a partir del documento INSALUD Gerencia de hospitales (1994). Contrato programa hospitales. Documentación interna. Madrid.



particularmente cuando como en el caso de Andalucía ha estado vinculado a sistemas de incentivos de cierta importancia.

▼ Permanecen importantes contradicciones entre la delegación de derechos residuales de decisión y control planteados en el contrato-programa y el marco contractual que

regula las organizaciones sanitarias públicas, siendo prevalente este último. La incoherencia entre los derechos residuales de decisión y control asignados "teóricamente" en el contrato-programa y los establecidos por las normas presupuestarias y de regulación laboral: cambios súbitos en las asignaciones presupuestarias

de un centro, mecanismos centralizados de sustituciones, vacaciones, sanciones, etc., minimizan la capacidad de decidir del equipo directivo.

▼ La asignación de recursos sigue siendo retrospectiva y alterar esta cuestión supera las posibilidades del contrato-programa. En el marco jurídico organizativo de los organis-

## CUADRO 4 Contrato programa INSALUD. Atención primaria 1994

<b>ÁMBITO ASISTENCIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personalización de la asistencia, dando respuesta a las demandas de la población en áreas de consulta, atención a domicilio y atención continuada.</li> <li>• Desempeño de tareas de promoción y prevención de la salud, investigación clínica y epidemiológica y docencia de pre y postgrado.</li> <li>• Mejora de la accesibilidad, manteniendo constante la calidad en la prestación del servicio y la satisfacción del usuario.</li> <li>• Descentralización y participación en la gestión, el contrato-programa pretende posibilitar la gestión de los Centros en un marco adecuado a la realidad, logro de eficiencia técnica y de gestión.</li> <li>• Desarrollo de la gestión farmacéutica.</li> <li>• Fomento del uso racional del medicamento.</li> <li>• Implantación de Equipos de Atención Primaria.</li> <li>• Se establece la necesidad de mantener un marco estable de oferta anual de prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios.</li> </ul>
<b>ÁMBITO PRESUPUESTARIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de la producción, a expensas de mejoras en la eficiencia y en la redistribución interna de los recursos.</li> <li>• El contrato-programa es la expresión de las actuaciones rigurosas de los gestores públicos dentro de los límites del presupuesto asignado.</li> <li>• Autosuficiencia financiera.</li> <li>• Potenciación del incremento de recursos financieros derivados de la facturación a terceros.</li> <li>• Las modificaciones del presupuesto de gastos que se deriven del incremento o disminución de la población atendida por Equipos de Atención Primaria, o modificaciones en prestación farmacéutica, requerirán la previa aceptación del INSALUD, y se efectuarán mediante cláusula adicional al presente documento, salvo servicios a terceros.</li> </ul>
<b>INCENTIVACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El saldo positivo entre presupuestos de ingresos y gastos revertirá, en la cuantía que se determine, en la Gerencia de Atención Primaria, con autorización previa del Director General del INSALUD, siempre que se obtenga la actividad establecida en el contrato-programa.</li> </ul>
<b>INFORMACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Gerencia de Atención Primaria debe mantener un sistema de información centralizado y fiable, base para la toma de decisiones a todos los niveles.</li> </ul>
<b>EVALUACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dada la importancia de la información en el proceso de toma de decisiones, el Centro deberá ofrecer los mecanismos que proporcionen los datos requeridos por el INSALUD para la evaluación y seguimiento de los objetivos expresados en el contrato-programa.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia a partir del documento INSALUD Gerencia de hospitales (1994).  
Contrato programa gerencias de atención primaria. Documentación interna. Madrid.



mos autónomos sanitarios los presupuestos prospectivos no son viables dada la imposibilidad de reducir recursos en las organizaciones sanitarias identificadas como ineficientes.

▼ No existe un traslado efectivo de riesgo ni a las organizaciones, ni a los directivos ni a los profesionales. En este sentido es importante señalar que la introducción de esquemas retributivos variables en directivos y profesionales aunque necesario e importante es insuficiente. Es fundamental tener la posibilidad de sancionar, despedir, y ajustar potenciales excedentes de plantilla. Esto es imposible de llevar a cabo con la actual regulación estatutaria del personal.

### **Creación de empresas públicas sanitarias**

Diversas experiencias piloto de creación de Empresas Públicas Sanitarias (EPS) en distintas comunidades autónomas avalan el interés de los responsables políticos por explorar este mecanismo de reforma. Una descripción por comunidades autónomas de las creadas los últimos años, así nos lo indica (Villar Rojas 1994).

La creación de empresas públicas sanitarias tiene como finalidad la búsqueda de una mejor gestión y la posibilidad de introducir técnicas de gestión empresarial en los centros sanitarios. La actividad de las empresas públicas sanitarias viene regulada en gran medida por el derecho mercantil y laboral a diferencia de los organismos autónomos sanitarios sometidos al derecho administrativo y al régimen de personal estatutario. Esto supone, sin duda una mayor flexibilidad en la organización y gestión de los centros sanitarios posibilitando potencialmente un aumento de la eficiencia organizativa y un mayor control de costes. Esta flexibilidad es manifiesta en el ámbito patrimonial, presupuestario y de control, laboral y de contratación de bienes y servicios.

Una de las características más peculiares del proceso de creación de empresas públicas sanitarias es que hasta el momento se han concentrado en actividades cuyo activo específico principal no es el capital humano del médico sino activos físicos, o de localización. Esto puede señalar la dificultad de alterar las reglas contractuales y laborales por las que se rige la mayor parte de la profesión médica en España.

*La creación de empresas públicas sanitarias tiene como fin una mejor gestión y la posibilidad de introducir técnicas empresariales*

Aunque es pronto para evaluar los resultados de estas experiencias, sí es posible apuntar los dos principales problemas que pueden limitar e incluso eliminar las indudables ventajas de diseño organizativo y de gestión de que dispone. En primer lugar, no existen mecanismos contractuales explícitos que permitan limitar las actividades de interferencia e influencia política. En segundo lugar, no están definidos con claridad mecanismos de traslado de riesgos que especifiquen de forma estable en el tiempo los beneficios y los costes que recaen sobre directivos y trabajadores dependiendo de la eficiencia de gestión.

Los cambios organizativos se han propuesto también a nivel del Servicio Regional de Salud en su conjunto, tanto en Cataluña (1990) como, más recientemente, en la Comunidad Autónoma del País Vasco (1997).

En 1990 se aprueba la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC), cuyo objetivo fundamental es la reforma de la ordenación del sistema sanitario público catalán de acuerdo con los principios de eficiencia y eficacia. La idea central que inspira la reforma es la separación de la función de financiación-contratación de los servicios sanitarios de la función de prestación de dichos servicios. Este es el rasgo fundamental que condiciona el funcionamiento y la concepción de la nueva organización del sistema sanitario catalán, que ha surgido tras la reforma.

La función de contratación correspondería al Servicio Catalán de la Salud (SCS) que actúa en nombre de todos los clientes de la sanidad pública en Cataluña. El SCS creado por la LOSC adopta la forma jurídica de Ente Público de carácter institucional, sujeto al derecho privado y al régimen laboral. A partir de 1993 los hospitales del ICS disponen de "contratos de servicios sanitarios" de forma similar al resto de hospitales concertados con el SCS.

De especial relevancia resulta la propuesta de modificación de la LOSC de 1990 donde se establece que el SCS podrá establecer contratos con entidades de base asociativa constituidas total o mayoritariamente por profesionales pertenecientes al ente público, abriéndose a éstos la vía de la excedencia especial durante tres años, con reingreso automático y excedencia voluntaria después, para su separación de la plantilla orgánica del SCS. Esta vía complementará la normativa sobre laboralización de la plantilla establecida en la Ley 9/94 modificadora de la Ley Reguladora de la Función Pública de la Administración de la Generalidad de Cataluña, que establece que el personal de nueva incorporación a las nuevas entidades del SCS sea laboral, y regula el procedimiento de conversión en laboral del personal funcionario y estatutario que integren la plantilla en dichas entidades.





La Privatización  
de Empresas  
y Servicios Públicos.  
Su control y fiscalización.

Esta estrategia de desregulación facilita el proceso ya iniciado de fusiones y coordinaciones de centros hospitalarios (consorcios), integraciones verticales de atención hospitalaria y primaria y creación de empresas públicas, así como asociaciones de profesionales para la atención primaria (cooperativas, etc.).

### **Avances en las reformas organizativas**

La tendencia hacia un modelo híbrido mostrada en estos últimos años en el Servicio Nacional de Salud ha venido a consolidarse en 1997, mediante la normativa sobre habilitación de nuevas formas de gestión del SNS (Ley 15/1997, de 25 de abril) y a través del acuerdo parlamentario de la Subcomisión del Congreso de los Diputados de Modernización del Sistema Sanitario, firmado el 29 de septiembre.

La Ley sobre Habilitación de Nuevas Formas de Gestión crea un nuevo marco gestor de los centros y servicios sanitarios que posibilita la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho. Corresponde al Gobierno, o a las CC.AA en el marco de su competencia, determinar las formas jurídicas, sus órganos de dirección y control y su financiación, además de otras cuestiones como el régimen de garantías de la prestación y las peculiaridades

*En términos jurídicos el contrato-programa es una ficción legal*



en materia de personal de las entidades que se creen. Igualmente, se mantiene abierta la posibilidad de concertación con personas o entidades públicas o privadas, tal como preveía la Ley General de Sanidad.

Esta ley consagra la ruptura potencial de la estructura jerárquica tradicional permitiendo que los centros tengan personalidad jurídica, descentralizando así la gestión y facilitando el traslado de riesgos.

La Subcomisión del Congreso para la Modernización del Sistema Sanitario acordó impulsar la autonomía de gestión recomendando:

*"a) Proseguir en los esfuerzos por separar las funciones de planificación, financiación, compra y provisión de servicios, configurando los centros asistenciales como organizaciones autónomas, con facultades de decisión efectivas y responsables en cuanto a la gestión y dotar a los centros de órganos de gobierno operativos y participativos, independientes de las entidades compradoras y/o financiadoras.*

*b) Facilitar la extensión de las nuevas formas de gestión a toda la red asistencial pública, abordando en el seno del Consejo Interterritorial, con pleno respeto a las competencias en materia organizativa de las Comunidades Autónomas, la definición de unas características*

*comunes a la organización interna de los entes o empresas públicas sanitarias en todas aquellas materias que se consideren necesarias, atendiendo a las características del servicio que tales instituciones prestan.*

*Estas características propias de las organizaciones sanitarias públicas deben permitir compatibilizar el establecimiento de garantías en la correcta prestación del servicio público (en materia de equidad en el acceso de los usuarios a los servicios y garantías en la prestación de los mismos, régimen presupuestario y económico-financiero, control patrimonial y régimen de personal) con la aplicación de mayores cotas de autonomía (dotación de órganos de gobierno propios, vinculación de los ingresos mediante contratos de los servicios, gestión de flujos de tesorería y capacidad de autoorganización, entre otros)".*

El control de calidad en la asistencia, cuestión clave en un contexto descentralizado, se pretende establecer

*"a través de un sistema general de acreditación de centros y servicios sanitarios consensuado en el seno del Consejo Interterritorial, respetando el marco competencial vigente en la materia. La acreditación debe permitir verificar el cumplimiento por parte de cada institución*

**CUADRO 4**  
**Serie histórica de gasto sanitario público y PIB**

<b>AÑO</b>	<b>Variación interanual del PIB (pesetas corrientes)</b>	<b>Variación interanual del PIB (pesetas constantes)</b>	<b>Variación interanual del GSP (pesetas corrientes)</b>	<b>Variación interanual del GSP (pesetas constantes)</b>	<b>% GSP/PIB (pesetas corrientes)</b>	<b>% GSP/PIB (pesetas constantes)</b>
1960					1,01	1,80
1961	12,55	9,69	10,48	5,22	0,99	1,73
1962	13,61	7,61	31,37	19,61	1,15	1,92
1963	13,59	10,27	16,35	5,47	1,18	1,84
1964	35,90	28,03	30,01	18,84	1,13	1,70
1965	16,00	5,91	36,81	18,22	1,33	1,90
1966	16,01	7,81	28,26	8,75	1,47	1,92
1967	13,24	2,85	43,03	20,70	1,86	2,25
1968	12,90	7,95	16,54	10,92	1,92	2,31
1969	14,50	6,99	27,92	15,96	2,14	2,51
1970	10,44	5,27	25,27	12,01	2,43	2,67
1971	12,86	3,93	25,73	13,32	2,70	2,91
1972	17,37	8,76	29,60	16,08	2,99	3,11
1973	20,55	7,64	32,06	16,89	3,27	3,37
1974	22,47	6,05	26,08	7,40	3,37	3,42
1975	17,41	0,34	31,93	15,10	3,78	3,92
1976	20,34	3,08	25,15	2,53	3,94	3,90
1977	26,88	3,14	36,46	9,85	4,23	4,15
1978	22,38	1,26	26,88	6,48	4,39	4,36
1979	17,00	0,21	16,47	0,41	4,37	4,37
1980	14,90	1,25	19,05	3,71	4,53	4,48
1981	12,37	-0,24	13,62	-0,86	4,58	4,45
1982	15,71	1,55	18,81	5,63	4,70	4,63
1983	14,24	2,19	23,22	7,94	5,07	4,89
1984	13,26	1,47	5,29	-4,24	4,71	4,61
1985	10,51	2,65	7,74	-0,81	4,59	4,46
1986	14,62	3,16	10,74	2,68	4,44	4,44
1987	11,82	5,64	12,36	6,85	4,46	4,49
1988	11,11	5,16	13,80	8,22	4,57	4,62
1989	12,17	4,74	20,58	14,87	4,91	5,07
1990	11,32	3,74	12,83	7,05	4,98	5,23
1991	9,54	2,27	15,69	9,29	5,26	5,59
1992	7,56	0,67	17,03	6,01	5,72	5,88
1993	3,09	-1,16	2,94	0,44	5,71	5,98

Fuente: Blanco y de Bustos (1996).



de un conjunto de requisitos previamente establecidos".

El marco en el que se desarrollarán los proveedores se recomienda sea el de un mercado sanitario regulado, con competencias entre proveedores, con el soporte de un sistema integrado de información, fomentando relaciones estables y duraderas entre los agentes del sistema, instrumentando a través del control y evaluación de los resultados obtenidos.

### Propuestas de cambios en la regulación

El carácter político de la prestación de servicios sanitarios y la inexistencia de un marco legal normativo homogéneo, claro y explícito tanto de concertación como de regulación y funcionamiento de las empresas públicas sanitarias y centros sanitarios concertados, posibilita altos costes de influencia política. 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.

Pueden sugerirse algunas **estrategias de investigación** para mejorar la gestión sanitaria en España.

▼ **Desarrollo de normas contractuales explícitas homogéneas** que limiten la discrecionalidad y definan un conjunto de reglas estables para la realización de conciertos o contratos con centros sanitarios con independencia de su titularidad. Este conjunto de reglas debe incorporar la posibilidad de expropiar los activos en caso de mala gestión y penalizar a los responsables. Asimismo, este conjunto de reglas incluye el diseño de procesos presupuestarios que, dotando de una estabilidad financiera a los centros, propicien el control de costes y la eficiencia de gestión imposibilitando las ayudas financieras encubiertas a los centros sanitarios con problemas de viabili-

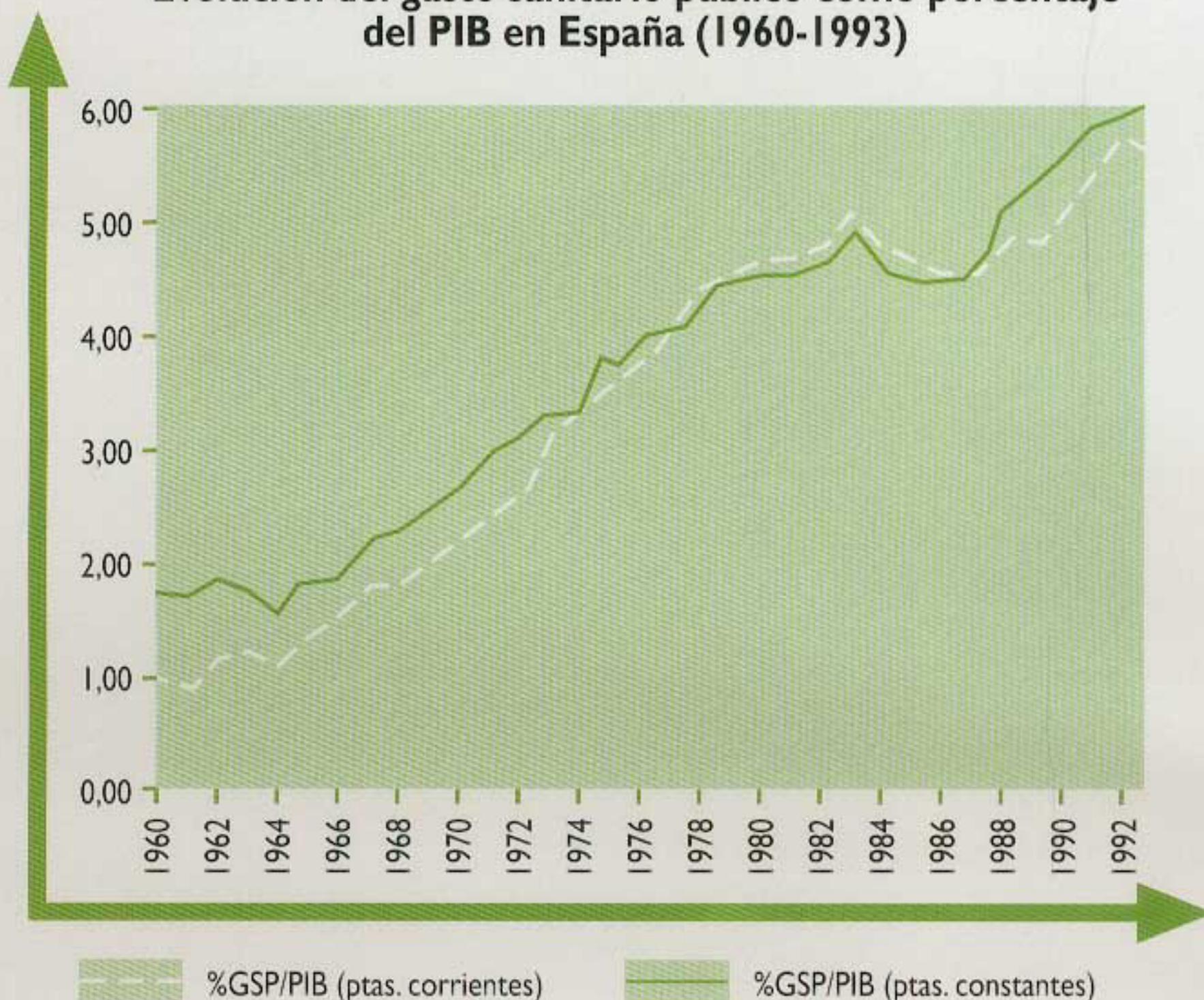
dad económica. Sin unas reglas claras y automatizadas de disciplina financiera y presupuestaria las posibilidades de una competencia pública o simulada, regulada quedan falseadas.

▼ **Creación de una norma** (con el rango que se precise) **que regule integralmente la empresa pública sanitaria**, tanto desde el punto de vista del régimen jurídico como del presupuestario, abarcando incluso procedimientos legales a seguir en función de los resultados obtenidos; es decir, establecer un conjunto de penalizaciones e incentivos de naturaleza contractual. En este sentido convendría estudiar tanto desde el punto de vista económico como jurídico las posibilidades de diseñar amenazas creíbles tanto para la empresas públicas sanitarias como para el financiador sanitario en situaciones de comportamientos oportunistas y descontrol del gasto. Así se podría regular la intervención automática del Tesoro Público en la empresa sanitaria en cuestión y el establecimiento de un plan de viabilidad. Todo esto significaría consagrar una excepción legal a la normativa existente hasta el momento en el terreno de las empresas o entes públicos, pero podría y debería estudiarse esta posibilidad a tenor de las características específicas que concurren en el sector sanitario y las dificultades de mantener la estabilidad y viabilidad del sistema con el actual marco organizativo e institucional.

Esta norma supondría cambios sustanciales dentro y fuera del terreno sanitario, especialmente en las autoridades y órganos de la Hacienda Pública, sin cuyo apoyo no podrían lograrse determinadas configuraciones óptimas de las reglas contractuales.

▼ **Deben desarrollarse reformas legislativas que hagan atractiva la laboralización a los profesionales sanitarios** como condición inexcusable de un proceso de creación de empresas públicas sanitarias, dado que la renuncia a la plaza en propiedad sólo puede ser voluntaria sin que pueda imponerse jurídicamente.

**GRÁFICO 2**  
Evolución del gasto sanitario público como porcentaje del PIB en España (1960-1993)



Fuente: Elaboración propia a partir de A. Blanco y A. de Bustos (1996).

*Es necesaria una norma que regule íntegramente la empresa pública sanitaria, tanto su régimen jurídico como presupuestario*

La estrategia adoptada por la reciente modificación de la función pública de la Administración de la Generalitat de Cataluña consistente en la oferta al personal estatutario o funcionario de incorporarse en las empresas públicas creadas durante un plazo máximo de cinco años desde la creación de las mismas, puede ser una solución adecuada y generalizable a otros SRS. En caso de aceptar la opción a laboralizarse pasarán a la situación administrativa de excedencia voluntaria por incompatibilidad (situación en la que no se devengan trienios, grado personal ni derechos pasivos y no se tiene derecho a reserva de plaza ni destino). En caso de no aceptar la opción de laboralizarse e integrarse en la empresa, se reincorporará a su puesto de trabajo de origen y si esto no es posible a otra plaza similar preferentemente en la misma localidad. Las plazas que queden libres serán amortizadas. Sobre esta propuesta base pueden establecerse diversas variantes dependiendo de las posibilidades, el riesgo político que quiera asumirse y el ritmo de la desregulación.

▼ Necesidad de **arbitrar recursos adicionales para la eliminación de los previsibles excesos de plantilla** que se generarían si un proceso de desregulación como el

apuntado se generalizara. La existencia de fuertes excedentes de personal en numerosos centros sanitarios públicos exigiría mecanismos especiales para posibilitar sin costes políticos inasumibles por cualquier gobierno la ampliación significativa del proceso. Esto sin duda es problemático en el marco del control del gasto público, pero la alternativa de seguir en el mismo marco institucional conlleva inevitablemente crecimientos del gasto sanitario público superiores a medio y largo plazo. ■

### **Bibliografía**

- Abel Smith, B. J. Figueras, W. Holland, M. Mckeas y E. Mossialos: *Choices in Health Policy*. Dartmouth. Aldershot. England, 1995.
- Barea, J. y otros. *Análisis económico de los gastos públicos en sanidad y previsión de los recursos necesarios a medio plazo*. Instituto de Estudios Fiscales. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1992.
- Blanco, A. y A. de Bustos. *El gasto sanitario público en España: diez años de sistema nacional de salud. Un método de análisis basado en la Contabilidad Nacional de España y previsiones hasta el año 2000*. XVI Jornadas de Economía de la Salud. Valladolid, 6-8 Junio 1996.
- Boscá, J.E., M. Fernández y D. Taguas: *El gasto en protección social: un análisis comparado de España respecto a la Unión Europea*. Ponencia presentada a las XVI Jornadas de Economía de la Salud. Valladolid, 6-8 Junio 1996.
- Cabasés, J.M. y J. Martín: *Diseño y Estrategias de desregulación en el sector sanitario público en España*. Fundación de Estudios de Economía Asociada (FEDEA). Documento de trabajo 96-08. Madrid 1996.
- Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (1991). *Informe y recomendaciones (Informe Abril)*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Department of Health and Social Security. *Working for Patients*. HMSO, London 1989.
- Fullerton-Smith, I.: *How members of the Cochrane Collaboration prepare and maintain systematic reviews of the effects of health care*. *Evidence-Based Medicine*, 1, 7-8. 1995.
- González López-Valcárcel, B., L. Pellisé y P. Barber. *La financiación pública de los servicios sanitarios en España*. Documentos FEDEA, 13-95. Madrid, 1995.
- López Casasnovas, G. (1993): *La reforma del Sector Público. Instrumentos para la eficiencia pública*. La Coruña: Curso de la UIMP sobre la Reforma del Sector Público.
- López Casasnovas, G. (1993): *La transición de los servicios sanitarios públicos universales a los sistemas nacionales de seguro*, *Fulls Economics*, 5 (Septiembre).
- López Casasnovas, G. (1994): *Público y privado en Sanidad. Claves y estrategias de análisis*. Santiago de Compostela. XIV Jornadas de Economía de la Salud.
- López Casasnovas, G.: *Apuntes para la reforma sanitaria de los noventa: las formas organizativas son importantes*. *Información comercial Española*. 708-709; 63-78.
- López Casasnovas, G.: *Repensar el Sistema Sanitario Público, clave para su consolidación*. XVI Jornadas de Economía de la Salud. Valladolid, 6-8 Junio 1996.
- López del Amo, M.P., A. Otero y J.J. Martín. *Eficiencia y Estrategia de Reducción de Costes en los hospitales del Servicio Andaluz de Salud*. 1996.
- Medela, M.P. (1993): *Los entes públicos en España: Una propuesta de reforma*. *Presupuesto y gasto público*, nº 13, 97-113.
- Niskanen, W.A. *Bureaucrasy and representative government*. Aldine, Chicago, Illinois. 1971.
- Villar Rojas, F.J. (1995): *La huida al derecho privado en la gestión de los servicios de salud*. En: Asociación de Economía de la Salud. *Cambios en la regulación sanitaria*. SG editores. Barcelona.
- Williamson, O. (1991): *Comparative economic organization: the analysis of discrete structural alternatives*, *Administrative Science Quarterly*, 36 (June): 263-266.
- Williamson, O. (1993): *The economic analysis of institutions and organisations in general and with respect country studies*, París: OCDE/GD (93) 158 Working Paper, 133.
- Williamson, O. *The economic analysis of institutions and organisations in general and with respect country studies*. París: OCDE/GD (93) 158 Working Papers, 133, 1993.



La Privatización de Empresas y Servicios Públicos.  
Su control y financiación