

Nuevas formulas de gestión en el ámbito sanitario¹

José Jesús Martín Martín
Profesor de Economía Pública
Universidad de Granada
Profesor asociado de la Escuela
Andaluza de Salud Pública.

¹ Para un análisis más amplio véase Martín Martín (2003): “Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias”. *Fundación Alternativas*. Documento de Trabajo 14.

INDICE

1.- Reformas en la gestión pública sanitaria.....	3
2.- Reformas organizativas y de gestión en el Sistema Nacional de Salud.....	4
3.- Nuevas fórmulas de gestión directa en el Sistema Nacional de Salud.....	5
4.- La gestión indirecta de servicios sanitarios públicos; contratación externa y propiedad privada	12
5.- Evaluación de las nuevas fórmulas de gestión sanitaria	17
6.- Algunas conclusiones y sugerencias	19

1.- Reformas en la gestión pública sanitaria

El Sistema Nacional de Salud (SNS) constituye una de las bóvedas maestras del Estado del Bienestar español. Obtiene resultados buenos con un gasto agregado razonablemente modesto. Sin embargo su mantenimiento y mejora va a exigir cambios institucionales y organizativos de gran calado en los próximos años.

Los sistemas sanitarios europeos, y el español en particular, han participado en el auge de las reformas en la gestión pública que han acontecido durante la última década del siglo XX. Tres grandes estrategias de reforma en la gestión pública pueden señalarse: el gerencialismo, la introducción de mecanismos de cuasimercados y la privatización. Las tres pueden verse como formas alternativas de trasladar la capacidad de decisión hacia los agentes con mayor potencial de logro de la eficiencia.

Los modelos gerenciales suponen la importación de técnicas de gestión empresarial al ámbito sanitario. Durante las dos últimas décadas, el discurso gerencial ha dominado las estrategias de cambio del SNS español. Tanto el extinto INSALUD como el resto de Servicios Regionales de Salud (SRS) han desarrollado estrategias en este sentido, concretándose, en la práctica, en el desarrollo de los contratos-programa o contratos de gestión, el desarrollo de sistemas de información sobre actividad y costes, la elaboración de planes estratégicos en el ámbito corporativo y de centro sanitario, y el desarrollo de la gestión clínica.

Los cuasimercados comprenden una amplia gama de mecanismos que pretenden emular el funcionamiento del mercado, transformando de forma más o menos radical las grandes burocracias públicas que tradicionalmente han realizado las funciones de producción y distribución de buena parte de los servicios públicos que caracterizan a los Estados del Bienestar modernos.

La privatización completa implicaría en sanidad la creación de mercados de aseguradoras privadas con fines de lucro. La competencia entre aseguradoras privadas plantea problemas de eficiencia y equidad. Puede aumentar de forma notable los costes de transacción, regulación y control, generar selección de riesgos por parte de la aseguradora y permite trasladar a primas la ineficiencia del sistema.

La estrategia desarrollada en el SNS español, ha sido descentralizar la producción para favorecer la competencia entre los proveedores, que asumen riesgos en su gestión. Esta separación de funciones supone un intento de disminuir la fuerte integración vertical que caracteriza a los SRS en el Estado Español y se ha concretado en tres procesos de reforma paralelos:

- La introducción de contratos programa y contratos de gestión, tanto en el antiguo INSALUD como en los SRS, unido al desarrollo al menos formal de la gestión clínica y la gestión de procesos.
- La personificación jurídica de hospitales y centros sanitarios mediante distintas fórmulas, fundamentalmente entes públicos, fundaciones públicas y consorcios.
- El desarrollo de formas innovadoras de contratación externa o gestión indirecta con proveedores privados (lucrativos y no lucrativos) como son la contratación con entidades de base asociativa de Cataluña o las experiencias de concesión administrativa en la Comunidad Valenciana.

El objetivo de estas reformas es mejorar la eficiencia sin afectar a los niveles de equidad que caracterizan un Sistema Nacional de Salud.

2.- Reformas organizativas y de gestión en el Sistema Nacional de Salud²

Las propuestas gerencialistas y de cuasimercados tienen su primera plasmación política en el 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 distintos responsables políticos, tanto del antiguo INSALUD como de otros SRS con transferencias, han desarrollado estas estrategias mediante diversas políticas combinadas que pueden agruparse básicamente en las tres mencionadas anteriormente: la aplicación de instrumentos gerenciales (sistemas de información sobre actividad y costes, gestión clínica, incentivos monetarios, planes estratégicos a nivel corporativo y de centros³, etc.) articulados en torno a los contratos-programa o contratos de gestión⁴ en las burocracias públicas del antiguo INSALUD y otros SRS, la personificación jurídica de algunos centros sanitarios, y la gestión indirecta con proveedores lucrativos o no lucrativos, lo que ha significado en el Sistema Nacional de Salud una auténtica eclosión de formas jurídico organizativas diferentes de las burocracias públicas tradicionales, en la mayor parte de las Comunidades Autónomas.

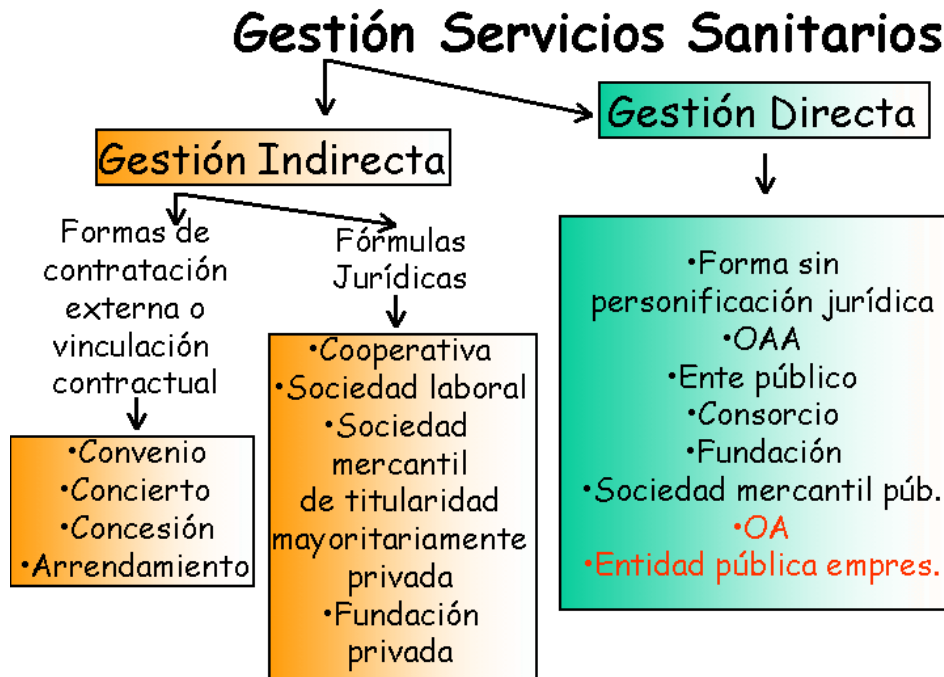
² Para análisis y discusión de distintas aproximaciones sobre las reformas del SNS véase Barea y Gómez (1994); Costas Lombardía (1995); Arruñada (1997); Temes y Gil (1997); Martín y De Manuel (1998); Martín (1999); Repullo y Enríquez (2000); Rey (2000^a, 2000b, 2001); González y Urbanos (2002);

³ El Plan Estratégico del INSALUD o del Servicio Andaluz de Salud por ejemplo.

⁴ En el ámbito específico del sector sanitario el contrato-programa o contrato de gestión puede definirse como un instrumento de relación con los centros públicos sanitarios que vincula la actividad al presupuesto asignado a cada centro. Para un análisis y evaluación de los contratos programa y contratos de Gestión, véase Cabasés y Martín (1997) y González y Ventura (2000).

La figura recoge los principales tipos de gestión directa e indirecta existentes en la actualidad en el ordenamiento jurídico español para el ámbito del SNS⁵.

Figura 1: Formas de gestión de los servicios sanitarios



La gestión directa implica la producción del servicio público directamente por la Administración pública, aunque sea con persona jurídica interpuesta. Por el contrario, la gestión indirecta se caracteriza porque la producción del servicio público es realizada por el sector privado (lucrativo o no), manteniendo la Administración Pública la provisión del servicio público mediante alguno de los tipos de contratación externa establecidos en el TRLCAP, o en la LGS.

3.- Nuevas fórmulas de gestión directa en el Sistema Nacional de Salud

La personificación jurídica de centros sanitarios aspira a escapar de los aspectos más engorrosos del Derecho Público mediante la utilización del Derecho Privado por entes que cumplen funciones administrativas, manteniendo la personalidad de derecho público, constituyendo ésta una vía para conseguir aumentar la flexibilidad y libertad en su funcionamiento (Ariño y Sala,1995; Núñez Feijóo 1999; Martín, López del Amo y Pérez , 2002). Esta estrategia conocida en el ámbito jurídico como “la huida del Derecho Administrativo” (Borrajo, 1993) tiene importantes ventajas.

⁵ Para un análisis general sobre la aplicación del Derecho Privado a las empresas públicas véase Montoya (1996). Para una descripción y análisis amplio, desde una perspectiva eminentemente jurídica, de las distintas fórmulas de gestión directa e indirecta de los servicios sanitarios en el SNS véase el excelente trabajo de Gómez de Hita (2000) sobre las formas jurídicas de la organización sanitaria.

Como afirma Sánchez-Caro (2000): “la personalidad jurídica libera de los aspectos más enojosos de la legislación mercantil, como el control de la competencia desleal o la normativa sobre abuso de posición dominante. Por otro lado, al tratarse de personas públicas pueden ostentar potestades administrativas. En cambio, la calificación como empresa pública permite escapar de las leyes generales sobre formación de la voluntad de las Administraciones públicas y, sobre todo, sus mecanismos de control, someterse a normas privadas en materia de contratación, personal y patrimonio, y actuar bajo un régimen presupuestario menos exigente”.

La Ley 15/1997 sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud⁶ sancionó legislativamente a nivel estatal, dada su condición de legislación básica, esta estrategia de innovación organizativa, acabando con el potencial conflicto que pudiera suponer con la opción organizativa establecida en la LGS. La ley 15/1997 no excluye ninguna forma jurídica concreta para la gestión de centros sanitarios, siempre y cuando tengan naturaleza o titularidad pública y mantengan el carácter de servicio público de la asistencia⁷. También recoge explícitamente la gestión indirecta de servicios remitiéndose a la LGS⁸.

En el ámbito concreto del INSALUD, el desarrollo legislativo de dicha Ley fue paralelo con el Plan Estratégico del organismo, que aspiró formalmente a la personificación jurídica propia de sus centros sanitarios, aunque salvaguardando los derechos adquiridos por sus trabajadores y renunciando en principio a la laboralización de los mismos. El Plan Estratégico del INSALUD persiguió un proceso individualizado de personificación jurídica, en el que cada hospital debía elaborar su propio plan estratégico y ser homologado y acreditado para convertirse en Fundación Pública Sanitaria (FPS), o excepcionalmente en consorcio, de acuerdo con lo fijado en el R.D. 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del INSALUD (RDNFG)⁹.

⁶ La Ley 15/1997 (BOE num. 100, de 26 de de abril de 1997) fue el resultado de la tramitación parlamentaria del Real Decreto-ley 10/1996, (BOE num. 147, de 18 de junio y num. 149, de 20 de junio).

⁷ “...la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o sociosanitaria podrá llevarse a cabo directamente, o indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública permitidas en Derecho”.

⁸ " 2. La prestación y gestión de los servicios sanitarios y socio sanitarios podrá llevarse a cabo, además de con medios propios, mediante acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades públicas y privadas, en los términos previstos en la Ley General de Sanidad.”

⁹ El RDNFG (BOE num. 21, de 24 de enero del 2000) tuvo por objeto el desarrollo reglamentario de la Ley 15/1997 y del artículo 111 de la Ley 50/1998 (BOE num. 313, de 31 de diciembre de 1998) en el que se crean las FPS. Enumera y desarrolla, en el ámbito del INSALUD, las siguientes nuevas formas organizativas: “fundaciones constituidas al amparo de la Ley 30/1994, de 24 de noviembre, consorcios, sociedades estatales y FPS, así como mediante la constitución de cualesquiera otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho, garantizando y preservando en todo caso su condición de servicio público (Artículo 3 del RDNFG). Su utilidad es virtualmente nula dada la desaparición del INSALUD.

Todo este esfuerzo legislativo y de innovación organizativa no ha tenido ninguna plasmación práctica como consecuencia del cambio en las prioridades en la agenda política que se estableció en la presente legislatura. Al establecer como primera y única prioridad la generalización y finalización del proceso de transferencias sanitarias y el establecimiento de un nuevo modelo de financiación autonómica, se cercenó la posibilidad de una reforma sustantiva de la enorme burocracia pública que era el INSALUD.

Las experiencias de personificación jurídica de las organizaciones sanitarias se seguirán realizando en los diferentes SRS, siendo previsible en este sentido un mayor grado de fraccionamiento y de diversidad de las distintas experiencias, lo que si bien puede favorecer el análisis por comparación y la exportación de las experiencias más eficientes, también puede por contra hacer más opaco y complejo el funcionamiento de los servicios sanitarios. A continuación se analizan sucintamente las principales fórmulas de gestión directa, concretamente los entes de derecho público, las fundaciones públicas y los consorcios.

3.1 Entes de Derecho Público

Se definen como organizaciones con personalidad jurídica pública, pero que actúan en la gestión de sus recursos conforme al ordenamiento jurídico privado, creadas para la prestación de un servicio público o para el ejercicio de funciones de autoridad¹⁰. Este tipo de gestión pública directa ha sido derogado por la LOFAGE en el ámbito de la Administración General del Estado, pero sigue en vigor en las CCAA.

La regulación de los EP se establece básicamente en su Ley de creación, lo que le otorga una enorme plasticidad como instrumento al servicio de los responsables políticos sanitarios. Los recursos humanos están sometidos en general al derecho privado laboral, aunque podrá aplicarse el régimen funcionarial, o incluso el estatutario, si así lo establece su Ley de creación.

En relación con la gestión de recursos materiales y contratación de bienes y servicios, a diferencia de la situación tradicional en la que era plenamente aplicable el régimen mercantil, en el momento actual deben someter todo su régimen de contratación de bienes y servicios al TRLCAP.

En el ámbito de la gestión financiera y presupuestaria no están sometidos al régimen presupuestario de la Administración Pública, sino a un programa de actuación, inversión y financiación. El régimen de control realizado por la intervención es el de auditoría.

¹⁰ Históricamente surgen como una estrategia organizativa para romper la rigidez jurídica que establecía la LEEA de 26 de diciembre de 1958, que sólo contemplaba la sociedad mercantil pública denominada empresa nacional y los OAA sujetos a estrictos controles presupuestarios, de contratación administrativa y de intervención del gasto. A partir de experiencias singulares como las del Banco de España (1962) o RENFE (1964), la LGP de 1977 los define formalmente.

Su importancia en el ámbito sanitario, ha sido creciente en el Estado Español en los últimos años, siendo utilizada por los diferentes responsables políticos de las CCAA al servicio de objetivos estratégicos distintos. Así, en Cataluña, la Ley 15/90 de Ordenación Sanitaria define el SCS como un EP responsable de la ordenación y regulación de los servicios sanitarios, asumiendo por tanto las funciones de aseguramiento, compra y contratación de servicios.

En el País Vasco, la Ley 8/1997, de 26 de junio de Ordenación Sanitaria(BO. Del País Vasco num. 138, de 21 de julio de 1997) transformó el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) en su totalidad en un EP, subrogándose todos los derechos y obligaciones del OAA que se extingue. En el ámbito laboral, se optó 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. Mientras no se desarrolle este marco laboral específico los profesionales mantendrán su actual regulación. 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.

Por su parte en Andalucía, la creación de EP como el Hospital Costa del Sol, la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, el Hospital de Poniente o el de Andújar¹¹ ha buscado ante todo la obtención de mayores grados de libertad en la gestión y la posibilidad de desarrollo de políticas laborales y retributivas específicas en los centros sanitarios con el objetivo de obtener mayores niveles de eficiencia en la provisión de servicios sanitarios. El personal estatutario que decida incorporarse a estos EP andaluces tiene un período de tres años en situación de excedencia especial en activo, durante el cual puede volver a su puesto de origen. Pasado este período, su situación con respecto a la plaza de estatutario es la de excedencia voluntaria por incompatibilidad (art. 60 de la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía).

En estos hospitales, con personificación jurídica propia de entes de derecho público, el régimen laboral supone una mayor flexibilidad en las políticas de personal particularmente las retributivas con un componente importante de incentivos. El sistema retributivo está compuesto por un componente fijo, referido a la categoría profesional, y por otros factores variables, puesto de trabajo que ocupe y cumplimiento de objetivos individuales y en grupo.

La Consejería de Salud financia estos hospitales, de acuerdo con el presupuesto aprobado en la Ley de Presupuestos de la Comunidad Autónoma de Andalucía, las

¹¹ Véanse Decreto 104/1993, de 3 de agosto, por el que se constituye la empresa pública Hospital de la Costa del Sol y se aprueban sus estatutos (BOJA núm.92, de 24 de agosto de 1993); el Decreto 88/1994, de 19 de abril, por el que se constituye la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias y se aprueban sus estatutos (BOJA núm. 54, de 23 de abril); el Decreto 131/1997, de 13 de mayo, por el que se constituye la Empresa Pública Hospital de Poniente de Almería y se aprueban sus estatutos (BOJA núm. 65, de 7 de junio de 1997) y la Ley 11/1999, de 30 de noviembre, de creación de la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir en Andújar (Jaén) (BOJA núm. 144, de 11 de diciembre de 1999).

actividades y objetivos previstos en el Contrato Programa. Aunque en principio los tres supuestos se establecen en función de la población del área hospitalaria, en realidad son sistemas retrospectivos de reembolso en costes, no incorporando por tanto incentivos a la eficiencia en el modelo de financiación.

Otras fuentes de financiación son las procedentes de subvenciones, cuya regulación se establece con carácter anual en la Ley de Presupuestos, y la capacidad de endeudamiento. Esta última, no puede ser a largo plazo, ni para financiar gastos corrientes, y deberá ser autorizada por el titular de la Consejería de Economía y Hacienda. El endeudamiento no puede superar el 12% del presupuesto de ingresos de explotación incluido en el Programa de Actuación, Inversión y Financiación. Además, y con carácter trimestral, se debe enviar a la Dirección General de Tesorería y Política Financiera de la Consejería de Economía y Hacienda, información sobre la situación de endeudamiento.

Tanto por endeudamiento como por operaciones de crédito se pueden recibir garantías, en forma de avales, de la Junta de Andalucía, según recoge la Ley 9/1993, de 30 de Diciembre, lo que ha de ser autorizado por el Consejo de Gobierno. También pueden tener abiertos estos hospitales, como el resto de las empresas públicas de Andalucía, cuentas en entidades de crédito y ahorro que operen en esta Comunidad.

Las relaciones con la Consejería de Salud se articulan a partir del Contrato Programa que define los criterios de actuación para conseguir los objetivos que marca el Plan Andaluz de Salud y las estrategias definidas por el Plan Marco de Calidad y Eficiencia.

3.2 Consorcios

Los Consorcios son entidades dotadas de personalidad jurídica y patrimonio propio, creadas por diversos EP de naturaleza territorial o institucional que pertenecen a escalones de la Administración Pública distintos (estatal, autonómico o local). La legislación local también admite que puedan integrarse en ellos entidades privadas. La regulación de los Consorcios es mínima, suponiendo de hecho la figura del consorcio una simple cobertura formal, que admite los más variados contenidos.

Los contenidos del Estatuto de cada consorcio son los que definirán en cada caso el marco organizativo y legislativo aplicable, tanto en lo relativo a sus órganos de dirección como en lo referente a la gestión de recursos. El Consorcio puede utilizar cualquier forma de gestión de servicios, sustituyendo a los entes consorciados: la gestión directa, la creación de entes jurídicos instrumentales pero con personalidad propia, la creación de empresas mercantiles o la adjudicación del servicio a un concesionario o arrendatario.

Sin duda, la CA que más ha utilizado esta figura jurídica es Cataluña, donde se han llevado a la práctica numerosos proyectos. La existencia de numerosos centros sanitarios con titularidad de las corporaciones locales ha favorecido este proceso, potenciado asimismo por la regulación establecida en Ley Orgánica de Ordenación Sanitaria Catalana (LOSC). En la mayor parte de los supuestos, la Generalitat de Cataluña ha aportado las inversiones y la financiación ordinaria mediante la compra de servicios.

Un ejemplo particular es el Consorcio Sanitario de Barcelona, creado en 1988, integrado por la Generalitat y el Ayuntamiento de Barcelona. La Ley 13/1995 le agregó a sus funciones tradicionales de dirección y coordinación de la gestión de los centros sanitarios y sociosanitarios de la ciudad de Barcelona, las funciones, previstas para las regiones sanitarias, de planificación y contratación. Asimismo se adscribió el Consorcio al SCS estableciendo la reserva de una representación de la Generalitat en la Junta General del mismo no inferior al 51%.

En Andalucía la Ley de Salud, 2/1998 de 15 de junio, dispone en su artículo 63 que la Consejería de Salud podrá crearlos, y en su artículo 66, que el SAS podrá elevar propuestas a la Consejería de Salud para su constitución.

Recientemente, la Consejería de Salud, el SAS y la Orden Hospitalaria San Juan de Dios han llegado a un acuerdo para la constitución de un consorcio sanitario público que gestione el nuevo hospital del Aljarafe sevillano con una población de referencia de 250.000 habitantes. La dirección del consorcio será ejercida a través de un Consejo Rector integrado de manera paritaria por las partes integrantes. Sin embargo la gestión operativa del hospital corresponde a la orden religiosa, lo que supone una mayor flexibilidad tanto en la política de recursos humanos como materiales.

Esta experiencia, similar a otras existentes en Cataluña aspira a obtener sinergias entre el sector público y privado (en este caso no lucrativo), aprovechando las ventajas específicas de cada uno de estos sectores, la solvencia y el control político de la Administración Pública por un lado, y los mayores grados de flexibilidad en la gestión del sector privado por otro.

En los consorcios, las partes contractuales retienen tanto la titularidad como los derechos residuales de control sobre sus activos siendo frecuente que las relaciones entre ellas sean simétricas independientemente de la cantidad total de activos aportados por cada una de las partes.

3.3 Fundaciones Públicas Sanitarias

Las fundaciones son organizaciones dotadas de personalidad jurídica y constituida sin ánimo de lucro por personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que, por voluntad

de sus creadores, tienen afectado de modo duradero su patrimonio a la realización de fines de interés general¹². Se rigen fundamentalmente por la Ley 50/2002, de 26 de diciembre de Fundaciones (BOE num.310 de 27 de diciembre de 2002), y por la Ley 49/2002, de 23 de diciembre de Régimen Fiscal de la Entidades sin Fines Lucrativos y de los Incentivos Fiscales a al Mecenazgo (BOE num. 307, de 24 de diciembre del 2002)

La reciente Ley de Fundaciones de 26 de diciembre de 2002, define como fundaciones del sector público estatal aquellas en las que concurren alguna de estas dos circunstancias: a) que se constituyan con una aportación mayoritaria, directa o indirecta, de la Administración General del Estado, sus organismos públicos o demás entidades del sector público estatal y b) que su patrimonio fundacional, con un carácter de permanencia, esté formado en más de 50% por bienes o derechos aportados o cedidos por las referidas entidades (Disposición final segunda).

La disposición adicional cuarta de esta ley establece que las fundaciones constituidas al amparo de la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del SNS, seguirán rigiéndose por su normativa específica, aplicándoseles los preceptos del capítulo XI (fundaciones del sector público estatal) con carácter supletorio.

En los estatutos de cada fundación se establecen sus fines, las reglas básicas de funcionamiento, así como los órganos de gobierno y representación. El órgano de gobierno de la fundación es el Patronato. La función de control de las fundaciones es ejercida por el Protectorado, misión que en el ámbito sanitario corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo. En términos generales les es de aplicación el derecho privado. Así, la gestión de recursos humanos está sometida al régimen laboral, mientras que para la contratación de obras, bienes y servicios, no les es de aplicación ni el TRLCAP, ni la legislación mercantil, sino las normas de derecho civil, dado su carácter no lucrativo. En relación con la gestión recursos financieros, las fundaciones se rigen por normas de derecho privado con las especificidades establecidas por su legislación específica. Al menos un 70% de los ingresos obtenidos deben dedicarse a los fines fundacionales, el resto, una vez deducidos los gastos de administración y gestión, deben dedicarse a aumentar la dotación fundacional.

Esta forma jurídica se aplicó de forma experimental en Galicia para la gestión de hospitales públicos a partir de la experiencia piloto de la Fundación Hospital Verín¹³. El triunfo electoral del Partido Popular en las elecciones generales de 1996 propició la aplicación de esta fórmula en el ámbito del INSALUD. Las tres experiencias más significativas han sido la Fundación Hospital de Alcorcón (Madrid), la Fundación Hospital de Manacor (Baleares) y la Fundación Hospital Calahorra (La Rioja).

¹² Para un análisis de esta forma jurídica en el ámbito sanitario véase: Ferrándiz (1999); Freire (1999); Vaquer (1999).

¹³ Posteriormente, la Xunta de Galicia ha creado como fundaciones los hospitales da Barbanza de Ribeira, de Cee y Villagarcía de Arousa, y el Centro Gallego de Transfusiones.

4.- La gestión indirecta de servicios sanitarios públicos; contratación externa y propiedad privada

La culminación reciente del proceso de transferencias sanitarias a las CCAA deja un panorama muy diferente de contratación externa o gestión indirecta de servicios sanitarios en los SRS. Destaca Cataluña que, siguiendo una larga tradición de concertación, destinó durante el 2002 un 39% del presupuesto sanitario público a dotaciones para conciertos, del que un 84% corresponde a atención especializada, y un 16% a atención primaria.

En 1986, año de la aprobación de la LGS, existían en Cataluña un total de 169 centros de atención especializada, de los cuales 37 eran centros públicos, 84 privados y el resto de naturaleza mixta. En 1996, de un total de 188, 42 eran públicos y 88 privados. Como puede observarse la expansión de la oferta hospitalaria no altera de forma significativa la estructura de la propiedad en términos agregados.

El resto de CCAA presenta un grado prácticamente residual de concertación. En general, salvo en Cataluña, la concertación se reduce a servicios y pruebas complementarias (oxigenoterapia, tomografía, resonancias, etc).

A los anteriores habría que añadir la concertación que desde los centros públicos se realiza con entidades privadas para servicios como lavandería, limpieza, seguridad, mantenimiento o *catering*. Sobre este último tipo de contrataciones sí existe una experiencia consolidada en nuestro país y durante los últimos años ha experimentado importantes cambios en las técnicas de contratación, unido a un proceso generalizado de contratación externa de dichos servicios frente a la alternativa de producción propia. Puig-Junoy y Pérez-Sust (2002) analizan la contratación externa en los servicios generales (limpieza, lavandería, alimentación y seguridad y mantenimiento) de los hospitales españoles, mostrando que más del 50% contratan al menos uno de los servicios, destacando el de limpieza, mientras que los servicios de lavandería y los de alimentación presentan un elevado grado de integración vertical. La dimensión del hospital (economías de escala) es una variable explicativa importante de estos comportamientos. La especialización y el carácter lucrativo favorecen la contratación externa.

La contratación externa en España puede realizarse con distintas técnicas jurídicas, siendo las fundamentales: a) Concierto regulado por el artículo 157 del TRLCAP, con cuatro modalidades: concesión, gestión interesada, concierto con persona natural o jurídica y sociedad de economía mixta. b) Concierto para la prestación de servicios sanitarios (art. 90 de la LGS). c) Convenio singular (arts. 66, 67 y 68 de la LGS).

El concierto sanitario es un contrato administrativo mediante el que se realiza la prestación de servicios empleando medios ajenos a los de la Administración Sanitaria. Con esta figura, según Sánchez-Caro (2000), “no se produce una publicación de la organización y el funcionamiento del centro privado concertado, sino que la

Administración se reserva la facultad de inspeccionar el cumplimiento de las condiciones de prestación pactadas”.

Por otra parte, a través del convenio singular vinculado se consigue someter al hospital privado al mismo régimen sanitario, administrativo y económico de los hospitales públicos, excepto en los aspectos relacionados con la titularidad del centro y la relación laboral con el personal.

Dos experiencias particularmente innovadoras de gestión indirecta merecen un análisis más detallado, las entidades de base asociativa y las concesiones administrativas a organizaciones privadas como son las de Alzira y la próxima de Torrevieja.

4.1 Entidades de bases asociativas¹⁴

Cataluña ha sido pionera en la contratación y gestión indirecta de servicios de atención primaria con proveedores ajenos al ICS. En 1991 dos entidades ajenas al ICS, la Mutua de Tarrasa y SAGESA, iniciaron el proceso asumiendo contractualmente la atención primaria en tres áreas básicas de salud. La Ley 15/90 de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria (DO. Generalitat de Catalunya núm. 1324, de 30 de julio de 1990),

modificada por la Ley 11/95 de 29 de septiembre amplió la posibilidad de contratación de servicios a entidades de base asociativa constituidas por profesionales sanitarios que participan en la gestión de los servicios sanitarios y socio sanitarios.

Estas entidades de base asociativa deben contar con la correspondiente acreditación, que se otorgará previa comprobación del cumplimiento de los requisitos establecidos en el Decreto 309/1997 (DO Generalitat de Cataluña num. 2537, de 16 de diciembre de 1997) y que comportará para los profesionales sanitarios, que constituyan las referidas entidades y presten servicios en ellas, gozar de las ventajas previstas, siempre y cuando las respectivas entidades formalicen con el SCS un contrato de gestión.

Las entidades de base asociativa deben gozar de personalidad jurídica propia, estar legalmente constituidas e inscritas en el registro correspondiente según la fórmula jurídica adoptada: Sociedad Anónima (SA), Sociedad de Responsabilidad Limitada (SL), Sociedad Laboral o Cooperativa.

Al menos el 51% del capital social debe pertenecer a los profesionales sanitarios que presten en ésta sus servicios, para lo que deben contar con una relación laboral de prestación de servicios con la entidad, por un tiempo no inferior al de la vigencia del contrato para la gestión de servicios. Ninguno de estos profesionales puede tener una participación superior al 25% del capital social. El 49% restante puede estar en otras

¹⁴ Véase en el anexo la entrevista efectuada para este estudio al Dr. Ledesma, Director de la entidad de base asociativa de Vic, donde analiza estas experiencias.

personas físicas o jurídicas. En el caso de personas jurídicas, éstas han de tener como objeto social la gestión o prestación de servicios sanitarios.

En cuanto a la distribución de acciones, cada socio podrá tener una participación no superior al 25% del Capital Social (el cual no determinará el salario del mismo). En los estatutos de las entidades se debe prever el régimen de transmisión de acciones y participaciones, de manera que se garantice la no alteración de los porcentajes antes citados.

Acceder a la provisión de servicios por parte de las sociedades de profesionales supone un proceso que consta de una serie de etapas:

- 1ª- Constituir una entidad de profesionales de base asociativa.
- 2ª- Diseñar un proyecto de gestión de servicios sanitarios.
- 3ª- Optar a la adjudicación del servicio, mediante un concurso público.
- 4ª- Desarrollar el proyecto y ofrecer los servicios contratados.
- 5ª- Estar sujeta a los mecanismos de control y auditoria establecidos por el SCS.

Para incorporarse a éste u otros proyectos similares se facilita la salida del personal estatutario y funcionario, mediante una excedencia por incompatibilidad, durante un periodo máximo de tres años, con la posibilidad de solicitar una excedencia voluntaria al final de dicho período.

Los profesionales con participación en el capital social de la empresa deben acreditar experiencia en la prestación de servicios sanitarios o sociosanitarios y tendrán una jornada laboral mínima equivalente a la de los profesionales sanitarios del servicio de la Generalitat, salvo excepciones muy concretas.

Cada profesional es responsable de un número determinado de pacientes, siendo parte de su retribución proporcional al número de pacientes asignados, con una media de trabajo asistencial de 5 h.

La relación existente entre las sociedades de profesionales y el SCS es de carácter contractual, y en el contrato se especifican los mecanismos de financiación, regulación y control de estas entidades. Se financian de forma capitativa con fondos procedentes del SCS y del ICS. El incremento interanual de las tarifas *per cápita* se vincula al incremento del IPC.

Para la compra de productos intermedios y de consultas externas especializadas se disponen de fondos. Las entidades de base asociativa pueden negociar con el SCS distintos niveles de corresponsabilidad farmacéutica que oscilan entre el 20% y el 100%, generando un poderoso incentivo hacia las políticas de ahorro y contención de

costes. Todo lo que se ahorra en gasto farmacéutico son ingresos para estas sociedades de profesionales y simultáneamente, los incrementos de gasto farmacéutico sobre el estándar pactado son pérdidas. La experiencia en el caso de Vic (véase anexo) ha supuesto tener la mitad del gasto *per cápita* frente a la media de Cataluña (€ 102,17 frente a € 192,32). Otras vías de financiación son las procedentes de acuerdos de laboratorios, además de su capacidad de endeudamiento como empresa.

En la actualidad hay 7 experiencias en funcionamiento, siendo la decana la experiencia de Vic, que se inició en el 1993, formada por un grupo de profesionales liderado por el Dr. Ledesma, y configurada como una SL. Está previsto que lleguen a ser 16, en el marco estratégico de la política sanitaria catalana de diversificación de los proveedores de atención primaria. De las 360 áreas básicas de salud que hay en Cataluña está previsto que 126 pasen a estar gestionadas por entidades ajenas (71 ya lo están), ya sea en consorcios, fundaciones, mutualidades hospitalarias o entidades de base asociativa.

4.2 Gestión indirecta: Hospital de la Ribera¹⁵

Uno de los proyectos con mayor controversia política, ha sido la adjudicación en régimen de concesión administrativa de la asistencia sanitaria especializada del SVS para la comarca de La Ribera (Alzira) a una UTE constituida por la aseguradora privada Adeslas (51%), un grupo de Cajas de Ahorros (45%) y empresas constructoras (4%).

La duración del contrato fue de 10 años prorrogables por otros 5. La concesión implicó la construcción y equipamiento del hospital a cargo del adjudicatario. El hospital de La Ribera empezó a funcionar el 1 de enero de 1999.

El modelo de financiación se ha basado en el criterio *per cápita*. Por cada habitante de la región de la Ribera se han pagado 224,58 euros/año. En el caso de pacientes atendidos fuera, la UTE ha pagado el 100% del coste, mientras que sólo ha cobrado el 80% del gasto realizado por pacientes de otras áreas sanitarias atendidos en el Hospital de la Ribera.

Las relaciones con la Consellería Valenciana se han canalizado a través de una Comisión Mixta formada por representantes de ambas partes, con reuniones periódicas semanales. Su función ha sido vigilar el cumplimiento de las cláusulas de la concesión y evaluar el cumplimiento de los objetivos establecidos. Tiene competencias asimismo en relación con el control de calidad y determinados aspectos de los recursos humanos. Una figura clave, a efectos de control por parte de la Administración Pública es la del Comisionado cuya función es de inspección y control, estando dotado de facultad sancionadora y normativa.

¹⁵ Véase en el anexo la entrevista realizada para este informe al director del Hospital de Alzira, Alberto de la Rosa.

El régimen jurídico de los recursos humanos es laboral estando regulados por un convenio colectivo propio. El sistema retributivo es flexible, permitiendo retribuir de forma diferente a algunos especialistas (por ejemplo los anesestesiólogos), con un importante desarrollo de sistemas de incentivos orientado al rendimiento, y el desarrollo de una carrera profesional propia. No se exige la exclusividad. El número de horas anuales establecido en convenio supera en 150 horas en promedio al existente para el personal estatutario del SVS.

Recientemente, se ha producido un importante cambio estratégico. La UTE ha renunciado al contrato que tenía de especializada a cambio de un reconocimiento por parte de la Consellería Valenciana de lo que falta por amortizar del hospital (6/10 partes), haciéndose cargo de 45 millones de euros más 25 millones de euros por el lucro cesante.

Simultáneamente, la Consellería Valenciana ha fijado en una nueva concesión para gestionar de forma integrada primaria y especializada del área de Alzira un Canon de Acceso por valor de 72 millones de euros. El nuevo concurso ha sido adjudicado a la misma UTE que gestionaba anteriormente la atención especializada.

La financiación capitativa se incrementa a 379 euros por persona y año. Las prestaciones incluidas son atención primaria y especializada, unidades de conducta auditiva, y planificación familiar; quedan excluidos los servicios ambulatorios, la oxigenoterapia, las prótesis y el transporte. El crecimiento interanual de la tarifa se realizará según el crecimiento presupuestario de la Consellería de Sanidad teniendo como límite inferior el IPC y como límite superior el gasto del Estado en sanidad para el año correspondiente.

En la nueva concesión la UTE se compromete a invertir un total de 50 millones de euros que pueden ascender hasta los 64 millones a lo largo del período de la concesión, con el compromiso de construir un nuevo centro. Esta cláusula contractual, aspira a evitar los incentivos para una posible descapitalización del hospital.

También se han establecido importantes incentivos relativos al control del gasto farmacéutico en atención primaria. La UTE podrá quedarse como ingresos hasta el 30% de los ahorros, siempre y cuando el gasto sea inferior al gasto medio por habitante en la Comunidad Valenciana. En relación con los flujos de pacientes, se han establecido penalizaciones cuando pacientes del área acuden a otros centros, del 12.5% de descuento cuando esta facturación exceda el 20% del presupuesto *per cápita*, y del 25% si supera el 40%.

La integración de primaria y especializada en la nueva regulación contractual es coherente con un modelo de financiación *per cápita* y elimina una de las incongruencias técnicas del modelo anterior. Permanecen, sin embargo, importantes interrogantes e incertidumbres en cuanto al mayor grado de eficiencia de este tipo de iniciativas, tanto

derivados de las cautelas generales expuestas anteriormente, como de su diseño específico.

5.- Evaluación de las nuevas fórmulas de gestión sanitaria

El desarrollo de las estrategias gerencialistas durante las últimas décadas se ha visto limitado por las normas presupuestarias, de contratación de bienes y servicios, de regulación del personal, y por un sistema retributivo fuertemente desmotivador. No obstante, existe alguna evidencia empírica sobre las mejoras en la eficiencia proporcionadas por los contratos programa de los hospitales del INSALUD a principios de los 90, aunque también se han identificado efectos *ratchet* o “trinquete” en la fijación interanual de objetivos, es decir un proceso dinámico de sobreestimación de objetivos por parte de los niveles centrales.

El proceso de generalización de las transferencias sanitarias acaecido en el año 2002, ha generalizado asimismo el modelo burocrático de producción de servicios a la práctica totalidad de las Comunidades Autónomas (CCAA). Algunas de las consecuencias iniciales de este acelerado proceso están resultando preocupantes, en particular, los acuerdos laborales y retributivos suscritos por las diferentes CCAA.

Para los próximos años se ha consolidado el modelo retributivo anterior caracterizado por la inexistencia, bien de incentivos a corto plazo significativos, vinculados a la obtención de resultados de coste y calidad (productividad variable), bien de incentivos a largo plazo vinculados a la obtención de habilidades técnicas o científicas establecidas de forma objetiva (carrera profesional). Tampoco se ha abordado en la mayoría de los acuerdos una reforma en profundidad de la actual regulación del complemento específico, orientado a la dedicación exclusiva de los facultativos, o al menos de los responsables clínicos. Existe el riesgo de generar una dinámica inflacionaria en el mayor componente del gasto público sanitario.

Frente a estas reformas gerencialistas que no implican cambios en la personalidad jurídica de las organizaciones sanitarias, las nuevas fórmulas de gestión directa, básicamente entes de derecho público, fundaciones públicas y consorcios, pretenden un cambio más en profundidad, que en todos los casos aspira a liberarse de controles administrativos y presupuestarios y dotarse de marcos de regulación y gestión de personal más flexibles y específicos.

La evidencia empírica sobre la eficiencia de estas reformas jurídicas para mejorar la eficiencia no es concluyente y resulta parcial. Aun suponiendo que las nuevas fórmulas de gestión directa supongan en la práctica una sustancial mejora de eficiencia sin alterar los niveles de equidad, queda el problema del mantenimiento en términos dinámicos de estos niveles de eficiencia. Algunos estudios señalan la pérdida progresiva de autonomía y por tanto de algunas de las más importantes ventajas competitivas que se le suponen a estas fórmulas innovadoras de gestión directa.

En relación con el marco de relaciones laborales, también parece observarse una progresiva convergencia (por ejemplo en número de horas anuales trabajadas) con las existentes para el personal estatutario de los distintos SRS

El establecimiento y crecimiento de estas nuevas fórmulas de gestión, realizadas formalmente bajo el paraguas conceptual de la competencia pública y los mercados internos, en la práctica no ha conllevado desarrollos institucionales que pudieran promover algún tipo de competencia regulada. A mayor abundamiento, la separación legal y formal entre financiador y proveedor que supone la personificación jurídica de los centros sanitarios es muy limitada, dado que, tanto el financiador y regulador como el propietario de estas nuevas fórmulas de gestión es el mismo: los responsables políticos sanitarios.

Estas dificultades para una separación efectiva entre financiador y proveedores sanitarios (las nuevas fórmulas de gestión) implican la posibilidad de transferir las ineficiencias de estas organizaciones sanitarias al financiador público en términos de mayor gasto y déficit, impidiendo un cierto traslado efectivo de riesgos.

Las fórmulas de gestión indirectas implican la participación en la producción de servicios del sector privado, las más importantes como se ha mencionado son las fórmulas de concesión administrativa puestas en funcionamiento por la Comunidad Valenciana y las entidades de base asociativa que se están impulsando en Cataluña.

La fórmula de la concesión administrativa permite contar con el apoyo del sector privado para la financiación de las infraestructuras de los centros sanitarios. No existe sin embargo evidencia suficiente de que el coste a medio y largo plazo sea menor. Existe por el contrario, el peligro de que el concesionario adquiera una posición monopolística, anulando los potenciales beneficios del modelo. En relación con estas experiencias faltan estudios empíricos que permitan acreditar la bondad o ineficiencia del modelo.

Las entidades de base asociativa desarrolladas en Cataluña, así como el marco de regulación legislativa y control establecido constituyen sin duda una de las experiencias más innovadoras a nivel organizativo en el SNS. En la actualidad hay siete experiencias en funcionamiento, estando previsto que lleguen a ser dieciséis.

Para que estas sociedades de profesionales de atención primaria puedan ejercer su función se precisa un tamaño pequeño del grupo, de forma que permita un proceso democrático y no costoso de decisión, la posibilidad de un control mutuo de cada socio, que sustituya ventajosamente la no muy alta especialización gestora, y que el riesgo sea asumido por el capital humano y no por el capital físico.

Las experiencias de gestión indirecta, si bien pueden constituir un factor de innovación, deben estar sujetas a unos mecanismos de regulación y control de una extraordinaria transparencia e independencia que dificulten las posibilidades de colusión de intereses y los costes de interferencia e influencia política. En cualquier caso, deben tener un carácter minoritario en relación con otros proveedores públicos o privados no lucrativos, de forma que los intereses por la rentabilidad y el beneficio no predominen en la definición de las políticas públicas.

La toma de decisiones informada en política sanitaria exige reducir la brecha actual entre el desarrollo de innovaciones organizativas y la carencia de sistemas de información homogéneos a nivel de Estado que permitan evaluaciones sistemáticas y rigurosas. El reto político es combinar la autonomía de diecisiete SRS con la necesidad

de poder analizar y comparar simultáneamente el conjunto de centros sanitarios del Estado, y no sólo los pertenecientes a algunas CCAA. Tarea nada fácil si consideramos que la información tiene características de bien público y cada político regional o nacional tiene incentivos para no colaborar (atesorar información, “maquillar” datos, etc.). Dilema del prisionero cuya solución requiere, o confianza en los otros jugadores, o reglas del juego formales (instituciones, leyes, etc.), que alteren los incentivos de los jugadores (responsables políticos), y permitan soluciones más eficientes a largo plazo.

6.- Algunas conclusiones y sugerencias

En esta legislatura es necesario incluir en la agenda política una reforma ambiciosa de formas organizativas y de gestión de centros sanitarios: relaciones laborales, modelos retributivos, coordinación entre niveles asistenciales, modelos de financiación de los centros, grado de libertad de elección de los usuarios y descentralización del centro sanitario y sus unidades clínicas. Algunas sugerencias para el debate son:

- Modernizar y transformar las fórmulas burocráticas de gestión que dominan en los SRS, convirtiéndolas en Entes de Derecho Público y utilizando los modelos de gestión propios de las empresas multidivisionales.
- Realizar ajustes de plantilla pactados y negociados, particularmente en los grandes centros hospitalarios. Reducir excedentes de personal de ciertas categorías fomentando la movilidad e incentivando jubilaciones anticipadas.
- Para que la mejora de eficiencia lograda a través de la personificación jurídica de centros sanitarios sea real y sostenible en el tiempo, es necesario que esta fórmula se inserte en un marco adecuado de regulación, financiación y control.
- Es fundamental establecer un sistema de información, válido para el conjunto del Estado, sobre costes, recursos, productos intermedios y resultados en salud. siguiendo la estrategia de otros países, como Canadá, Australia, Escocia o Noruega que han desarrollado importantes experiencias en este sentido. En el Reino Unido, el *National Health Service* ha establecido en los últimos años el *Performance Assessment Framework* que determina seis áreas de monitorización evaluadas mediante cuarenta y un indicadores.
- Potenciar la separación efectiva entre financiador-comprador y proveedor público.
- Elaborar un Estatuto Común para el conjunto de fórmulas jurídicas públicas de gestión directa de los servicios sanitarios.
- Desarrollar fórmulas ajustadas de financiación *per cápita*, como mecanismo clave para repartir recursos en función de las necesidades sanitarias y favorecer la integración y coordinación entre niveles asistenciales.

- Apoyar la participación de los ayuntamientos en las formulas de gestión directa. En este sentido el consorcio resulta idóneo. También es positiva la participación de entidades no lucrativas que proporcionen sinergias y ventajas competitivas.
- No es aconsejable un exceso de privatización en la producción de servicios sanitarios que abra la puerta a rupturas del aseguramiento único, o al control del regulador público por las empresas reguladas. Como experiencias de tipo minoritario pueden suponer un factor de innovación, con tal de que estén sujetas a mecanismos adecuados y transparentes de financiación, regulación y control.

En el contexto de cambio global del SNS, las reformas organizativas y de gestión desempeñan una función importante. Entre el inmovilismo organizativo, manteniendo a ultranza los modelos burocráticos de producción pública que caracterizan los actuales SRS, y la defensa de las virtudes del mercado, que no funciona en un ámbito como el sanitario, existen posibilidades de innovación organizativa que estamos obligados a explorar para mantener y mejorar nuestro Sistema Nacional de Salud.

Bibliografía

- Albi, E, González-Páramo, JM., López Casanovas, G. (1997), Gestión Pública. Fundamentos, técnicas y casos. Ariel Economía, Barcelona, Editorial Ariel.
- Ariño Ortiz, G. y Sala Arquer, J. (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*. Actas del III Congreso “Derecho y Salud” (1995) Pamplona, Gobierno de Navarra, Departamento de Salud.
- Arruñada, B. (1997), Bases para la profesionalización de la sanidad pública. En: La regulación de los servicios sanitarios en España. López Casanovas G, Rodríguez Palenzuela, D. (Coord.), Madrid, Editorial Civitas, 157-212.
- Barea, J. y Gómez Ciria, A. (1994), El problema de la eficiencia en el sector público en España. Especial consideración de la sanidad, Madrid, Instituto de Estudios Económicos.
- Borrajo Iniesta, I (1993), El intento de huir del Derecho administrativo, *Revista Española de Derecho Administrativo*, nº 78: 82-103.
- Cabasés Hita, JM, Martín Martín JJ, (1997), Diseño y evaluación de estrategias de desregulación en el sector sanitario público en España. En: La regulación de los servicios sanitarios en España. López Casanovas, G. y Rodríguez Palenzuela, D. (Eds.). Madrid, Civitas.
- Cabasés Hita, JM, Martín Martín, JJ, López Del Amo, MP (2003a), La eficiencia de las organizaciones hospitalarias, *Papeles de Economía Española*, 95 pp.195-212.
- Cabasés Hita, J.M (2003b), Asistencia sanitaria pública y privada concertada en España. En: El interfaz público-privado en sanidad, cap.8, Barcelona, Guillem López-Casanovas, Masson S.A. pp.139-155.
- Cabiedes Miragaya, L., Guillén, A. (2001) Adopting and adapting manager competition: health care reform in Southern Europe, *Social Science & Medicine*, 52, pp.1205-1217.
- Cabiedes Miragaya, L. (2003), Financiación, presupuestos y nueva gestión pública en sanidad. Las experiencias del Reino Unido, Suecia, Nueva Zelanda y España. XII Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, Oviedo, mimeo.
- Callejón Fornieles, M. y Ortún Rubio, V. (2003), Empresa privada en sanidad. Grado de adecuación a las diferentes funciones sanitarias. En: El interfaz público-privado en sanidad, cap.6, Barcelona, Guillem López-Casanovas, Masson S.A. pp.105-120.

- Castells, M.(1997), El futuro del Estado del Bienestar en la sociedad internacional. En: Buen Gobierno y Política Social, Giner, S. y Savasa, S. (Eds.), Ariel: Ciencia Política.
- Coates, P. (2002, 22 Julio), Private finance and value for money in NHS hospitals: a response. *BMJ*.
- Congreso de los Diputados (1998), Acuerdo de la Subcomisión de Sanidad del Congreso de los Diputados para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud. (1998, Enero - Marzo), *Revista de Administración Sanitaria*, pp. 149–64.
- Costas Lombardía, E. (1995), Las posibilidades de la reforma del Sistema Nacional de Salud. En: Análisis del sistema sanitario español, Aranjuez (Madrid), Ediciones Doce Calles S.L., Fundación Ciencias de la Salud.
- Devereaux, PJ. *et al.* (2002), A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. *Canadian Medical Associations J.*, 166, pp 1.399-406.
- Domberger, S. y Rimmer, S. (1994), Competitive tendering and contracting in the public sector: A survey. *Int J. of Economics of Business*, 1, 3, pp.439-53.
- Echebarria Ariznabarreta, K. (1996), Los procesos de modernización de las administraciones públicas en Europa, Barcelona, ESADE.
- European Observatory on Health Care Systems, <http://www.observatory.dk>
- Evans, R. (1997) Health care reform: who`s selling the market, and why?. *J. Public Health Medicine*, 19(1), pp.45-9.
- Ferrándiz Manjavacas, FA. (1999), Las Fundaciones como nuevas formas de gestión eficiente. Ventajas e inconvenientes respecto al modelo tradicional de gestión. *Revista de Administración Sanitaria*, 9, pp.33-57.
- Freire, JM. (1999), Fundaciones Sanitarias públicas, comentario y propuestas alternativas. *Revista de Administración Sanitaria*, 9, pp. 69-92.
- Fundación CESM (1999), El número de médicos en España. Análisis de una situación crítica, 2ª Ed., Fundación CESM.
- Gaffney, D., Pollock, AM., Price, D., Shaoul, J. (1999a), NHS capital expenditure and the private finance initiative: expansion or contraction? *British Medical Journal*, 319, pp. 48-51.
- Gaffney D, Pollock AM, Price D, Shaoul J. (1999b), PFI in the NHS: is there an economic case?, *British Medical Journal* 319 pp.116-9.
- Gaffney D, Pollock AM, Price D, Shaoul J (1999c), The private finance initiative: The politics of the private finance initiative and the new NHS, *British Medical Journal* 319, pp. 249-53.
- Gómez de Hita JL. (2000) Formas Jurídicas de la organización sanitaria. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.
- González B. Barber P. (1996), Changes in the efficiency of Spanish Public Hospital alter the introduction of Program-Contracts. *Investigaciones Económicas* , 20 (3 sept.), pp.377-402.
- González, B. Barber, P. y Pinilla, J (1999), Estimación de la eficiencia de los hospitales generales de agudos mediante modelos de frontera estocástica, en: La evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el estado de las autonomías. Análisis comparativo de las CC.AA. del País Vasco, Andalucía y Cataluña, capítulo III, Fundación BBV y Institut d'Estudis Autònoms, Generalitat de Catalunya.
- González, E. y Ventura J. (2000), Efficiency and program-contract bargaining in spanish public hospitals. *II Oviedo Workshop on Efficiency and Productivity*, Oviedo, Departamento de Administración de Empresas y Contabilidad, Universidad de Oviedo.
- González López-Valcárcel, B. (2000), Formación y empleo de profesionales sanitarios en España. Un análisis de desequilibrios, *Gaceta Sanitaria*, 14(3), pp. 237-46.

- González López-Valcárcel, B. y Urbanos Garrido, R.M. (2002), Prioridades en la organización de la atención a la salud en España. *Informe SESPAS 2002*. Capítulo 16, pp. 327-41. Edita: Conselleria de Sanitat, Subsecretaría per l'Agència Valenciana de la Salut, Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES).
- González-Páramo, JM. (1997), Cambios organizativos al servicio de la gestión pública. En: *La gestión del cambio en los servicios sanitarios*. IV Seminario en colaboración con Merck-Sharp & Dohme, Granada, Silió F (ed.), Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Hawksworth, J. (2000), Implications of the public sector financial control framework for PPPs. En: *The private finance initiative: saviour, villain or irrelevance?*, London, Institute of Public Policy Research.
- Ibern Regàs, P. (2003), Contratación externa de servicios sanitarios: el caso de la concertación hospitalaria en el entorno europeo. En: *El interfaz público-privado en sanidad*. Guillem López-Casasnovas, Masson S.A., pp.123-36.
- Koen, V. (2000), Public Expenditure Reform: the Health Care Sector in the United Kingdom, *Economics Department Working Papers* nº 256, OECD.
- Laffont y Tirole, J. (1993), *A Theory of incentives in procurement and regulation*, Cambridge (Mass), MIT-Press, 705.
- Le Grand, J., Mays, N., Mulligan, JA. (1998), *Learning from the NHS International Market: A review of the evidence*, Londres, King's Fund Institute Publications.
- López Casasnovas, G. (1993), Ofertas de cuidados de salud y políticas de empleo en el sector sanitario público, *Hacienda Pública Española (monografías)*, 1, pp. 45-68.
- López Casasnovas, G. (coordinador), (1999), *La contratación de servicios sanitarios*, Els llibres dels Fulls Economics, Barcelona, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.
- Martín Martín, JJ., López Del Amo González, MP. (1994), *Incentivos e Instituciones Sanitarias Públicas*, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Martín Martín, J.J., de Manuel Kenoy, E. (1998), Reformas y cambios organizativos en el Sistema Nacional de Salud español, *Papeles de Economía Española*, 76, pp.176-90.
- Martín Martín, JJ. (1999), Innovaciones y reformas organizativas en el Sistema Nacional de Salud. En: *Curso de experto universitario en gestión de unidades clínicas*, Madrid, Repullo, JR. (Ed.), Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Martín Martín, JJ., López del Amo González, MP. y Pérez Romero, C. (2000), Reflexiones en torno a la incentivación y motivación del profesional de la sanidad española. En: *V Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios*, Bilbao.
- Martín Martín, JJ. y López Del Amo González, MP. y Pérez Romero, C. (2002), Nuevas fórmulas jurídicas y de gestión en las organizaciones sanitarias. En: *Gestión Hospitalaria*. McGraw-Hill Interamericana, pp.29-47.
- Martín Martín, J.J. (2003), Sistema de retribuciones y exclusividad de los facultativos de los hospitales públicos del Estado Español, en: *El interfaz público-privado en sanidad*. Guillem López-Casasnovas, Masson S.A, pp.157-85.
- Montoya Martín, E. (1996), *Las empresas públicas sometidas al Derecho Privado*, Madrid, Marcial Pons.
- Noord, P. van den (2002), Managing Public Expenditure: The UK Approach, *Economics Department Working Papers*, nº 341, OECD.
- Núñez Feijóo, A. (1999), Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud, *Revista de Administración Sanitaria*, 9, pp. 59-67.
- Or Zeinep, (2002) Improving the Performance of Health Care Systems: from Measures to Action (A Review of Experiences in Four OCDE Countries), *Labour Market and Social Policy-Occasional Papers* nº 57, OECD.

- Ortún, V. (1998, Diciembre), Gestión privada de la sanidad, *Círculo de Empresarios: Alternativas de reforma para la sanidad pública*, boletín 63, pp. 285-311.
- Ortún, V. y Gervás, J. (2000), Potenciar la atención primaria de salud. En: Álvarez, C., Peiró, S. (eds.), Informe SESPAS 2000, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, pp.363-69.
- Ortún, V. y López Casasnovas, G. (2002), Financiación capitativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias, Fundación BBVA y Centre de Recerca en Economia i Salut- CRES, Documento de trabajo, nº 3.
- Paton, C. *et al.* (March 2000), Scientific Evaluation of the Effects of the Introduction of Market Forces into Health Systems. Published by European Health Management Association, Dublin.
- Peiró, S. (2002), ¿Son siempre odiosas las comparaciones?, *Gestión Clínica y Sanitaria*, 4(2), Editorial, pp. 35-7.
- Pérez López, MC., Martín Martín, JJ., Carretero, L., López del Amo, MP. (1997), Empresa pública 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, pp.113-20.
- Pérez López, MC. (2001), Análisis dinámico de los derechos residuales de decisión y control del ente público Hospital Costa del Sol (Período 1993–2000). Trabajo de investigación presentado para la obtención de suficiencia investigadora en el programa ‘Nuevas tendencias en economía española e internacional’. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Granada.
- Pollock, AM., Shaoult, J. y Vickers, N. (2002), Private finance and “value for money” in NHS hospitals: a policy in search of a rationale?, *British Medical Journal*, 324, pp. 1205-9.
- Price, D, Pollock, AM and Shaoul, J (1999) How the World Trade Organisation is Shaping domestic policies in health care, *The Lancet*, 354, pp 1889-92 (November 27)
- Prior, D., Solá, M. (1993), L’eficiència dels Hospitals de Catalunya. Comparació entre els hospitals públics i els privats. Col·lecció Els Llibres dels Fulls econòmics. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.
- Puig-Junoy, J. y Pérez-Sust, P. (2002), Integración vertical y contratación externa en los servicios generales de los hospitales españoles, *Gaceta Sanitaria*, 16(2), pp. 145-55.
- Repullo, JR. y Enríquez, R. (2000), Cambios y reformas en la atención especializada; percepción de su naturaleza y efectos por parte de informadores clave. En: Avances en la gestión sanitaria: implicaciones para la política, las organizaciones sanitarias y la práctica clínica. AES, pp. 283-284.
- Rey del Castillo, J. (2000a), Análisis de factores determinantes del futuro del sistema nacional de salud (I), *Revista Salud*, 54, pp.19-27.
- Rey del Castillo, J. (2000b), Análisis de factores determinantes del futuro del sistema nacional de salud (II), *Revista Salud*, 55, pp.12-5.
- Rey del Castillo, J. (coordinador) (2001), La organización territorial del sistema sanitario, *Cuadernos con Alternativas: Sistema Nacional de Salud Análisis y propuestas*, Fundación Alternativas.
- Sánchez-Caro, J. (2000), Régimen jurídico de las nuevas formas de gestión en la sanidad española (la perspectiva del Instituto Nacional de la Salud), *Revista de Administración Sanitaria*, IV, 14, pp. 91-139.
- Servicio Andaluz de Salud, Dirección General de Personal (2003). Resolución Retribuciones Personal SAS para el ejercicio 2003,
- Sheldon, T. (2000, 22 de Enero), EU law makes Netherlands reconsider its health system, *British Medical Journal*, 320, pp.206.

- Silió Villamil, F., Prieto Rodríguez, MA. y Romo Avilés, N. (2002), Impacto de las políticas de la Unión Europea sobre los sistemas sanitarios. *Informe SESPAS 2002*. Capítulo 17, pp.343-376. Edita: Conselleria de Sanitat, Subsecretaría per l'Agència Valenciana de la Salut, Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES).
- Sloan, F., Picone, G., Taylor, D., Chou, S. (2001), Hospital ownership and cost and quality of care: is there a dime's worth of difference?, *J. Health Econ*, 20 pp.1-21.
- Temes Montes, JL. y Gil Redrado, J. (1997), El Sistema Nacional de Salud, Madrid, McGraw Hill Interamericana.
- Vaquer Caballería, M. (1999), Fundaciones públicas y fundaciones en mano pública, Madrid, Marcial Pons.
- Williamson, O. (1991), Comparative Economic Organization: The Analysis of Discrete Structural Alternatives, *Administrative Science Quarterly*, Cornell University.
- Williamson, O. (1993), The Economic Analysis of Institutions and Organisations in General with respect to Country Studies, Paris, OCDE/GD (93) 158 *Working Papers*, pp.133.
- www.doh.gov.uk/pfi