
Financiación, Presupuesto y Nueva Gestión Pública en Salud

Coordinadora: Lic. Mónica Levcovich

Nos acompaña hoy Laura Cabiedes Miragaya, que está representando a la AES España que todos los años nos envía a un representante para tener un contacto permanente entre las dos AES. Ella es doctora en economía y actualmente profesora titular de Economía Aplicada en la Universidad de Oviedo en la Comunidad de Asturias. El tema de su conferencia es "Financiación, presupuesto y nueva gestión pública en salud".

Financiación, Presupuesto y Nueva Gestión Pública en Salud

Lic. Laura Cabiedes Miragaya

INTRODUCCIÓN

Realmente es un gusto para mí estar en estas Jornadas de AES de Argentina, y antes de comenzar quiero agradecerles por invitarme, y lo digo tanto institucionalmente como desde mi punto de vista personal.

Conviene que presentemos previamente los cuatro grandes puntos que tocaremos, o sea cómo vamos a estructurar la exposición.

- § En primer lugar merece la pena aclarar de qué estamos hablando, y entonces intentaremos una aproximación al concepto.
- § En segundo lugar mencionaremos algunas fórmulas de nueva gestión pública, en términos generales y aplicadas al ámbito de la sanidad.
- § En tercer lugar vendrá un repaso breve de la aplicación de este tipo de fórmulas en tres países: Reino Unido, Suecia y Nueva Zelanda.
- § Por último veremos más detenidamente el caso español.

DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO: MARCO CONCEPTUAL

Cuando hablamos de **nueva gestión pública** hacemos referencia a todo un conjunto de nuevas fórmulas para tratar de resolver problemas del sector público. Haremos referencia a la introducción de mecanismos del mercado para tratar de inyectar competencia en el sector público, y también a la importación de instrumentos típicos de la gestión privada llevados al sector público.

Dentro de las grandes estrategias que podemos comentar en términos generales, la gran estrategia sería la **separación de la oferta y la demanda**, o lo que es lo mismo, la separación del bloque de productores frente al bloque que representa a los compradores. En este sentido se trataría que los ingresos dependan de si se consiguen contratos, o si los productores consiguen ser elegidos por los usuarios en su caso.

En definitiva se está persiguiendo un mínimo de **traslación de riesgos**, vale decir *o lo haces bien en esa especie de cuasimercado o te quedas sin ingresos*. Esto obliga a que a

los productores públicos hay que dotarles de mayor autonomía, lo que significa un **cierto gerencialismo** en el ámbito. Y todo esto conduce a un intento de avanzar hacia la **presupuestación prospectiva** abandonando los presupuestos históricos, la idea de *tanto gastas, con tanto te financio y esta será la referencia para el año que viene*.

Con esto se intenta evitar un sistema que más bien penaliza al que peor lo hace, y se pretende premiar al que mejor lo hace con una presupuestación de tipo prospectiva, de cara al futuro: *usted qué actividad se compromete a realizar y con qué nivel de actividad*, e ir viendo cómo se evoluciona en la práctica.

Algo que llama la atención es que las medidas de nueva gestión pública normalmente las introducen gobiernos de corte liberal o neoliberal, pero son continuadas o no contestadas por gobiernos de corte social demócrata, y éste es el caso de Reino Unido y Suecia.

Algunas posibles hipótesis explicativas pueden ser que durante la década de los '90 hay todo un trasfondo de problemas comunes: las burocracias jerarquizadas son intentos de los trasnochados frente a lo que es un sector público que comienza a prestar servicios públicos muy sofisticados, y son los verdaderos pilares del estado del bienestar.

En segundo lugar cabe mencionar las fuertes restricciones presupuestarias, en un entorno en el que no parece que los ciudadanos pudieran soportar mayor presión fiscal y están muy pendientes de cómo se gasta ese dinero.

Y en tercer lugar entre los problemas comunes, se puede mencionar la ausencia de incentivos, tanto organizativos como individuales en el sector público.

En el primer caso nos referimos a que en un modelo de sector público tradicional en principio no hay posibilidad de transmitir información vía precios, el usuario no tiene la posibilidad de votar con los pies como podría ser abandonando a un productor privado, y el sector público no tiene el riesgo de quiebra.

Y en cuanto a la ausencia de incentivos personales, nos referimos a que generalmente la política del personal apenas tiene margen para premiar los buenos resultados de algunos trabajadores en el sector público, de la misma forma que es casi imposible despedir a un funcionario.

Aparte de este telón de fondo que puede explicar que surjan este tipo de nuevas fórmulas a lo largo de los '90, se puede intentar buscar otro tipo de explicación.

Podría ser plausible pensar que paralelo a todo esto hay **grupos privados ávidos de parcelas lucrativas de servicios públicos**. Acá nos referimos a que es lógico que los productores privados estén pendientes de algún tipo de servicios, en este caso de servicios sanitarios públicos, en los que sí pudieran sacar rentabilidad de su eficiencia. Y en este sentido, suponiendo que esta hipótesis fuera plausible, lo que buscarían son los puntos más vulnerables de los sistemas públicos, como la existencia de listas de espera, tanto en el ámbito de la salud como en el caso de residencias de ancianos. O por ejemplo las grandes dificultades que en un marco de restricciones presupuestarias tiene el sector público para financiar grandes infraestructuras, y esto luego lo veremos aplicado.

Menos suspicaz sería una explicación en el sentido de decir que bajo el concepto de la nueva gestión pública, en el fondo estamos incluyendo medidas muy distintas con objetivos y fines distintos, algo así como **un paraguas que cobija distintas prácticas**.

O bien que en todo en caso es una **cuestión de equilibrio de fuerzas que dependerá del objetivo político y de la estructura institucional**, o sea de la base de partida.

Otro tema importante es que el concepto de nueva gestión pública se relaciona frecuentemente con **tendencias privatizadoras**.

En principio en la exposición dejaremos fuera operaciones directa y frontalmente privatizadoras en el sentido que los servicios, los produzca quien los produzca, van a continuar siendo financiados con fondos públicos, y conforme a ello seguimos hablando de servicios públicos y provisión en el sentido de responsabilidad de parte de un sector público.

No obstante, quisiéramos comentar que en términos dinámicos, la privatización no deja de ser una posible consecuencia de la nueva gestión pública. Se pueden introducir medidas de nueva gestión pública únicamente entre productores públicos. Lo más habitual en la práctica está siendo el intento de poner a competir productores públicos y privados.

Esto lo queremos relacionar con la base institucional de partida.

§ Un sector privado muy abultado de salida puede dar lugar a problemas en el sentido de que si se imponen criterios financieros y mercantiles, puede ser el sector privado el que decida qué tipo de servicios se producen, poniendo en aprietos a productores privados.

§ Un sector privado excesivamente, y es cuestión de grado, abultado, puede conseguir un poder de negociación muy fuerte después frente al sector público, pero este es un aspecto dinámico y depende mucho de cada caso particular y de la situación de partida.

Si quiero indicar que alguien dijo que el mercado es un mal amo pero puede ser un buen siervo, en ese sentido se entiende que el sector público, que siempre tendrá poder monopsonista en países donde hay mínimamente desarrollado un estado del bienestar, lo interesante es que no pierda totalmente las riendas.

ALGUNAS FÓRMULAS DE NUEVA GESTIÓN PÚBLICA

En el **Cuadro 1** mostramos un esquema que expone los 6 grandes tipos de medidas de nuevas gestiones públicas (NGP).

Cuadro 1 Algunas Fórmulas de Nueva Gestión Pública

CONTRATACIÓN EXTERNA "PURA"	Regula	Financia	Compra	Produce
Contratación entre departamentos públicos	P	P	P	p
Concesiones administrativas	P	P	Px	Py
Bonos	P	P (l: p)	P	p
Mercados mixtos	P	P	U/Ag	P/p
Competencia pública	P	P	P	P/p

Fuente: Cabiedes Miragaya, Laura, AES España, 2003.

Hablaremos de **contrataciones externas** que calificamos como puras, contrataciones entre departamentos públicos, concesiones administrativas, bonos, vales o cheques servicios, mercados mixtos y competencia pública.

Ni la lista es exhaustiva ni siempre la diferenciación entre fórmulas es totalmente nítida; sí aclararemos las similitudes entre todas ellas y cuáles son los aspectos que las diferencian.

§ En todos estos casos, tanto la regulación como la financiación permanecen en manos públicas, siguen siendo responsabilidad del sector público.

§ También en ambos casos se sigue la gran estrategia de separar el lado de la compra del de la producción, es decir la demanda de la oferta, pero la diferencia se sitúa en qué agentes efectúan estas dos funciones.

Haremos un breve recorrido una por una.

Contratación externa pura

¿Por qué calificamos a la contratación externa como pura?. Porque pretendemos diferenciarla de la configuración de mercados mixtos. La idea es que la responsabilidad de la compra está en manos del sector público, de departamentos públicos, y adquiere un servicio a un productor privado, pero no estamos hablando de la introducción de condiciones similares a lo que sería un mercado poniendo a competir a productores públicos y privados, aunque medie un concurso público o un procedimiento de subastas, ambos procedimientos bastante transparentes, hablamos de contratación externa como algo aislado y no como el intento de articular mercados.

Esta parcela es bastante habitual en funciones de apoyo o servicios no básicos que descargan al sector público de labores que no son el núcleo de su actividad, como puede ser limpieza, *catering*, servicios informáticos, mantenimiento, seguridad y limpieza de edificios, algunos servicios locales como distribución de aguas, recolección de residuos, etc. Y en concreto en el sector sanitaria, aparte de este tipo de funciones no básicas, también en ocasiones se recurre a la contratación externa para complementar una oferta pública insuficiente para hacer frente a una demanda ante excesos de demanda, muchas veces para contratar servicios hospitalarios no demasiado complejos.

Contratación entre departamentos públicos

Descargar al sector público, o más exactamente a determinados departamentos del sector público, de funciones no básicas, se puede hacer también perfectamente dentro del propio sector público, y esto es algo que llamamos la contratación entre departamentos públicos o intergubernamental. En este caso el comprador es público, el vendedor también, sólo que son distintos y por eso lo indicamos con los índices X e Y.

La intención es conseguir además economías de escala por parte de los departamentos públicos que se especializan en esas funciones de apoyo o servicios intermedios.

En la U.E. está siendo bastante habitual esta fórmula en términos de cesión de edificios públicos a unas entidades públicas que se ocupan además de su mantenimiento, limpieza y seguridad; o por ejemplo en materia de formación del personal.

Concesiones administrativas.

En este caso el comprador es público y el productor del servicios privado. Mirando el Cuadro 1, en financiación se indica que la financiación del servicio es con cargo a fondos públicos pero la inversión es privada, porque cuando hablamos de concesiones administrativas estamos hablando de un tipo de asociaciones público/privado en la línea de iniciativas público/privadas de la inversión, que habían sido muy características para grandes infraestructuras de transportes.

La gran innovación en los últimos años es que esta estrategia se está ampliando a equipamientos sociales, a los edificios que respaldan la prestación de importantes servicios públicos. Aquí podríamos hablar de hospitales o escuelas. Y otra característica importante y novedosa es que aparte de encargarse de la construcción de estas infraestructuras, el sector privado normalmente contrata la prestación de servicios tanto intermedios como finales con su financiador - comprador que es el sector público. Y a diferencia de las licencias administrativas tradicionales, aquí el que las adquiere es el sector público y no el usuario, como ocurría en el caso de infraestructuras de transportes.

Aquí queremos transmitir la idea que hay mucha controversia en cuanto al coste de este tipo de fórmulas, y decir que estos contratos a largo plazo pueden consolidar la posición del licenciatario de tal manera que contradice el objetivo de lo que es la nueva gestión pública, ese riesgo de la competencia que hace que se quiera mejorar porque sino se pierde mercado. En este tipo de contratos a largo plazo parece que esa finalidad se puede perder.

Hay autores que entienden que el coste a la larga para el sector público puede ser mayor que si el propio sector público abordase la inversión de entrada directamente. Y también hay muchas auditoras cuyos estudios están siendo criticados que dicen que no.

Pero queríamos comentar que entendemos que esta fórmula como un medio para soslayar determinadas restricciones presupuestarias, porque esto no va a consolidar deuda pública, entonces es una huida a restricciones presupuestarias más que una medida genuina de nueva gestión pública.

Bonos o cheques de usuarios

La idea de los bonos o cheques servicios es que los compradores son usuarios o una agencia elegida por el usuario, que puede elegir entre productores normalmente públicos y/o privados. La utilización de bonos es bastante habitual en el ámbito de residencias de ancianos y de cuidados a domicilio.

En ocasiones se puede usar una vía intermedia que es que una agencia represente al ciudadano en la elección. En estos casos puede existir el problema de selección adversa de riesgos, es decir que el productor público y/o privado intenta desentenderse de potenciales usuarios muy costosos, y quedarse en cambio con los que considera que le pueden resultar rentables. Entonces es importante el ajustar la asignación de recursos por las características de la población, lo que se llama ajustar por riesgo.

Respecto a los bonos queremos indicar que no siempre la elección es posible ya que puede ocurrir que muchas personas tengan clara la preferencia por un productor, que haya un exceso de demanda y ese productor no pueda hacer frente a esa solicitud. También hay problemas de distancias físicas.

Y comentar además que hay evidencia empírica en el sentido que pueden generar grandes problemas de equidad en la aplicación de bonos. Muchas veces es el propio productor el que elige. Hay una ficción de que es el ciudadano el que elige, pero a la larga en la práctica muchas veces lo que ocurre es que es el propio productor. Esto ocurrió mucho en el caso de las escuelas en Chile, en Francia y en varios países más.

Mercados Mixtos

La idea de mercados mixtos es que el comprador normalmente es un departamento público, que intenta romper el monopolio de la producción pública y poner a competir productores públicos y privados, y conseguir al menos una estructura oligopólica.

En ocasiones se concede cierto derecho de elección al usuario. Por ejemplo, en el marco de la salud es bastante habitual en algunos países que ante un límite de tiempo de espera se permita la libre elección entre hospitales públicos y privados al paciente. Estaríamos hablando de mercados mixtos con bonos implícitos.

Y la idea de mercados mixtos se da también en la libre elección de los padres de la escuela a la que quieren que asistan sus hijos.

Competencia Pública

La fórmula de competencia pública se caracteriza porque también quiere introducir competencia, pero en este caso exclusivamente entre productores públicos, y en este caso la elección la realiza el usuario. Ejemplos de esto son la libre elección de universidades públicas o de médico, y en este caso es importante entender que el presupuesto de la universidad varía según el número de alumnos que consiga captar, el dinero sigue al alumno, de la misma forma que una parte del salario del médico que consiga ampliar su lista de pacientes a su cuidado, va a variar en relación directa al número de personas que consiga captar.

Estas dos últimas fórmulas, mercados mixtos y competencia pública, es lo que se engloba bajo la denominación de competencia gestionada.

Aludiremos en la medida de lo posible el concepto de mercados internos, que fue exportado por el estadounidense Einthoven en sus recomendaciones para introducir mercados mixtos en el Reino Unido, así que mas bien se asimila a lo que sería mercados mixtos.

Muy brevemente porque es de interés para el ámbito de la salud, indiquemos que tienen que cumplirse una serie de requisitos para introducirse estas fórmulas, como que haya un mínimo de productores privados para poder introducir mercados mixtos, sino sería imposible. Incluso en el ámbito de la competencia pública se necesita un mínimo, porque sino el comprador no tendría margen de elección, y suele ser un problema la existencia de monopolios locales.

Este tipo de fórmulas precisa la delimitación muy cuidadosa de los servicios a prestar y el nivel de calidad que se pretende obtener. Esto puede suponer un coste de transacción elevado, pero en algunos sistemas es muy conveniente que sea necesario cumplir estos requisitos de transparencia. Los costes de transacción nunca han de superar los ahorros que se consiguen gracias a las ganancias en eficiencia.

Algunas cuestiones que se pueden comentar en relación a mercados mixtos son las siguientes:

- § Se suele indicar que la separación productores/compradores puede hacer que los departamentos públicos productores que antiguamente también producían, pierdan la memoria colectiva.
- § Pueden haber asimetrías de información que aproveche el productor y que no sea capaz de aprovechar el comprador financiador.
- § Una cuestión más relativa al sector de productores públicos es el problema de la credibilidad de restricciones presupuestarias. Por ejemplo en España, en términos legales, no es posible dejar de financiar un déficit generado por un departamento público, entonces se puede intentar articular algunos incentivos pero es difícil conseguir que funcione la idea de presupuesto prospectivo, algo así como la idea de la amenaza de “no te voy a financiar todo lo que gastes si tu actividad no refleja al final lo que habíamos pactado”.
- § Y el efecto trinquete, que está documentado para la economía soviética y en España lo estudió el profesor Ventura, que es también miembro de AES, y consiste en que los gestores se dan cuenta de una situación tal que si hacen bien las cosas hoy y lo declaran les van a exigir mucho más mañana, entonces hay una tendencia perversa a esconder buenos resultados hoy para que no nos exijan estándares demasiado ambiciosos en el futuro.

Agrupamos las NGP en el Cuadro 2, pero por la revisión que realizamos para la aplicación de estas medidas en salud, cabe deducir que el protagonismo se lo llevan los mercados mixtos.

Cuadro 2 Algunas Fórmulas de Nueva Gestión Pública

Contratación externa “pura”	<i>Servicios de apoyo - Complementar Oferta P.</i>
Contratación entre departamentos públicos	<i>Raramente</i>
Concesiones administrativas	<i>Nueva tendencia</i>
Bonos	<i>Raramente</i>
Mercados mixtos	<i>Mayoritariamente (hacia “bonos implícitos”)</i>
Competencia pública	<i>Algo</i>

Fuente: Cabiedes Miragaya, Laura, AES España, 2003.

La contratación externa es cierto que se está aplicando a servicios de apoyo. La contratación entre departamentos públicos es bastante rara en este sector; las concesiones administrativas están comenzando a cobrar fuerza; los bonos apenas se utilizan en el sector de la salud, posiblemente por problemas de asimetría de información.

Desde el sector público se entiende que si el posible usuario es susceptible de ser convencido a través de la publicidad de aspectos no muy relevantes, y hablamos de servicios financiados con dineros públicos, quizás sea más conveniente pasar a la fórmula de competencia pública. Es decir que le dejamos que elija pero entre proveedores públicos, y va a traducir aspectos que el sistema no va a poder captar fácilmente como ciertos aspectos técnicos de calidad que se supone que ya garantizan los productores públicos, sino otro tipo de aspectos como el trato.

Mercados mixtos es la fórmula que se está aplicando mayoritariamente y además avanzando a la idea de bonos implícitos, cada vez permitiendo mayor capacidad de elección al usuario. Y la competencia pública también está siendo utilizada pero no está siendo la protagonista.

APLICACIÓN DE FÓRMULAS DE NGP EN TRES PAÍSES: REINO UNIDO, SUECIA Y NUEVA ZELANDA.

Vamos a contextualizar la exposición que seguiremos a partir de ahora en el marco de la Unión Europea. Quisiéramos indicar que varios países del sur de Europa transforman sus modelos de sistemas de seguros sociales a sistemas nacionales de salud, como se dio a nivel universal en los últimos 15-20 años, en particular España en 1986. Estos países toman como referencia en sus reformas sistemas nacionales de salud ya consolidados, y entonces los grandes referentes son Reino Unido y Suecia.

Y es interesante hacer una referencia a la experiencia de **Nueva Zelanda** porque estimamos que es llamativo que uno de los grandes países pioneros en la introducción de medidas de nueva gestión pública haya optado por su abandono en áreas sociales importantes como la educación y la sanidad.

REINO UNIDO

La reforma británica conocida en Argentina, el modelo previo al período Blair, se caracterizó por la separación entre compradores y productores. En el lado de la compra competían las autoridades de distrito y los grupos de médicos generales adquiriendo servicios hospitalarios tanto de hospitales públicos, que a su vez se constituían la mayoría de ellos en una especie de entidades con mas flexibilidad para la gestión pública, los *trusts*, y hospitales privados.

Los grupos de generalistas además de prestar atención primaria también podían adquirir atención hospitalaria, de modo que fueron ampliando los paquetes de prestación hasta la totalidad de atención correspondiente a un paciente. Los fondos que reciben las autoridades para su zona se ven menguados en el momento en que los grupos de generalistas. entran a cuidar a grupos de pacientes En ese sentido hay algo de competencia entre compradores.

¿Qué ocurrió en el período Blair, del '97 en adelante? Estamos ahora en el contexto de un gobierno en principio social demócrata. Se empieza a hablar de cooperación más que de competencia, pero lo básico del sistema no cambia porque la columna vertebral es la separación compradores - productores, simplemente lo que hay es una reorganización. Los grupos de generalistas pasan a tener otro nombre y base geográfica, que es una manera de evitar selección de riesgos, y se les permite movilidad. Vale la pena comentar que ahora mismo están asesorando a las autoridades de distrito, pero que la intención en el Reino

Unido es que se constituyan los grandes compradores. Estos grupos de generalistas se mostraron muy eficaces, y esa era entonces la idea.

¿Por qué se habla de cooperación? Porque se está considerando que hay que dar preferencia al proveedor o productor habitual. De hecho las autoridades de distrito en la práctica se mostraban muy reacias a cambiar de productor y finalmente no lo hacían, y ahora parece que se está institucionalizando esta idea para no forzar. Sólo en último extremo se cambiará de productor. Se empieza también a hablar de cooperación con el sector privado con una visión a largo plazo, ya incluso desde la etapa de planificación.

Y aquí nos gustaría comentar dos iniciativas que son muy relevantes en la relación del sistema sanitario británico con el sector público de cara al futuro, y son iniciativas del tipo licencias administrativas que se están extendiendo de forma muy amplia a los hospitales, e incluyen la financiación privada acompañada de la prestación de servicios en esa infraestructura.

Hay también algunas innovaciones donde se pretende pasar de contratos anuales a acuerdos plurianuales. Y también comentemos que se creó un Instituto Nacional de Excelencia Clínica con una perspectiva a nivel nacional, que se ocupará de generar y difundir guías, protocolos y evaluación de tecnologías. Es decir que se retoma esa visión de conjunto, y también hay una cierta evolución hacia el *benchmarking*, la idea de obtener y captar información, hacerla comparable y tomar referentes de excelencia para mejorar.

Cuadro 3 Reino Unido

MERCADOS MIXTOS	COMPRADORES	PRODUCTORES
Período Thatcher	§ DHAs § GP Fundholdings	§ Trusts § Hospitales priv.
Período Blair (1997-)	§ (DHAs) § PCGs Hacia acuerdos plurianuales Hacia benchmarking	“Cooperación” Nuevas relaciones con el s. privado: PFI y Concordato (2000)
IMPACTO DE LA REFORMA		
ASPECTOS POSITIVOS	ASPECTOS NEGATIVOS	
<ul style="list-style-type: none"> Elevados costes de transacción Autoridades de distrito reacias a cambiar de proveedor Problemas financieros en muchos trusts Limitada competencia 	<ul style="list-style-type: none"> Los Grupos de AP contribuyen a mejorar la asignación de recursos (y hoy: base geográfica) Menores tiempos de espera en algunos procedimientos sencillos Mayor conciencia de gasto (cierta “cultura empresarial”) Mejoras en los sistemas de información e iniciativas para profundizar el proceso 	
<ul style="list-style-type: none"> Elevados costes de transacción Autoridades de distrito reacias a cambiar de proveedor Problemas financieros en muchos trusts Limitada competencia 	<ul style="list-style-type: none"> Los Grupos de AP contribuyen a mejorar la asignación de recursos (y hoy: base geográfica) Menores tiempos de espera en algunos procedimientos sencillos Mayor conciencia de gasto (cierta “cultura empresarial”) Mejoras en los sistemas de información e iniciativas para profundizar el proceso 	

Fuente: Cabiedes Miragaya, Laura, AES España, 2003

Mirando el impacto de la reforma británica y poniendo en una balanza aspectos negativos y positivos, se pudo comprobar que la introducción de mercados mixtos acarrea costes elevados de transacción. Se comprobó en la práctica que las autoridades de distrito eran muy reacias a cambiar de proveedor y que los hospitales públicos experimentaron graves problemas financieros. En definitiva, se consideró que se había conseguido introducir muy poca competencia.

En el lado positivo, se considera que los grupos de atención primaria de médicos generalistas consiguieron mejorar la asignación de recursos, y además hay una mejora en que ahora tendrán una base geográfica, van a atender a una media de 100.000 pacientes lo que permitirá además equilibrar mínimamente los riesgos de las asignaciones presupuestarias, porque un grupo pequeño de pacientes puede traer muchos problemas.

Se consiguieron menores tiempos de espera en algunos procedimientos sencillos, se generó mayor conciencia de gasto, se consiguió cierta cultura empresarial, y se produjeron mejoras en los sistemas de información, y de hecho hay importantes iniciativas para continuar profundizando este proceso.

SUECIA

Suecia es un país muy descentralizado de modo que la velocidad de las reformas e incluso las características pueden ser muy diferentes de unos condados a otros. A finales de los '80 y principios de los '90 hay dos grandes condados pioneros que presentan un primer diseño de modelo de reforma: el modelo Estocolmo, que abarca una cuarta parte de la población sueca y que al parecer optó por la competencia pública, en tanto que el modelo Dalarna, que corresponde al condado de Kronobergs optó por el modelo de mercados mixtos.

A mediados de los '90 casi la mitad de los condados suecos habían realizado alguna forma de separación compradores/ productores, pero también hay que decir que a nivel nacional se produjeron una serie de cambios que fueron desdibujando el carácter de las propias reformas, y nos referimos a un límite en el tiempo de espera desde el año '91 en vigor desde el año '92, medida que se adoptó de forma mayoritaria a nivel nacional, que implicaba que para 12 procedimientos no debía esperar nadie más de 3 meses y a partir de ahí elegir entre hospitales públicos y/o privados y además a lo largo de todo el territorio sueco. A su vez, en el '94, se permitió la libre elección de médico general de centro de atención primaria y de médico especialista, es decir se da un fuerte empuje a la capacidad de elección por parte del paciente.

¿Cómo evolucionó en los últimos años el modelo Estocolmo?.

Curiosamente había sido pionero, incluso a nivel europeo en la fórmula de competencia pública, y se fue desviando de esta idea. No había pensado en principio contar con los productores privados, y justo es hoy en Suecia donde tienen hoy mucho más protagonismo. A principios de los '90, un gobierno de corte conservador comenzó a otorgar licencias a unas empresas privadas para prestación de servicios de apoyo o intermedios, pero más adelante esto se amplió también para la prestación de paquetes de servicios de atención primaria. Y esto lo hacían trabajadores del sector público que se habían constituido en cooperativas, o sea en empresas privadas sin fines de lucro.

Más adelante, a mediados de los '90, hay un cambio de gobierno regional en el condado de Estocolmo, el gobierno social demócrata en ese momento en el poder no es que empuje mucho la reforma pero no la frena, esto continuó así, y aquí una pieza clave fueron los sindicatos.

Este modelo de cooperativas de trabajadores continuó prestando servicios de atención primaria, y ahora la mayoría de servicios de atención primaria en el condado de

Estocolmo se prestan de esta forma. Este fue un modelo que benefició a los trabajadores del ramo en Estocolmo que era un grupo de trabajadores desmoralizados cuyo nivel de salarios era bajo en comparación con el sector privado, y se pudo comprobar en la práctica que a los 3 años de constituirse estas cooperativas los incrementos salariales habían sido muy superiores a los correspondientes a los trabajadores en el sector público, donde había ciertas rigideces cuando se intentaba premiar a profesionales que lo hacían particularmente bien. Esto genera cierta flexibilidad, pero cabe resaltar que unos incrementos salariales muy importantes hicieron que los sindicatos de enfermería y luego los sindicatos médicos en general apoyaran masivamente la reforma, entonces creemos que esto explica cómo fue avanzando.

Algo que llamó mucho la atención en el caso sueco, porque muchas veces en el sur de Europa pecamos de creer que en el norte de Europa atan los perros con longaniza, pero algo que es bastante chocante es que vendieron un hospital público que pertenecía al condado a finales de los '90, el Hospital San Jorge. Otros dos hospitales del condado estaban en proceso de venta, pasando por un periodo transitorio de prueba. Lo que ocurre es que ahora hay un freno a estas posibles transacciones.

Cuadro 4 Suecia

MODELO ESTOCOLMO: Competencia Pública	MODELO DALARNA: Mercados Mixtos
Cambios a nivel nacional (> capacidad elección paciente)	
Modelo Estocolmo: Ap → cooperativas trabajadores Pieza clave: apoyo sindicatos Venta hospital público	
Hacia Mercados Mixtos (“Bonos implícitos”)	
IMPACTO DE LA REFORMA EN SUECIA	
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades para valorarlo por falta de información y solapamiento de medidas • Los tiempos de espera disminuyeron sólo inicialmente • Pagos prospectivos por caso (GRDs bastante extendidos) • Modelo Estocolmo: se mencionan aumentos de la productividad > vs. hospitales con presupuestos globales y que en el hospital privatizado algunos tratamientos precisan un 15 % menos de fondos públicos que la mayoría de los del condado, pero los costes totales crecen a la misma velocidad que en los condados con reformas menos avanzadas 	

Fuente: Cabiedes Miragaya, Laura, AES España, 2003

A modo de síntesis, dada la capacidad de elección que se fue otorgando de forma generalizada al ciudadano sueco, entendemos que allí donde se habían iniciado mercados mixtos, como en el condado de Kronobergs, cabe hablar de mercados mixtos con bonos implícitos. Y en aquellos condados pioneros entiendo que fue abandonado y sustituido por el de mercados mixtos. Así que a pesar de la gran diversidad que uno puede encontrar en Suecia, predomina este modelo.

En cuanto al impacto de la reforma, hay dificultades para valorarlo por falta de información y sólo podríamos hablar de algunas medidas, las adoptadas a nivel nacional, a nivel condado y a nivel municipal, entonces no se saben a qué responden algunos resultados.

- § Los tiempos de espera en intervenciones quirúrgicas disminuyeron pero sólo inicialmente por 3 años pero luego volvieron al nivel de partida.
- § Se extendieron los pagos prospectivos por caso en el ámbito hospitalario, en particular el uso de GRDs, Grupos Relacionados con el Diagnóstico.
- § Como el más avanzado es el modelo Estocolmo, se mencionan aumentos de la productividad en este condado superiores a los obtenidos en hospitales con presupuestos globales. Se considera que con presupuestación prospectiva se consiguen mayores crecimientos de la productividad.
- § También está difundiéndose información acerca del hospital privatizado, señalándose que algunos tratamientos precisan un 15% menos de fondos públicos que la mayoría de los hospitales del condado para algunos tratamientos.
- § Queremos resaltar que de todas formas, los costes totales en el condado de Estocolmo están creciendo a la misma velocidad que en los condados con reformas mucho menos avanzadas.

NUEVA ZELANDA

El caso de Nueva Zelanda es un caso de país pionero en la aplicación de medidas de gestión pública ya desde mediados de los '80, de manera que a finales de esa década introducen de forma generalizada un modelo contractual tipo mercados mixtos, es decir donde los agentes públicos, los departamentos públicos pueden optar por conseguir los servicios dentro o contratar fuera. La tendencia era más bien conseguir los servicios dentro del propio sector público.

Se plantearon serios problemas de coordinación, rigideces para asignar recursos, problemas de eficiencia asignativa en cuanto a si realmente estaban llevando las riendas de lo que se creía que había que priorizar; entonces la gran descentralización y fragmentación del sistema que beneficiaba la eficiencia técnica, la idea de conseguir outputs a menor coste o dado un coste ir maximizando el output, se ve que plantea problemas en términos de eficiencia asignativa. Ante esto, a finales de los '90 en Nueva Zelanda se abandona la aplicación de estas fórmulas, en principio en las áreas de salud y educación.

En el área de la sanidad en Nueva Zelanda, entre el '92 y '99 se producen muchos cambios. Y en el siguiente cuadro tomamos prestado el título que nos gustó de "La Vuelta al Mundo en 80 Meses" de un documento de David Rae en OCDE, que habla del sistema sanitaria neozelandés y justo este tema del abandono de estas medidas lo presenta en un anexo.

Antes de comentar el cuadro queremos comentar una característica de Nueva Zelanda que es que la atención primaria y los medicamentos absorben altos copagos en la población y se hace una gran selección de beneficiarios, de forma que incluso familias modestas desembolsan el total del coste de las consultas públicas y medicamentos.

A principios de los '90 se produce la separación compra/producción. Cuatro autoridades regionales se responsabilizan de la compra, y en el lado de la producción nos encontramos a 23 entidades hospitalarias más un sector privado que resultaba bastante activo, complementando servicios no complejos para no agudos.

En el marco de la atención primaria, ante la incertidumbre que generó la reforma, se constituyeron grupos privados. Normalmente el médico de atención primaria y estos grupos eran pagados por el sector público por el sistema *fee for service*, y luego se evolucionó hacia un sistema mixto porque comenzaron a gestionar la prestación farmacéutica y medios de diagnóstico. En ese sentido se les asignaba un presupuesto y el método era distinto.

En el '96 ya se habían detectado problemas y entonces se centralizó totalmente la compra. La idea era recuperar el poder monopsonista y tratar de coordinar.

En el lado de la producción se elimina la condición o requisito de rentabilidad económico-financiera que se había exigido a las entidades hospitalarias, y muchas tuvieron problemas, y se entiende de nuevo que en vez de hablar de competencia hablamos de cooperación.

Y por último, en el '99, con el amparo de un gobierno social-demócrata, se rompe con lo fundamental del modelo: en atención especializada se suprime la separación compra-producción. En el 2001 nos encontramos con un grupo de 21 autoridades de distrito que reciben financiación capitativa ajustada para proveer atención especializada. Lo que hacen es comprar y producir simultáneamente, o sea que se vuelve al modelo previo pero comienzan a adquirir paquetes de atención primaria. Ahora, aprovechando los grupos de médicos de atención primaria que se habían constituido se les da otro nombre, pero la idea es la misma. Entonces se hace que las autoridades de distrito pongan a competir grupos de médicos de atención primaria prestando paquetes de este tipo de servicios, y además el ciudadano tiene capacidad para cambiar de grupo de médicos.

El sistema de pago es básicamente por capitación ajustada y se permite a estos grupos de profesionales retener posibles superávits. También se abandona la separación compra-venta en materia especializada y se está introduciendo nueva gestión pública en el ámbito de la atención primaria.

Cuadro 5 La Sanidad en Nueva Zelanda: La vuelta al mundo en 80 meses

1992	COMPRA	PRODUCCIÓN
	4 Autoridades Regionales	AE: 23 entidades + sector privado (no agudos) AP: ante incertidumbre reforma, grupos privados (pago por acto + gestión de presupuestos)
1996	COMPRA	PRODUCCIÓN
	Se centraliza	AE: se elimina la condición de rentabilidad
1999	AE: se suprime la separación Compra/Producción 2001: 21 DHBs reciben financiación capitativa ajustada para proveer AE y adquirir paquetes de AP (grupos pagados por capitación, permitiéndoles retener posibles superávit)	
IMPACTO DE LA REFORMA EN NUEVA ZELANDA		
ASPECTOS NEGATIVOS		ASPECTOS POSITIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Elevados costes de transacción y crecimiento de la productividad decepcionante • Déficit en numerosas empresas hospitalarias • > tasas de actividad y < duración estancias, pero las listas de espera continuaron creciendo • Apenas competencia entre productores • No colaboración entre profesionales / opacidad 		<ul style="list-style-type: none"> • Algunos rasgos de la NGP se mantienen: <p>Mejoras en los sistemas de información (orientación hacia indicadores de resultados, en la línea de seguir profundizando, con vistas a generar señales que guíen la asignación de recursos)</p> <p>Incentivos en AP</p>

Fuente: Cabiedes Miragaya, Laura, AES España, 2003

Vamos a comentar los aspectos negativos y positivos.

- § En lado negativo, se detectaron elevados costes de transacción y los crecimientos de productividad obtenidos fueron decepcionantes.
- § Se produjeron déficits en muchas empresas hospitalarias; se consiguieron aumentos en las tasas de actividad y menor duración en las estancias hospitalarias, pero las listas de espera continuaron creciendo.
- § Al igual que el caso británico apenas se consiguió competencia entre productores.
- § Un fenómeno que no se había dado hasta entonces y se produjo en el ámbito hospitalario neozelandés fue la no colaboración entre profesionales y/o instituciones en materia de información. A la presión financiera, en lugar de cooperación se hace la competencia en el peor sentido de la palabra, se empieza a fragmentar la información, estos son datos confidenciales, importantes para el funcionamiento de la entidad entendida como empresa y esto comenzó a preocupar. De la misma manera, se entendió en algunos casos que los aumentos de cantidad de actividad se habían conseguido a costa de disminuir la calidad. Y otro tema que preocupa es el de la equidad.
- § Esto conduce a un cambio de modelo en el sentido de volver a dejar como estaba la atención especializada. Pero queremos indicar que no es volver al punto de partida, porque algunos rasgos de nueva gestión pública se retienen en los grupos de médicos de atención primaria. Se mantienen además elementos propios de la nueva gestión pública, incentivos a que cuiden bien a sus pacientes, y que cuanto menos requieran del sistema mejor porque les va a quedar más superávit por invertir.
- § El hecho de que reconocieran que tenían problemas de eficiencia asignativa, que quizás estuvieran perdiendo el norte de los grandes objetivos de carácter general y aspectos como la equidad, todo esto son aspectos positivos.
- § Últimamente se produjeron mejoras en los sistemas de información, que están orientándose cada vez en mayor medida hacia medición de resultados.

Llamó mucho la atención en las jornadas cuando el Ministro de Salud de la Nación, Ginés González, habló de eficiencia asignativa de objetivos nacionales. Más tarde llamó la atención también cuando el Dr. Cetrángolo habló del reconocimiento de necesidad de cambio en los '90, el cambio de agenda, y cuando por la tarde el Dr. Vassallo comentó la necesidad de una visión integral de los distintos aspectos de las reformas. Pero quizás hay que estar muy atentos a no acertar con la agenda, es decir que lo importante es tener claro cuáles son las necesidades.

No perdamos el norte de cuáles son los grandes objetivos del sector público, los grandes objetivos nacionales, no nos ha de preocupar sólo la eficiencia técnica, y vale la pena entonces atender a algunas de las cuestiones que se recogen en el caso neozelandés e incluso en el caso británico, en el sentido que algunos aspectos son retomados de nuevo desde un poder central a un nivel nacional, entre ellas el interés de generar buena información comparable y poder difundir ese tipo de información. Hay estrategias en Europa de volver a retomar una visión de conjunto e integral en los procesos de reforma.

En general se hizo mucho hincapié en sistemas de información y se continuó haciéndolo. Esto es básico, para gestionar bien es necesario el reconocimiento de que algunos aspectos necesitan esta visión de conjunto. Y por último estimamos que se está otorgando un papel más activo a los equipos de atención primaria en la provisión de servicios públicos.

Cuadro 6 Balance de las Reformas

- **EXPERIENCIA BRITÁNICA:** modificación más que abandono del modelo de mercados mixtos y planteamiento a L/P
- **SUECIA:** continuación del modelo, cada vez más inspirado en mercados mixtos con “bonos implícitos”
- **NUEVA ZELANDA:** abandono separación compra/producción en atención especializada, incentivos en atención primaria
- **EN GENERAL:** hincapié en la relevancia de los sistemas de información, reconocimiento de que algunos aspectos precisan una visión de conjunto del sistema, papel más activo de los equipos de AP

Fuente: Cabiedes Miragaya, Laura, AES España, 2003

EL MODELO ESPAÑOL.

En el año '86, el modelo español pasa de ser regido como un modelo de seguros sociales a constituirse un sistema nacional de salud, es que el derecho universal a la atención sanitaria por parte de cualquier ciudadano español ya no es un tema de solidaridad sino de derecho por ser ciudadano español.

De todas formas la cobertura pública en el '96 era altísima, próxima al 96% de la población por una vía o por otra, y esto a larga en la práctica facilitó una transición sin ningún tipo de trauma hacia un sistema nacional de salud.

Había habido intentos de reforma casi una década antes, a finales de los '70, que se frenaron por cuestiones económicas. El Ministerio de Hacienda estaba inmerso a finales de los '70 en una crisis económica internacional, que en España nos había golpeado dos veces y muy fuerte, entonces había problemas presupuestarios, falta de consensos e incluso un desconocimiento de los recursos con que contaba el sistema.

El entonces Ministro de Sanidad y Consumo, Ernesto Lluch, llegó a documentar un intento de operación de bloqueo que se llamó “Operación primavera”, que en realidad fueron dos operaciones. El ministro consiguió documentación sólo de una de las operaciones, que estaba relacionada con un sector de la confederación de empresarios españoles que pretendían generar una mala imagen del sistema público, tratar con la oposición parlamentaria para introducir reformas de calado en la Ley General de Sanidad y en definitiva que se careciera de apoyos para construir un verdadero sistema sanitario público en España. Fracasó según el ministro Lluch por muchas razones, pero básicamente porque se consideró que este tipo de politización del tema era excesiva, y a esto cabe referirse respecto a los colegios de médicos y farmacéuticos. Los sindicatos médicos y farmacéuticos entendieron que esto era excesivo y se cree que consiguieron que fracasara este intento de bombardeo o de bloqueo.

Algo interesante en el caso español es que antes de esta Ley General de Sanidad se había producido un proceso de descentralización en la gestión del gasto, un proceso secuencial, no todas las comunidades a la vez, pero previo a la Ley General De Sanidad. Esto tiene que ver con la Constitución Española que genera todo un proceso de descentralización territorial y tan pronto como en el '81, Cataluña tiene autonomía en la

gestión del gasto. Entre este año y el 2001 inclusive, otras 6 comunidades autónomas consiguen autonomía en gestión de gasto.

Y en el 2002 se produjeron cambios importantes en nuestro sistema sanitario. Se pasa de un sistema en el que uno recauda, porque dijimos que había descentralización en gestión de gasto pero no en la obtención de ingresos, es decir que los recursos para financiar la sanidad pública española venían todas de un fondo central. Entonces se pasa de un sistema que unos recaudan y gestionan (las comunidades que se habían conseguido autonomía) y todos gastan, a un sistema en el que todos recaudan, gestionan y gastan.

Todos recaudan porque ahora hay un mínimo de corresponsabilidad fiscal, una reforma en la financiación sanitaria que ahora se regula con el resto de financiación de servicios públicos descentralizados. Todos gestionan porque las 10 comunidades que no tenían autonomía en gestión del gasto, en el 2002 empiezan a tenerla. Y todas las comunidades gastan y gestionan ese gasto.

La situación actual es que estamos en un proceso de trámite parlamentario de una ley de cohesión y calidad del sistema nacional de salud. Dado este nivel de descentralización en la revisión de medidas de gestión pública, hay que entender que habrá algunas de carácter general, otras que responderán hasta el 2002 a lo que se llamaba Territorio Insalud, que era lo gestionado centralizadamente hasta ese año, y otras se relacionarán con las comunidades autónomas que fueron ganándose la autonomía en gestión del gasto y que fueron pioneras.

En relación a las medidas de carácter general, la mayoría tienen un referente en el "Informe Abril" del 1991. El Informe Abril hizo recomendaciones del tipo que hay servicios que conviene contratar fuera, acerca de la separación compra/producción, etc. Alude a sistemas nacionales de salud consolidados como el británico y el sueco, y en las líneas de reforma que se están llevando a cabo en esos países.

Este Informe tuvo un gran rechazo popular en España, y una de las principales razones fue que tanto los sindicatos como la ciudadanía se oponían puntualmente a una pequeña recomendación (en el sentido que había muchas más), que introducía el copago a los pensionistas. En España, los pensionistas no desembolsan participación alguna para acceder a ningún tipo de servicios como el resto de los ciudadanos, pero en particular en el caso de los medicamentos, y esto empañó otros aspectos del Informe Abril. De manera que muchas de las recomendaciones fueron escuchadas, y luego se fueron aplicando de una forma muy discreta y de una manera silenciosa.

El Cuadro 7 muestra de modo esquemático las medidas de nueva gestión pública en el caso español.

Cuadro 7 Algunas Estrategias de NGP en España

Contratación externa "pura"	Conciertos desde los años 40; descarga de funciones no básicas
Contratación entre departamentos públicos	Lo más similar: recomendación facturación externa e interna (Informe Abril). Apenas cuajó esta iniciativa.
Concesiones administrativas	C. Valenciana: experiencia de Alzira (1999), se pretende recuperar el hospital temporalmente
Bonos	Sólo en servicios socio-sanitarios (bonos-residencia en Galicia y C. Valenciana)
Mercados mixtos	Cataluña: CA pionera (Ley 1990 y 1995) + territorio gestión centralizada + algunas CCAA con autonomía antes de 2002 (sobre todo en atención especializada). Andalucía: elección ante tiempos

	máximos de espera ("bonos implícitos").
Competencia pública	Territorio gestión centralizada hasta 2002: libre elección de médico general y especialistas (el primero es hoy un derecho generalizado)

Fuente: Cabiedes Miragaya, Laura, AES España, 2003.

En materia de **contratación externa pura** es cierto que muchos hospitales en los últimos años se fueron descargando de funciones no básicas como lavandería, *catering*, limpieza, etc., pero queremos indicar que la idea de comprar a los productores privados servicios a través de un contrato es una actividad que existe en España desde los años '40, porque apenas había hospitales públicos cuando se inicia el seguro obligatorio de enfermedad, que fue el embrión de la futura seguridad social. Entonces había que recurrir a la fuerza al sector privado vía documentos y contratos, ya que realmente se trató fuertemente de regular la forma de contratar con el sector privado.

En lo que hace a la **contratación entre departamentos públicos**, lo mas próximo a esta fórmula es la recomendación que figura en el Informe Abril de facturación externa al usuario e interna, considerando que esto generaría conciencia de gasto. Y además esto sería muy importante para detectar en qué puntos se estaba generando un gasto, o identificar puntos del sistema que inciden en gastos que luego se detectan en otro lugar, como prescripción farmacéutica, pruebas de diagnóstico, etc. En alguna comunidad autónoma se aplicó algún sistema de facturación interna muy simple, pero puede decirse que esta iniciativa apenas cuajó.

Y con el tema de las **concesiones administrativas**, hasta el momento sólo hay una experiencia en España, en la comunidad valenciana, que es la experiencia en Alzira, Hospital de la Rivera, que comenzó a funcionar en el '99. Esta es una iniciativa de financiación privada de la inversión, con un contrato a 10 años. Se trata de un grupo de empresas privadas, una unión temporal de empresas. Básicamente la mayoría del capital lo tiene una empresa de seguros y también participan dos bancos y dos empresas constructoras. No tuvieron beneficios hasta ahora, y curiosamente en los presupuestos del 2003, la comunidad valenciana presenta una partida orientada a recuperar temporalmente este hospital.

La versión del gobierno del Partido Popular en esta comunidad es que lo que se pretende es volver a sacar a concurso público, ya no sólo la atención especializada sino el cuidado integral. O sea incorporar también la atención primaria. Porque el pacto que se había hecho a 10 años, con prórroga de 5 años, era contratar la atención especializada con una tarifa capitativa. Se partió en el '99 de unos \$600, se va actualizando según IPC, pero la oposición, la lectura que hace es que no se obtuvieron beneficios, y parece que no hay otras empresas interesadas en prestar la atención privada, entonces lo que se está haciendo es dar una ayuda encubierta y cuando vuelva el hospital a manos privadas se sobrentiende que habrá más financiación. Parece ser también que hay un concurso público convocado en la zona en Torre Vieja.

Los **bonos** en España y en sanidad en sentido restringido no se utilizan, pero hay experiencias pioneras en aplicación de cheques-servicio para residencias de ancianos, en particular en Galicia y en la comunidad valenciana.

La figura estrella son los **mercados mixtos**. Cataluña es la comunidad pionera en la introducción de esta fórmula a través de una ley del año '90 que luego fue modificada por otra del '95. Es un territorio que tiene gestión centralizada, más algunas comunidades con autonomía antes de 2002 (sobre todo en atención especializada), que introducen la posibilidad de que grupos de profesionales vendan paquetes de atención primaria, farmacéutica y algún servicio hospitalario. Es bastante similar al modelo británico en su concepción inicial.

Creemos que en el segundo territorio importante en la aplicación de mercados mixtos es lo que hasta el 2002 estaba gestionado de forma centralizada. En esas 10 comunidades autónomas, desde el '93 se empiezan a firmar contratos/programa con productores públicos y/o privados. La idea es negociar áreas de atención primaria con áreas de atención especializada, y se trata de recoger, negociar, prever, pactar la actividad y el nivel de calidad de esa actividad de cara al futuro. La cuestión es generar una especie de cuentas de resultados provisionales y que los centros asistenciales no sean concebidos simplemente como centros de gasto, es decir que se pretende ir evolucionando hacia la presupuestación prospectiva.

La fórmula de contratos/programa también se aplicó en algunas comunidades con autonomía en materia de gestión sanitaria, como fueron Andalucía y Galicia, pero única y exclusivamente en el ámbito de la atención hospitalaria.

Una innovación muy reciente que nos gustaría comentar es el establecimiento de tiempos máximos de espera en Andalucía. Se estableció con efectos desde finales del 2002 un máximo de 6 meses de espera; a partir de ese momento el paciente en Andalucía puede elegir entre cualquier hospital público y/o privado, porque se lo va a desembolsar el sistema público. Esta ya sería la idea de mercados mixtos y bonos implícitos, solo que condicionados.

Algo interesante es que cuando entra en vigor esta norma, solamente había 44 pacientes en lista de espera que llevasen más de 6 meses esperando, cuando las listas de espera habían sido muy voluminosas como en la mayoría de las comunidades españolas. ¿Dónde estuvo el truco? Se daban cuenta que si tenían que hacer frente a ese desembolso adquiriendo servicios al sector privado iba a ser muy costoso. Con antelación, antes de la entrada en vigor, organizaron equipos móviles de cirugía con un coste muy inferior a lo que hubiera supuesto adquirir estos servicios de intervención quirúrgica al sector privado, se permitió que estos grupos de profesionales repartieran democráticamente entre ellos estos fondos y curiosamente solo quedaban 44 pacientes en la lista de espera.

A nivel nacional, una iniciativa del Ministerio está pretendiendo consensuar la forma de diseñar la información de listas de espera en todo el territorio, para que esas listas sean comparables y difundir la información. Como hay cuestiones importantes en materia de autonomía para todas las autoridades autónomas, lo que no entran es a fijar tiempos máximos. Se entiende que esta es una labor de todas y cada una de las comunidades autónomas.

Por último, en cuanto a **competencia pública**, resaltaríamos el territorio de gestión centralizada hasta el 2002 donde se permite desde el año 1993 elegir libremente el médico general, y desde el '96 médico especialista. Esta es la idea de la competencia pública. El médico general en España y el pediatra reciben un salario tal que una parte varía con el número de pacientes que va conservando en sus listas, y el dinero sigue al paciente.

A nivel nacional, el derecho a elegir médicos generales está totalmente generalizado, lo que no está tan claro el derecho a elegir especialistas, que está extendido pero no totalmente generalizado.

En paralelo a estas fórmulas se buscó apoyo en **nuevas formas jurídicas de gestión pública**. Sin perder la titularidad pública se trata de buscar nuevas formas, que permitan algo más de flexibilidad en materia de contratación y política de personal. Y realmente en España fue muy conflictivo el proceso de legislación de estas nuevas formas jurídicas.

El gobierno del Partido Popular, en el mismo momento que ganan las elecciones, en junio del '96, ya legisla sobre la materia, y desde entonces la oposición está continuamente vigilando que no haya escapes público y/o privados en lugares inadecuados, es decir que esto no constituya una puerta abierta a la privatización. Hubo corrección de erratas, y al final lo que está prevaleciendo es el sí a la flexibilidad y el no a la privatización.

Cuadro 8 Algunas Formas Jurídicas de Gestión Pública

	Organismo Autónomo De Carácter Administ.	Ente Público	Consortio	Fundación	Fundación En Mano Pública (Insalud)	Fundación Pública Sanitaria (Insalud)
Contratación	Ley CAP	Ley CAP	D. Privado (con restr.)	D. Privado (con restr.)	D. Privado (con restr.)	Ley CAP
Régimen del Personal	Posibilidad Laboral	Posibilidad Laboral	Posibilidad Laboral	D. Laboral	D. Laboral	Estatutario (con exc.)
Observaciones	No pueden endeudarse	Pueden endeudarse		D. Privado	Cortapisas sucesivas desde Mº Hacienda en materia presupuestaria	
Ejemplos	Algunos Servicios de Salud	SCS y otros; algunos hospitales	S/ todo en Cataluña	Algunos hospitales CCAA aut. antes 2002	Hospitales Alcorcón, Manacor y Calahorra	No hay

Fuente: Cabiedes Miragaya, Laura, AES España, 2003.

Impacto de la Reforma en España

En cuanto al impacto de la reforma en España, como **aspectos negativos** algunos autores señalan que el modelo contractual, tanto en Cataluña como vía en contratos/programa anuales, porque en Cataluña son plurianuales, esta idea de modelo contractual constituye una ficción legal sin traslación efectiva de riesgo, porque legalmente en España un departamento público no puede dejar de financiar el gasto en que haya incurrido otro departamento público.

Autores como José Martín y otros, hacen hincapié en la influencia de los responsables políticos en la esfera de contratación y compra así como las posibilidades de endogamia en cuanto a estas nuevas formas jurídicas de gestión, refiriéndose a ese riesgo de que los recursos públicos sean utilizados con fines privados debido a la facilidad que otorga moverse bajo el paraguas del derecho privado y no público.

En algunos casos se resaltan bastante la presencia de monopolios locales, incluso algunos autores hablan de aprendizaje perverso, es decir que un juego repetido hace que los productores empiecen a conocerse los trucos para buscar su ventaja y no la del financiador público.

Y por último, hay consenso en que la política de personal continúa muy centralizada.

Y hemos dejado para el final los **aspecto positivos**.

El modelo contractual es una ficción legal, pero generó mayor disciplina presupuestaria, mayor transparencia en la financiación y mayores posibilidades de efectuar comparaciones. También importantes mejoras en los sistemas de información, por ejemplo actualmente están extendidos los GRDs en Cataluña.

En términos de eficiencia técnica, Patricia Barberi y Beatriz González López Valcarcel, llegaron a documentar incrementos en la productividad de hospitales del entonces Insalud, que ya desapareció, atribuibles a los contratos programados a hospitales de aquellos territorios no descentralizados hasta el 2002. Y mayor contención de la inflación hospitalaria en Cataluña, lo que algunos autores consideran que es una separación de

agentes más nítida que en el resto del territorio y con unos incentivos más creíbles que en otras partes.

Cuadro 9 Impacto de la Reforma en España

ASPECTOS NEGATIVOS	ASPECTOS POSITIVOS
<p>§ Modelo contractual: ficción legal, sin traslación efectiva del riesgo</p>	<p>§ Modelo contractual: mayor disciplina presupuestaria, transparencia en la financiación y mayores posibilidades de efectuar comparaciones. Se genera cierta “cultura empresarial”</p>
<p>§ Influencia de los responsables políticos en la esfera de contratación y compra + posibilidades de endogamia en relación a las nuevas formas jurídicas de gestión</p>	<p>§ Mejoras en los sistemas de información</p>
<p>§ El peso de los monopolios locales</p>	<p>§ En términos de eficiencia técnica: incrementos de la productividad en hospitales del Insalud, atribuibles a los contratos-programa</p>
<p>§ Aprendizaje perverso (juego repetido)</p>	<p>§ Mayor contención de la inflación hospitalaria en Cataluña, donde la separación de agentes es más nítida</p>
<p>§ Política de personal todavía muy centralizada</p>	

Fuente: Cabiedes Miragaya, Laura, AES España, 2003

REFLEXIONES FINALES

En 16 años el sistema sanitario español experimentó cambios muy profundos de modelo estructural, pasando a ser un sistema nacional de salud con descentralización de la gestión sanitaria en todas las comunidades autónomas, y también la introducción de un mínimo de corresponsabilidad fiscal, de tal forma que la sanidad no se diferencie de otros servicios públicos descentralizados a las comunidades autónomas. Aunque no está diferenciado si está afectada porque hay una exigencia de gasto mínimo en cada comunidad autónoma de cara al futuro. No se vincula a los ingresos porque es un conjunto de ingresos, un conjunto de gastos, pero es cierto que en cada comunidad autónoma es obligado un gasto sanitario público mínimo.

Y en paralelo a todo esto se introducen medidas de nueva gestión pública con bastante cautela y en la línea de los mercados mixtos británicos.

Para terminar algunos comentarios personales. Y uno es que disfruté mucho las sesiones en estas Jornadas, y en particular en la sala B donde se habló sobre instrumentos de gestión para empresas de salud, y me llamó la atención una presentación de Daniel Vitali que hizo mucho hincapié en estas fórmulas, sobre todo las aplicadas en países desarrollados. También me gustó la exposición del contador Celso Zabala porque contó una experiencia en la provincia de Mendoza, donde claramente están diseñando la idea de mercados mixtos y fue una experiencia interesante de seguro universal para la población de esta provincia.

§ **Pregunta de C. Vassallo:** *En algún momento en Cataluña se planteó la posibilidad que en vez de tener una sola agencia compradora aseguradora, se diera una diversidad de agencias, para introducir un elemento de competencia a nivel de las aseguraciones y no solamente a nivel de la provisión. ¿Esto se descartó? ¿Cuáles fueron los elementos que pesaron en esa discusión?*

Lic. L. Cabiedes: No lo recuerdo, tengo que confesar que no tengo información al respecto, pero esto si está ahora mismo en vigor, es en Cataluña y es la compra de atención integral conjuntamente especializada y primaria con base poblacional. Comenzó en el 2002 y termina a finales del 2003, se está pretendiendo obligar a coordinar toda la atención y que haya alianzas entre productores públicos o privados, tanto de la atención primaria como de la especializada, de tal manera que los contratos ya suscritos que siguen en vigor firman en paralelo unos convenios de colaboración y coordinación con el Servei, de tal forma que se va a comparar lo que sería un presupuesto con base poblacional ajustado por aspectos socioeconómicos, demográficos y de dispersión geográfica, pretendiendo una desregularización respecto a lo que es la asignación por los contratos habituales. Creo que esto sí puede llamar bastante la atención de ahora en el futuro y Cataluña es pionera en ello.

§ **Pregunta de la audiencia:** *Quería preguntar quién y cómo fija esos valores mínimos que tienen que gastar las comunidades.*

Lic. L. Cabiedes: Se fija por ley de financiación autonómica del año 2001. Hubo un proceso de negociación del traspaso de competencias. En un principio se habían establecido unos criterios de reparto respecto a la dotación agregada total a la sanidad, creo que era un 75% por población protegida por cabeza, un 24,5% respondía a población de más de 65 años y medio punto era insularidad. En el proceso de negociación las comunidades autónomas solicitaron un sistema paralelo de cálculo, que sería la idea de costo efectivo, así fue como se transfirió la educación a las comunidades autónomas, es decir que una comisión empieza a negociar sobre un año de base de referencia que fue el 99. ¿Cuál es el costo efectivo de prestar atención sanitaria pública en cada comunidad autónoma? Todo el mundo sospechará que las comunidades autónomas lo que intentan es demostrar que el costo efectivo supera al otro criterio para acogerse a esa fórmula. Así es que en el Consejo de Política Fiscal y Financiera que se celebró en julio del 2001, las comunidades autónomas hacen esta propuesta y si la cantidad resultante es mayor entonces que prime el costo efectivo.

Esto último es una fórmula un tanto ambigua porque depende mucho dónde se sitúe el costo efectivo del peso político de la comunidad autónoma. Normalmente uno tiende a apoyarse en el tema de las inversiones y una secuencia temporal no lineal, etc. En definitiva se trataba de captar más fondos. Esto lo cuento porque lo que explica luego la ley en la votación de partida que se haya asignado a la comunidad autónoma, que sería con base '99 actualizando la cifra al 2002, es que se obliga a que de esa cantidad nunca se vaya hacia abajo en el tiempo, sino que vaya incrementándose en función de cómo crezca un grupo de impuestos del Estado. Este es un concepto nuevo que se introduce en la ley, muy complicado pero que en todo caso marca incluso el ritmo de crecimiento. Y en contrapartida en los tres primeros años, se garantiza que los ingresos que recibe cada comunidad autónoma también evolucionen según el producto interior bruto, pero lo que se da es una garantía de una cuantía de ingresos durante los tres primeros años. En cambio el gasto no tiene un período acotado en cuanto a su evolución.

Pregunta de la audiencia: *Tengo interés en saber qué impacto tuvo la aplicación de incentivos a los directivos sanitarios en los contratos programa, y la modificación que hicieron algunos, donde los incentivos no eran sólo para los directivos sino que lo llevaron al interior del hospital, en un caso de Andalucía eso fue lo que pasó. Pero quisiera saber cuando hacen la evaluación, qué impacto realmente tuvo ese tipo de incentivo.*

Lic. L. Cabiedes: Creo que acá hay mucha diversidad, porque de hecho la introducción de incentivos además no es uniforme. Dentro de la misma comunidad autónoma por ejemplo en la mía en Asturias, se articularon los incentivos de distintas maneras. Hay que entenderlo con una política de personal aún muy rígida, que nos da muy poco margen de maniobra en el tema de los incentivos, y también creo que no sólo hay que hablar de incentivos financieros sino que son importantes también los no financieros. Recuerdo que hace muchos años cuando se empezó a hablar sobre este tema y cuando se empezaron a introducir incentivos, había mucha queja en el ámbito hospitalario, en el sentido de que asignar era una disculpa para conseguir subidas horizontales de salarios. En materia de atención primaria, el hecho de que el médico general y el pediatra tengan una parte de su salario que depende de su éxito como prestadores de servicios, pienso que algún impacto puede tener. No se puede hacer un análisis muy aislado porque tienen muy poco peso. Hay un plan estratégico del Insalud, que ahora ha cambiado de nombre porque como tal desapareció, donde se insistía en que ese porcentaje de salario que variaba para el médico general y el pediatra y se insistía en que aumentase realmente, porque en la práctica apenas aumentó, eso sigue un poco como dormido.

Lo que sí quisiera comentar respecto a los incentivos es que participé en mi comunidad autónoma en la evaluación del plan de salud, no es demasiado pero en mi comunidad autónoma hay ocho áreas de salud, y me llamaba la atención lo que sucedía respecto a los profesionales de los hospitales, porque si bien todos sabíamos que los habían incentivado, que habían conseguido hacer la actividad que habían pactado, que lo habían hecho muy bien, con buen nivel de calidad y que generaban una bolsa de incentivos, por ejemplo en primaria con cargo a los ahorros que habían hecho en farmacia, y los repartíamos para enviar a los médicos a congresos, en realidad no tenían demasiado margen de maniobra en la retención, quiero decir que no iba a sus bolsillos. Y una cuestión en cuanto a incentivos que era fácil de prever es que a raíz de la generalización de autonomía a todas las comunidades autónomas hubo unos incrementos salariales importantes. Los profesionales, todo lo que no le pidieron al Insalud se lo pidieron a las comunidades autónomas, todo junto y a la vez.

§ **Pregunta de la audiencia:** *Mis preguntas son acerca de competencia en salud. Sabemos que la competencia puede tener efectos muy perversos en salud. En una de las provincias o condados en España, dijiste que ahora la gente podía elegir entre hospitales públicos o privados. Cuando hicieron la reforma pensaron en los efectos perversos que esto podría tener, porque puedo pensar que el incentivo de un hospital puede ser atraer los pacientes que dan plata, y los otros que se vayan para el hospital público. También dijiste que ahora el dinero sigue al paciente, pero también hay un incentivo para bajar la calidad de los médicos y traer más pacientes, y ofrezco menos calidad así tengo más plata. Cuando hicieron la reforma ¿pensaron en esos problemas?*

Lic. L. Cabiedes: Creo que se está refiriendo al caso de Andalucía ante un tiempo máximo de espera de seis meses. Lo pensaron bien porque les representaba hacer desembolsos, ya que todos sabemos que la producción privada es mucho más cara que la pública, pero justo el propio sistema se reorganiza internamente. Esto ocurrió también en Suecia, en el tiempo que consiguieron disminuir los tiempos de espera fue a costa de reorganización interna del propio sistema público, es decir ante la amenaza de tener que adquirir afuera se abandona a

los del público que están generando listas de espera y encima el financiador no sabe de dónde va a sacar tantos recursos. Todo esto genera un revulsivo, esta es la gracia de la nueva gestión pública, tal que realmente fue una amenaza la de los 44 pacientes que quedaron en la lista, según el consejero de salud en Andalucía todos prefirieron esperar a ser operados en un centro público, aunque saben que tienen esa opción de elegir entre público y privado. Tengo que decir que además en España tiene mucho prestigio la atención especializada pública porque los grandes médicos y también los medios están ahí. Es verdad que los profesionales muchas veces pueden participar tanto en lo público como en lo privado pero hicieron verdaderas inversiones en nuevas tecnologías, y parece ser que la información es que el paciente no quiere escaparse hacia lo privado porque asocia la calidad técnica a lo público. Y quien más quien menos piensan que si tienen un problema muy serio prefieren que los lleven al hospital de referencia público más próximo. Además tampoco hay presencia importante del sector privado lucrativo en España, porque si hubiera un sector muy abultado no haría el mismo análisis que estoy presentando aquí para España. Hay más presencia del sector privado en Cataluña por razones históricas de una industrialización temprana donde empezaron a surgir mutuas, de tal manera que es más fácil la introducción de mercados mixtos, allí donde el marco institucional lo permite, porque están los agentes que se necesitan.

En cuanto a la segunda pregunta sobre un posible problema de disminución de la calidad ante la libre elección de médico general y de especialista, digamos que en España ambos son médicos que trabajan para el sector público, no es que se pueda elegir una consulta del que trabaja para el sector privado que luego le pasa la factura al financiador público, porque ese es el sistema que llaman de barra libre, el camarero no paga la copa, voy y la consumo y me la está pagando el financiador, no es este el caso. Puedo elegir entre médicos generales que trabajan para el sector sanitario público español y entre especialistas que trabajan para el sistema público, por eso es competencia pública y no son mercados mixtos. Luego la calidad técnica entiendo que me la está garantizando el sector público, y tengo mi vía de escape y no tengo que ir al sector privado. La capacidad técnica me la garantiza el sector público y esto nos da un margen de maniobra para cambiar de médico sin que tenga que ser a costa de desembolso de dinero privado. Pero entre lo público todo queda en casa, es competencia pública. El trato es que si estamos financiando con impuestos la sanidad pública, por qué no nos van a dar a veces la opción de escapar, o sea de tener un margen de elección. Pero hay muy pocos cambios pese a que la posibilidad está, curiosamente se introdujo el sistema y no se masificó el traspaso.
