

Sistemas nacionales de salud en proceso de reforma: hacia fórmulas mixtas entre lo público y lo privado

LAURA CABIEDES MIRAGAYA*

RESUMEN

En este artículo se analizan algunas estrategias de nueva gestión pública aplicadas desde los años noventa al ámbito sanitario en Reino Unido, Suecia, Nueva Zelanda y España. La tendencia de las reformas apunta hacia una participación creciente del sector privado en la prestación de servicios hospitalarios financiados con fondos públicos. El mayor recurso al sector privado responde, en gran medida, a las abultadas listas de espera (y su consiguiente presión sobre la oferta), y a la mayor capacidad de elección entre proveedores alternativa otorgada a los usuarios de los servicios. Asimismo, se aprecia un papel más activo de los equipos de atención primaria en la gestión sanitaria y en su labor de asesoramiento de los pacientes en la elección entre centros hospitalarios.

to sanitario; impacto que se analiza a través de los elementos clave de las reformas llevadas a cabo en Reino Unido, Suecia, Nueva Zelanda y España. Las experiencias británica y sueca se han convertido en referencia para numerosos países en sus procesos de reforma, en particular los del sur de Europa. Por su parte, el caso neozelandés resalta en el contexto internacional por su abandono de las fórmulas de NGP. Los cuatro países estudiados tienen un rasgo estructural en común: sus sistemas sanitarios están organizados como sistemas nacionales de salud (SNS), es decir, con vocación universal. Por último, el cuarto apartado recoge las principales conclusiones que cabe extraer del análisis de los casos señalados previamente.

1. INTRODUCCIÓN

Desde la década de los años ochenta, y más decididamente en los años noventa, numerosos países desarrollados (destacando Estados Unidos, Nueva Zelanda, Reino Unido y Suecia como pioneros) comenzaron a aplicar fórmulas de nueva gestión pública (NGP) en la provisión de servicios públicos. En este artículo se analiza el impacto de estas fórmulas en el ámbito sanitario. En el apartado segundo se recogen sintéticamente algunas fórmulas representativas de la NGP, resaltando tanto las características que tienen en común como las que las diferencian entre sí. El tercer apartado se centra en el impacto de las estrategias de NGP en el ámbi-

2. ALGUNAS FÓRMULAS REPRESENTATIVAS DE LA NUEVA GESTIÓN PÚBLICA

Básicamente, la NGP se refiere a nuevas formas de resolver algunos problemas relacionados con la ineficiencia del sector público, consistentes en la emulación de los mecanismos propios del mercado para fomentar la competencia y en la importación de estrategias, fórmulas o instrumentos de gestión utilizados por el sector privado. La NGP entraña la adopción de algunas líneas de actuación tales como elegir mecanismos de mercado con preferencia a mecanismos burocráticos; promover la competencia entre proveedores de servicios; orientar la financiación en función de los resultados; descentralizar la toma de decisiones y satisfacer las necesidades del "cliente" (no de la burocracia), dándole algún margen de elección (Osborne y Gaebler, 1992).

* Profesora Titular del Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Oviedo (lcabie@uniovi.es).

CUADRO 1

ALGUNAS FÓRMULAS PARA ESTIMULAR LA COMPETENCIA EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS

	Regulación	Financiación	Compradores (demanda)	Proveedores (oferta)
Contratación externa "pura"	P	P	p	p
Contratación entre departamentos públicos	P	P	Px	Py
Concesiones administrativas (iniciativas de financiación privada de la inversión)	P	P (el servicio) p (la inversión)	P	P/p*
Vales, bonos o cheques-servicio	P	P	Usuario o agencia	P/p
Mercados mixtos	P	P	P (si se dota de libertad de elección al usuario: "bonos implícitos")**	P/p
Competencia pública	P	P	Usuario ("bonos implícitos")	P

P: sector público; p: sector privado.

* En el marco de la NGP, la extensión de las concesiones administrativas (tradicionalmente vinculadas con grandes infraestructuras de transportes) a equipamientos sociales se caracteriza por la adquisición de servicios tanto intermedios (*catering*, administración, etc.) como finales (el servicio público en sí mismo). De ahí la posibilidad reflejada en el esquema de que los proveedores del servicio público sean públicos o privados.

** Los bonos (explícitos) otorgan al usuario la capacidad de elegir entre productores del servicio, quienes reciben por parte de los financiadores públicos el valor monetario del bono. En el sector sanitario, los "bonos explícitos" son muy raros.

Fuente: Extracto tomado de Cabiedes y González (2007: 160-161).

Para ello, una de las grandes estrategias consiste en separar la función de compra (lado de la demanda) de la de provisión (lado de la oferta) de servicios públicos, canalizando recursos hacia los responsables de la compra en función de las necesidades de la población. Los compradores (sean departamentos públicos, los propios usuarios o las agencias elegidas por éstos) se han de ocupar de adquirir servicios al menor coste y con el mayor nivel de calidad posibles. Al mismo tiempo, se articulan fórmulas contractuales con los proveedores de servicios (públicos y/o privados), de modo que éstos tengan que competir entre sí para conseguir contratos o captar usuarios. Así, el presupuesto asignado a los proveedores públicos dependerá (con modulaciones) de los servicios realmente provistos y no tanto de lo gastado, en un intento de avanzar hacia una presupuestación prospectiva, frente a la financiación con apoyo en presupuestos (o costes) históricos.

El cuadro 1 recoge seis grandes tipos de fórmulas orientadas a estimular la competencia en la provisión de servicios públicos: (1) contratación externa o externalización "pura" de servicios (*contracting-out*), (2) contratación entre departamentos públicos, (3) concesiones administrativas (en la línea de iniciativas de financiación privada de la inversión), (4) bonos, (5) mercados mixtos y (6) competencia pública. Conviene aclarar que ni la lista de fórmulas es exhaustiva ni la diferenciación entre ellas es siempre nítida. En este contexto, la fórmula de externalización pura de servicios se interpreta en su versión de medida aislada, frente a la articulación de mercados mixtos, que precisa un engranaje más sofisticado que planifique el establecimiento de un ámbito en el que proveedores públicos y privados puedan competir en precio y calidad.

Estas seis fórmulas comparten dos características: por una parte, la regulación y la financiación

del servicio constituyen funciones reservadas al sector público; por otra parte, todas utilizan la estrategia de separar la función de demanda de la función de oferta. Las diferencias entre ellas consisten en qué agentes realizan estas funciones. De hecho, la clasificación resulta de combinar ambas dimensiones: quién realiza la función de comprar (el sector público, el usuario o la agencia elegida por el usuario) y quién la de proveer (proveedores públicos y/o privados).

3. LA NUEVA GESTIÓN PÚBLICA EN EL ÁMBITO DE LA SANIDAD

Ante la ausencia de incentivos para mejorar la eficiencia y, sobre todo, ante la existencia de preocupantes listas de espera, Reino Unido y Suecia, partiendo de SNS ya consolidados, comenzaron a aplicar nuevas formas de gestión pública a principios de los años noventa. Estas líneas de reforma fueron seguidas muy de cerca por otros países europeos regidos por SNS, entre ellos España, que en 1986 se integró en la Unión Europea (UE) con aspiraciones de convergencia (de las que no escapaba el nivel y la estructura del gasto social) y que paralelamente tuvo que ir afrontando el control del déficit público como una de las exigencias para avanzar en la participación de la construcción europea. En definitiva, poco después de establecer un SNS (el mismo año de su integración en la UE), España hubo de continuar su construcción y consolidación en un marco de restricciones presupuestarias.

En las siguientes páginas se revisan los elementos clave de las reformas llevadas a cabo en estos tres países, Reino Unido, Suecia y España. Asimismo, se da cuenta de la experiencia de Nueva Zelanda, destacable a nivel internacional por su inicial adhesión y posterior distanciamiento del modelo de la NGP en el ámbito sanitario.

Reino Unido

La reforma del sistema nacional de salud británico (*Nacional Health Service; NHS*) comenzó a gestarse a finales de los años ochenta, bajo el Gobierno conservador de Margaret Thatcher, y a aplicarse en 1991, cuando encabezaba el ejecutivo su sucesor, John Major. Aunque con elementos comunes en todo el territorio, la totalidad de los cambios que se analizan en este apartado sólo es aplicable al caso de Inglaterra. Los instrumentos en

los que se apoyó inicialmente la reforma fueron dos: por una parte, se dotó de capacidad de compra a las "autoridades sanitarias de distrito" (*District Health Authorities; DHA*), desligándolas de la función de producción de servicios hospitalarios. La financiación recibida (para adquirir los servicios hospitalarios y otros servicios comunitarios de la población a su cargo) comenzó a regirse por un sistema de capitación ajustada por necesidad. En el lado de la producción se pretendió conseguir estimular la competencia entre hospitales públicos y privados. La mayoría de los hospitales públicos optó por adquirir el estatus de empresas no lucrativas (*trusts*), fórmula jurídica que, al tiempo que les dotaba de mayor autonomía de gestión, les imponía mayor disciplina y responsabilidad en materia presupuestaria. En paralelo, se permitió que grupos de médicos generales o de familia (*General Practitioners, GP*) con un mínimo de pacientes a su cargo se constituyeran voluntariamente en *GP Fundholdings (GPF)*, es decir, gestores de presupuestos para hacer frente a las necesidades de los pacientes en sus listas, referidas a atención primaria, medicamentos y paquetes de servicios hospitalarios cada vez más amplios. Su presupuesto, inicialmente apoyado en costes históricos (en función de las derivaciones), fue evolucionando hacia la capitación. Este modelo conllevó cierta competencia implícita entre compradores porque los fondos asignados a los GPF se descontaban del presupuesto que recibían las DHA de cada distrito. En este marco, se perseguía que los *trusts* compitieran por obtener contratos con las DHA y con los GPF, ya que el presupuesto asignado se hacía depender de su éxito en este entorno contractual.

Respecto a los resultados obtenidos hasta 1997, en el lado negativo destacan los elevados costes contractuales y la limitada competencia, con las DHA reacias a cambiar de proveedor, y la existencia de problemas financieros en muchos *trusts*. Se detectaron asimismo problemas relacionados con las reticencias a compartir información sobre costes y desempeño. En el lado positivo, parece que los GPF contribuyeron a mejorar la asignación de recursos y la calidad de la atención primaria. La estancia media en los hospitales disminuyó, aunque los tiempos de espera se acortaron sólo en algunos procedimientos sencillos. Se consiguió una mayor conciencia de gasto, acompañada de mejoras de las medidas de la calidad y la efectividad clínica, con vistas a evitar una mera minimización de costes (Smea, 2000: 949). El hecho de que los impactos positivos se situaran básicamente en las actuaciones de los GPF responde, según Le Grand (2000: 711-712), a una estructura de incentivos

menos débiles y unas restricciones menos severas que en el caso de las DHA.

En 1997, el nuevo Gobierno laborista, bajo la dirección de Tony Blair, anunció la ruptura con el modelo de mercados internos o cuasi-mercados, pero mantuvo su columna vertebral, esto es, la separación entre compradores y productores, aceptando que los compradores retuvieran su capacidad de cambio de productor, aunque sólo en última instancia (Koen, 2000: 15). En el discurso político, el término "cooperación" comenzó a sustituir al de "competencia".

Esta modificación –que no abandono del modelo– quedó plasmada en la Ley de Sanidad de 1999, la cual implicó una reorganización interna del sistema: si bien los *trusts* apenas experimentaron cambios, los GPF desaparecieron como tales y fueron sustituidos por grupos de médicos de atención primaria (*Primary Care Groups*; PCG), con base geográfica (a fin de evitar la selección de riesgos) y una población atendida entre 100.000 y 150.000 habitantes por grupo. Con esta dimensión mínima se pretendía que se repartieran los costes administrativos y los riesgos implícitos en la asignación presupuestaria. Se promovió, del mismo modo, que los PCG evolucionaran desde un papel asesor de sus DHA hacia *trusts* de atención primaria autónomos (*Primary Care Trusts*; PCT) (Koen, 2000: 15 y 21). Actualmente, las PCT están desempeñando un papel relevante en Inglaterra y en Gales.

La reestructuración del sistema conllevó la creación de numerosos organismos nuevos, con la característica común a casi todos ellos de apoyar mejoras en la obtención y difusión de la información. Entre estos organismos destaca el *National Institute for Clinical Excellence* (NICE), que coordina y difunde guías clínicas y protocolos de orientación y evalúa las nuevas tecnologías (OECD, 2000). En el marco de esta reforma se planteó también la mejora de los estimadores de resultados, avanzando hacia técnicas de *benchmarking* (evaluación comparativa).

En resumen, durante todo el período de Gobierno del Partido Laborista, desde 1997 hasta la actualidad, se ha dado continuidad al modelo de mercados mixtos, si bien reorganizando el sistema sanitario con apoyo en la experiencia adquirida y dando preferencia, a primera vista, a los proveedores públicos. No obstante, en paralelo, cabe destacar dos iniciativas que están incidiendo profundamente en las relaciones del sector privado con el NHS. Por una parte, se ha extendido a la sanidad la fórmula de licencias administrativas, profusamente

utilizada en la economía británica, en la línea de proyectos de financiación privada de la inversión (*PFI projects*), iniciada en la etapa de Thatcher. De momento se está aplicando mayoritariamente a la construcción de hospitales, que son arrendados al sector público por períodos generalmente comprendidos entre 30 y 60 años, contemplándose la posibilidad de negociar, aparte de la prestación de servicios de apoyo, la prestación de servicios clínicos (OECD, 2000). A finales de 2007, el NHS había firmado más de 80 proyectos de este tipo en Inglaterra (Hellowell y Pollock, 2007). Por otra parte, en el año 2000 el Gobierno firmó un acuerdo con el sector privado (*Concordat with the Private and Voluntary Health Care Provider Sector*), orientado a una colaboración duradera, no reservada únicamente a hacer frente a las listas de espera o a los períodos punta de actividad. Las áreas de colaboración previstas son numerosas, incluidos los cuidados intensivos, y pueden articularse, entre otras fórmulas, a través de la subcontratación de servicios por parte de los *trusts* del NHS y del encargo directo de paquetes de servicios por los PCG o PCT.

Paralelamente está teniendo lugar un aumento notable y continuado de la dotación financiera del sistema. En particular, se ha previsto que en 2007/2008 el gasto anual sea un 40 por cien mayor en términos reales que en los cinco años previos (Palmer, 2006: xv). Precisamente, tras el anuncio de estos incrementos por el Primer Ministro, en el año 2000 se publicó el *NHS Plan*, que recoge el nuevo enfoque de las relaciones del NHS con el sector privado. Asimismo, se está dotando de mayor libertad de elección al paciente, en un principio, en relación con la superación de los tiempos máximos de espera establecidos y, más recientemente, de forma rutinaria. Así, por ejemplo, ante la cancelación en el último momento de una intervención quirúrgica, si el hospital no procede a citar al paciente en un período de 28 días, deberá desembolsar el coste del procedimiento en el hospital que el paciente elija, sea o no público. Por otra parte, desde 2005 se garantiza que ningún paciente espere más de seis meses para procedimientos electivos (programados). En caso contrario, se debe ofrecer la opción de elegir entre cinco proveedores alternativos (Maynard, 2005: 69). Por último, desde abril de 2008, los pacientes derivados a un especialista podrán elegir dónde ser tratados entre los hospitales que cumplan los estándares de calidad del NHS y se adapten a las tarifas establecidas, entre los que se incluyen numerosos hospitales privados. Quedan fuera de este marco los servicios de atención mental y maternidad. También existe el compromiso de facilitar información que permita efectuar la com-

paración entre hospitales, incluida la valoración aportada por otros pacientes, a través de las páginas web sobre *NHS Choices* (National Health Service, 2008; Brown, 2008).

Suecia

A principios de este nuevo siglo, en torno al 84 por cien del gasto sanitario total en Suecia se financiaba con fondos públicos, diez puntos menos que en 1980 (Roseveare, 2002: 22-23). La profunda descentralización territorial de Suecia explica que algunos condados hayan sido más innovadores que otros en los procesos de reforma llevados a cabo desde los años noventa. A principios de esa década se vislumbraban, con variantes, dos grandes líneas de reforma: la inspirada en la fórmula de competencia pública ("modelo Estocolmo", condado que abarca casi una cuarta parte de la población sueca) y la inspirada en la fórmula de mercados mixtos ("modelo Dalarna", planteado en el condado de Kopparberg, en el centro de Suecia). El "modelo Dalarna", muy similar al inglés, preveía desde el principio la posibilidad de que productores privados compitiesen con los públicos por contratos. También establecía la libre elección de centro de salud (en esta vertiente operaba como un mercado mixto con "bonos implícitos", con cargo al centro al que inicialmente hubiese sido asignado el paciente y con la posibilidad de elección de un centro privado, en cuyo caso al paciente se le exigía el pago de un suplemento). La principal diferencia con el "modelo Estocolmo" radicaba, por tanto, en que en el condado de Kopparberg, aparte de tener cabida los productores privados, no se priorizaba en la misma medida la capacidad de elección por parte del usuario de tratamientos hospitalarios, más bien en manos de las autoridades locales (Saltman y von Otten, 1994).

Con un avance de la reforma muy desigual desde el punto de vista territorial, en 1994 se había introducido alguna forma de separación de las funciones de compra y producción en más de la mitad de los condados. Ello había desencadenado procesos de negociación de contratos con los hospitales, muchos de ellos apoyados en diversas formas de pagos prospectivos por caso, predominando los "grupos relacionados por el diagnóstico" (GRD) (World Health Organization, 1996: 51 y 58).

La adopción a nivel nacional de diversas medidas a lo largo de la década condujo a que los dos modelos suecos de reforma sanitaria fueran cada vez menos puros: en 1994, la libre elección

por parte del paciente, tanto de médico como de centro de salud y de hospital, se extendió prácticamente a todo el territorio sin limitaciones espaciales (Or, 2002: 13). En algunos casos, la elección de hospitales fuera del condado precisaba derivación (Roseveare, 2002: 24), y en otros era incluso posible elegir entre hospitales públicos y privados. De este modo, en la actualidad se otorga a los pacientes en todos los condados, excepto cuatro en la región del norte, amplias posibilidades de elección a lo largo de todo el territorio sueco (Federation of Swedish County Councils, 2002: 14).

Previamente, ante las preocupantes listas de espera, en 1991 se había establecido un tiempo máximo de espera de tres meses entre el examen y el tratamiento (en vigor desde enero de 1992), para doce procedimientos, de modo que, una vez superado ese plazo, el paciente adquiriría el derecho de ser atendido en cualquier otro hospital (público o privado). Los tiempos de espera disminuyeron inicialmente, pero volvieron a aumentar dos años después (Or, 2002: 15; World Health Organization, 1996: 56). Generalmente la disminución se debió a procesos de reorganización interna y al recurso a la cirugía ambulatoria, más que a la provisión en otros hospitales (Or, 2002: 78). Por otra parte, se comprobó que muchos pacientes preferían esperar a cambiar de hospital. En 1997 la garantía de tiempos máximos de espera se extendió a consultas a médicos generales y a especialistas.

Dada la prioridad concedida de modo generalizado a la capacidad de elección del paciente, se ha de entender que en aquellos condados donde se articularon mercados mixtos, éstos adoptaron la forma de "bonos implícitos". En cuanto a la presencia de productores privados en la provisión de servicios financiados con fondos públicos, está teniendo lugar un proceso de creciente participación privada en la prestación de servicios de atención primaria, con mucha mayor intensidad en las grandes urbes que en las zonas rurales. Se puede considerar que el condado de Estocolmo es también pionero en este ámbito concreto: desde 1992 (al amparo de un Gobierno regional de centro-derecha) comenzó un proceso de concesión de licencias a empresas privadas autorizadas a competir, primero en la provisión de servicios como transporte, pruebas de diagnóstico y atención a domicilio, para extenderse posteriormente a paquetes de servicios de atención primaria, ofertados por cooperativas formadas por médicos y enfermeros que dejaban su plaza en el sector público para constituirse en empresas privadas. Los incrementos salariales del personal de estos equipos de atención primaria han

sido muy superiores a los correspondientes al sector público, lo que explica el firme apoyo de los sindicatos a la reforma. En 1994 ganó las elecciones un Gobierno socialdemócrata que, si bien frenó la reforma, no dio marcha atrás al proceso. La atención primaria fue quedando cada vez en mayor medida en manos de empresas propiedad de los trabajadores. En 2001 unas cien unidades de atención sanitaria estaban en proceso de abandonar el estatus público para convertirse en empresas privadas (Hjertqvist, 2001: 1).

También en la producción de servicios hospitalarios el condado de Estocolmo ha venido realizando cambios importantes: en 1999 vendió uno de los mayores hospitales (St. Göran) a una empresa privada productora de servicios sanitarios (Hjertqvist, 2002: 7). Aparte de los procesos de privatización, en las grandes ciudades se está haciendo mucho énfasis político en la creación de alternativas privadas entre los proveedores (con y sin fines de lucro). De hecho, la proporción de camas hospitalarias privadas ha crecido notablemente: entre 1986 y 1996 aumentó de un 6,7 a un 22 por cien (Diderichsen, 2000: 932-933).

Desde 2003 los pacientes pueden elegir hospital en cualquier lugar del territorio sueco, en los mismos términos que en su condado; y en 2005 se estableció una garantía a nivel nacional que compromete a los condados a garantizar la atención sanitaria en un plazo de noventa días, de tal modo que, en caso de no ser factible, les obliga a ayudar al paciente a obtenerla en otro condado (Ministry of Health and Social Affairs, 2007: 2).

El Gobierno de centro-derecha que ganó las elecciones en septiembre de 2006 está haciendo especial hincapié en la libre elección de proveedor por parte de los pacientes, en gran medida a través del fomento del sector privado. En este contexto, el ministro de Sanidad propuso la posibilidad de privatizar algunas parcelas de los servicios hospitalarios, como la gestión (Melke, 2006: 30). De hecho, en mayo de 2007, el Parlamento aprobó la propuesta de eliminar las restricciones impuestas desde enero de 2006 a la actividad privada, facilitando, por ejemplo, la transferencia del funcionamiento de los hospitales a empresas privadas con fines de lucro (Ministry of Health and Social Affairs, 2007: 3).

A partir de todo lo expuesto hasta aquí cabe afirmar que el “modelo Estocolmo”, inicialmente ideado como un modelo de competencia pública, se ha ido desmarcando hacia la fórmula de merca-

dos mixtos con “bonos implícitos”, modelo que con carácter general parece ser el predominante hoy en Suecia. A su vez, la presencia de proveedores privados con financiación pública es cada vez más notable, sin olvidar la privatización directa de un hospital público en el condado de Estocolmo.

Nueva Zelanda

Frente a las experiencias británica (modificación, más que abandono del modelo de mercado mixtos) y sueca (continuación del modelo, cada vez más inspirado en mercados mixtos con “bonos implícitos”), la experiencia neozelandesa resalta a nivel internacional por su declarado abandono del modelo de NGP en ámbitos como la educación y la sanidad.

Nueva Zelanda fue un país pionero en la introducción de medidas de NGP en la provisión de servicios públicos, ya a mediados de los años ochenta. A finales de esa década se impuso un “modelo contractual” en la línea de mercados mixtos, de tal modo que los distintos departamentos públicos podían adquirir servicios tanto a agencias públicas como externas, aunque primó la tendencia a contratarlos internamente (Rae, 2002: 11). En cuanto a su impacto, parece que el modelo funcionó mejor en términos de eficiencia técnica (obtención de *outputs* a bajo coste) que en términos de eficiencia asignativa (elección de lo que hay que producir prioritariamente), en parte porque el sistema se orientó más hacia *outputs* que hacia resultados, sin apenas evaluación de la efectividad. A su vez, la misma fragmentación y descentralización en la toma de decisiones, que facilitaba la eficiencia técnica, acarreó problemas de coordinación entre agencias y rigideces en la reasignación de recursos ante cambios de prioridades. La comprobación de estos defectos implicó que, a finales de los años noventa, empezara a rechazarse la extensión y profundización de la NGP. Se consideró que los resultados deseados se podían alcanzar mejor a través de la cooperación que de la competencia y, en general, comenzó a darse preferencia a los productores públicos frente a los privados en la provisión de servicios (Rae, 2002: 2, 6-13).

En Nueva Zelanda el gasto sanitario es mayoritariamente público y financiado con impuestos generales. No obstante, mientras que la atención hospitalaria es financiada totalmente con fondos públicos, la atención primaria y los medicamentos absorben copagos por parte de los ciudadanos que, hasta hace poco tiempo, podían considerarse rela-

tivamente elevados. Esta situación se remonta a finales de los años treinta, cuando, frente a un intento de facilitar la atención sanitaria a todos los neozelandeses independientemente de su nivel de renta, los médicos generales consiguieron retener el derecho a recabar directamente del paciente un copago (no necesariamente homogéneo) por sus consultas, que complementaba, en su caso, la parte de financiación pública establecida (Ashton, 2005: 2; Gauld, 2008: 95). Desde 1991, la subvención pública de la atención primaria comenzó a centrarse en grupos de baja renta y/o alto riesgo, con carácter muy restrictivo, de modo que incluso familias con bajo nivel de renta podían verse en la situación de tener que desembolsar el importe íntegro de la consulta.

El Gobierno de centro-derecha (del Partido Nacional) elegido a principios de los años noventa estableció en 1993 la separación de las funciones de compra y producción, ocupándose cuatro autoridades regionales de la compra y 23 *Crown Health Enterprises* (CHE) de la producción pública de servicios hospitalarios. Paralelamente existía un activo sector privado, complementario del público y especializado en casos no agudos con abultadas listas de espera (Or, 2002: 58).

Ante la incertidumbre que generó la reforma, y para reforzar su posición negociadora, los médicos generales crearon asociaciones no lucrativas (*Independent Practitioner Associations*; IPA). A finales de 1997, el 80 por cien de los médicos generales pertenecía a una IPA (Or, 2002: 18). A diferencia de la atención especializada, la mayor parte de la atención primaria era prestada por grupos privados de médicos, primando el pago por acto. No obstante, sí comenzaron a negociar contratos con los compradores para pruebas de laboratorio y medicamentos, lo que condujo hacia sistemas de pago mixtos. En 1996, un Gobierno de coalición encabezado por el Partido Nacional centralizó las compras en la *Health Funding Authority* (HFA) y eliminó la condición de rentabilidad económico-financiera aplicada hasta entonces a las CHE sin éxito (en el período anterior, muchas habían precisado apoyo financiero ante los déficits generados). Al mismo tiempo, dejó de invocarse el vocablo "competencia", sustituyéndolo –como en Reino Unido– por el de "cooperación".

Finalmente, en 1999, el nuevo Gobierno laborista (de coalición) suprimió la separación de las funciones de compra y producción de servicios hospitalarios y, dos años después, puso en marcha un nuevo enfoque de atención primaria (*The Primary*

Health Care Strategy). En ese mismo año se crearon 21 *District Health Boards* (DHB), que debían recibir financiación central capitativa ponderada por necesidad (en función de las características sociodemográficas de la población: edad, sexo...) y, además de proveer servicios hospitalarios (con la posibilidad de comprarlos fuera del sector público), adquirir paquetes de atención primaria a las *Primary Health Organizations* (PHO), creadas a partir de las antiguas IPA con el fin de mejorar el acceso a la atención primaria. Las PHO (organizaciones sin fines de lucro que entre sus miembros –proveedores de atención primaria autónomos– incluyen equipos multidisciplinares), se financian por capitación y no por el pago por acto (según el número y perfil de los pacientes en sus listas y, al principio, también en virtud de las características de los grupos poblacionales). Aunque en ocasiones los pacientes pueden elegir entre varias PHO, incluso fuera de su zona, en la mayoría de los casos constituyen, en realidad, monopolios locales (Rae, 2002: 30; Ashton, 2005: 4).

En 2005, más del 90 por cien de la población estaba vinculada a una de las 79 PHO entonces existentes. El importante aumento de fondos destinados a mejorar y universalizar la atención primaria se ha canalizado exclusivamente a través de las PHO, partiendo, transitoriamente, de dos niveles escalonados de subvención en función de las características étnicas y socio-económicas de los grupos poblacionales. Desde finales de 2007, el nivel superior de financiación pública se aplica a todos los grupos. No obstante, de nuevo, los médicos han conseguido preservar el derecho a exigir directamente un copago, de modo que persisten distintos niveles, por ejemplo, entre los mismos grupos poblacionales, a pesar de recibir la misma subvención pública (así, a un niño menor de seis años puede corresponderle desde un copago nulo hasta 20 dólares neozelandeses, en función de dónde resida) (Ashton, 2005: 5; Gauld, 2008: 101-108). La aportación directa de los pacientes ha disminuido en promedio, si bien la mayor aportación pública no siempre se ha trasladado proporcionalmente, tal y como se pretendía, a favor de los pacientes traduciéndose en menores copagos. De hecho, ésta es una partida que tradicionalmente se venía utilizando para absorber aumentos de la inflación no recogidos en la financiación pública.

El balance de esta intensa experiencia se puede resumir en los siguientes puntos: de la reforma inicial apenas se derivó competencia entre los productores (Rae, 2002: 43; Or, 2002: 17); el crecimiento de la productividad, en general, fue decep-

cionante, y los costes de transacción altos (Rae, 2002: 43); numerosas empresas hospitalarias públicas continuaron generando déficit y, si bien las tasas de actividad crecieron y se redujo la duración de las estancias, las listas de espera hospitalarias continuaron aumentando (Or, 2002: 17 y 63). La mayoría de los análisis apunta hacia la obtención de ahorros en el gasto en pruebas de laboratorio y medicamentos. Por otra parte, en algunos casos se detectó la consecución de aumentos de la actividad en detrimento de la calidad, cuestionando que las IPA fueran las organizaciones apropiadas para ocuparse de aspectos como la equidad o la efectividad global del sector. Además, comenzaron a surgir problemas de colaboración entre los profesionales (reticencias a compartir información, ideas, innovaciones...) ante la amenaza de perder cuotas de mercado, generándose cada vez mayor opacidad (Or, 2002: 17-19 y 61).

En el lado positivo, cabe resaltar las mejoras que las reformas de los años noventa produjeron en diversos sistemas de información. Así, en la etapa en la que la HFA empezó a negociar acuerdos anuales de financiación con el Ministerio, los objetivos comenzaron a ser planteados en términos de resultados (aunque la mayoría de éstos acababan relacionándose con indicadores de proceso), lo que favoreció pautas de captación y comparación de la información que generaron señales que guiaron la reasignación de recursos (Or, 2002: 18). Gauld (2000: 825) también registra este efecto positivo en la etapa que comienza en 1996 (cuando el Partido Nacional perdió la mayoría y hubo de formar un Gobierno de coalición)¹. Asimismo, tras un proceso de adhesión voluntaria, en 2006 se adoptó un nuevo marco de financiación de la atención primaria que exige a las PHO recabar y difundir datos clave para mejorar los resultados en salud, apoyándose en indicadores de desempeño tales como tasas de cobertura de vacunaciones y calidad de los servicios (Gauld, 2008: 106).

En definitiva, el nuevo enfoque adoptado a partir de 1996 tiene ventajas sobre el punto de partida (la evolución de las reformas no implica un mero retorno a este punto de partida, a modo de "cierre del círculo"). Así, se ha reconocido que aspectos como la equidad y la coordinación precisan voluntad y dirección políticas, como también la organización e información adecuadas para su con-

¹ Ese año se llevaron a cabo las primeras elecciones bajo un sistema electoral de representación proporcional. Los Gobiernos de coalición han sido más favorables a los cambios incrementales que a los radicales (véase Gauld, 2000: 817).

secución. Igualmente se ha aprendido que la orientación hacia resultados no es un proceso fácil y que no se puede apoyar en una excesiva fragmentación del sistema. También se ha reforzado el papel de la atención primaria, mejorando el acceso a lo que, en definitiva, constituye la "puerta de entrada" al sistema público. Y, por último, se ha reafirmado la conciencia de la necesidad de seguir avanzando en la mejora de los sistemas de información orientados a la obtención de resultados. Será preciso observar de cerca la evolución del sistema sanitario neozelandés en los próximos años, en particular la referida a los distintos niveles de copago y su impacto en términos de equidad, antes de emitir un juicio al respecto, pero, en principio, "la vuelta al mundo en 80 meses"² no parece que haya sido "un viaje a ninguna parte".

España

En 1986, a través de la Ley General de Sanidad (LGS), el sistema de Seguridad Social (de corte "profesionalista") por el que se venía rigiendo el sistema sanitario español dio paso a un SNS, de vocación universal. Es importante resaltar que, en España, el proceso de descentralización territorial de la gestión sanitaria comenzó antes de la entrada en vigor de la LGS, con el progresivo traspaso de competencias que deriva de la Constitución española de 1978. La primera comunidad autónoma en obtener las competencias en materia de gestión sanitaria fue Cataluña en 1981. Hasta el año 2002, otras seis comunidades autónomas asumieron la responsabilidad de la gestión sanitaria. No obstante, hasta ese año, toda la financiación procedía de un fondo central, desde 1999 financiado en su totalidad con impuestos (frente a las cotizaciones de la Seguridad Social). Es decir, la descentralización en el gasto no tenía reflejo alguno en la descentralización en la obtención de los ingresos. Desde el año 2002, la sanidad se integra en el nuevo sistema general de financiación autonómica, que prevé cierta corresponsabilidad fiscal en la financiación de los servicios públicos descentralizados (básicamente a través de la participación en una cesta de impuestos compuesta, entre otros, por el IRPF, el IVA, y algunos impuestos especiales). Paralelamente, desde el año 2002, todas las comunidades autónomas gozan de autonomía en la gestión del gasto sanitario.

² En alusión al sugerente título "Around the World in 80 Months: The Health System in the 1990s", con que (curiosamente en un anexo) se da cuenta de los cambios experimentados por el sistema sanitario neozelandés en menos de una década (Rae, 2002: 42-43).

De este modo, se ha pasado de un sistema sanitario en el que "uno recauda, algunos gestionan y todos gastan" a un sistema en el que "todos recaudan, todos gestionan y todos gastan". Por último, en 2003 se aprobó la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud que, entre otros objetivos, persigue la coordinación de un sistema ya totalmente descentralizado.

Respecto a la aplicación de medidas de NGP a la sanidad española, obviamente, en un sistema descentralizado como el español algunas iniciativas han tenido carácter general, otras han afectado únicamente al llamado "territorio Insalud" (que, hasta su desaparición como tal en 2002, gestionaba la atención sanitaria de las comunidades sin competencias transferidas en esta materia), mientras que otras iniciativas se han adoptado en el uso de la autonomía por parte de las comunidades autónomas con gestión descentralizada del gasto, pioneras en buena medida en el diseño y la ejecución de las líneas de reforma llevadas a cabo en el territorio español.

Las principales medidas de carácter general se han derivado del "Informe Abril", que tomó el nombre del presidente de la comisión parlamentaria encargada de analizar y evaluar el SNS en 1991. El Informe recogió diversas recomendaciones consistentes con los principios de la NGP, haciendo mención expresa a las reformas iniciadas por entonces en el Reino Unido y en Suecia. A pesar de la fuerte oposición que generó (básicamente por parte de los sindicatos y de la población en general, debido a la propuesta de extender el copago de los medicamentos a los pensionistas), muchas de sus recomendaciones fueron tenidas en cuenta en la práctica, si bien de forma silenciosa (Comisión Abril, 1991; Guillén y Cabiedes, 1997: 327-328).

Las medidas de NGP adoptadas con carácter general desde la publicación del Informe Abril a principios de los años noventa se han centrado básicamente en la articulación de mercados mixtos (de modo generalizado, si bien tímidamente) y de un mínimo de competencia pública (en cuanto a la libre elección de médico general y de pediatra, con una parte de su remuneración variable en función del número de pacientes en sus listas). Conviene recordar que las fórmulas de contratación externa "pura" se vienen aplicando en el sector sanitario español desde los años cuarenta, cuando a raíz de una ley de 1942 una parte de la población comenzó a ser incluida en el Seguro Obligatorio de Enfermedad (Espadas y Largo, 1993: 186). Este tipo de concertación con proveedores privados está pre-

sente en tres grandes segmentos de actividad: el transporte sanitario, los medios diagnósticos y los servicios hospitalarios, sucesivamente ampliados a servicios de apoyo como el *catering* o los servicios de lavandería. Generalmente se trata de complementar una oferta pública insuficiente de camas hospitalarias (para la contratación de servicios hospitalarios poco complejos) y de descargar al sector público de funciones no básicas de apoyo. No obstante, los contratos de servicios hospitalarios han constituido en muchos casos la base de los contratos-programa (más adelante denominados contratos de gestión) en torno a los que se han articulado los mercados mixtos en España.

Respecto a las licencias administrativas, cabe mencionar la experiencia de la Comunidad Valenciana que, con la concesión administrativa de la atención especializada a un grupo de empresas privadas en la zona de Alzira (Hospital de La Ribera) en 1999, representa un caso pionero de la gestión privada de la sanidad pública en España³, incluso calificado como "modelo único" frente a las experiencias británica y sueca (orientadas más bien a contratar la gestión privada de hospitales públicos ya existentes, sin incluir su construcción) (McKee, Edwards y Atun, 2006: 891)⁴. La experiencia de Alzira fue seguida en otras poblaciones de la Comunidad Valenciana (como Torrevieja), donde se convocaron concursos de características similares.

Por su parte, Cataluña ha sido la comunidad pionera en la articulación de mecanismos que constituyen lo más próximo a la introducción de mercados mixtos en España. Una ley de 1990 (modificada por otra de 1995) separó las funciones de

³ El grupo de empresas que ganó el concurso público para la construcción y explotación del Hospital por un período de diez años (prorrogable a otros cinco) está formado por una aseguradora (con el 51 por cien), dos bancos (45 por cien) y dos empresas constructoras (con el 4 por cien restante) (Prats, 2002: 35).

⁴ La población atendida en Alzira asciende a 230.000 habitantes, mientras que la fórmula de financiación se basa en el criterio capítativo, con una tarifa de unos 200 euros por persona y año, actualizada anualmente según el índice de precios al consumo (Martín *et al.*, 2002: 40). La Comunidad Valenciana incluyó una partida de 43,9 millones de euros en los presupuestos de 2003, con vistas a recuperar el Hospital y sacarlo posteriormente a concurso público, junto con la atención primaria de la zona. Frente al Partido Popular, la oposición socialista consideró que esta operación constituía una ayuda encubierta a los gestores del Hospital (que aún no había arrojado beneficios), ya que sólo este grupo de empresas mostró interés por hacerse cargo de la atención primaria, con lo que habría sido suficiente con ampliar las condiciones del contrato (Prats, 2002: 35).

compra y producción; el Servicio Catalán de la Salud (SCS), creado aquel mismo año, se ocupa de la regulación y compra de servicios hospitalarios, pudiendo elegir entre hospitales públicos y privados. Del mismo modo, se abrió la posibilidad de que asociaciones de profesionales contraten con el SCS servicios de atención primaria, prestación farmacéutica y algunas actividades de la atención especializada (Gérvás y Ortún, 1995: 29). Un grupo de médicos estatutarios (sinónimo de funcionarios en el ámbito sanitario) comenzó a gestionar la atención sanitaria de la población de Vic, adoptando la forma jurídica de sociedad de responsabilidad limitada. Esta experiencia fue seguida por varias más en Cataluña. El modelo de mercados mixtos articulado en esta comunidad autónoma es, pues, muy similar al modelo británico en su concepción inicial, con la diferencia de que las asociaciones catalanas de profesionales tienen carácter lucrativo.

En este contexto cabe también mencionar otra experiencia innovadora, promovida en 2002 por Cataluña: se trata de la compra de servicios integrales de salud, con base poblacional, en cinco zonas con perfiles demográficos distintos que agrupan varios municipios. Con este enfoque se pretende mejorar la eficiencia y la equidad a través de una gestión coordinada, basada en alianzas entre proveedores.

Desde el ámbito de la atención primaria, se ha trazado otra línea de reforma, más generalizada, apoyada en la gestión pública directa de carácter administrativo que, sin acogerse a nuevas fórmulas jurídicas de gestión (como es el caso catalán), profundiza en la descentralización (y responsabilidad) de la gestión en los equipos de atención primaria y/o se orienta hacia un mayor grado de coordinación con la atención especializada, incluso con experiencias de gerencia única.

Por otra parte, con separación menos nítida (y también menor presencia de productores privados en general)⁵, en las comunidades autónomas del "territorio Insalud" (diez hasta el año 2002) se fueron negociando desde 1993 contratos-programa o contratos de gestión, tanto con las áreas de atención primaria como con las de especializada (y, cada vez en mayor medida, conjuntamente). En el resto del territorio, algunas

⁵ Nótese que una industrialización relativamente temprana en Cataluña propició la creación de mutuas, dando lugar a una mayor presencia del sector privado que en el resto del territorio en general. Este marco institucional facilitó la articulación de mercados mixtos en Cataluña.

comunidades autónomas comenzaron a articular también este tipo de contratos, sobre todo en atención especializada. Éste ha sido el caso, por ejemplo, de Andalucía (en 1994) y de Galicia (López i Casanovas *et al.*, 1999: 112). Esta fórmula ha permitido simular una cuenta de resultados provisional, superándose la concepción de los centros asistenciales como meros centros de gasto (Ventura, 1996: 10). Los contratos-programa pactan la actividad que se va a llevar a cabo y los niveles de calidad, tratando de avanzar hacia una presupuestación prospectiva. Respecto a su impacto, López i Casanovas *et al.* (1999: 119-121) han resaltado una mayor disciplina presupuestaria, así como mayores dosis de transparencia y "comparabilidad". No obstante, a su juicio, los esquemas utilizados resultan insuficientes para conseguir una traslación efectiva del riesgo, no dejando de ser una "ficción legal", ya que el marco legal actual no permite dejar de financiar los posibles déficits generados. Con todo, se han producido importantes mejoras en los sistemas de información (con la creciente importancia de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico, GRD) y existe evidencia empírica de incrementos de la eficiencia técnica, así como de contención de la inflación hospitalaria, en parte atribuibles a la articulación de este tipo de contratos (Barber y González López-Valcárcel, 1996; López i Casanovas *et al.*, 1999: 125).

En línea con la fórmula de la competencia pública, cabe destacar la libre elección de médico general y de pediatra. Con un desarrollo desigual, resalta el antiguo "territorio Insalud", donde esta fórmula se ha venido aplicando desde 1993 (con experiencias piloto desde 1984). Actualmente, la libre elección de médico de familia está más generalizada en el territorio español que la libre elección de especialista (que se posibilitó desde 1996 en el "territorio Insalud"), a pesar de que la libre elección de médico está reconocida jurídicamente como un derecho efectivo en todo el territorio español desde 2002. Además, mientras que en el ámbito de la atención primaria se han articulado incentivos, por ejemplo, que una parte de la remuneración de los médicos generales y pediatras varíe con el número de pacientes en sus listas (es decir, a modo de incentivo, "el dinero sigue al paciente"), no se han articulado medidas similares en el ámbito especializado.

Al igual que en otros SNS, la presencia de dilatadas listas de espera ha conducido en algunas comunidades autónomas a la fijación de tiempos máximos, más allá de los cuales se permite la libre elección entre proveedores públicos y privados. Por

ejemplo, desde finales de 2002 el Servicio Andaluz de Salud garantiza el derecho de elección entre hospitales públicos y privados para intervenciones quirúrgicas a partir de un tiempo máximo de espera (fijado inicialmente en 180 días y, desde mediados de 2007, en 120 días), lo que bajo estas circunstancias permite hablar de mercados mixtos con “bonos implícitos”. Otras comunidades autónomas han establecido en los últimos años medidas similares.

Por último, simultáneamente a la introducción de mecanismos para estimular la competencia en la provisión pública de servicios sanitarios, se han ido creando nuevas formas jurídicas, con personalidad jurídica propia y mayor autonomía, para facilitar la gestión pública desde una óptica empresarial (en particular, fundaciones y empresas públicas). El proceso legislativo de la normativa estatal, iniciado en 1996, el mismo año en el que el Partido Popular ganó las elecciones generales, fue particularmente complejo y conflictivo, debido a que la oposición socialista presionó continuamente para evitar que estas fórmulas se convirtiesen en “puertas abiertas a la privatización”⁶.

A modo de síntesis, cabe destacar que el proceso de reformas experimentado por el sistema sanitario público español ha sido particularmente intenso. En poco más de dos décadas se ha producido el cambio estructural del modelo, la descentralización de la gestión sanitaria a todas las regiones y la introducción de un mínimo de corresponsabilidad fiscal en su financiación. Mientras este proceso avanzaba, se han ido articulando y adoptando –de forma desigual en el territorio y, generalmente, con cautela– medidas de NGP inspiradas en la reforma británica en su concepción inicial, junto con algunas intervenciones favorables al fomento de la competencia pública.

4. CONCLUSIONES

De las experiencias analizadas en este artículo se deduce que, a pesar de existir procesos de “reforma de la reforma” (en particular, en el Rei-

⁶ A modo de ejemplo, a los dos días de su publicación en el *Boletín Oficial del Estado*, el RD 10/1996 sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Insalud fue objeto de “corrección de erratas” bajo la presión socialista (Guillén, 1999: 22) para dejar clara la vocación pública del sistema y cerradas las puertas a la privatización.

no Unido y en Nueva Zelanda, donde el vocablo “cooperación” ha ido desplazando al de “competencia”), en general predomina cierto “continuidismo” de las reformas sanitarias (modificación y/o reorientación, más que abandono total de los cambios iniciales). Se ha impulsado la articulación de mercados mixtos con tendencia a la introducción de “bonos implícitos” y se ha concedido un papel más activo a los equipos de atención primaria, tanto en la gestión sanitaria (primando el pago capítativo ajustado por riesgo, con base poblacional), como en su labor de asesoramiento a los pacientes, dotados cada vez de mayor capacidad de elección entre proveedores. Si bien en Nueva Zelanda se suprimió la separación entre las funciones de compra y producción en atención especializada, en cierto modo el modelo se está trasladando al ámbito de la atención primaria, al mismo tiempo que continúa existiendo un entorno contractual entre compradores públicos y proveedores privados en general. Por su parte, en el Reino Unido, el Partido Laborista “rebautizó” los términos utilizados en el discurso político, pero en la práctica se puede afirmar que profundizó en la reforma iniciada por el Partido Conservador.

Aunque la fórmula de la competencia pública apuntaba mayor relevancia en los inicios de las reformas (en particular, en el caso sueco), con el tiempo ha ido evolucionando hacia mercados mixtos (si bien mantiene alguna aplicación puntual, como se aprecia en el caso español). Por último, comienza a surgir una nueva tendencia a utilizar concesiones administrativas (en la línea de proyectos de financiación privada de la inversión), apenas aplicadas hasta ahora al ámbito sanitario. Esto, unido a otras iniciativas, como la concesión de cada vez mayor libertad de elección del paciente entre proveedores (en su inicio directamente relacionada con las abultadas listas de espera), permite prever una participación creciente del sector privado (con y sin fines lucrativos) en la prestación de servicios públicos en los países mencionados.

Seguramente, en la medida en la que el “modelo contractual” hoy predominante en los SNS permite recurrir con flexibilidad a proveedores privados (Kriebler, 2000: 929), la combinación de rasgos propios de mercados mixtos (competencia entre proveedores públicos y privados) y de competencia pública (mayor capacidad de elección por parte del paciente) permanecerá en el tiempo. Otra cuestión es la de si en un futuro se mantendrá un equilibrio entre los intereses públicos y los privados, ventajoso para ambas partes, o si se inclinará la balanza a favor de estos últimos.

BIBLIOGRAFÍA

ASHTON, T. (2005), "Recent developments in the funding and organisation of the New Zealand health system", *Australia and New Zealand Health Policy*, 2: 9 (www.anzhealthpolicy.com/content/2/1/9).

BARBER, P. y B. GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL (1996), "La eficiencia técnica de los hospitales públicos españoles", en MENEU, R. y V. ORTÚN (Eds.), *Política y gestión sanitaria: la agenda explícita*, Barcelona, SG Editores-Asociación de Economía de la Salud: 17-62.

BROWN, G. (2008), *Speech on the National Health Service*, conferencia pronunciada en Kings College, London/Florence Nightingale School of Nursing el 7 de enero de 2008 (www.primeminister.gov.uk/output/Page14171.asp).

CABIEDES, L. y S. GONZÁLEZ (2007), "Aplicación de fórmulas para estimular la competencia en la provisión de servicios públicos", *Cuadernos de Información Económica*, 201: 157-166.

COMISIÓN ABRIL (1991), *Informe y recomendaciones*, Madrid, Congreso de los Diputados.

DIDERICHSEN, F. (2000), "Sweden", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 25 (5): 931-935.

ESPADAS, L. y F. LARGO (1993), "La concertación con medios ajenos en el Sistema Nacional de Salud", *Presupuesto y Gasto Público*, 10: 185-199.

FEDERATION OF SWEDISH COUNTY COUNCILS (2002), *Swedish Health Care in the 1990s. Trends 1992-2000*, Estocolmo, Federation of Swedish County Councils.

GAULD, R. (2000), "Big Bang and the policy prescription: Health care meets the market in New Zealand", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 25: 815-844.

– (2008), "The unintended consequences of New Zealand's primary health care reforms", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 33: 93-115.

GÉRVAS, J. y V. ORTÚN (1995), *Regulación y eficiencia de la atención sanitaria primaria en España*, Documento de Trabajo 95-18, FEDEA (Fundación de Estudios de Economía Aplicada).

GUILLÉN, A. (1999), *Improving efficiency and containing costs: Health care reform in Southern Europe*, EUI Working Paper n.º 99/16, Florencia, European University Institute.

GUILLÉN, A. y L. CABIEDES (1997), "Towards a National Health Service in Spain: The search for equity and efficiency", *Journal of European Social Policy*, 7 (4): 319-336.

HELLOWELL, M. y A. POLLOCK (2007): "The big payback", *The Guardian*, 12 de septiembre de 2007.

HJERTQVIST, J. (2001), *The purchaser-provider split. From public monopolies to market service*, Atlantic Institute for Market Studies (Health Care Commentary # 3).

– (2002), *Health care reform: What Canada could learn from Sweden* (conferencia pronunciada en Montreal Economic Institute, Montreal, 15 de abril).

KOEN, V. (2000), *Public expenditure reform: The health care sector in the United Kingdom*, Economics Department Working Papers n.º 256, OECD.

KRIEBLE, T. A. (2000), "New Zealand", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 25 (5): 925-930.

LE GRAND, J. (2000), "La competencia y las fuerzas del mercado en el Estado de Bienestar", en MUÑOZ MACHADO, S.; GARCÍA DELGADO, J. L. y L. GONZÁLEZ SEARA (Eds.), *Las estructuras del bienestar en Europa*, Madrid, Civitas Ediciones: 705-716.

LÓPEZ I CASASNOVAS, G.; ORTÚN, V.; MURILLO, C. et al. (1999), *El sistema sanitario español: informe de una década*, Bilbao, Fundación BBV.

MARTÍN, J. J.; LÓPEZ DEL AMO, M. P. y M. C. PÉREZ (2002), "Nuevas fórmulas jurídicas y de gestión en las organizaciones sanitarias", en TEMES, J. L. (Ed.), *Gestión Hospitalaria*, Madrid, McGraw-Hill: 29-46.

MAYNARD, A. (2005), "UK healthcare reform: continuity and change", en MAYNARD, A. (Ed.), *The Public-Private Mix for Health*, Londres, The Nuffield Trust: 63-81.

McKEE, M.; EDWARDS, N. y ATUN, R. (2006), "Public-private partnerships for hospitals", *Bulletin of the World Health Organization*, 84 (11): 890-896.

MELKE, A. (2006): "A new policy agenda in Sweden: choice and deregulation", *Eurohealth*, 12: 30-31.

MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS (2007), "Health and medical care in Sweden", *Fact Sheet*, 16, Estocolmo, Ministry of Health and Social Affairs (www.sweden.gov.se/sb/d/2028/a/86040).

NATIONAL HEALTH SERVICE (2008), *About Patient Choice* (www.nhs.uk/choices/Pages/Aboutpatient-choice.aspx).

OECD (2000), *Étude économique du Royaume-Uni, 2000*, Synthèses de l'OCDE (www.oecd.org).

OR, Z. (2002), *Improving the performance of health care systems: From measures to action (A review of experiences in four OECD countries)*, Labour Market and Social Policy, Occasional Papers 57, OECD.

OSBORNE, D. y T. GAEBLER (1992), *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*, Nueva York, Addison-Wesley.

PALMER, K. (2006), *NHS Reform. Getting Back to Track*, Londres, King's Fund.

PRATS, J. (2002), "La Generalitat Valenciana recupera el control público del Hospital de Alzira", *El País*, 11 de noviembre de 2002: 35.

RAE, D. (2002), *Next steps for public spending in New Zealand: The pursuit of effectiveness*, Economics Department Working Papers, n.º 337, OECD.

ROSEVEARE, D. (2002), *Enhancing the effectiveness of public expenditure in Sweden*, Economics Department Working Papers n.º 345, OECD.

SALTMAN, R. B. y C. VON OTTER (1994), *Mercados planificados y competencia pública. Reformas estratégicas en los sistemas sanitarios de los países del norte de Europa*, Barcelona, SG Editores y Escuela Nacional de Sanidad.

SMEE, C. (2000), "United Kingdom", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 25: 945-951.

VENTURA, J. (1996), *La competencia gestionada en sanidad: un enfoque contractual*, Documento de Trabajo 107/96, Oviedo, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1996), *Health Care Systems in Transition: Sweden*, Copenhagen, Regional Office for Europe, World Health Organization.