

La reforma del sector hospitalario noruego y los elusivos compromisos de disciplina presupuestaria*

TERJE P. HAGEN Y TROND TJERBO**

RESUMEN¹

El Estado central noruego asumió en 2002 la propiedad de los hospitales, que hasta ese año correspondía a los condados. Cabía entonces esperar que la centralización de la propiedad, de la financiación y de la producción endureciera las disposiciones presupuestarias e incrementara la disciplina de gasto del sector hospitalario. Sin embargo, este resultado no se ha logrado. Tres factores explican los problemas que marcan en la actualidad la gestión del sector hospitalario: (1) la incertidumbre sobre la situación económica de los hospitales durante la fase de transición iniciada en 2002, (2) la debilidad propia de los Gobiernos en minoría y (3) la especificidad del procedimiento presupuestario en el Parlamento de Noruega.

1. INTRODUCCIÓN

En el año 2002 el Estado central noruego se adjudicó la propiedad de los hospitales, hasta entonces bajo la administración de los condados, y los reorganizó como empresas sanitarias dependientes de cinco Autoridades Regionales Sanitarias (ARS), también organizadas como empresas. El principal argumento a favor de la reorganización no era otro que el deseo de concentrar la responsabilidad de la propiedad y la financiación en

* Traducción del original en inglés de Maitte Casado Rodríguez.

** Instituto de la Gestión Sanitaria y Economía de la Salud, Universidad de Oslo (Noruega) (t.p.hagen@medisin.unio.no).

¹ El Consejo de Investigación noruego ha financiado este artículo con la ayuda n.º 153074/530 Health Organization Research Program, Noruega (HORN).

un solo lugar (Tønne, 2001), evitando de ese modo el “juego de la inculpación” (*blame game*) entre los diferentes niveles gubernamentales que se venía observando a la hora de discutir los problemas de producción de los servicios sanitarios y de déficit.

Cinco años después de acometer esta reforma hospitalaria, los desafíos fiscales que afronta el sector hospitalario son incluso mayores que los que presentaba en los años noventa. La producción ha sido notablemente más alta que la planificada. A finales de 2006, el déficit sumaba cerca de 18 millardos de CON (coronas noruegas)² o en torno al 22 por cien de los ingresos anuales de las cinco ARS (BUS, 2007). Con escasas excepciones, el Parlamento ha venido concediendo fondos complementarios a las ARS todos los años desde que se implantó la reforma.

En este artículo pretendemos explicar las razones del fracaso en el restablecimiento de la disciplina presupuestaria en el sector hospitalario tras la reforma de 2002, entendiendo por disciplina presupuestaria la capacidad y voluntad de equilibrar los presupuestos. La disciplina presupuestaria se relaciona a menudo con los problemas provocados por la “restricción presupuestaria blanda” (Kornai, 1979, 1986), una situación que, de acuerdo con Maskin (1996: 125), “surge siempre y cuando a una fuente de financiación le resulta imposible mantener una empresa con un presupuesto fijo; es decir, cuando la empresa puede extraer *ex post* un subsidio o préstamo mayor del que hubiera sido considerado eficiente *ex ante*”. Es claro que si un agente anticipa restric-

² Aproximadamente 2.300 millones de euros.

ciones presupuestarias “blandas”, puede tener incentivos para incrementar la actividad o los costes por encima de lo que prefiere el principal, enviarle la factura y esperar el rescate.

Comenzamos el artículo describiendo los rasgos institucionales básicos del sistema sanitario noruego y presentando datos sobre el rendimiento hospitalario. Revisamos asimismo la literatura presupuestaria, centrándonos en las restricciones “blandas” y en los rescates. Argumentamos que la explicación de la ruptura de la disciplina fiscal exige tomar en consideración las diferencias de objetivos y estrategias que se observan en el seno del Estado central; en particular, entre el Gobierno y el Parlamento noruego, el *Storting*. El análisis que presentamos aquí enfoca predominantemente la atención en los dos primeros años tras la reforma de 2002.

2. LA REFORMA HOSPITALARIA DE 2002: PRELUDIO Y SECUELAS

El “juego de la inculpación”

Es necesario tomar conciencia de tres aspectos para comprender el “juego de la inculpación” que se desarrolló a finales de la década de los noventa. Primero, los costes de los servicios hospitalarios son gratuitos (con algunas excepciones de gastos menores por las visitas ambulatorias), lo cual significa que los pacientes carecen de incentivos para sopesar la relación entre costes y utilidad del tratamiento. La demanda de servicios es, por tanto, elevada, resultando necesario racionarla (Aaron *et al.*, 2005; Mechanic, 1995). Segundo, el sistema de financiación de los 19 condados responsables del sector hospitalario se centralizó durante la década de 1990. Los ingresos de los condados llegaban inicialmente como transferencias anuales en bloque procedentes del Estado central y de los impuestos locales, siendo el Estado el que establecía los tipos impositivos. El 1 de julio de 1997 empezó a funcionar un sistema de “financiación basada en la actividad” (FBA), que implicaba que una fracción de las transferencias en bloque desde el Estado a los gobiernos de los condados se remplazaba por una dotación que dependía del número y de la composición de los tratamientos hospitalarios, medidos conforme al

sistema DRG³ (Halsteinli *et al.*, 2006). Al principio, el Estado reembolsaba el 30 por cien del coste de un tratamiento; desde el 1 de enero de 1998, el componente basado en la actividad aumentó al 40 por cien de los ingresos esperados. En el siguiente período, el componente de la FBA fluctuó entre el 40 y el 60 por cien. La intención del Gobierno y el Parlamento era la de ejecutar los contratos basados en la actividad entre el gobierno de un condado y sus hospitales, lo que resultó ser el caso. Tercero, después de la introducción de la FBA se produjo un incremento de la actividad en los hospitales de agudos. Entre 1997 y 2001 el aumento de la actividad media fue del 2,2 por cien, comparado con el 1 por cien de los años anteriores a 1997 (Biørn *et al.*, 2003). Como quiera que los ingresos marginales de la FBA fueron menores que los costes marginales, la introducción de la FBA generó una creciente demanda de recursos. Y puesto que los impuestos seguían siendo fijos, al tiempo que otros servicios del condado (como, por ejemplo, las escuelas) permanecían muy regulados, los condados terminaron por producir déficits cada vez mayores.

Este sistema de desequilibrio fiscal vertical con una baja autonomía impositiva (Rattsø, 2003) condujo al “juego de la inculpación”. Los condados podían afirmar que los déficits se debían a una financiación insuficiente y solicitar así al Estado central transferencias adicionales. El Estado central, que había fomentado el aumento de tratamientos y pacientes hospitalarios, con el fin de reducir las listas y el tiempo de espera, no pudo resistirse a las demandas de financiación adicional. Los condados interpretaron esto como una señal de restricciones presupuestarias “blandas” y los déficits aumentaron más (Hagen y Kaarbøe, 2006).

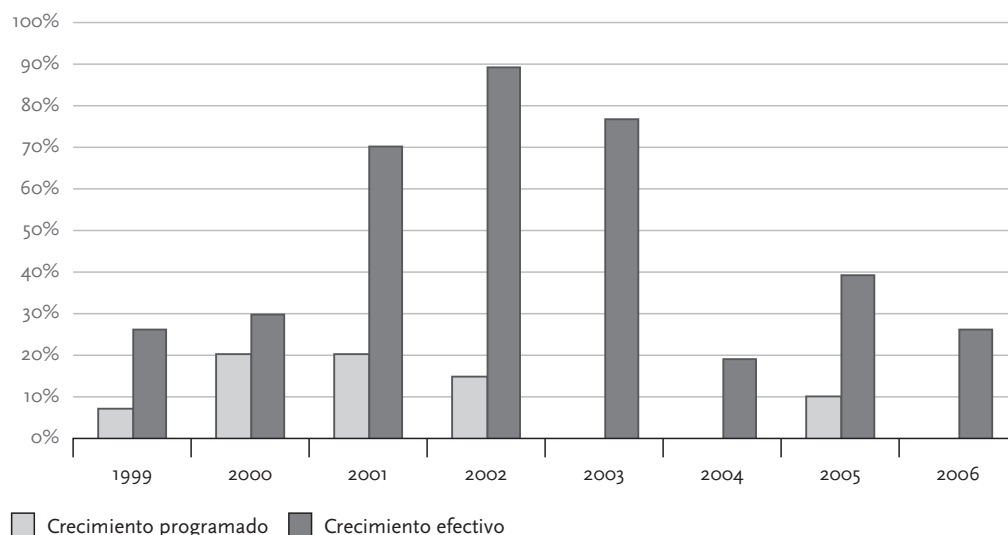
La reforma

Durante el otoño de 2001 la reforma hospitalaria se llevó a cabo a un ritmo destacable. Cien mil empleados y el 60 por cien de los presupuestos de los condados se transfirieron al Estado central. Cinco regiones sanitarias, que habían existido desde mediados de los años setenta como organizaciones reticulares entre condados, fueron ascendidas a Autoridades Regionales Sanitarias (ARS).

³ El sistema DRG pivota sobre una clasificación de los diferentes grupos de pacientes en función de criterios médicos y financieros. Cada grupo DRG recibe un peso relativo que refleja su nivel de coste comparado con el promedio de todos los DRG.

GRÁFICO 1

CRECIMIENTO PROGRAMADO Y EFECTIVO DE LA ACTIVIDAD BASADA EN DRG* (1999-2006)



* Véase la nota 3.

Fuente: BUS (2006, 2007) e Informes de SAMDATA (varios años).

Las ARS se crearon como empresas con la responsabilidad de proporcionar asistencia hospitalaria a los habitantes de su área, bien en los hospitales bajo su propiedad y control, bien mediante contratos con proveedores privados (Ot. Prp. n.º 66, 2000-2001).

Cuando los condados dejaron de ostentar la propiedad de los hospitales, los políticos fueron destituidos de la gestión hospitalaria cotidiana. El Ministerio de Sanidad se convirtió en la asamblea general de las ARS, cada una de ellas compuesta por una junta de profesionales procedentes de los negocios, la academia y las organizaciones sindicales de los hospitales. Las decisiones concernientes a cuestiones administrativas, organizativas y de producción se descentralizaron en las ARS o incluso en los *trusts* hospitalarios locales, que estaban organizados de forma similar a las ARS y gobernados por juntas compuestas por profesionales.

Las opciones de actividades y niveles de coste de los condados y de las ARS

En general, se produjo un marcado incremento de los niveles de actividad en el período posterior a la reforma hospitalaria (Huseby, 2004).

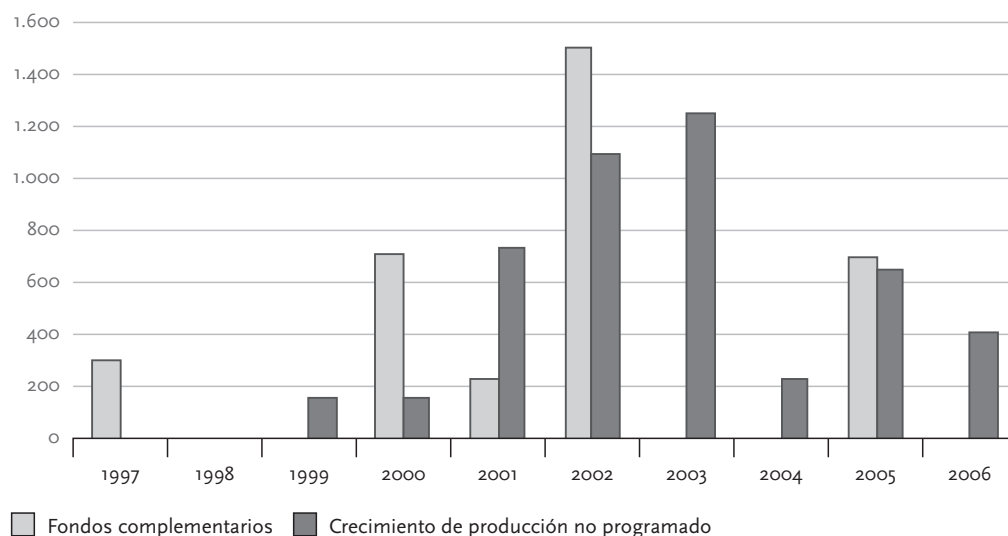
Así queda de manifiesto en el gráfico 1⁴, que muestra el aumento programado y efectivo, medido en unidades equivalentes de DRG, en los hospitales de agudos desde 1999, el primer año que se establecieron objetivos explícitos, hasta 2006.

Durante todos esos años, la actividad efectiva superó holgadamente a la programada (sobre todo, en 2001, 2002 y 2003). El gran aumento de 2001 se debió principalmente a un incremento de la actividad en la segunda mitad del año, tras la decisión de apartar a los condados del control de los hospitales y traspasarlo al Estado central (Huseby, 2004). También cabe observar incrementos de costes y actividad en el caso de los hospitales psiquiátricos, pero en este caso fueron aumentos planificados que no generaron problemas de gestión. Además del gran crecimiento de la actividad, los incrementos salariales en el sector hospitalario fueron superiores a los que se produjeron en el resto de la economía noruega en aproximadamente un 4 por cien entre 2001 y 2004 (BUS, 2006).

⁴ Los datos proceden de los informes anuales de la Comisión de Presupuestos para los servicios sanitarios especializados [BUS (2006, 2007)], así como de varios informes SAMDATA de los años anteriores a 2002 (www.sintef.no/content/page13_7678.aspx).

GRÁFICO 2

FONDOS COMPLEMENTARIOS (1997-2006) Y FONDOS ASIGNADOS POR CRECIMIENTO NO PROGRAMADO DE LA PRODUCCIÓN SANITARIA (1999-2006) EN MILLONES DE CORONAS NORUEGAS



Fuente: Fuente: BUS (2006, 2007) e Informes de SAMDATA (varios años).

Un aumento de la actividad mayor que el programado, junto a las subidas salariales, crearon déficit y una enorme necesidad de reestructuración organizativa en los hospitales (Tjerbo, 2007). Los planes de reestructuración generaron turbulencias y demandas de recursos adicionales. En el gráfico 2 se distinguen dos tipos de fondos que fueron transferidos a los condados o a las ARS, además de los fondos asignados a los hospitales tras la aprobación parlamentaria de los Presupuestos del Estado para los años fiscales 1997-2007:

- 1) fondos complementarios que implican aumento de los presupuestos generales de las ARS;
- 2) financiación basada en la actividad (FBA) que excede los objetivos de producción establecidos para cada año.

Hemos estimado los fondos FBA que excedieron los objetivos de producción como sigue:

producción en unidades equivalentes de DRG en el año t-1* (crecimiento de la actividad real medido en equivalentes en DRG desde t-1 hasta t, menos crecimien-

to programado de la actividad medido en unidades de DRG desde t-1 hasta t) * precio unitario del sistema DRG en el año t * proporción de FBA en el año t.

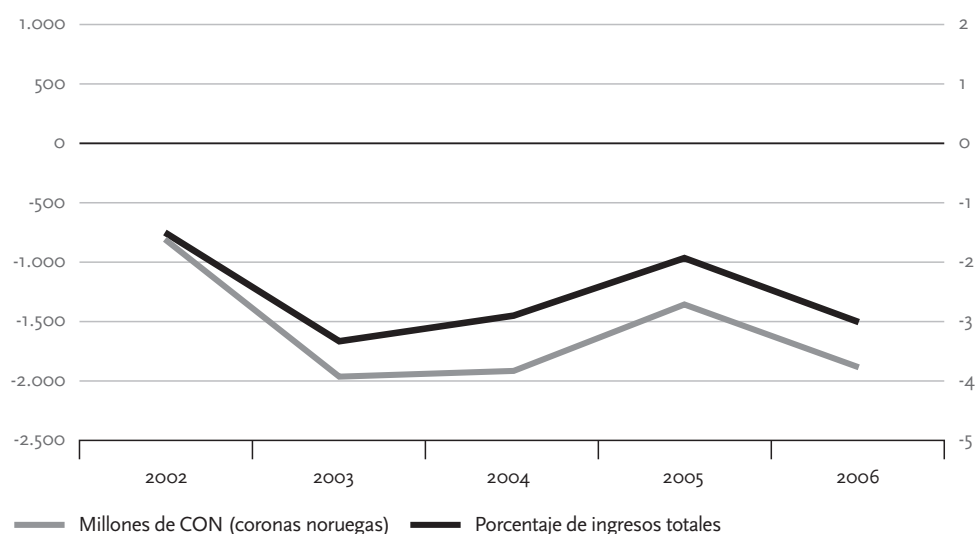
Los dos tipos de fondos no se pueden separar completamente. Por ejemplo, un aumento de fondos complementarios para mejorar la situación económica general puede afectar al crecimiento de la actividad y, por tanto, a los fondos afectos a la actividad no programada.

A consecuencia de una actividad mayor que la programada, tanto los fondos relacionados con el crecimiento de este tipo de actividad como los fondos complementarios relacionados con la situación económica general han seguido siendo altos. El segundo tipo de fondos se asignó a las ARS sobre la base de una fórmula de financiación (principalmente, factores socioeconómicos y demográficos) en todos los años salvo en 2007. En ese año, la asignación se basó en el tamaño real de los déficits corrientes (ST, Prp. n.º 44, 2006-2007).

Los fondos complementarios y los basados en la actividad no lograron que los hospitales y las

GRÁFICO 3

DÉFICIT CORRIENTE (A PRECIOS CORRIENTES) EN MILLONES DE CORONAS NORUEGAS (EJE IZQUIERDO) Y PORCENTAJE DE INGRESOS TOTALES (EJE DERECHO), 2002-2006



Fuente: BUS (2006, 2007) e Informes de SAMDATA (varios años).

ARS consiguieran el equilibrio presupuestario. Incluso después de ajustar los criterios para el equilibrio presupuestario descontando los costes de depreciación de los costes totales, los hospitales registraron déficit año tras año, como se aprecia en el gráfico 3.

El déficit fue moderado en 2002, pero se aproximó a los dos millardos de CON (3 por cien de los ingresos totales) en 2003 y 2004. La reducción del déficit entre 2004 y 2005 se quedó por debajo de la dotación complementaria concedida durante 2005 (700 millones de CON). A finales de 2006, los déficits corrientes acumulados desde 2002 ascendían aproximadamente a 8 millardos de CON. Incluidos los costes de depreciación, los déficits sumaban por esas fechas en torno a 18 millardos de CON, o el 20 por cien de los ingresos anuales (BUS, 2007). Una de las ARS, la del Este de Noruega, logró distanciarse en este punto de las demás durante todos los años posteriores a la reforma, ya que alcanzó presupuestos equilibrados⁵.

⁵ Un análisis de este caso se puede encontrar en Tjerbo y Hagen (2005).

3. PREFERENCIAS, INSTITUCIONES Y RESTRICCIONES PRESUPUESTARIAS BLANDAS

De acuerdo con Inman (2003), suponemos que el juego (*default game*) consta de dos jugadores principales: el principal, que en nuestro modelo es el Estado central, y un agente, una Autoridad Regional Sanitaria (ARS). En el primer movimiento, la naturaleza determina el tipo del principal, es decir, si el Estado central es de tipo "blando" o "duro". El principal establece entonces el presupuesto y señala de este modo el tipo al que pertenece. En el siguiente movimiento, el agente (la ARS) evalúa la señal del principal, es decir, si afronta o no una situación de restricciones presupuestarias duras y, en función de esa evaluación, adopta decisiones respecto a los niveles de costes y actividad. Si el agente considera que la señal de restricciones presupuestarias "duras" que emite el principal es creíble y decide mantener la actividad dentro de los límites presupuestarios (ALP), el juego termina. Si el principal no tiene credibilidad o señala una restricción presupuestaria "blanda", el agente elige incrementar la actividad o los costes más

allá del nivel que ha elegido el principal. Como el agente genera déficit (D), intenta presionar al principal para que aumente la financiación en la siguiente fase. En la tercera fase, el principal tiene dos opciones. O elige compensar (C) al agente con transferencias complementarias y/o posponer la demanda de equilibrio, o elige mantenerse firme (no C). El gráfico 4 ilustra el árbol del juego.

A medida que se producen las secuencias de los movimientos, la solución del juego dependerá de las preferencias de los jugadores y de la distribución de la información. Si los costes de compensar a los agentes fuesen menores que los costes de mantenerse firmes, el principal elegirá la compensación. Por consiguiente, el principal ha revelado su naturaleza y los agentes tendrán incluso incentivos más fuertes para incrementar su actividad en el futuro.

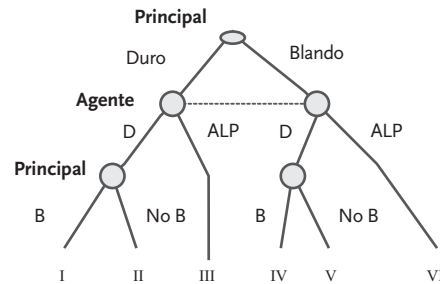
El juego, en su forma más simple, tiene seis soluciones diferentes (I-VI). Según el esquema de Inman, las soluciones que prefiere el principal son la III y la VI. En tales casos, el agente equilibra su presupuesto, no hay déficit que subsanar y el principal obtiene su mejor asignación de los recursos. En el contexto de la reforma hospitalaria, el principal no logró ni III ni VI, sino I o IV.

Varios estudios analizan los mecanismos que explican las opciones del principal en las diferentes fases de una situación de rescate financiero. En primer lugar, cabe mencionar los estudios sobre las motivaciones de los actores. Se supone que existen tres motivos generales que permiten construir explicaciones parsimoniosas (Schlesinger, 1991; Strøm, 1990): la búsqueda de cargos (*office-seeking*) (políticos y partidos intentan maximizar cargos gubernamentales y otros puestos públicos); la búsqueda de políticas (*policy-seeking*) (políticos y partidos aspiran a maximizar su influencia en las políticas públicas); y la búsqueda de votos (*vote-seeking*) (políticos y partidos pretenden maximizar su apoyo electoral en futuros comicios).

En segundo lugar, otros estudios entienden que las opciones dependerán del conjunto de información disponible a los actores. Aplicando esta tesis a nuestro caso, las ARS ignoran cuáles van a ser las respuestas del Estado central antes de efectuar su movimiento, de modo que tendrán que basar su opción en la utilidad esperada de las diferentes opciones. Pero tampoco el Estado central está seguro de cuál es la situación económica del sector hospitalario después de haber asumido el control, lo cual complica su credibilidad en la señalización de la restricción presupuestaria.

GRÁFICO 4

MODELO SECUENCIAL DEL JUEGO DEL RESCATE



Fuente: Elaboración propia.

En tercer lugar, además de las preferencias y la información disponible, la restricción presupuestaria y la opción entre rescatar o no pueden estar condicionadas por factores institucionales. Aquí despuntan dos importantes corrientes de investigación.

Una corriente de investigación institucionalista se centra en el modo en que se realizan los presupuestos. Los trabajos inscritos en esta corriente "institucionalista presupuestaria" indican que la centralización del proceso presupuestario puede incrementar la disciplina fiscal (Alesina *et al.*, 1998; Hallerberg y von Hagen, 1999). En 1997, el Parlamento noruego aprobó una reforma que centralizaba el proceso presupuestario parlamentario. Antes de 1997, los gastos se iban agregando mediante un proceso gradual por el cual las propuestas de gasto de las comisiones se sumaban al final, y el resultado consistía en el gasto presupuestario total. Era un proceso descentralizado sin límite inicial por el lado del gasto presupuestario. Aunque depende de las preferencias (Ferejohn y Krehbiel, 1987; Helland, 2000), un proceso centralizado puede conducir a presupuestos más bajos. Sin embargo, un rasgo específico de la reforma presupuestaria de 1997 fue que el procedimiento de racionalización se aplica sólo justo antes de la aprobación del presupuesto durante el otoño, y no cuando se revisa éste hacia el final de la primavera posterior. Ello sugiere que resulta más fácil incrementar el presupuesto para propósitos específicos durante la primavera⁶. Como se verá

⁶ Los cambios en el presupuesto se pueden hacer en la revisión de la primavera o en el balance de diciembre.

con claridad, esta ambigüedad en el proceso presupuestario afectó significativamente a la interpretación que el agente hizo de la señal del principal respecto al establecimiento de restricciones presupuestarias.

La otra corriente de investigación, que podría denominarse “institucionalista electoral”, se centra en los efectos de los sistemas electorales. Su principal hallazgo se sintetiza en que los sistemas mayoritarios mantienen una disciplina fiscal más estricta que los sistemas de representación proporcional (Persson y Tabellini, 2003), esencialmente debido a su mayor capacidad de formar Gobiernos mayoritarios. Strøm *et al.* (2005) describen el modo en que algunos rasgos distintivos de la democracia parlamentaria noruega, en especial la ausencia de capacidad de disolución del Gobierno y las reglas informales para su formación, han aumentado la probabilidad de los Gobiernos minoritarios, a medida que se producía la fragmentación gradual del sistema de partidos. Los Gobiernos minoritarios, cada vez más frágiles, presentan más dificultades tanto en lo que concierne a la rendición de cuentas como a la credibilidad (Strøm *et al.*, 2005). Como muestran Roubini y Sachs (1989a y 1989b) y Edin y Ohlsson (1991), los Gobiernos minoritarios también tienden a generar mayor deuda y exhiben una disciplina fiscal más “blanda”.

4. EL PRIMER MOVIMIENTO DEL ESTADO CENTRAL

Abramos ahora la “caja negra” de lo que llamamos el primer movimiento del principal en el juego que expone el gráfico 4. En este movimiento, el Estado central asigna un presupuesto al agente, establece reglas institucionales y señala su resolución en lo que atañe a las restricciones presupuestarias. El primer movimiento del principal es significativo. Señalar una restricción presupuestaria como “dura” es una solución obvia si el objetivo fundamental consiste en aumentar los incentivos para que las ARS manifiesten disciplina presupuestaria. La señal de restricción presupuestaria “dura” procedente del Gobierno tiene que encontrar respaldo en una alianza estable en el Parlamento. Dividamos el análisis en dos: por una parte, el análisis del establecimiento de las reglas institucionales y, por otra, el análisis de las alianzas que prestan respaldo al Gobierno minoritario en el Parlamento.

Reglas institucionales: la demanda de equilibrio presupuestario

El año 2001 fue año electoral; el 10 de septiembre se celebraron elecciones generales al *Storting*. Los dos partidos que habían votado a favor de la reforma hospitalaria, el Partido Laborista y el Partido del Progreso, utilizaron la campaña electoral y el mes posterior a las elecciones para movilizar los apoyos al nuevo modelo organizativo que se debía implantar a comienzos de enero del siguiente año. El Ministro de Sanidad laborista, Tore Tønne, había anunciado que dimitiría si no era capaz de cumplir el objetivo reformista de su partido a finales de 2003. Como meta se había propuesto que “los hospitales noruegos trataran 100.000 pacientes más al año sin que ello costara ni una sola corona más” (Aftenposten Aften, 2001). Su aliado del Partido del Progreso y presidente de la Comisión de Asuntos Sociales del Parlamento, Jon Alvheim, fue incluso más lejos, aunque parecía menos preocupado por la cuestión de los costes: “Los hospitales tratarán a más pacientes, al margen de lo que cueste” (Aftenposten, 2001). Como consecuencia de las señales que estaba emitiendo la clase política, los hospitales aumentaron su actividad significativamente durante la última parte de 2001. Mientras se había planificado que, entre 2001 y 2002, el aumento de la actividad en unidades equivalentes de DRG se situara en el 1,5 por cien, el incremento efectivo se calculó posteriormente en el 7,7 por cien. Además, los precios en el sector hospitalario crecieron en comparación con el sector público en general, como resultado de las subidas salariales y los incrementos en las primas de pensiones (St. prp. n.º 59, 2001-2002).

El aumento significativo de la actividad a finales de 2001 colocó al Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales (MSAS) en una complicada posición. En el momento de presentar el proyecto de presupuestos del Estado para 2002, a primeros de octubre de 2001, el Ministerio disponía de información incompleta acerca de la situación económica de los hospitales (St. prp. n.º 1, 2001-2002). Sin embargo, el MSAS tuvo una segunda oportunidad debido a la derrota electoral del Gobierno laborista en septiembre de 2001 y a la formación de un Gobierno minoritario de centro-derecha compuesto por liberales, democristianos y conservadores, con Kjell Magne Bondevik (democristiano) como Primer Ministro y el retorno de Dagminn Høybraten como Ministro de Sanidad y Asuntos Sociales. No obstante, en una enmienda

a los Presupuestos del Estado (St. prp. n.º 1, 2001-2002), el Gobierno hubo de admitir que había “incertidumbre respecto al nivel del coste de la atención especializada a principios de 2002” y que “reintegraría la totalidad de las ayudas a los hospitales en la revisión del Presupuesto Nacional”, que el *Storting* aprueba mediante un procedimiento regular al final de cada sesión en primavera.

La situación económica de los hospitales se consideró entonces en una proposición separada al Parlamento a primeros de mayo de 2002 (St. prp. n.º 59, 2001-2002). En ese momento, el Gobierno estimó que el déficit del sector hospitalario ascendía de 2,6 millardos de CON y propuso una partida complementaria de 1.475 millones de CON para cubrir parte de ese déficit. El Parlamento incrementó esa partida hasta 1.825 millones de CON. Ahora bien, el Gobierno emitió una señal importante al proponer que el déficit restante se cubriera a finales de 2003 a través de mejoras en la eficiencia. Ello significó que se posponía la demanda de presupuestos equilibrados explícita en la Ley de Empresa Sanitaria (Ot. prp. 66, 2000-2001). Por primera vez en la historia, a los hospitales se les permitía legalmente incurrir en déficit. Más tarde, pero todavía en 2002, el plazo para lograr el equilibrio se pospuso al período 2003-2004 por muchas de las mismas razones mencionadas antes (St. prp. n.º 1, 2002-2003). En definitiva, el Estado central empezó a perseguir su objetivo de restricción presupuestaria “dura” institucionalizando una restricción presupuestaria “blanda”.

La fallida iniciativa de establecimiento de una alianza mayoritaria estable

Con todo, las ambiguas señales del Estado central no terminaron aquí. El Gobierno minoritario de Bondevik, nombrado tras las elecciones parlamentarias de 2001, necesitaba el apoyo del Partido del Progreso o del Partido Laborista para obtener mayoría en el Parlamento⁷.

Hemos supuesto aquí que el Gobierno mueve primero y decide si negociar o no con el Partido del Progreso. Como el Partido del Progreso había contribuido al establecimiento del nuevo Gobierno de centro-derecha, el Primer Ministro decidió participar en negociaciones presupuestarias con él, tanto en 2002 como en 2003. El Partido del Progreso

⁷ También contó con el Partido de la Izquierda Socialista (SV), pero sólo en contadas ocasiones.

podía aceptar la invitación y empezar a negociar el presupuesto, o podía rechazarla. Aceptarla implicaba probablemente un margen de maniobra limitado, debido a las reglas de la limitación del gasto inicial aprobadas por el Parlamento y a tenor de anteriores experiencias en este tipo de negociaciones. Rechazarla podía llevar a que el Gobierno se orientara hacia el Partido Laborista, y el Partido del Progreso quedara en la sombra. En otras palabras, bajo el supuesto de que el Partido del Progreso guiaba sus actuaciones en función de las políticas (*policy-seeking*) o de los votos (*vote seeking*) –o de unas y otros–, en ambos casos los beneficios obtenidos serían escasos. ¿Cabía aumentarlos?

Para el Partido del Progreso, un acuerdo con el Gobierno sobre el presupuesto hubiera posibilitado la aprobación de algunas de sus políticas, pero a cambio de renunciar a los importantes incrementos del gasto en asistencia sanitaria y en hospitales que había prometido a los votantes. Con el fin de lograr incrementos considerables, el partido del Progreso y el Gobierno tuvieron que recortar otros gastos, creando así una situación en la que los votos obtenidos con el aumento de transferencias en esta área debían sopesarse con los votos perdidos con similares reducciones en otras áreas. Al final, el Partido del Progreso decidió firmar un acuerdo con el Gobierno. Sin embargo, se sintió decepcionado por el compromiso adquirido. Jon Alveim, portavoz del Partido del Progreso en materia de sanidad, indicó abiertamente que el problema estribaba en el procedimiento de centralización presupuestaria establecido en 1997: “El modo actual en que se manejan los presupuestos de la Comisión constituye un desprecio de su competencia... tras semanas de trabajo, la Comisión ha logrado gestionar sólo dieciséis milésimas partes del presupuesto” (Stortinget, 2002).

Pero inmediatamente tras la aprobación parlamentaria del presupuesto para 2003 se abrió una ventana de oportunidad para que el Partido del Progreso aumentara su recompensa. Cuando el Parlamento estaba acometiendo el ajuste del presupuesto del año 2002, el Partido del Progreso y el Partido de Centro propusieron incrementar las transferencias al sector hospitalario en dos millardos de CON. La propuesta se calificó de inusual porque no tenía visos de ser aprobada, pero el Partido del Progreso consiguió modificar la señal que acababa de enviar a los votantes y las ARS mediante el acuerdo presupuestario suscrito con el Gobierno. Aunque sin contar con el apoyo de los demás partidos, la propuesta dio a las ARS razones válidas para esperar una recompensa futura.

5. EL SEGUNDO MOVIMIENTO DEL ESTADO CENTRAL

En el invierno de 2002/2003 ya se podía vislumbrar con claridad que las ARS terminarían el siguiente año fiscal con dificultades económicas. Surgió la pregunta de si conseguirían ayudas complementarias a finales de la sesión parlamentaria de primavera, como había ocurrido en años previos y como se había discutido ya en la sesión parlamentaria el otoño anterior. La respuesta llegó extraordinariamente pronto ese año, cuando el diario noruego más importante, *Aftenposten*, informó a sus lectores el 13 de enero de que el Gobierno minoritario de Bondevik se enfrentaba a una coalición mayoritaria compuesta por el Partido Laborista y el Partido del Progreso en torno a un proyecto de ley para los hospitales. Esto ocurría menos de un mes después de que el Partido del Progreso hubiera dado su apoyo al presupuesto del Gobierno minoritario de centro-derecha para 2003.

Conscientes de la difícil situación parlamentaria y de las complicadas circunstancias económicas de los hospitales y las ARS, el Gobierno decidió seguir una estrategia en dos pasos. Primero, para paliar la difícil situación parlamentaria, optó por desviarse del presupuesto de 2003, aprobado y aceptado por el Parlamento en otoño de 2002, y proponer una partida complementaria de 265 millones de CON a finales de la sesión de primavera (Innst. S. n.º 260, 2002-2003). Y segundo, para solucionar los problemas económicos más acuciantes de los hospitales, relacionados con una producción mayor que la programada, el Gobierno resolvió presentar a las ARS un documento en el que se revisaba su planificación y se las instaba a que cumplieren las metas de producción establecidas en el presupuesto de 2003 (Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales, 2003a). Este documento de planificación revisada se envió el 25 de junio, pocos días después de que el Parlamento hubiera iniciado su período de descanso veraniego. Mientras el primero de los dos pasos puede considerarse como un éxito parcial, el segundo concluyó con una amenaza de censura y una humillación total para el Ministro de Sanidad.

La partida complementaria

Consideremos, en primer lugar, el juego que se desarrolló en el caso de la partida complementaria. El considerable desfase entre la producción

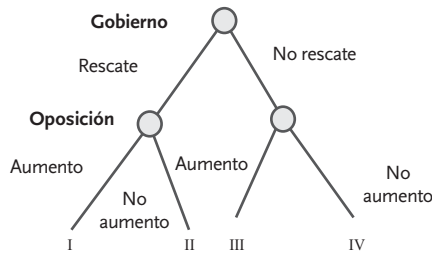
hospitalaria programada y efectiva durante el período 2001-2003 (gráfico 1) y el aumento de los salarios del personal hospitalario por encima del resto de la economía resultaron en un notable déficit y en los consiguientes planes de reestructuración del sector hospitalario destinados a reducir costes e incrementar la eficiencia. En la primavera de 2003 se publicaron esos planes de reestructuración. Las reacciones fueron llegando a medida que se extendían las protestas populares masivas, en particular en áreas en las que los planes implicaban cerrar habitaciones destinadas a urgencias o salas de maternidad. Ya se ha esbozado aquí la estrategia de los principales partidos de la oposición, el Partido del Progreso y el Partido Laborista. Los otros dos partidos de la oposición, el Partido de Izquierda Socialista y el Partido de Centro, hicieron públicas respuestas similares, de modo que a finales de la sesión de primavera se esperaba una partida complementaria para los hospitales. Si el Gobierno no tomaba la iniciativa, lo haría el Parlamento.

Por tanto, al final de la sesión parlamentaria de primavera, el Gobierno minoritario afrontaba la siguiente alternativa: 1) mantenerse firme y ajustarse al presupuesto aprobado para 2003, no rescatar a los hospitales y reconocer su responsabilidad (su "culpa") ante los votantes; o 2) rescatar a las ARS proponiendo una partida complementaria y conseguir así el favor de los votantes. Por otra parte, la oposición tenía las opciones de intentar incrementar las transferencias a los hospitales o de no incrementarlas. El gráfico 5 traza el árbol del juego bajo el supuesto de que se dispone de información perfecta y completa. Es un equilibrio de Nash subjuego perfecto, y la solución al juego se puede hallar mediante inducción hacia atrás (*backward induction*).

La oposición ya se había comprometido a rescatar a los hospitales mediante una partida complementaria. De ahí que prefiriera cualquier alternativa a la IV. Se supone que la oposición ordenará las alternativas de forma que $III > I > II > IV$, basándose en un intento de mostrar a los votantes que sí tenía la voluntad de incrementar las transferencias a los hospitales y quedar así "mejor" que el Gobierno. La estructura de pagos del Gobierno se ordenará $IV > II > I > III$. El Gobierno preferiría un rescate, pero para conseguirlo necesitaría el apoyo de la oposición. El peor resultado para el Gobierno sería III, ya que esta opción implicaría dar a la oposición la oportunidad de presentarse ante los votantes como si ella fuera la que rescata a los hospitales, mientras aquél da la impresión de intentar lo contrario.

GRÁFICO 5

ILUSTRACIÓN DEL JUEGO ENTRE LA OPOSICIÓN Y EL GOBIERNO EN LA PRIMAVERA DE 2003



Fuente: Elaboración propia.

A través de la inducción “hacia atrás” se llega a la opción I, por la que el Gobierno rescata a los hospitales y la oposición escoge incrementar esta partida. Este resultado se basa en el supuesto de que ambos jugadores quieren obtener recompensas electorales por significarse como el partido que incrementa el gasto en sanidad. El Gobierno prefiere implantar la opción I a la III porque se resiste a que la oposición sea percibida como la única interesada en elevar el nivel de ayuda a los hospitales. Convenimos en que los jugadores buscan ganancias relativas. Cada jugador está también interesado en no dejar al otro en una posición en la que los votantes puedan recompensarle con votos.

Al final, el Gobierno propuso una partida de 265 millones de CON, calculando un aumento de 300 millones de CON para la financiación de la parte basada en la actividad, de la que restó 35 millones por la disminución estimada en el tratamiento ambulatorio (St. prp. n.º 65, 2002-2003). No incrementó el presupuesto global; sin embargo, los partidos de la oposición no se pusieron de acuerdo en una sola enmienda a la propuesta del Gobierno. El Partido de Izquierda Socialista, el Partido de Centro y el Partido del Progreso propusieron diversas enmiendas a la propuesta gubernamental, pero esta última se aprobó en el Parlamento con los votos de los tres partidos gobernantes y el Partido Laborista (Innst. S. n.º 260, 2002-2003). En contra de nuestra predicción, acabamos en la solución II.

¿O no nos equivocamos? Aunque el proyecto se aprobó el 20 de junio, el último día de las sesiones parlamentarias de primavera, la partida no terminó aquí.

La revisión del documento de planificación y la amenaza de censura

Consideremos ahora la revisión de los documentos de planificación que el Ministerio (MSAS) presentó a las ARS. El documento de planificación revisado (Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales, 2003a), fechado el 25 de junio, se hizo público justo cinco días después de que el Parlamento hubiera iniciado su receso estival. Basándose en la partida aprobada el último día de la sesión de primavera, el MSAS demandó enérgicamente a las ARS que mantuvieran la actividad hospitalaria en los niveles inicialmente planificados para 2003, idénticos a los niveles de actividad de los hospitales medidos a finales de 2002. El documento de planificación hacía además hincapié en un importante rasgo del sistema de financiación que ya se había subrayado en 1997, cuando se introdujo el sistema de FBA (Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales, 2003b). Como el presupuesto global y el componente basado en la actividad, conjuntamente, componen los presupuestos hospitalarios, y los componentes basados en la actividad no cubren los costes, el presupuesto global es el que define el nivel de actividad.

El documento conmocionó y escandalizó tanto a las ARS como a la oposición política (Helse Øst, 2003). En el protocolo oficial de la junta de la ARS de Noruega Oriental se afirma: “La junta lamenta que el presupuesto revisado para 2003 suponga la introducción de cambios significativos en las condiciones externas y las reglas de juego de los hospitales”; más adelante: “La junta reconoce que esto significa que algunos servicios al paciente tendrán que cerrarse”; y concluye: “La consecuencia de todo esto es que las listas de espera van a engrosar...”. Sin embargo, la reacción más enérgica provino de la oposición política. El ex Primer Ministro, y en ese momento cabeza del Partido Laborista, Jens Stoltenberg, manifestó: “El Gobierno ha de retirar inmediatamente el documento... No nos encontraríamos en esta situación si nuestra propuesta de 500 millones adicionales [presentada en otoño del año anterior, durante el proceso de negociación presupuestaria en el Parlamento] hubiera sido aceptada” (NTB, 2003a). El líder del Partido del Progreso, Carl I. Hagen, fue incluso más lejos y amenazó al Ministro de Sanidad, Dagfinn Høybraten, con un voto de censura si el documento de planificación revisado no era retirado inmediatamente. Las respuestas del Gobierno no se hicieron esperar. El Ministro de Finanzas declaró a la prensa que su compañero Høybraten únicamente se había atendido

a lo previsto tras la aprobación parlamentaria del Presupuesto Nacional Revisado (NTB, 2003b). El Primer Ministro matizó a continuación que los comentarios de Hagen no eran más que un intento populista de orquestar una ofensiva política y que “si la cuestión era tan seria como para una amenaza de censura, él debería al menos regresar de la Costa del Sol española” (NTB, 2003c).

Sin embargo, el Gobierno minoritario de Bondevik acabó cediendo a los deseos de la oposición. El MSAS envió el 30 de junio una carta a las ARS invitándolas a reunirse con el Ministerio a principios de agosto para discutir los presupuestos y los niveles de actividad (Ministerio de Salud y Asuntos Sociales, 2003b). Aunque las formulaciones eran vagas, la carta se pudo interpretar sólo de una manera, concretamente como una retirada del documento de planificación revisado. Las consecuencias fueron espectaculares desde el punto de vista de la política fiscal. Las ARS no hicieron nada por reducir el aumento de la actividad, que pasó a ser un 5 por cien mayor que el que había planificado el Parlamento hacía un año. El Estado central tuvo que incrementar la financiación basada en la actividad (FBA) aproximadamente en 1,4 millardos al final del año. Además, el Parlamento decidió no seguir al MSAS en lo concerniente a la bajada del coste unitario por DRG⁸. Ahora bien, como el precio DRG no cubría los costes marginales, la financiación extraordinaria no impidió que los hospitales incurrieran en déficit, que ese año alcanzó dos millardos de CON, o aproximadamente el 3 por cien de los ingresos totales.

Volvamos al gráfico 5. El rescate de los hospitales mediante una partida complementaria propuesta por el Gobierno fue aprobado parlamentariamente con los votos de los tres partidos gobernantes y de los socialdemócratas. Sin embargo, cuando la propuesta estaba a punto de ser implementada, los socialdemócratas se desmarcaron demandando un incremento del gasto. Hay varias razones que pueden explicar este cambio de estrategia. La más probable es que las duras reacciones de las ARS llevaran a los socialdemócratas a reevaluar el intercambio (*trade-off*) entre política y votos (es decir, el efecto electoral que tendría la defensa de esa partida complementaria) en las próximas elecciones locales, y que el Gobierno calculara desafortunadamente esta reacción.

⁸ Reducir el coste unitario por DRG significa que la parte basada en unidades per cápita del sistema de financiación pasa a ser mayor. Esto también reduce los incentivos para incrementar la actividad.

6. DISCUSIÓN

Se han investigado aquí los efectos de una reforma radical de la gestión sanitaria con objetivos ambiciosos. El principal argumento que avalaba la transferencia de la propiedad de los hospitales de los condados al Estado central era el de la falta de transparencia y el recurrente “juego de la inculpación” que se desarrollaba entre los condados y el Estado central. Hasta el momento, la historia nos enseña que un nuevo juego de la inculpación ha reemplazado al antiguo y, como ha señalado el ex Ministro de Sanidad, Dagfinn Høybråten: “... la reforma hospitalaria ha proporcionado muchos de los beneficios que queríamos, pero no ha sido tan buena en lo que concierne a la gestión del presupuesto”⁹.

Dos factores institucionales cobran importancia a la hora de analizar los problemas de gobernanza que se presentaron en el caso noruego. Primero, la situación minoritaria del Gobierno dificultó la toma de decisiones en el Parlamento. Ni logró señalar como “duras” las restricciones presupuestarias, ni se mantuvo firme cuando los hospitales produjeron déficit. Segundo, la posibilidad de revisión del presupuesto en el Parlamento cada primavera facilitaba la dotación de nuevas partidas. Cualquier señal enviada por medio de los presupuestos generales en otoño estaba abierta a la revisión en la primavera siguiente. Y a estas dos debilidades estructurales se añade un problema provisional, toda vez que las señales del nivel de actividad emitidas durante y después de la campaña electoral de 2001 complicaron al Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales la fase de transición.

Las experiencias del sector hospitalario noruego una vez que el Estado central asumió la propiedad de los hospitales ilustran claramente el modo en que los políticos del nivel central socavaron la disciplina presupuestaria. Parece evidente que, de una u otra manera, las restricciones presupuestarias “blandas” redundan en el interés a corto plazo de los políticos.

Una vez establecida una restricción presupuestaria “blanda”, no hay forma sencilla de endurecerla. No obstante, conviene contemplar tres tipos de reformas. La primera reforma potencial

⁹ Entrevista personal a Høybråten realizada por Trond Tjerbo el 15 de septiembre de 2006 (cinta grabada en posesión de Tjerbo).

consiste en cambiar las reglas de formación de los ejecutivos. Los Gobiernos minoritarios han prevalecido en la política noruega desde 1971 (Strøm et al., 2005). Como se apuntó antes, el argumento según el cual los Gobiernos minoritarios afectan negativamente al rendimiento fiscal encuentra respaldo en diversos estudios empíricos (Roubini y Sachs, 1989; Edin y Ohlsson, 1991). En el caso noruego, el poder de disolución del Parlamento y unas reglas más estrictas para la formación del Gobierno aumentarían la probabilidad de formación de Gobiernos mayoritarios. Bien es verdad que actualmente (2008), Noruega tiene un Gobierno mayoritario (de coalición) y los resultados no son muy diferentes: los déficits siguen existiendo y continúan siendo elevados.

Otra posible solución radica en asignar la mayor parte del riesgo del exceso de actividad a las ARS. Esta era básicamente la idea que propuso una Comisión Real que emitió su propuesta en otoño de 2002 (NOU, 2003: 1). La Comisión concluyó que el sistema actual resultaba incapaz de controlar el nivel de actividad. Para solucionar el problema, la mayoría de la Comisión sugirió un modelo de financiación basado en las directrices siguientes. En primer lugar, el Parlamento decide el presupuesto total para el sector de la asistencia sanitaria especializada. A continuación, el presupuesto total es asignado a las empresas regionales de salud (ARS), de acuerdo con un modelo impositivo basado en la necesidad. Además, se aplican los siguientes mecanismos para compartir el riesgo entre el Gobierno central y las empresas regionales de salud: si resulta que el nivel de actividad real es hasta un 2 por cien mayor que el programado, el Gobierno central cubre el 60 por cien del coste nacional estandarizado, pero todas las actividades por encima de ese nivel deben financiarse completamente por la empresa regional de salud; del mismo modo, si una empresa regional de salud no cumple el nivel de actividad requerido, su presupuesto se ajustará a la baja multiplicando por 0,6 la diferencia entre el nivel de actividad realizado y el programado. El problema de esta solución radica en que se basa en la capacidad de los Estados centrales para llevarla a cabo y, como hemos visto, contar con tal capacidad no parece muy realista.

Una posible tercera solución consiste en invertir la reforma de 2002: descentralizar el sector hospitalario, pero esta vez con elementos de autonomía fiscal (Oates, 2005). Que los residentes locales estuvieran expuestos más directamente a los costes del incremento del gasto sanitario podría proporcionar más incentivos a quienes diseñan las poli-

ticas regionales para mantener el control de los costes. Así, la descentralización de la responsabilidad tanto de la financiación como de la producción de servicios hospitalarios en una asamblea regional electa podría favorecer la disciplina presupuestaria. Ahora bien, esta solución también podría generar problemas de desigualdad horizontal, poniendo así en cuestión uno de los principales pilares ideológicos del sector sanitario noruego.

BIBLIOGRAFÍA

AARON, H. J. y W. B. SCHWARTZ (con M. Cox) (2005), *Can We Say No? The Challenge of Rationing Health Care*, Washington DC, Brookings Institution Press.

AASLAND, O. G.; HAGEN, T. P. y P. E. MARTINUSSEN (2007), "Sykehuslegenes syn på sykehusreformen" [*La visión de los médicos sobre la reforma hospitalaria*], *Tidsskr Nor Lægeforen*, 127: 2218-2221.

AFTENPOSTEN (2001), *Sykehusene knuser budsjettene* [*Los hospitales incumplen sus presupuestos*], 19 de noviembre: 23.

– (2003a), *Ap og FrP krever mer penger til sykehusene* [*El Partido Laborista y el Partido del Progreso demandan más dinero para los hospitales*], 13 de enero: 2.

– (2003b), *Regjeringen gjør retrett - flere syke skal behandles* [*El Gobierno da marcha atrás: más pacientes recibirán tratamientos*], 1 de julio: 4.

AFTENPOSTEN AFTEN (2001), *Tønne går om helseloftene ikke holdes* [*Tønne dimite si no se mantienen las promesas en materia sanitaria*], 23 de agosto: 20.

ADRESSEAVISEN (2000), *Sykehus mer selvstendige* [*Los hospitales, más autónomos*], 6 de julio: 11.

ALESINA, A.; PEROTTI, R. y J. TAVARES (1998), "The Political Economy of Fiscal Adjustment", *Brookings Papers*, 28(1): 197-248.

BIØRN, E.; HAGEN, T. P.; IVERSEN, T. y MAGNUSSEN, J. (2003), "The Effect of Activity-Based Financing on Hospital Efficiency: A Panel Data Analysis of DEA Efficiency Scores 1992-2000", *Health Care Management Science*, 6 (4): 271-283.

B. INNST. S. N.º II (1999-2000), *Innstilling fra finanskomiteen om Revidert nasjonalbudsjett 2000* [Recomendación de la comisión de finanzas sobre el presupuesto nacional revisado de 2000].

BUS (2006), Årsrapport. *Beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten* [Informe anual de la Comisión de Presupuestos para los servicios sanitarios especializados].

– (2007), Årsrapport. *Beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten* [Informe anual de la Comisión de Presupuestos para los servicios sanitarios especializados].

DEWATRIPONT, M. y E. MASKIN (1995), "Credit and efficiency in centralized and decentralized economies", *Review of Economic Studies*, 62: 541-555.

EDIN, P. A., y H. OHLSSON (1991), "The Political Determinants of Budget Deficits: Coalition Effects versus Minority Effects", *European Economic Review*, 35: 1597-603.

FEREJOHN, J. y K. KREHBIEL (1987), "The budget process and the size of the budget", *American Journal of Political Science*, 31 (2): 296-320.

HAGEN, T. P. y O. M. KAARBØE (2006), "The Norwegian hospital reform of 2002: Central government takes over ownership of public hospitals", *Health Policy*, 76 (3): 320-333.

HALLERBERG, M. y J. VON HAGEN (1999), "Electoral institutions, cabinet negotiations, and budget deficits in the European Union", en POTERBA, J. y J. VON HAGEN (eds.), *Fiscal Institutions and Fiscal Performance*, Chicago, The University of Chicago Press: 209-32.

HALSTEINLI, V.; OSE, S.; TORVIK, H. y T. P. HAGEN (2006), "Allocation of labour to somatic and psychiatric specialist care - the effects of earmarked grants", *Health Policy*, 78: 115-127.

HELLAND, L. (2000), *Preferanser, prosedyrer og informasjon: Betingelser for budsjett disiplin* [Preferencias, procedimientos e información: condiciones para la disciplina presupuestaria], Oslo, Departamento de Ciencia Política, Universidad de Oslo.

HELSE ØST [Autoridad Regional Sanitaria del Sureste de Noruega] (2003), *Acta de la reunión de la junta directiva*, 26 de junio.

HUSEBY, B. (2004), *Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2003*

[Datos comparados para cuidados sanitarios somáticos especializados de 2003], Trondheim, SINTEF Health.

INMAN, R. P. (2003), "Transfers and bailouts: Enforcing local fiscal discipline with lessons from U.S. federalism", en RODDEN, J.; ESKELAND, G. S. y J. LITVACK (eds.), *Fiscal Decentralization and the Challenge of Hard Budget Constraints*, Cambridge (Mass.), MIT Press: 35-85.

INNST. O. N.º 118 (2000-2001), *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om helseforetak m.m.* [Recomendación de la Comisión Social sobre la Ley de Asamblea Sanitaria].

INNST. S. N.º II (2002-2003), *Innstilling fra sosialkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2003 vedkommende Sosialdepartementet (rammeområde 15) og Helsedepartementet (rammeområde 16)* [Recomendaciones de la Comisión Social sobre las asignaciones del presupuesto nacional para el Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales].

INNST. S. N.º 260 (2002-2003), *Innstilling fra finanskomiteen om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2003 og enkelte endringer i statsbudsjettet for 2003 i forbindelse med trygdeoppgjøret mv* [Recomendación de la Comisión de Finanzas sobre ayudas adicionales y reordenamiento del presupuesto nacional para 2003, así como algunos cambios en el presupuesto nacional debidos al acuerdo sobre Seguridad Social].

KORNAI, J. (1979), "Resource-constrained versus demand-constrained systems", *Econometrica*, 47 (4):801-819.

– (1986), "The soft budget constraint", *Kyklos*, 39 (1): 3-30.

KORNAI, J.; MASKIN, E. y G. ROLAND (2003), "Understanding the soft budget constraint", *Journal of Economic Literature*, XLI: 1095-1136.

MASKIN, E. (1996), "Theories of the soft budget constraint", *Japan and the World Economy*, 8 (2): 125-133.

MECHANIC, D. (1995), "Dilemmas in rationing healthcare services - The case for implicit rationing", *British Medical Services*, 310 (6995): 1655-1659.

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES DE NORUEGA (2000), *En gjennomgang av sykehusenes*

økonomi [Investigación sobre la situación económica de los hospitales. Informe], Oslo.

– (2003a), *Styringsdokument 2003 [Documento Guía 2003]*, 25 de junio, Oslo.

– (2003b), *Revidert styringsdokument 2003 - styringskrav knyttet til pasientbehandling og aktivitetsvekst [Revisión del Documento Guía relativo al trato al paciente y al incremento de la actividad]*, 30 de junio de 2006, Oslo.

NOU (Norwegian Official Reports) (1996), *Hvem bør eie sykehusene? [¿Quién debe tener la propiedad de los hospitales?]*, Real Comisión Noruega, Oslo.

– (2000: 22), *Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommuner [Sobre la división de las tareas entre el Estado, las regiones y los municipios]*, Real Comisión Noruega, Oslo.

– (2003:1), *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten [Financiación basada en la necesidad de los servicios especializados de salud]*, Real Comisión Noruega, Oslo.

NTB (Norwegian News Agency) (2003a), “Neppe kutt i sykehussektoren” [Probablemente no habrá recortes en el sector hospitalario], 29 de junio.

– (2003b), “Helseministeren gjør bare sin plikt” [El Ministro de Sanidad está haciendo lo que debe], 30 de junio.

– (2003c), “Bondevik: Grov populisme av Carl I. Hagen” (Bondevik: una declaración extremadamente populista de Carl I. Hagen), 30 de junio.

OATES, W. E. (2005), “Toward a second-generation theory of fiscal federalism”, *International Tax and Public Finance*, 12 (4): 349-373.

OT. PRP. N.º 66 (2000-2001), *Om lov om helseforetak m.m. [Ley de la Asamblea Sanitaria]*.

PERSSON, T. y G. TABELLINI (2003), *The Economic Effects of Constitutions: What Do the Data Say*, Cambridge, Mit Press.

RATTSØ, J. (2003), “Vertical imbalance and fiscal behavior in a welfare state: Norway”, en RODDEN, J.; ESKELAND, G. S. y J. LITVACK (eds.), *Fiscal Decentralization and the Challenge of Hard Budget Constraints*, Cambridge (Mass.), MIT Press: 133-161.

ROBINSON, J. A. y R. TORVIK (2006), “A Political Economy Theory of the Soft Budget Constraint”, *NBER Working Paper* n.º 12133, Cambridge (Mass.), National Bureau of Economic Research.

RODDEN, J.; ESKELAND, G. S. y J. I. LITVACK (2003), *Fiscal Decentralization and the Challenge of Hard Budget Constraints*, Cambridge (Mass.), MIT Press.

ROUBINI, N. y J. D. SACHS (1989a), “Political and economic determinants of budget deficits in the industrial democracies”, *European Economic Review*, 33: 903-938.

– (1989b), “Government spending and budget deficits in the industrial countries”, *Economic Policy*, 8: 100-132.

SCHLESINGER, J. A. (1991), *Political Parties and the Winning of Office*, Ann Arbor, University of Michigan Press.

STORTINGET (2002), Acta del debate de 11 de noviembre (www.stortinget.no/stid/2002/si021211.html).

ST. PRP. N.º 1 (2001-2002), *Statsbudsjett 2001-2002 [Presupuesto Nacional 2001-2002]*, Oslo.

– (2002-2003), *Statsbudsjett 2002-2003 [Presupuesto Nacional 2002-2003]*, Oslo.

ST. PRP. N.º 1 TILLEGG N.º 4 (2001-2002) [añadido n.º 4 al St. prp. Nr 1. (2001-2002)], Oslo.

ST. PRP. N.º 44 (2006-2007), *Om endringer i statsbudsjettet for 2007 under Helse- og omsorgsdepartementet [Cambios en el Presupuesto Nacional para 2007 concernientes al Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales]*, Oslo.

ST. PRP. N.º 59 (2001-2002), *Spesialisthelsetjenestens økonomi og budsjett 2002. Helse og omsorgsdepartementet [Economía y presupuesto para los servicios especializados sanitarios 2002]*, Oslo.

ST. PRP. N.º 65 (2002-2003), *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2003 [Propuesta del Gobierno para el Presupuesto revisado de 2003]*, Oslo.

STRØM, K. (1990), “A behavioural theory of competitive political parties”, *American Political Science Review*, 34: 565-598.

STRØM, K.; NARUD, H. M. y H. VALEN (2005), "A more fragile chain of governance in Norway", *West European Politics*, 28 (4): 781-806.

TJERBO, T. (2007), "Målkonflikter og styringsdilemmaer. Utviklingen i sykehuset Innlandet etter etableringen" [Conflictos de objetivos y dilemas del Gobierno. El desarrollo en el *trust* hospitalario Innlandet tras de su establecimiento], *HORN Report 4*, Oslo, Health Management Research Program Norway.

TJERBO, T. y T. P. HAGEN (2005), "«Harde» og «myke» budsjettskranker og de regionale helseforetakenes effektivitets- og aktivitetsutvikling" (Las restricciones presupuestarias blandas y duras, y la actividad y el desarrollo de la eficiencia en las asambleas regionales sanitarias), en Opedal y Stigen (eds.), *Helse-Norge i Støpeskjeen [La sanidad noruega en proceso de formación]*, Bergen, Fagbokforlaget.

TØNNE, T. (2001), *Statlige sykehus er en stor operasjon [La asunción de la propiedad de los hospitales por parte del Estado central constituye una operación de envergadura]*, Sosial- og helsedepartementet [Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales], Oslo.