

Envejecimiento de la población y reformas sanitarias en Estados Unidos, Italia y Suecia: un desafío bien conocido, pero políticamente secundario

JUAN J. FERNÁNDEZ*

RESUMEN

El envejecimiento de la población en las sociedades postindustriales es un fenómeno en curso que los demógrafos vienen anunciando desde hace décadas. Ante el incuestionable impacto expansivo de este cambio demográfico sobre diferentes programas de bienestar, cabe pensar que gobiernos y actores políticos, en general, habrán ido acometiendo reformas para amortiguar sus efectos económicos. La evidencia extraída del análisis de la política sanitaria en tres países con regímenes de bienestar notablemente diferentes (Suecia, Italia y Estados Unidos) no respalda, sin embargo, esta suposición. En efecto, aunque en las últimas décadas se han llevado a cabo reformas sanitarias de algún calado en estos países, lo cierto es que no han respondido al propósito explícito de preparar los sistemas de bienestar ante el envejecimiento. Más bien parece que tales reformas han pretendido resolver problemas fiscales coyunturales, de acuerdo con una visión política que prima el corto plazo. No obstante, algunas de las medidas de racionalización y contención del gasto adoptadas en países como Suecia e Italia desde los años ochenta han supuesto cambios importantes consistentes con el desafío derivado del envejecimiento de la población.

mar que las poblaciones de los países desarrollados están sufriendo un imparable cambio demográfico, el cual tendrá inevitables consecuencias expansivas sobre el gasto social. Hoy día no es cuestión de debate si el envejecimiento afectará a los programas de bienestar social, sino solamente en qué grado habrán de aumentar las partidas dedicadas a prestaciones y servicios sociales.

Partiendo de este generalizado reconocimiento de que la actual transición demográfica comporta relevantes consecuencias sociales y económicas, todavía contamos con un conocimiento muy limitado sobre el impacto efectivo del envejecimiento en las reformas de las políticas de bienestar llevadas a cabo *grosso modo* desde mediados de los años ochenta. En la bibliografía sobre reformas de las pensiones públicas es fácil encontrar referencias al envejecimiento de la población como un factor clave en la presentación de proyectos de ley que, en último término, han provocado un recorte en la generosidad de las prestaciones. La simultaneidad de la oleada de reformas restrictivas en diferentes áreas y la creciente atención prestada a la transición demográfica proporcionan verosimilitud a la posibilidad de que estos cambios obedezcan a un intento de ajustar los sistemas de bienestar a la previsible expansión del gasto derivada del envejecimiento de la población. Sin embargo, en raras ocasiones se analiza cuál fue el peso específico del envejecimiento entre las distintas motivaciones que dieron lugar a los intentos de reforma. De hecho, motivaciones perentorias, como la necesidad de reducir el déficit público o materializar los intereses de una sección del electorado, pueden también haber motivado las reformas recientes.

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad ya existe un amplio reconocimiento de que el envejecimiento de la población supone un importante reto para la sostenibilidad financiera de los sistemas públicos de bienestar y sus programas específicos. Tanto la mayoría de los analistas como la opinión pública coinciden en afir-

Con el objetivo de ofrecer una visión realista sobre el proceso de toma de decisiones polí-

* Max Planck Institute for the Study of Societies, Colonia (RFA) (fernandez@mpifg.de).

ticas en la era de la sociedad envejecida, en este artículo se lleva a cabo un análisis comparado de las reformas sanitarias efectuadas en Estados Unidos, Italia y Suecia desde 1980. El fin del estudio no es tanto ofrecer una explicación definitiva de las causas de dichas reformas, como explorar cuáles fueron los objetivos iniciales de los proyectos de reforma y, muy especialmente, qué papel jugó la transición demográfica entre las motivaciones de los líderes políticos. El área sanitaria ha sido elegida como objeto de estudio porque si bien supone una de las partidas de gasto social más importantes en todos los países desarrollados, que se verá incrementada debido al envejecimiento, es relativamente escaso el conocimiento sobre la profundidad y las motivaciones de las reformas emprendidas desde 1980. Asimismo, se han elegido los casos de Estados Unidos, Suecia e Italia porque representan a los tres “regímenes de bienestar” existentes en los países desarrollados: el liberal-anglosajón, el socialdemócrata-escandinavo y el conservador-continental (de acuerdo con la tipología ampliamente aceptada de Esping-Andersen).

Este artículo pone de relieve la limitada impronta del cambio demográfico sobre las políticas sanitarias de los últimos treinta años en estos tres países. En contra de la tesis (intuitiva y razonable) que vincula el la cuestión del envejecimiento con la agenda reformista de la política social que han seguido algunos gobiernos occidentales, aquí se identifican otras causas más convincentes de las reformas sanitarias aprobadas durante este periodo, como son el intento de satisfacer los intereses de grupos de población específicos o reducir el gasto social con el objetivo de cuadrar las cuentas públicas. Tras exponer en el segundo apartado de este artículo algunos datos clave sobre el cambio demográfico y su esperado impacto sobre el gasto sanitario, en el tercero se describen muy someramente las características básicas del sistema sanitario público de cada país y, con cierto detalle, las principales reformas realizadas hasta mediados de la primera década de este siglo.

2. EL RETO DEL ENVEJECIMIENTO

El consenso respecto al efecto expansivo del envejecimiento en el gasto social deriva en buena medida de la extensión del cambio demográfico. El envejecimiento de la población es el resultado

de lo que los especialistas denominan la “segunda transición demográfica”, caracterizada por una lenta caída de la mortalidad adulta combinada con una fuerte caída de la natalidad. Este proceso, que arrancó en el periodo de industrialización, se ha acentuado a lo largo del siglo XX. De hecho, de acuerdo con las estimaciones de Naciones Unidas, la población mundial está envejeciendo, pero este proceso es particularmente rápido y se encuentra muy avanzado en los países desarrollados. En este sentido, Estados Unidos, Italia y Suecia no difieren de la pauta común. Para ilustrar el fenómeno en el largo plazo, el gráfico 1 recoge el porcentaje de población mayor de 64 años entre 1900 y 2050 (los datos entre 2000 y 2050 proceden de proyecciones de población). El gráfico muestra una clara línea ascendente para los tres casos. Entre 1930 y 2000 se duplicó el porcentaje de población mayor de 64 años en Estados Unidos, Italia y Suecia, pasando del 6-9 por cien al 12-18 por cien. A su vez, el cambio demográfico se acelerará en las próximas décadas alcanzando su cénit hacia 2050, año en que la población mayor de 64 años puede llegar a representar entre el 22 y el 33 por cien de la población de estos tres países.

Al observar el gráfico 1 detenidamente, comprobamos la existencia de diferencias sustantivas entre los tres casos, con un mayor nivel de envejecimiento actual y futuro en Italia que en Suecia, y en Suecia que en Estados Unidos. Sin embargo, los tres países siguen la misma pauta. Asimismo, casi tan importante como identificar el continuo aumento de la población mayor es apuntar el cambio en la composición de la población que forma la “tercera edad”. El envejecimiento está trayendo consigo un notable incremento de la proporción que representan los ancianos. En los tres países, la población mayor de 79 años representaba entre el 12 y el 15 por cien de la población mayor de 64 años, pero para 2050 se espera que los mayores de 79 (a los que colectivamente se denomina con frecuencia la “cuarta edad”) representen ya entre el 32 y el 40 por cien de los mayores de 64. Ello es relevante a efectos institucionales porque los ancianos son los más necesitados de atención especializada.

Este extraordinario cambio demográfico tiene implicaciones obvias sobre los programas de pensiones públicas. El aumento del número de beneficiarios y la ampliación del tiempo durante el cual cobrarán la prestación producirá un efecto expansivo en el gasto público y privado en pensiones. Pero, ¿cómo repercute el envejecimiento en los programas sanitarios? Para responder a esta

pregunta, resulta crítico tomar en cuenta que el uso de servicios sanitarios no es uniforme a través de las diferentes cohortes de población. Como indica un informe de la OECD, "el consumo per cápita en servicios sanitarios es tres veces mayor entre los mayores que entre los grupos más jóvenes" (Casey *et al.* 2003: 9). Por tanto, la mayor demanda sanitaria relativa de un grupo de población en expansión repercutirá necesariamente en un acusado incremento del gasto sanitario total. Cabe, por ello, esperar un aumento del uso de los servicios ambulatorios y hospitalarios, así como de la demanda de cuidados para los mayores más débiles.

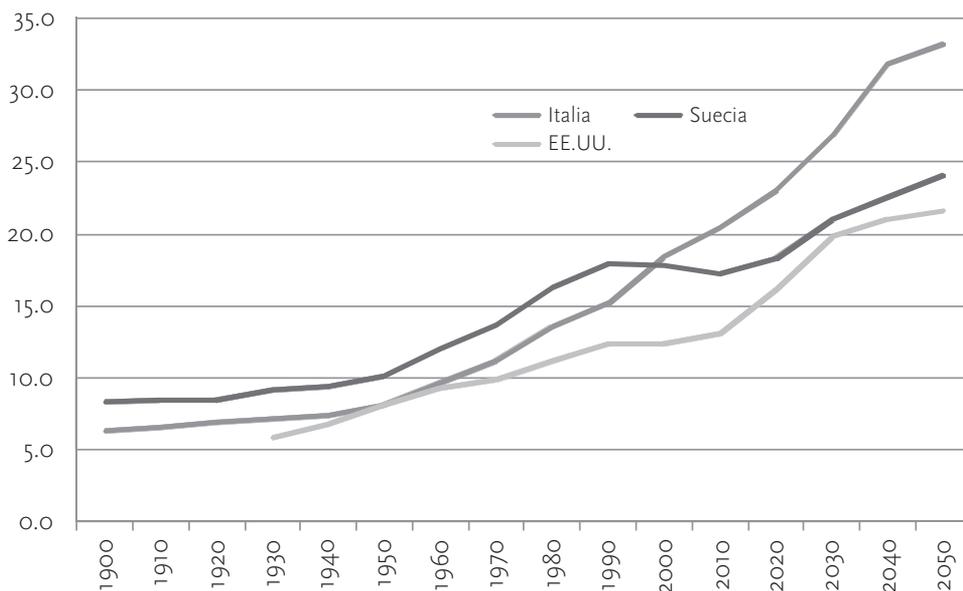
Contamos con dos proyecciones financieras internacionales que reflejan el impacto del envejecimiento sobre el sistema sanitario (cuadro 1). En primer lugar, de acuerdo con la estimación de la OCDE, sólo debido al cambio demográfico el gasto sanitario dedicado a los mayores se va a duplicar en Estados Unidos, pasando del 2,6 al 4,4 por cien del PIB, mientras que en Suecia aumentará sustancialmente desde el 8,1 al 11,3 por cien del PIB. En segundo lugar, la estimación

de la Comisión Europea arroja un aumento del gasto sanitario menor que las proyecciones de la OCDE, pero todavía indica un impacto sustantivo. También sólo debido al envejecimiento, entre 2004 y 2050 el gasto sanitario aumentará en Italia del 5,8 al 7,2 por cien del PIB, mientras que en Suecia lo hará del 6,7 al 7,7 por cien del PIB. Por tanto, según la estimación más conservadora, el envejecimiento incrementará el gasto sanitario en estos países entre un 15 y un 40 por cien.

Puesto que los analistas y los líderes políticos son conscientes desde hace al menos dos décadas de este efecto demográfico en las estructuras institucionales del bienestar, cabe plantearse cómo han respondido a este gran reto. En la medida en que existe una extendida valoración positiva de la sanidad pública, ¿se han introducido medidas ahorradoras que aseguren la viabilidad futura de los programas sanitarios públicos? En el siguiente apartado se ofrece una respuesta tentativa a esta pregunta a través de un análisis de las políticas sanitarias en Estados Unidos, Italia y Suecia.

GRÁFICO 1

PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 65 O MÁS AÑOS EN ITALIA, SUECIA Y ESTADOS UNIDOS (1950-2050)



Nota: Los datos del periodo 1900-2000 son censales (www.mortality.org; Naciones Unidas 2009); los datos del periodo 2000-2050 proceden de proyecciones de población.

CUADRO 1

GASTO TOTAL (PÚBLICO Y PRIVADO) EN SANIDAD EN ESTADOS UNIDOS, ITALIA Y SUECIA (1980-2005), PORCENTAJES SOBRE EL PIB

	Gasto en sanidad					
	Porcentaje sobre el PIB				Incremento absoluto	
	1980	1990	2000	2005	1990-1980	2005-1990
Estados Unidos	6.3	9.1	10.7	12.7	2.8	3.6
Italia	5.5	6.1	5.9	6.9	0.6	0.8
Suecia	8.2	7.4	6.3	6.8	-0.8	-0.6

Fuente: OECD, *Social Expenditure Database*.**3. LOS SISTEMAS SANITARIOS Y LAS REFORMAS SANITARIAS EN ESTADOS UNIDOS, ITALIA Y SUECIA****Estados Unidos**

Como es bien sabido, Estados Unidos carece todavía en nuestros días de un programa universal de salud financiado mediante impuestos generales o cotizaciones sociales. Esta característica influye decisivamente en los principales problemas a los que se enfrenta su sistema sanitario y las respuestas ofrecidas hasta ahora al envejecimiento de la población. Sin entrar a exponer ni discutir aquí la iniciativa de universalización de la sanidad que el Presidente Barack Obama ha impulsado desde que juró su cargo en enero de 2009, el Estado federal ha limitado su compromiso con la financiación pública de servicios sanitarios a dos programas destinados a grupos de población específicos: *Medicare* y *Medicaid*. Los dos fueron creados en 1965, en el marco de la "guerra contra la pobreza", como respuesta a la entonces bajísima tasa de cobertura de los seguros sanitarios privados entre grupos de población al margen de la extensa clase media en edad de trabajar. El programa más voluminoso es *Medicare*, el cual cubre prácticamente a todos los mayores de 65 y discapacitados reconocidos. Inicialmente *Medicare* ofrecía cuidados hospitalarios (parte A) y ambulatorios, incluidas visitas a doctores, pruebas médicas y otros servicios (parte B). Sin embargo, en ambos casos no se cubre el coste de todos los cuidados, y los beneficiarios han de efectuar copagos por cada servicio. De hecho, *Medicare* paga menos de la mitad de los gastos sanitarios de sus beneficiarios, por lo que la gran

mayoría de éstos están inscritos en seguros privados complementarios (parte C). Sólo desde 2003, el programa público cubre parte de los gastos farmacéuticos de los pacientes (parte D).

El segundo programa es *Medicaid*, destinado a ofrecer cobertura sanitaria a la población de muy bajos recursos, fundamentalmente niños y sus padres. Su coste total se aproxima al de *Medicare*. El programa se financia conjuntamente por los estados federados y el gobierno federal, mientras que su diseño y administración recae en los estados, resultando en significativas variaciones regionales en los niveles de cobertura y pago. Tanto en el caso de *Medicare* como de *Medicaid*, la financiación está dissociada de la provisión sanitaria, de modo que los servicios son prestados por proveedores privados.

La historia del sistema sanitario estadounidense refleja un creciente papel de la financiación pública; sin embargo, en la actualidad *Medicare* y *Medicaid* (junto a otros programas menores para funcionarios y veteranos) sólo representan el 45 por cien del gasto sanitario total. El grueso de la población en edad de trabajar o dependiente está cubierta por seguros sanitarios privados. Entre ellos predominan los seguros provistos por empleadores, quienes, pese a carecer de obligación legal de asegurar a sus empleados, financian el seguro de nueve de cada diez personas con un seguro privado. Este predominio de los seguros ocupacionales tiene su raíz en incentivos fiscales. Desde los años cuarenta, la retribución laboral en forma de seguros sanitarios no ha estado sujeta a retenciones fiscales o al pago de cotizaciones sociales. Por su parte, los trabajadores contribuyen también al pago de las pólizas. De media, en 2001 los empleados contribuyeron con un 15 por cien del coste de su póliza individual y un

27 por cien de la póliza de su familia (OECD 2002). Respecto a los seguros privados individuales no ocupacionales, sólo cubren al 4-5 por cien de la población en edad de trabajar. La opción del seguro individual privado tiende a ser rechazada por la población porque las pólizas no cubren condiciones preexistentes, tienen un elevado coste y están ajustadas a los riesgos individuales.

En las últimas décadas, esta estructura institucional no ha podido atajar los dos problemas históricos del sistema sanitario estadounidense: la falta de acceso universal a servicios sanitarios y la escalada de costes. Ambos problemas han estructurado las reformas y la discusión sobre salud pública durante las últimas cuatro décadas. Dependiendo del indicador que se utilice (el aseguramiento en el momento de la encuesta o durante el último año), en 2007 entre el 14 por cien y el 28 por cien de la población carecía de seguro. Esta proporción, que ha ascendido en los últimos años, afecta a los grupos de población más vulnerables. Debido al aumento de costes, un número creciente de empleadores no ofrece seguro a sus trabajadores, mientras que los afroamericanos, hispanos y la población con menores ingresos están ampliamente sobrerrepresentados entre los que carecen de seguro (OECD 2008). Carecer de seguro sanitario en Estados Unidos no significa carecer sistemáticamente de acceso a servicios sanitarios, ya que los hospitales tienen obligación legal y auto-impuesta por el cuerpo médico a prestar socorro. Pero los estudios empíricos existentes sugieren que los no asegurados reciben servicios de inferior calidad.

Por otro lado, Estados Unidos destaca por tener un gasto sanitario (12,7 por cien del PIB en 2005) que prácticamente dobla el de Italia y Suecia (cuadro 1). Asimismo, partiendo de mayores niveles de gasto hacia 1980, sus tasas de crecimiento anual han superado con creces las de otros países industrializados. Pese a los intentos de contener las tasas de crecimiento, éstas han seguido una rápida escalada: las proyecciones de gasto revelan que Estados Unidos aumentará más que Suecia o Italia los recursos destinados a sanidad de aquí al año 2050, mientras que la Oficina de Presupuestos del Congreso (CBO 2007) estima que el gasto sanitario alcanzará un asombroso 37 por cien del PIB en 2050. Que Estados Unidos dedique a sanidad más recursos que otros países no supone, sin embargo, que provea un servicio de mayor calidad a sus ciudadanos. A la luz de indicadores convencionales, como la esperanza de vida al nacer (menor que la media de la OECD) o su tasa de mortalidad infantil (mayor que la media de la OECD), Estados Unidos cuenta con un sistema sanitario caro y poco eficiente.

¿A qué factores cabe atribuir el elevado gasto sanitario estadounidense? Desde luego, no responde a una mayor predisposición de la población a establecer contacto con el sistema sanitario, pues la media de visitas al médico per cápita es de las más bajas de los países industrializados (Peterson y Burton 2007). De acuerdo con la mayoría de investigadores, el mayor gasto se debe principalmente a los precios más elevados que conlleva cada tratamiento. En primer lugar, los gastos administrativos de un sistema burocráticamente tan complejo como el estadounidense –según una estimación reciente, alcanzan el 25 por cien del gasto sanitario total (Reinhardt, Hussey y Anderson 2004)– empujan al alza los precios. Otro factor clave reside en los mayores costes laborales. Los médicos americanos demandan niveles salariales equivalentes a los de otros profesionales de prestigio, que en Estados Unidos presentan un mayor hiato con respecto al resto de la masa laboral. En tercer lugar, la sanidad estadounidense sufre, según algunos expertos, una sobreutilización de procedimientos y tecnologías. Dicha sobreutilización deriva de la medicina defensiva practicada por el cuerpo médico para evitar los temidos, pero habituales juicios por negligencia médica, al igual que de los incentivos para demandar más pruebas que crea el sistema de financiación de pago-por-servicios. Ello se refleja en un mayor uso de pruebas y operaciones que en otros países. Por ejemplo, se ha calculado que ante tratamientos de hipertensión, los médicos estadounidenses solicitan cuarenta veces más electrocardiogramas, siete veces más radiografías y cinco veces más análisis de sangre que sus colegas británicos (Flood 2000). Asimismo, la tasa per cápita de resonancias magnéticas es tres veces mayor en Estados Unidos que en España (OECD 2010).

Si bien la inflación de costes sanitarios ha ocupado un lugar destacado en la agenda gubernamental desde comienzos de los años setenta hasta la actualidad, las reformas acometidas a partir de la introducción de *Medicare* y *Medicaid* no han logrado contener la escalada de costes, o de hecho han empeorado la situación. Ya la administración Nixon lanzó dos reformas para responder a la inflación sanitaria. El diagnóstico que se realizó entonces fue que el modelo de financiación predominante de pago-por-servicios presentaba incentivos perversos porque impulsaba a los doctores a prestar un número creciente de servicios. Para debilitar estos incentivos sin nacionalizar el sistema, la administración Nixon introdujo una reforma en 1973 que impulsó la revolución de los “cuidados sanitarios dirigidos” (*managed care*). En concreto, se estimuló la creación de HMOs (*Health Maintenance Orga-*

nizations) que, a cambio de una cuota fija, proveen servicios sanitarios comprehensivos por medio de sus propios médicos y hospitales. Años después, el gobierno federal promovió las PPOs (*Preferred Provider Organizations*), permitiendo así a las aseguradoras contratar selectivamente a proveedores que aceptan precios por servicios con descuento. En ambos casos, el objetivo consistía en limitar los cuidados innecesarios sin interferir en el tratamiento apropiado. El movimiento *managed care* ha supuesto un cambio importante en la estructura del sistema sanitario, pues ya en 1997 el 85 por cien de los trabajadores y empleados estaban inscritos en HMOs o PPOs. Por otra parte, se considera que durante su *boom* a comienzos de los años noventa estas organizaciones ayudaron a controlar la escalada de costes. Sin embargo, los expertos coinciden en afirmar que la expansión de estos programas tendrá un efecto moderador del gasto sanitario futuro muy reducido (Flood 2000; Mechanic 2004; Moran 1999).

El segundo gran intento de reforma sanitaria en el último tercio del siglo XX fue el liderado por Bill y Hillary Clinton en 1993. Con su proyecto de reforma, el matrimonio Clinton aspiraba a atajar los dos endémicos problemas del sistema sanitario americano proveyendo acceso sanitario universal y, a la vez, reduciendo los costes del sistema. El primer objetivo se lograría fundamentalmente obligando a los empresarios a financiar seguros para sus empleados, mientras que el segundo se alcanzaría por medio de presupuestos globales anuales. En su estructura definitiva, el plan resultaba alambicado y exigía una amplia burocracia, lo que dificultó su comprensión por parte de la población y, en último término, contribuyó a su fracaso. A su derrota también contribuyó una coalición anti-reformista formada por médicos recelosos del impacto de mayor intervención estatal en sus ingresos, aseguradoras deseosas de mantener un bajo nivel de competencia entre ellas, y empresarios preocupados por los costes laborales añadidos (Navarro 1995; Flood 2000). El fracaso del proyecto Clinton evaporó de la agenda gubernamental el interés por una reforma sanitaria integral, hasta muy recientemente cuando fue retomado, en la campaña de las elecciones presidenciales de 2008, por Barack Obama.

La última reforma sanitaria implantada, que se aprobó en 2003, ha sido de hecho expansiva, en vez de restrictiva. Liderada por el entonces Presidente G. W. Bush, supuso la integración del pago de fármacos prescritos en la cobertura de *Medicare* (Parte D). Aunque los beneficiarios del programa hacen frente a un

copago de un cuarto del coste de los medicamentos, los expertos califican esta reforma como la mayor expansión del programa *Medicare* desde su creación en 1965. Si bien en la mayoría de los países la asunción por parte del Estado del gasto farmacéutico para los mayores ha tenido un efecto moderador de los precios farmacéuticos, en Estados Unidos no ha sido así. El gasto estadounidense per cápita en medicamentos dobla el de la media de la OCDE, mientras que el crecimiento medio para este grupo de países entre 1990 y 2002 ha sido mucho menos abultado que el de Estados Unidos.

En definitiva, la evidencia no sugiere que las reformas sanitarias llevadas a cabo en Estados Unidos durante las últimas décadas hayan estado motivadas por una preocupación por el impacto del cambio demográfico. La reestructuración institucional de los setenta obedeció fundamentalmente a una preocupación basada en las tasas de crecimiento del gasto pasadas, mientras que los proyectos de reforma y las reformas desde los años noventa han tenido un claro carácter expansivo.

Italia

El sistema sanitario italiano está comparativamente mejor preparado que el de los otros países considerados ante el reto del envejecimiento. Como se aprecia en el cuadro 1, el gasto sanitario actual se encuentra en el orden de magnitud del sueco. Asimismo, entre 1990 y 2005 el gasto en Italia ha crecido menos que en Estados Unidos, lo que, por cierto, contrasta con la evolución financiera de su sistema de pensiones. En consonancia con este moderado crecimiento, se prevé que el aumento de los recursos absorbidos por el sistema sanitario desde ahora hasta 2050 debido al envejecimiento sea menor en Italia que en Estados Unidos y Suecia. Es justo afirmar que, "en comparación con otros países de la OCDE, Italia tiene un sistema sanitario relativamente eficiente" (Reviglio 2000: 3). Esta mejor posición de partida del sistema sanitario italiano tiene su origen tanto en la descentralización administrativa y financiera, como en los incentivos al ahorro de costes (por ejemplo, copagos), medidas introducidas o desarrolladas durante los años noventa.

Hasta 1978 Italia no contaba con un sistema nacional y público de salud. De acuerdo con la histórica orientación ocupacional del Estado del bienestar italiano, aunque la provisión de salud estaba ampliamente extendida a mediados de los setenta, ésta se seguía administrando a través de una pléto- ra de fondos ocupacionales de limitado tamaño, a la

vez que el derecho a estos servicios derivaba de la participación en el mercado de trabajo. No obstante, el modelo adolecía de graves deficiencias. En torno a un 7 por cien de la población carecía de cobertura, mientras que la fragmentación del sistema generaba burocratismo y disparidad de prestaciones y procedimientos. Asimismo, la sanidad recibía una baja valoración de la opinión pública. En este contexto, en 1978 se produjo la primera gran reforma de la sanidad italiana con la constitución de un Sistema Nacional de Salud de orientación universalista que absorbió la red hospitalaria de los fondos sanitarios ocupacionales. Siguiendo el modelo del NHS británico, el nuevo sistema estandarizó los servicios en esta área y comenzó a ofrecer cuidados a toda la población indistintamente de su situación ocupacional. En los años sucesivos se introdujeron modificaciones dentro de este modelo, pero siempre manteniendo su estructura básica. Como indican France y Taroni (2005: 200), “los principios del Sistema Nacional de Salud todavía están en pie. El SSN [*Servizio Sanitario Nazionale*] continúa prestando servicios sanitarios universales, fundamentalmente gratuitos y relativamente integrales, financiados con impuestos”.

El sistema se estructura en tres niveles, con el Estado central ocupando el primer nivel. Su función consiste en planificar la estructura administrativa y financiera a nivel nacional, mientras que hasta los primeros años noventa también se encargaba de su financiación por medio de la recaudación de impuestos y su distribución a entes territoriales. El segundo nivel del sistema lo ocupan las regiones, las cuales tienen como misión organizar la administración de servicios en el terreno. Finalmente, el tercer nivel lo ocupaban, hasta los años noventa, más de 600 Unidades Sanitarias Locales (USL), encargadas de proveer los servicios a través de sus estructuras o contratarlos con organismos privados acreditados. Pese a que el diseño original del sistema aspiraba a integrar plenamente dentro del Estado la financiación y provisión sanitarias, debido a las dificultades financieras este proceso nunca se completó, por lo que entre 1978 y 1992 las administraciones públicas siguieron subcontratando estos servicios con clínicas privadas. En 1995, un 25 por cien del gasto sanitario público se destinaba a estos contratos con organizaciones privadas (Cabiedes y Guillén 2001: 1208).

A comienzos de los años ochenta, poco después de la instauración del SSN, ya proliferaban las voces demandando su reforma. En esta época eran ya moneda corriente las críticas a la ineficiencia y el bajo rendimiento del sistema existente. El origen de estos problemas, de acuerdo con los prin-

cipales analistas, era doble. Por un lado, la práctica de contratación externa demostró ser particularmente costosa, pues no iba acompañada de controles para la contención de gastos por parte de los organismos privados. Por otro lado, la dirección y gestión de las USL resultaba muy ineficaz. Debido a que los cargos directivos de estas unidades eran elegidos a través de las elecciones locales, los comités de dirección pronto se convirtieron en espacio para el reparto de cargos públicos entre políticos con bajo o nulo *expertise* en política sanitaria. Ello redundó en una pobre gestión de los recursos existentes y la aceleración del crecimiento de los gastos (Ferrera 1995; Donatini et al. 2001; Ferrera 2006). Como consecuencia directa de estos dos problemas, el Estado central incumplía recurrentemente los presupuestos anuales destinados al SSN, cuyo déficit hasta bien entrados los años noventa representaba el 10 por cien del gasto inicialmente presupuestado (France y Taroni 2005: 174). Ante la falta de competencias fiscales de las regiones, éstas, a su vez, financiaban el déficit por medio de deuda pública, que en último término cubría el Estado central. Esta persistente crisis financiera de la política sanitaria resultaba difícilmente asumible por la hacienda pública italiana que, entre finales de los años ochenta y 1992, se enfrentaba a tasas récord de deuda y déficit público entre los países industrializados.

Fue como resultado de la perentoria crisis de las finanzas públicas italianas, más que como preparación ante el futuro cambio demográfico, que el gobierno Amato de 1992 diseñó y aprobó la segunda gran reforma sanitaria italiana. En estos años comenzó un periodo de intensa, pero a veces errática experimentación con diversas políticas de ajuste y contención del gasto sanitario, que, hasta cierto punto, todavía persiste en la actualidad. La reforma de 1992 estaba dirigida, por una parte, a incrementar la productividad del sistema y, por otra, a contener la demanda de servicios sanitarios. Para incrementar la productividad se llevó a cabo una descentralización administrativa y organizativa. Se incrementó la autonomía de las USL rebautizadas como Empresas Sanitarias Locales (ESL), que fueron transformadas de administraciones públicas en empresas públicas y reducidas en número hasta las 200 para ganar en economías de escala. Por lo demás, la reforma de 1992 eliminó la dirección de estas unidades por representantes políticos, introduciendo técnicas de gestión y dirección del sector privado. Entre ellas destacan la figura del “director general” de la unidad, elegido por cinco años y con contrato renovable según rendimiento, así como también el cumplimiento de objetivos y el

pago de salarios según méritos (Jommi *et al.* 2001). La reforma de 1992 también sustituyó el modelo de financiación desde el Estado central a las regiones, que previamente se basaba en los gastos de años anteriores, por uno basado en la población y de acuerdo a un fondo sanitario nacional total de volumen predeterminado, lo que intentaba quebrar la política de manejo de déficit (Ferrera 2006). Finalmente, con la intención de fomentar la eficiencia del sistema, los legisladores animaron a las regiones a desgajar las funciones de financiación y provisión de servicios de las ESL. De este modo, las regiones han podido optar entre mantener fusionadas la financiación y provisión en las ESL, asignar un doble papel proveedor y contractual a las ESL o transformarlas en contratistas de organizaciones sanitarias privadas.

Pese a que la intención originaria de Amato y su gobierno consistía en crear “cuasi-mercados” sanitarios regionales, éstos no se han materializado aún. Con la importante excepción de Lombardía (la región más rica y poblada de Italia), donde ahora son sólo hospitales independientes o “proveedores privados acreditados” (PPA) los que distribuyen cuidados sanitarios gratuitos y públicos, las regiones italianas han mantenido integradas en las ESL las funciones de financiación y provisión (Jommi *et al.* 2001). Sin embargo, ello no ha sido óbice para que las regiones hayan continuado haciendo uso extensivo de la subcontratación de la prestación sanitaria. De hecho, en 2001 los PPA suponían entre el 30 y el 50 por cien de las camas en las regiones italianas.

Las medidas de co-responsabilización de los consumidores en el gasto sanitario han constituido la segunda y posiblemente más importante vía para la contención del gasto sanitario en Italia durante los años noventa (Docteur y Oxley 2003). A este respecto, la partida farmacéutica ha sido objeto de múltiples medidas de ahorro, ya que presenta menos dificultades políticas a la hora de introducir cambios que otras partidas como, por ejemplo, los gastos de personal (Ghislandi *et al.* 2005). Ya a finales de los años setenta existían copagos fijos para la mayoría de los fármacos. Pero aunque la legislación en este ámbito se ha mostrado inestable, fue en años sucesivos cuando estos copagos ganaron relevancia. En 1983 se abandonó el copago fijo por uno basado en un porcentaje del coste del medicamento y, posteriormente, en 1988, 1989 y 1992 fue incrementado este porcentaje hasta el 50 por cien de la mayor parte de los medicamentos. La demanda se mostró muy elástica ante estas medidas (Barrella

2004). Con todo, la contención presupuestaria en materia farmacéutica no perduró mucho, ya que en 2000 “sospechosamente antes de las elecciones”, el gobierno central eliminó los copagos (Ghislandi *et al.* 2005: 56). De un año para otro, ello supuso un aumento del gasto sanitario en torno al 22 por cien (France, Taroni y Donatini 2005: S192). Una vez completada la descentralización administrativa de la sanidad, en años posteriores sólo la mitad de las regiones han reintroducido los copagos farmacéuticos y en valores de mucha menor cuantía (Barrella 2007).¹ Aunque temporales, todas estas medidas parecen haber frenado exitosamente el gasto farmacéutico porque el crecimiento de esta partida entre 1990 y 2005 ha sido menor en Italia que en Alemania, España, Francia y Suecia (OECD 2008).²

Paralelamente a la política farmacéutica, la técnica de los copagos también se extendió a otros niveles de los cuidados sanitarios durante los años noventa. Pero estos sí se han mantenido en los últimos años para las pruebas de laboratorio y visitas ambulatorias a especialistas³, aunque con numerosas excepciones, incluidas las aplicables a mayores de 65 con ingresos medios-bajos, los menores de 6 años y los discapacitados (European Commission 2007).

A consecuencia de la descentralización administrativa y la libertad con que las regiones fijaban el rango de servicios sanitarios prestados, en la segunda mitad de los noventa aumentó la preocupación por las desigualdades territoriales. Por ello, en 1999 se llevó a cabo la tercera y última gran reforma. Su principal medida consistió en fijar un paquete de servicios sanitarios mínimo de prestación obligatoria para todas las regiones, de modo que se garanticen los niveles de cuidados sanitarios en todo el país (Donatini *et al.* 2001). En buena medida, la reforma de 1999 invirtió la tendencia hacia la regionalización y privatización de la administración sanitaria, ya que estableció controles y procedimientos muy precisos sobre las responsabilidades de cada ente institucional, lo que devolvió al gobierno central al primer plano en materia sanitaria. Paralelamente, en 1998 el gobierno aprobó la descentralización fiscal. Así, las transferencias fijas

¹ Si bien en 1992 los copagos representaban el 18 por cien del gasto farmacéutico total, en 2006 suponían sólo el 3 por cien (Ferrara 1995; Ministerio del Trabajo 2007).

² Los incrementos son, respectivamente, del 50, 239, 166 y 117 por cien.

³ En ambos casos, con un máximo de 36 euros.

del gobierno central están siendo gradualmente eliminadas, y la financiación de los sistemas sanitarios regionales se basa crecientemente en un porcentaje de los impuestos directos e indirectos recaudados en la región. Desde entonces, las regiones también pueden crear nuevos impuestos para financiar la sanidad. Con ello se persigue corresponsabilizar a las regiones en la financiación y hacer un uso más eficiente de los recursos sanitarios.

En definitiva, la generosidad de las prestaciones del sistema sanitario público italiano sí se ha visto sometida a recortes durante los años ochenta y noventa. No obstante, el envejecimiento de la población no ha tenido un papel muy relevante en la justificación de las reformas sanitarias recientes, cuya motivación fundamental ha residido en el intento de reequilibrar las finanzas públicas en el corto plazo.

Suecia

De acuerdo con el modelo de bienestar escandinavo, la sanidad sueca tiene por objetivo ofrecer servicios sanitarios gratuitos, completos y de alta calidad que fomenten la solidaridad entre grupos sociales y económicos. Para cumplir estas metas, Suecia cuenta con un sistema sanitario estatal y descentralizado. Pese a cambios recientes descritos a continuación, la financiación, planificación y provisión de servicios se ha desarrollado a través de organismos públicos. El sistema se financia por medio de impuestos, mientras que la proporción del gasto privado sobre el sanitario total sigue siendo en Suecia menor (18 por cien en 2000) que en la media de la OCDE (27 por cien en 2000) (Docteur 2003). Asimismo, prácticamente no existen seguros sanitarios privados, con una tasa de cobertura por debajo del 3 por cien (OECD 2005). Por otra parte, el sistema presenta una fuerte descentralización operativa y financiera. El Estado central únicamente tiene como misión la planificación general del modelo, mientras que las competencias sobre su implementación y administración de servicios recaen en los consejos de condado (CC). Los 21 CC existentes poseen y gestionan el grueso de los hospitales y centros ambulatorios, y cuentan con una amplia autonomía a la hora de fijar los mecanismos para la provisión de servicios. Salvo en el caso de Estocolmo, cada uno de los CC opera entre dos y cuatro hospitales y cubre las necesidades de cuidados sanitarios de en torno a 300.000 habitantes. Habitualmente se subdividen en distritos sanitarios y son gobernados por un consejo elegido democráticamente. Con el fin de coordinar los

cuidados más especializados, los CC se agrupan, a su vez, en seis regiones hospitalarias. El tercer nivel del sistema lo forman los municipios, encargados de la gestión de las residencias públicas de ancianos y discapacitados, así como de financiar los gastos sanitarios que ellas generan.

En el caso sueco, la sanidad se financia eminentemente por medio de impuestos regionales e impuestos sobre la renta, recaudados por los CC. En circunstancias habituales, los condados tienen libertad para fijar la tasa del impuesto, aunque de hecho no suele diferir entre distintas regiones sanitarias. Casi tres cuartas partes de los recursos provienen de esta fuente (72 por cien en 2003). El resto de la financiación procede de transferencias estatales y copagos de los pacientes. El Estado provee, de media, en torno a un quinto de los recursos (18 por cien en 2003) por medio de un fondo introducido en 1996 cuyo objetivo reside en mantener estándares homogéneos entre los distintos condados. Finalmente, Suecia cuenta con una larga experiencia con copagos en la sanidad pública. Actualmente el paciente afronta cuotas por asistir al médico de cabecera (en torno a 14 euros), al especialista (27 euros) y por la pernoctación hospitalaria (5 euros), pero la legislación incluye una cláusula de copago total anual máximo de 100 euros destinada a evitar diferencias socioeconómicas en el acceso a los diferentes servicios del sistema. Por tanto, esta fuente sólo representa el 3 por cien de los recursos (Glenngård et al. 2005).

La intensa descentralización sanitaria sueca se ha producido en un dilatado proceso durante todo el siglo XX. Desde 1928 los CC son responsables de ciertos servicios hospitalarios. Posteriormente, en los años setenta, el grueso de los cuidados hospitalarios fue cedido por el Estado central a los condados. Finalmente, en la década de los ochenta, éstos asumieron la autonomía en la planificación de su organigrama, así como el control de sus propias finanzas.

Por tanto, Suecia dispone desde hace décadas de una sanidad definida por ser pública, comprehensiva y descentralizada. Sin embargo, en las últimas dos décadas el sistema ha registrado cambios sustantivos ante las crecientes críticas. Por un lado, tanto para políticos como para expertos las tasas de crecimiento del gasto durante los años setenta y ochenta resultaban excesivas en un contexto de crisis económica y deuda pública creciente. Por otro lado, diversos estudios mostraron que la productividad de los centros sanitarios había descendido, mientras que el sistema era percibido

como rígido y poco reactivo o sensible a las necesidades concretas de los ciudadanos. En respuesta a las críticas comenzaron a implementarse una serie de medidas, entre las cuales las más destacadas y discutidas fueron las tachadas de “neoliberales” o “pro-mercado”, orientadas a fomentar la competencia entre centros sanitarios y a favorecer la libertad de elección de los pacientes.

Tras décadas de hegemonía socialdemócrata, el gobierno conservador aprobó en 1993 una ley que permitía a los condados dar libertad de elección del médico de cabecera y centro sanitario. Ello suponía un cambio estructural que quebraba la tradicional unidad de financiación y provisión sanitaria, de modo que el CC se convertía en comprador de prestaciones sanitarias, incentivando así el surgimiento de cuasi-mercados sanitarios públicos en cada uno de los condados. El objetivo perseguido con la introducción de técnicas del sector privado no era otro que incrementar, junto a la satisfacción de los ciudadanos, la eficiencia del sistema sanitario. Condados urbanos y ricos, como el de Estocolmo, adoptaron rápidamente el modelo. En ellos se desgajaron numerosos centros sanitarios de los CC y se constituyeron cooperativas de médicos que competían por los pacientes y recibían reembolsos por parte de los CC según unas tarifas predefinidas por el Estado (Bergman 1998). En sólo dos años, la mitad de los condados optó por implantar esta separación entre financiación y provisión. De hecho, a finales de los años noventa, el 60 por cien de los médicos de cabecera en condados urbanos trabajaba en calidad de autónomo. El clímax de la ola pro-mercado en la sanidad sueca llegó en 1994 con la privatización de un hospital de urgencias de Estocolmo, que ya era líder por su productividad.

Una nueva victoria de los socialdemócratas en 1995, sin embargo, frenó el ímpetu liberal en sanidad. Considerando que las medidas pro-mercado multiplicaban los costes de transacción, por lo que resultaban inadecuadas para frenar el crecimiento del gasto, la izquierda apoyó como alternativa cambios tales como la fusión de hospitales para lograr economías de escala que, a su vez, no erosionaban el objetivo igualitarista del sistema. De este modo, al volver al gobierno, los socialdemócratas aprobaron una ley prohibiendo la privatización de hospitales y bloqueando nuevos proyectos regionales para desgajar la financiación de la provisión sanitaria. En los ocho condados donde ya se había implantado el modelo se optó, no obstante, por mantener esta fórmula (Bergmark 2008).

Diversos estudios econométricos han demostrado que el nuevo modelo incrementó la productividad de los centros sanitarios en los condados en los que fue implantado (Gerdtham, Rehnberg y Tambour 1999). Asimismo, se ha puesto de manifiesto la satisfacción de los médicos con el modelo (Quaye 2001). Ello no obstante, los expertos coinciden en afirmar que los ahorros derivados de la introducción de cuasi-mercados sanitarios han sido menores que los derivados de medidas de reorganización interna del sistema público implementadas desde finales de los ochenta (Andersen *et al.* 2001; Anell 2005). Lo cierto es que, aun constando actualmente como la sociedad más envejecida de la OCDE, en las últimas décadas Suecia ha logrado frenar la espiral de costes sanitarios crecientes. De hecho, entre 1980 y 2002 logró reducir el gasto sanitario como proporción del PIB: del 8,9 al 8,2 por cien. Los expertos coinciden en señalar que a esta evolución no fue ajena la introducción de las medidas pro-mercado, pero que fundamentalmente ha obedecido a una reorientación del modelo curativo y estrictas medidas de contención de costes (si bien desde el año 2000 han aumentado los recursos absorbidos por el sistema en términos del PIB).

Uno de los cambios más importantes, consistente con la preferencia socialdemócrata por el sistema fundamentalmente público, ha consistido en trasladar el centro de gravedad de los servicios hospitalarios a los cuidados primarios. Tras comprobar a finales de los años setenta que la atención hospitalaria resulta más onerosa para el sistema que la prevención o los cuidados primarios, los arquitectos del sistema decidieron detraer recursos anteriormente destinados a los pacientes hospitalarios agudos y concedérselos a la atención ambulatoria y primaria. Así, el número de camas hospitalarias ha descendido nada menos que un 40 por cien.

Por otra parte, el nuevo enfoque curativo ha supuesto también una reducción sustantiva del personal sanitario, que, entre 1992 y 2002, ha descendido en un 47 por cien (Glenngård *et al.* 2005). Estos recortes en personal han afectado fundamentalmente al personal sanitario no especializado, ya que el número de médicos en ejercicio per cápita ha seguido creciendo entre 1980 y 2002, y el de enfermeras se ha mantenido estable (OECD 2005). Las consecuencias positivas sobre los gastos de esta “revolución silenciosa” son obvias. Pero también es sorprendente que no haya producido una merma en la productividad del sistema o los indicadores de salud. Aun empezando con valores

muy favorables, durante los años noventa los indicadores estándares de salud han continuado mejorando en Suecia (la mortalidad infantil ha seguido cayendo, y la esperanza de vida al nacer creciendo). Por otra parte, pese al menor número de camas, la estancia media en hospital ha mantenido su evolución descendente, mientras que la proporción de admitidos en hospitales sobre el total de la población ha permanecido estable desde mediados de los años ochenta (Andersen *et al.* 2001).

Junto al reenfoque del sistema sanitario, durante los años ochenta y noventa Suecia también logró importantes ahorros en el gasto sanitario público con la aplicación rigurosa de topes de gasto a todos los niveles del sistema. El liderazgo en este aspecto fue adoptado por los gobiernos socialdemócratas de mediados de los ochenta, que, ante las alarmantes tasas de crecimiento pasadas, decidieron introducir una agresiva política de restricción del gasto. En los años ochenta, el fondo estatal todavía representaba una proporción abultada de los ingresos de las CC para servicios sanitarios, por lo que el gobierno contaba con una herramienta poderosa para influir en las políticas de gasto regionales. Como apunta Calltrop (1995), el gobierno hizo uso discrecional de este fondo para incentivar en los condados la adopción de medidas de ahorro y la lucha contra el déficit. Asimismo, en 1991 el gobierno aprobó una ley que prohibía aumentar la tasa de impuestos regionales que financiaban la sanidad. Algunos indicios apuntan a que los CC no ejercieron mucha oposición al giro restrictivo, ya que pronto introdujeron medidas como la congelación de los salarios o el abandono de inversiones en infraestructuras. Pero donde tuvo más éxito el gobierno fue en el establecimiento de un modelo piramidal de límites de gasto desde el departamento de salud del CC, pasando por todos los centros sanitarios, sus departamentos y cada uno de sus médicos. A todos ellos se les impuso un presupuesto anual máximo que no podía ser rebasado, a la vez que se les hacía responsables de su propia gestión financiera y del potencial déficit en el que incurriesen (Andersen *et al.* 2001; Saltman y Bergman 2005). En este contexto de austeridad también cabe entender la política descentralizadora de los años ochenta y noventa, que buscaba una mejor adecuación a las necesidades concretas de los ciudadanos, pero se acompañaba de reducciones en los recursos para las administraciones proveedoras de servicios. Así, con cada cesión de competencias en gestión o financiación iba incluida una caída neta en los recursos disponibles, lo que, a su vez, contribuía a contener los niveles totales de gasto.

Paralelamente a las restricciones de gasto, a comienzos de los años noventa Suecia también aprobó una ley decisiva para mejorar la eficiencia del sistema en su conjunto. Con anterioridad, los 288 municipios suecos gestionaban una parte importante de las residencias de ancianos, discapacitados y enfermos mentales. Pero fue en 1992 cuando los municipios asumieron por completo las competencias en servicios sociales que hasta entonces mantenían los CC. El objetivo perseguido consistía en reducir la carga hospitalaria que suponen los enfermos mayores crónicos y agudos, denominados por los expertos *bed-blockers* [bloqueadores de camas], transfiriéndolos a residencias con personal menos especializado. A mediados de los años noventa se cerró, al menos provisionalmente, el programa de reformas orientadas a la racionalización y la contención del gasto sanitario, sin que desde entonces se hayan introducido más cambios significativos en esta área de política social.

4. CONCLUSIONES

Aunque en Estados Unidos, Italia y Suecia se han llevado a cabo reformas sanitarias de entidad desde los años ochenta del pasado siglo, no parece que éstas hayan respondido a un esfuerzo de preparación de los respectivos sistemas sanitarios ante el acelerado aumento de la proporción de personas mayores en las respectivas sociedades. Si bien los cambios en la estructura demográfica presionan al alza el gasto sanitario (así por ejemplo, las proyecciones de la OCDE indican que, únicamente debido a la transición demográfica, el gasto sanitario público podría aumentar hasta 2050 un 4,4 por cien del PIB en Estados Unidos y un 3,2 por cien del PIB en Suecia), la evidencia disponible no sugiere que el reconocimiento del problema previsible y objetivamente acuciante del envejecimiento haya desencadenado las reformas ejecutadas recientemente en la política sanitaria.

De hecho, esa misma evidencia permite descartar la existencia de un ciclo histórico en la política sanitaria estadounidense, italiana y sueca de expansión hasta los años ochenta y restricción desde entonces, evolución que cabría interpretar como una consecuencia de la preocupación por las implicaciones financieras del envejecimiento de la población. Si bien en Italia y Suecia la era expansiva del sistema sanitario público acabó a finales de los años ochenta, en Estados Unidos continúa hasta la actualidad. Parece, por tanto, que, allí donde se han lle-

vado a cabo, las reformas sanitarias restrictivas o de contención del gasto han estado primordialmente motivadas por circunstancias coyunturales, y no tanto por prevención ante la evolución del sistema sanitario en las próximas décadas. Los casos de Italia y Suecia son particularmente clarificadores a este respecto. En Italia han primado motivaciones fiscales en las reformas sanitarias recientes. Debido a la gravísima situación de las finanzas públicas y al creciente déficit público, en 1992 un gobierno tecnocrático inició una oleada de reformas orientadas a reducir el recurrente hiato entre las contribuciones estatales anuales al sistema de salud público y el gasto anual efectivo. Para dicho fin se incrementaron (temporalmente) los copagos farmacéuticos y de prestaciones, a la vez que se inició la descentralización administrativa con el propósito de combatir las ineficiencias y redundancias. Por su parte, Suecia también ha introducido importantes cambios restrictivos en su política sanitaria. En una serie de micro-reformas iniciadas a mediados de los años ochenta, se inició una transición hacia un sistema basado en cuidados primarios, se desgajó la financiación sanitaria de la provisión de servicios sanitarios y se introdujo una rigurosa política de topes de gasto para los condados. Las causas de estas transformaciones se encuentran en una preocupación por la inflación de costes sanitarios durante los años ochenta, así como en el descontento popular con un sistema anteriormente muy burocratizado y escasamente enfocado hacia la satisfacción del paciente. Por otra parte, Estados Unidos, carente de un sistema sanitario de cobertura universal, no ha realizado ninguna reforma sanitaria restrictiva. El envejecimiento de su población, menos acusado que el de muchos países europeos, impactará en los gastos del programa *Medicare*, y lo hará en el contexto de una política de universalización sanitaria impulsada por el Presidente Obama.

Ahora bien, que no quepa establecer una relación causal directa entre el envejecimiento de la población y las reformas sanitarias no significa que las reformas acometidas no vayan en la buena dirección de racionalización de los costes públicos para mitigar el impacto de la evolución demográfica. En parte debido a las medidas de contención del gasto introducidas durante los años ochenta y noventa en Italia y Suecia, estos dos países cuentan con estructuras institucionales más adecuadas para reducir el efecto expansivo del envejecimiento en la provisión de prestaciones sanitarias.

BIBLIOGRAFÍA

ANDERSEN, R.; SMEDBY, B. y D. VAGERÖ (2001), "Cost containment, solidarity and cautious experimentation: Swedish dilemmas", *Social Science & Medicine*, 52: 1195-1204.

ANELL, A. (2005), "Swedish healthcare under pressure", *Health Economics*, 14: S237-S254.

BERGMAN, S.E. (1998), "Swedish models of health care reform: A review and assessment", *International Journal of Health Planning and Management*, 13: 91-106.

BERGMARK, A. (2008). "Market reforms in swedish health care: normative reorientation and welfare state sustainability", *Journal of Medicine and Philosophy*, 33: 241-261.

CABIEDES, L. y A. GUILLÉN (2001), "Adopting and adapting managed competition: health care reform in Southern Europe", *Social Science and Medicine*, 52: 1205-1217.

CALLTROP, J. (1995), "Swedish experience with fixing regional budgets", en: SCHWARTZ, F.W.; GLENNERSTER, H. Y R. B. SALTMAN, *Fixed Health Budgets: Experience from Europe and North America*, Londres, Wilsey: 153-165.

CASEY, B.; OXLEY H.; WHITEHOUSE, E.; ANTOLÍN, P.; DUVAL, R. y W. LEIBFRITZ (2003), "Policies for an ageing society: Recent measures and areas for further reform", *OECD Economics Department Working Papers*, No. 369.

CONGRESSIONAL BUDGET OFFICE (CBO) (2007), *The Long-Term Outlook for Health Care Spending*, Washington, CBO.

DOCTEUR, E. y H. OXLEY (2003), "Health care systems: Lessons from the reform experience", *OECD Health Working Papers*, No. 9.

DONATINI, A.; RICO, A.; D'AMBROSIO, M.G.; LO SCALZO, A.; ORZELLA, L.; CICHETTI, A. y S. PROFILI (2001), *Health Care Systems in Transition: Italy*, Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies.

ECONOMIC POLICY COMMITTEE (2006), "The impact of ageing on public expenditure: projections

for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050)", *European Economy*, Bruselas, European Commission.

ESPING-ANDERSEN, G. (1992), *Los tres mundos del Estado del bienestar*, Valencia, Alfons el Magnànim.

EUROPEAN COMMISSION (2007), *Joint Report on Social Protection and Social 2007*, Bruselas, European Commission.

FERRERA, M. (1995), "The rise and fall of democratic universalism: Health care reform in Italy, 1978-1994", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20, 2: 276-302.

– (2006), *La politiche sociali*, Milán, Il Mulino.

FLOOD, C.M. (2000), *International Health Care Reform: A Legal, Economic, and Political Analysis*, Londres, Routledge.

FRANCE, G. y F. TARONI (2005), "The evolution of health-policy making in Italy", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30, 1-2: 169-187.

FRANCE, G.; TARONI, F. y A. DONATINI (2005), "The Italian health-care system", *Health Economics*, 14: S187-202.

GERDTHAM, U.G.; REHNBERG C. y M. TAMBOUR (1999), "The impact of internal markets on health care efficiency: evidence from health care reforms in Sweden", *Applied Economics*, 31: 935-945.

GHISLANDI, S.; KRULICHOVA, I. y L. GARANTINI (2005), "Pharmaceutical policy in Italy: towards a structural change?", *Health Policy*, 72: 53-63.

GLENNGÅRD, A. H.; HJALTE, F.; SVENSSON, M.; ANELL, A. y V. BANKAUSKAITE (2005), *Health Systems in Transition: Sweden*, Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies.

JOMMI, C.; CANTÚ E. y E. ANESSI-PESSINA (2001), "New funding arrangements in the Italian National Health Service", *International Journal of Health Planning and Management*, 16: 347-368.

MECHANIC, D. (2004), "The rise and fall of managed care", *Journal of Health and Social Behavior*, 45 (Extra): 76-86.

MORAN, M. (1999), *Governing the Health Care State: A Comparative Study of the United Kingdom, the United States and Germany*, Manchester, Manchester University Press.

NAVARRO, V. (1995), "Why Congress did not enact health care reform", *Journal of Health Care Politics, Policy and Law*, 20, 2: 455-462.

OECD (2002), *OECD Economic Survey: United States 2002*, París, OECD.

– (2005), *OECD Economic Survey: United States 2005*, París, OECD.

– (2005), *OECD Economic Surveys: Sweden 2005*, París, OECD.

– (2008), *OECD Economic Survey: United States 2008*, París, OECD.

– (2010), *OECD Healthcare at a Glance 2010*, París, OECD.

PETERSON, C.L. y R. BURTON (2007), "U.S. health care spending: Comparison with other OECD countries", *Cornell University ILR School Working Papers*.

QUAYE, R. (2001), "Internal market systems in Sweden: Seven years after the Stockholm Model", *European Journal of Public Health*, 11: 380-385.

REINHARDT, U.E.; HUSSEY, P.S. y G.F. ANDERSON (2004), "U.S. health care spending in an international context", *Health Affairs*, 23, 2: 10-25.

REVIGLIO, F. (2000), "Health care and its financing in Italy: Issues and reform options", *IMF Working Paper WP/00/166*.

SALTMAN, R. y S.E. BERGMAN (2005), "Renovating the commons: Swedish health care reforms in perspective", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30, 1-2: 253-275.