



# Los procesos de cuasimercado en la política sanitaria: el caso de la Comunidad de Madrid.

Roberto José Sánchez Sánchez.

Trabajo de fin de grado.

Grado en Ciencia Política y de la Administración.

Junio 2022.

## Índice.

<b>1. Sumario.</b>	1
<b>2. Introducción.</b>	2
<b>3. Discusión teórica.</b>	7
3.1. Nueva Gestión Pública.	7
3.1.1.Contextualización.	7
3.1.2.El nuevo paradigma de la Nueva Gestión Pública.	9
3.2. Aplicación de la Nueva Gestión Pública en el ámbito sanitario.	14
3.2.1.Consideraciones previas.	14
3.2.2.Peculiaridades del sector sanitario.	15
3.2.3.Los resultados en salud y su medición.	16
3.2.4.La gestión clínica.	19
3.3. Cuasimercado en provisión sanitaria.	21
3.3.1.Cuasimercados.	21
3.3.2.Cuasimercados en políticas sanitarias.	22
3.3.3.Efectos característicos y otros no deseados.	23
<b>4. Metodología.</b>	27
4.1. Desarrollo de indicadores.	28
<b>5. Resultados.</b>	33
5.1. Presentación de resultados.	33
5.2. Discusión.	38
<b>6. Conclusiones.</b>	43
<b>7. Bibliografía.</b>	44

## **1. Sumario.**

La reconceptualización contemporánea del Estado en el contexto de la hegemonía neoliberal le empuja a modificar sus instrumentos de gestión pública. Así, se introducen mecanismos de mercado que vienen a corregir las ineficiencias o fallos del sector público. Aunque el sector sanitario tiene peculiaridades notables, al ser un área objeto de políticas públicas ha sido sometido igualmente a este proceso. Una de las nuevas formas de gestión que se ha puesto en práctica en los últimos 40 años ha sido la del cuasimercado, que desde el punto de vista teórico se presenta como equilibrada al instaurar un mercado simulado que permite la elección del usuario de manera limitada y donde sigue teniendo un papel protagonista el sector público, pero dando entrada a operadores privados que trabajan bajo una serie de condiciones dictadas por la autoridad estatal. De este modo ha sucedido en la Comunidad de Madrid, donde podemos hallar un caso paradigmático para estudiar sus requisitos, su dinámica y sus consecuencias para cuatro dimensiones clave como fines públicos: la eficacia, la eficiencia, la libertad de elección y la equidad. Se ha realizado un análisis cuantitativo descriptivo con reelaboración de indicadores clave y se ha podido observar que las dos primeras dimensiones no se ven afectadas significativamente en este nuevo escenario, no siendo así con las dos últimas, lo que tiene consecuencias para los pacientes y el sistema sanitario en su conjunto. Estos resultados son difícilmente explicables por la deriva del mercado y esta circunstancia crea disfunciones en las políticas sanitarias y en los pacientes, por lo que se hace necesaria su identificación y su discusión.

Palabras Clave: Nueva Gestión Pública, políticas sanitarias, cuasimercado.

## **2. Introducción.**

Este trabajo de investigación académico pretende estudiar una configuración específica en la provisión de servicios en el ámbito sanitario: el cuasimercado. Para ello se propone a responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué consecuencias ha tenido la implementación de un cuasimercado sobre la eficacia, la eficiencia, la libertad y la equidad en la política sanitaria de la Comunidad de Madrid? ¿Ha cumplido el cuasimercado con sus requisitos y sus objetivos en este caso? Tal interrogante se abordará partiendo de la siguiente hipótesis generada a partir del estudio del estado de la cuestión: no hay evidencias consistentes de que la implantación de un cuasimercado en las políticas sanitarias cumpla con la totalidad de los requisitos y objetivos especificados para el caso de los sistemas sanitarios debido a una serie de disfunciones, por lo que se va a estudiar el caso concreto de la Comunidad de Madrid. Así, la investigación se propone lograr los siguientes objetivos. En primer lugar se va a encargarse de estudiar las razones y el proceso de conformación de un cuasimercado en políticas sanitarias, sus características y sus consecuencias para la eficacia, eficiencia, libertad de elección y equidad en el sistema sanitario. En segundo lugar y circunscrito a un caso particular, tratará de inscribir este análisis en el caso paradigmático de la Comunidad de Madrid, estudiando los impactos sobre el sistema sanitario relativos a la eficacia, eficiencia, libertad de elección y equidad.

Las políticas públicas y del Estado del Bienestar forman parte de un área crucial en la dinámica política e institucional de las democracias liberales en nuestros días. El rol que el Estado adopta en este campo tiene implicaciones no solo en

los aspectos puramente administrativos de la gestión del sistema sino en la comprensión de lo político con mirada amplia. Del mismo modo no se puede obviar que esta discusión forma parte determinante de la disputa política y partidista.

La Nueva Gestión Pública modifica el paradigma y los enfoques con los que se venía concibiendo la actuación del Estado en el pasado. Aun así, el ámbito sanitario se constituye como un mercado imperfecto y además coexisten en el espectro de lo político distintas posiciones respecto de la intervención pública en los ámbitos que tradicionalmente han quedado insertos en las políticas sociales.

En la sanitaria, igual que en otras áreas de políticas públicas y de Estado del Bienestar, cabe distinguir entre financiación y provisión. En los países de nuestro entorno hay consenso sobre que la primera sea preferentemente pública. Sin embargo, todos los países han experimentado con nuevas formas de gestión sanitaria en las últimas décadas, en diferentes grados. El punto de partida en cada uno de los casos va a condicionar el proceso, y del mismo modo lo harán la tradición institucional, social y cultural. Estas transformaciones nunca son rápidas ni sobre todo sencillas, pudiendo implicar costes no despreciables para los actores.

Desde el punto de vista de la provisión no es posible establecer una tipología de sistemas sanitarios. La provisión privada está presente en la mayor parte de los países de nuestro entorno tanto en los modelos tipo Bismarck como en los Beveridge. Lo mismo sucede atendiendo a la clasificación de Esping-Andersen: podemos encontrar provisión privada tanto en el tipo continental como en el liberal y nórdico (Del Pino, 2013). Pero el grado de mercantilización del sistema

y los mecanismos de mercado implementados sí que nos sirven para realizar diferenciaciones.

En la literatura científica podemos encontrar abundante producción sobre este objeto de estudio (el “qué”), los países que llevan a cabo este proceso, a menudo mediante estudios comparados (el “quién”), las cuestiones normativas o motivaciones políticas (el “porqué”) pero hay una laguna de conocimiento en la metodología (el “cómo”).

En el escaso material producido sobre la cuestión metodológica el enfoque comúnmente adoptado es el formal-legal en la línea del institucionalismo tradicional. Esta visión es rica en el análisis de legislación que viene a sancionar los cambios que se demandan y el comportamiento de los actores en tanto en cuanto profusa regulación administrativa, pero ignora la naturaleza de los cambios, su significado y sus consecuencias.

Todos los sistemas sanitarios tienen en mayor o menor medida unidades o prestaciones externalizadas a empresas privadas con diferentes fórmulas pero la concesión administrativa para la provisión completa de una determinada área geográfica implica un salto cualitativo. Se puede observar en otras ocasiones que el proceso no es “todo o nada” sino parcial y gradual. Es el caso de la Comunidad de Madrid, donde podemos estudiar paradigmáticamente este fenómeno y donde se dan por tanto las singularidades para poder realizar un estudio de caso.

En el proceso de abandonar la gestión tradicional con provisión totalmente pública se realizarán una serie de modificaciones previas como la constitución de un “Área única” (Comunidad de Madrid, 2001; Comunidad de Madrid, 2010)

que pueda permitir la movilidad y la elección de los usuarios, que es una de las características del cuasimercado. A continuación, se dará entrada a proveedores privados bajo una serie de condiciones, siendo esto lo que levanta las barreras de entrada características de los mercados imperfectos. Asimismo, el comportamiento del proveedor estará condicionado al ser éste un sector altamente regulado. Se generarán unas dinámicas singulares debido a la utilización de algunos instrumentos, lo cual tendrá consecuencias en la relación de los pacientes con el sistema sanitario y sus profesionales.

Es el llamado cuasimercado, que ha recibido atención por parte de la investigación académica en el campo de la educación, pero no del mismo modo en el de los servicios sanitarios.

En su análisis cobran importancia no solamente los instrumentos técnicos (de mercado) sino también los valores que entran en juego (Parrado, 2020). Esto nos emplaza a una cuestión normativa que trae parejo el carácter esencialmente político del objeto de estudio.

Por estos motivos el trabajo se ha propuesto realizar un análisis de tipo cuantitativo sobre los efectos que ha tenido la implementación de un cuasimercado en políticas sanitarias sobre dimensiones clave que se incardinan como fines públicos: la eficacia, la eficiencia, la libertad de elección y la equidad. Se ha partido de la hipótesis de que el cuasimercado crea disfunciones (Parrado, 2017) y solo cumple parcialmente sus objetivos (Gregori, 2013), en relación con la bibliografía existente, y partir de ahí se ha afanado por estudiar en primer lugar el proceso de cuasimercado desde el punto de vista teórico con sus requisitos, características, impactos, consecuencias y efectos no deseados. En segundo lugar, se ha circunscrito este estudio a un caso concreto, el de la Comunidad de

Madrid. Se ha realizado una descripción de cada una de las dimensiones con indicadores clave que se han reelaborado con el objeto de comparar hospitales de gestión pública con hospitales de gestión privada. Se puede observar que mientras el cuasimercado no genera dinámicas identificables en el caso de la eficacia y la eficiencia sí lo hace en el de la libertad de elección y en el de la equidad y que esto tiene consecuencias para los pacientes y el sistema sanitario.

Como limitaciones del trabajo se debe destacar que sería muy ilustrativo el conocimiento o cálculo de las cápitras, con su recálculo a lo largo de los años, para realizar el análisis de la financiación, que es parte fundamental en la definición e implantación del cuasimercado. No se ha realizado por ser un análisis complejo que escapa a las posibilidades de este estudio y porque se precisan de una serie de datos y pliegos que no están al alcance de los investigadores y ciudadanos.

### **3. Discusión teórica.**

#### 3.1. Nueva Gestión Pública.

##### 3.1.1. Contextualización.

El papel y la importancia del Estado como actor en el campo político han experimentado oscilaciones significativas en los últimos años (Delgado, 2011) y se han vehiculado, preferentemente, a las cuestiones sociales y económicas (Moreno, 1992).

El Estado del Bienestar se desarrolló extraordinariamente después de la Segunda Guerra Mundial en territorio europeo, en parte como respuesta a la vocación social del comunismo que se percibía como amenaza, en parte en el contexto de reconstrucción después de la guerra y como garantía de paz social (Tarrow, 2020) y en parte para aliviar las consecuencias sociales de la economía de mercado. Con el paso del tiempo este rol fue reconceptualizado en algunas de sus dimensiones (Del Pino, 2013) en consonancia con una serie de cambios políticos, económicos y sociales. La antigua confrontación Este-Oeste desapareció con la caída del Muro de Berlín y esto dio lugar a un nuevo orden político y económico. La democracia liberal y la economía de mercado se erigirían como instrumentos incuestionables de ese nuevo orden.

Cabe reparar en las peculiaridades del encaje del caso español. En primer lugar, se puede afirmar que predominó la deriva estatizante porque fue con el Estado con quien se edificó y se mantuvo el régimen franquista. En segundo lugar cabe destacar que España perdió la llamada “Edad de Oro” de los Estados del Bienestar en la dictadura y a cambio desplegó un modelo basado en la beneficencia y en la activación e inserción laboral (Moreno, 1992). Este

desarrollo histórico impactó de lleno en la configuración ya en democracia. Así, el sistema sanitario tal y como lo conocemos aqueja de una clara orientación al Estado (provisión pública como rareza entre sus pares) y de una modernización tardía que se manifestó como exceso de centralización y deficiencias en la gobernanza que hubo que corregir en la década de los 90 con transferencias de las competencias a las Comunidades Autónomas y con nuevas formas de gestión.

En consonancia con lo expuesto anteriormente se puede afirmar que el poder se fue atomizando en los últimos 30 años y el Estado, aunque actor y figura indiscutible, ya no resultó omnipotente ni ubicuo. Esta reformulación no sería solamente una cuestión cuantitativa sino también cualitativa, en tanto en cuanto no se trataría solamente de la pérdida de competencias o capacidades sino en cómo afronta, entiende y procesa algunas tareas de su quehacer (Delgado, 2011).

Así pues, el economicismo de época y la lógica de mercado consecuente generaron una dinámica neoliberal en la que poderosos actores económicos fueron capaces de eclipsar el poder de los Estados en cuanto a recursos y conocimientos. Por otro lado, el liberalismo político alumbró una vigorosa sociedad civil que tanto en la defensa de derechos individuales como de colectivos destaca por su capacidad de organización en nuevos movimientos sociales y por la defensa de sus postulados mediante la vía política y la jurídica (derecho administrativo). Podemos decir que de esta forma se hace presente el enfoque pluralista en el que el poder se reparte y en el que los distintos actores

tienen distintos valores, preferencias e intereses. Su comportamiento y su interacción con el Estado va a definir y a conformar el proceso político.

A resultas de lo anterior la acción de gobierno deviene en gobernanza (híbrida o en red). Un escenario donde el poder ejecutivo no solamente puede sino que debe y necesita atender a los demás centros de poder y en particular a los dos mencionados anteriormente: los ciudadanos (que pueden organizarse en diferentes movimientos u organizaciones) y las empresas y demás agentes económicos (que pueden hacer lo propio en grupos de presión).

**Tabla 1: Transformaciones contemporáneas del Estado.**

Se multiplican y complejizan los asuntos a regular.
Se permite a los grupos de presión influencia en las políticas públicas a cambio de información.
Se separa la financiación y la regulación de la provisión.
Gobernanza híbrida.
Gobierno multinivel.

Fuente: elaboración propia a partir de Huber, 2017.

### 3.1.2. El nuevo paradigma de la Nueva Gestión Pública.

El sector público sufrirá entonces una reconceptualización en su misión, valores e instrumentos para adaptarse a esta nueva realidad modificando algunos de sus comportamientos influido por los dos actores mencionados anteriormente (ciudadanos y agentes económicos), en la búsqueda de un nuevo rol.

Se comienza a transitar desde la visión de la jerarquía tradicional a la del gerencialismo o Nueva Gestión Pública.

Se resume en la tabla los rasgos de cada una de ellas.

	Jerarquía tradicional	Nueva Gestión Pública
Orientación	Recursos y procedimiento	Resultados y consecución de objetivos
RRHH	Precisan conocimientos técnicos y especialización	Precisan habilidades genéricas, pueden rotar en distintas unidades
Control del gasto público	Más laxo	Más estricto. La eficiencia es un valor destacado.
Papel del ciudadano	El centro no está en él sino en el procedimiento y en el legalismo (burocracia)	Central, protagonista
Integración	Vertical	Desagregada (induciendo la competencia)
Papel del Estado	Planifica, diseña y provee	Regula
Distancia	Interpersonal: entre políticos y funcionarios	Organizativa: entre decisores y ejecutores
Lógica	Autoridad	Contractual

Tabla 2: Rasgos comparados de la jerarquía tradicional burocrática y el gerencialismo.

Fuente: elaboración propia a partir de Parrado, 2015.

Conviene recordar algunos rasgos clásicos de la Administración tradicional, lo que se ha dado en llamar también la Administración weberiana, que en su momento revolucionaron las relaciones del ciudadano con la Administración:

<b>Tabla 3: Rasgos burocráticos de la Administración weberiana.</b>
Distinción entre función y personas.
Establecimiento de una estructura jerárquica.
Procedimientos escritos y reglados.
La Administración debe ser ajena a intereses particulares.

Fuente: Elaboración propia a partir de Dunleavy, 1995; Meneguzzo, 2007.

Esta transición ha sido objeto de discusión y dependiendo del punto de partida se pueden observar diferentes modelos: o transición desde la administración tradicional a la nueva, implantación directa de la nueva o combinación y convivencia de ambas. Ésta última opción se suele proponer cómo la más frecuente y deseable (Dussaugue, 2009).

De esta caracterización se deriva inmediatamente la cuestión de la prestación de servicios y de si ha de ser la propia Administración o un operador privado quien la lleve a cabo. Se han elaborado diferentes explicaciones y si bien se ha dado por bueno el enfoque de que ciertos sectores (como el sanitario) constituyen un fallo de mercado por razones que se van a explicitar en el transcurso de la discusión teórica, en las últimas décadas toma protagonismo también una advertencia acerca de los fallos del Estado que se han tratado en propuestas teóricas como la “Teoría de la elección pública”. También se ha

utilizado para nutrir teóricamente este nuevo enfoque la “Teoría de la agencia” y la “Teoría de los costes de transacción” (García Sánchez, 2007).

Lo que queda claro, en cualquiera de los casos, es que una de las tareas que amerita este nuevo paradigma es el desarrollo de una profusa regulación y un robusto sistema de control.

### 3.2. Aplicación de la Nueva Gestión Pública en el ámbito sanitario.

#### 3.2.1. Consideraciones previas.

Antes de comenzar a entrar en el contenido del bloque sería conveniente realizar dos advertencias.

La primera de ellas nos lleva a prevenir acerca del enfoque que se va a utilizar y que va a ser situado en nuestro contexto europeo donde hay una convergencia a sistemas de aseguramiento universal o cuasiuniversal, donde el gasto público supera al privado y donde se da por hecho que el Estado es el responsable de organizar, regular y cuando no proveer los servicios sanitarios, lo cual evidentemente no sucede en todos los países del mundo (Del Pino, 2013). De este modo la equidad en nuestro medio se convierte en el más importante de los valores en juego, lo que tiene implicaciones en el enfoque que se da a la organización de los sistemas sanitarios (Parrado, 2020).

La segunda, contraintuitiva, lleva a advertir de que hay evidencia acerca de que el impacto de los servicios sanitarios en la salud es limitado, pesando más otras consideraciones como los determinantes sociales y las condiciones de vida, que se contraponen a los estilos de vida, pues los primeros no se eligen y los segundos en teoría sí (Wilkinson, 2003). El concepto de transición epidemiológica informa de cambios en los patrones de enfermedad debido a mejoras en los niveles de vida (recursos socioeconómicos), en la alimentación y en la salud pública. Asimismo, el concepto de transición sanitaria alude a factores culturales y sociales (Robles, 1996). Por último no se puede dejar de apuntar que si bien la utilización apropiada de los servicios sanitarios mejora la salud hasta un límite, su indiscriminado o no apropiado ajuste a las indicaciones

clínicas puede originar problemas de sobrediagnóstico y iatrogenia, como informa el concepto de prevención cuaternaria (Gérvas, 2012).

### 3.2.2. Peculiaridades del sector sanitario.

El sector sanitario constituye un fallo de mercado por tres razones fundamentalmente.

La primera de ellas es que desde el punto de vista económico no se cumplen las condiciones de un mercado de competencia perfecta, como se explicita en la Tabla 4.

La segunda es la existencia de externalidades positivas. Y la tercera es la consideración de los servicios sanitarios como un bien que en algunas facetas tiene atributos de bien público (medidas de salud pública, educación para la salud) y en otras de bien económico (Plaza, 2007).

Esto equilibra la balanza hacia la intervención del sector público en la dicotomía Estado-Mercado, lo que no quiere decir que no sea aceptable desde el punto de vista de la provisión la introducción de operadores privados, como veremos en adelante.

<b>Tabla 4: Rasgos de competencia imperfecta en el sector sanitario.</b>
Las decisiones individuales son relevantes por no existir un elevado número de compradores y vendedores.
Existen capacidades individuales de influir sobre los precios en detrimento del poder del mercado.
Existen barreras de entrada y salida en el mercado.
Rige un principio de asimetría de información que restringe la movilidad.
Hay dificultades y costes sociales en la exclusión de un servicio.
Falta de correlación entre los costes de los servicios y el beneficio obtenido.
La maximización de los beneficios no es el único valor en juego.
Existencia de externalidades positivas.
Poderes de monopolio en la prestación de algunos servicios.
Existencia de incertidumbre.

Fuente: elaboración propia a partir de Gimeno, 2015.

### 3.2.3. Los resultados en salud y su medición.

La definición de objetivos para una organización, sobre todo del sector público, es a menudo problemática y objeto de discusión y debate por su ambigüedad. Esto sucede con intensidad en el sector sanitario donde el objetivo genérico de “mejorar la salud” no es fácilmente articulable (Ortún, 1993). Máxime cuando en primer lugar como se ha explicitado anteriormente la salud depende de muchos factores no relacionados con el sistema sanitario. En segundo lugar existe una discusión acerca de los objetivos más deseables y prioritarios con los que debe cumplir un sistema sanitario. Los enfoques más generalistas y sociales

defenderían: el universalismo (acceso igual de todos los ciudadanos que residen en el territorio nacional), actuar en la mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable (MIMPSE), trabajar en revertir las desigualdades sociales en salud o la equidad. Un enfoque más liberal en consonancia con las opciones de la voz del usuario privilegiaría la elección tanto de profesional como de centro sanitario e incluso de modalidad de acceso al sistema (acceso directo al especialista “esquivando” al médico de familia que en el sistema público tiene el monopolio del primer contacto). Parrado utiliza el concepto de “valor” o “valores” para inscribir al sistema sanitario en una de estas derivas (Parrado, 2020). Y también enumera los fines públicos: eficacia, eficiencia, libertad de elección y equidad, aunque como menciona no es sencillo definir y concretar cada uno de ellos. El enfoque y la deriva que se elija tendrán implicaciones analíticas. Un sistema orientado al Estado ejercerá autoridad sobre los profesionales, ya que estará obligado a distribuirlos por todo el territorio para preservar la equidad. También sobre los pacientes, aunque ya casi todos los sistemas en las distintas Comunidades Autónomas han aprobado legislación para garantizar de una u otra forma una cierta elección, aunque sea limitada o simbólica (Comunidad de Madrid, 2009). Un sistema, por el contrario, orientado al mercado privilegiará la elección en detrimento de la equidad y quedará inscrito en el enfoque liberal o en “la voz del usuario”, lo cual podría quedar en entredicho en un entorno de asimetría de información. Debido a esto, los sistemas que son calificados como más eficientes y deseables en términos de resultados en salud basculan entre la orientación al Estado y a los profesionales, o si se prefiere, al gasto público (Del Pino, 2013). Hay una variable que se interpone en esta relación que es la existencia de una Atención Primaria fuerte, que es capaz de

contener costes, resolver buena parte de las demandas y las necesidades de los pacientes y protegerles de la iatrogenia que tiene lugar en los sistemas de acceso directo al especialista (Ortún, 1995). Por último cabe destacar que el Estado no solo “se pronuncia” sobre sus preferencias sanitarias con las acciones que ejecuta en el sistema sanitario público sino con las decisiones que toma en regulación en sectores económicos. Por ejemplo es clave cómo regula el sector privado, cómo se comporta ante las compatibilidades o incompatibilidades de los profesionales, cómo y qué concesiona, si desgrava fiscalmente la contratación de pólizas privadas de salud o si permite, pagando con dinero público, a sectores sociales privilegios sobre los demás ciudadanos, como sucede con los funcionarios públicos y el sistema MUFACE, generando descremado sociológico (pérdida potencial de reputación y fortaleza del sistema público de salud debido a la salida de las clases más cultas, pudientes e influyentes socialmente hacia el sistema privado o concertado).

La tradición neoliberal defiende que es el mercado quien asigna más eficientemente los recursos, y en virtud de esta premisa y la hegemonía de ese discurso en el ámbito político, el Estado ha de adoptar mecanismos de mercado en su funcionamiento. Así, se acepta que son requisitos necesarios para la prestación de servicios: la competencia, la eficiencia como valor predominante sobre otros, la libertad de elección, poner las necesidades del usuario en el centro, la separación de la financiación de la provisión y que la financiación siga la elección del usuario (Parrado, 2015). Esto último se resume en expresiones ilustrativas como “se vota con los pies”, “bonos implícitos” o su traslación a las políticas sanitarias: “el dinero sigue al paciente”. Esta misma tradición sostiene

que la introducción de operadores privados dinamizaría la provisión de servicios porque o bien en competencia con prestadores públicos o sin ellos podría garantizar los requisitos que ese mercado demanda (Parrado, 2020). En su traslado al sistema sanitario todas estas aspiraciones se comprometen a la gestión clínica. Esta peculiar conjunción de sector público y puesta en práctica de mecanismos de mercado daría lugar a la configuración de cuasimercados (Villaroya, 2000).

#### 3.2.4. La gestión clínica.

La gestión clínica supone poner en consonancia los diferentes elementos o actores que orbitan en el sistema sanitario y en la prestación de servicios. Los principales son los profesionales (con sus unidades y su política de Recursos Humanos), los pacientes, las infraestructuras, la tecnología, la política farmacéutica, la coordinación entre niveles, la conjunción de servicios generales o centrales con sectoriales u organizados por especialidades, los flujos y el tránsito de los pacientes dentro del sistema y la organización de cómo se llevan a cabo la actividades asistenciales: gestión de la agenda, gestión de la demanda y gestión de los procesos.

Desde los enfoques liberales se defiende que la gestión clínica en el ámbito de la prestación privada es más eficiente, pues goza de flexibilidad para organizar la actividad asistencial de los profesionales, de un modo que no sería posible en el sector público por la existencia de “rigideces” a distintos niveles.

Cabe destacar que los operadores privados tienen cierto margen de maniobra presupuestaria pero que no es completa, pues cuestiones como por ejemplo la

política farmacéutica viene definida desde el ámbito público estatal. En otras ocasiones pueden ejercer influencia de modo únicamente parcial. En algunos modelos de prestación privada, la concesionaria construye el hospital y gestiona los ámbitos no asistenciales, sin embargo, en el ámbito asistencial la contratación y el pago de salarios la realizaría el sector público y prestarían servicios bajo las condiciones organizativas de la empresa privada pero sujetos a derecho público.

### 3.3. Cuasimercado en provisión sanitaria.

#### 3.3.1. Cuasimercados.

Esta formulación en la prestación de servicios públicos inicia su andadura en los años 80 en el mundo anglosajón. Constituye una emulación del mercado, donde se producen elecciones de manera limitada y donde se suaviza el problema de la ineficiencia que se le achaca al sector público desde las tesis economicistas, ya que, según su visión, no poseería incentivos para aumentar la calidad o disminuir el coste. Se resumen en esta tabla sus principales características.

**Tabla 5: Características definitorias del cuasimercado.**

Se separa la financiación y provisión de la producción y suministro de los servicios públicos. Descentralización de la toma de decisiones.
La asignación de recursos no la realiza la burocracia sino los usuarios con su elección.
Los recursos (dinero) se asignan a una actividad o prestación, nunca en metálico a los usuarios.
Los precios no se establecen según la oferta y la demanda sino según regulación y acuerdo entre el financiador y el proveedor.

<b>Tabla 6: Requisitos del cuasimercado.</b>
Suficiente competencia entre proveedores. Muchos proveedores para romper poderes de monopolio.
Los costes de transacción y de regulación y control deben ser inferiores a la ganancia de eficiencia.
La administración, mediante instrumentos legales, debe proteger a los consumidores y estimular la competencia.
No lesionar la equidad en comparación con la provisión pública tradicional.
Inexistencia de barreras de entrada y salida de los proveedores.
Acceso a la información.
Imposibilidad de selección de los usuarios por parte de los proveedores o al menos limitación.

Fuente de Tablas 5 y 6. Elaboración propia a través de Esparrells, 1999; Villaroya, 2000.

### 3.3.2. Cuasimercados en políticas sanitarias.

La conformación de cuasimercados en el sistema sanitario es una tarea compleja, debido a las especificidades del sector caracterizadas previamente.

En primer lugar, no es sencillo introducir una competencia real, debido a las barreras de entrada, lo que lleva a una deriva monopolística (Calero, 1998). En segundo lugar, es cuestión central la medición de la eficiencia, que es un valor clave en esta discusión. Ésta se realiza mediante los resultados en salud y el desarrollo de indicadores. El manejo de la información se erige así en cuestión central. Como señaló Parrado existen riesgos y sesgos a tener en cuenta en

relación con este manejo: efecto trinquete, efecto umbral, esfuerzo de sustitución y declaración de datos inexactos (Parrado, 2015). En tercer lugar y como señala Calero, en entornos de alta competencia, para diferenciarse del resto y destacar las ventajas comparativas hay un esfuerzo y un gasto en publicidad y marketing que no se dedica a la mejora de calidad (Calero, 1998). En cuarto lugar, no es sencillo operacionalizar un sistema de evaluación y resultados en salud, y mucho menos hacerlo de modo que sea más comprensible a los pacientes, y que este sea un instrumento con el que los pacientes puedan realizar una elección informada. Por este motivo, los elementos con los que los pacientes suelen elegir son: la cercanía geográfica y la lista de espera y con frecuencia la elección deviene en una prerrogativa de las clases medias (Parrado, 2015). Ofrecer una elección real conlleva que los servicios tengan capacidad de crecer físicamente y esto no suele suceder en el lado de lo público, frecuentemente al límite de sus capacidades.

### 3.3.3. Efectos característicos y otros no deseados.

Si los modelos de la elección cumplieran con todos los requisitos teóricos y no hubiera efectos no deseados derivados de la implantación no habría consecuencias negativas en la utilización de este instrumento público (Parrado, 2021). Sin embargo, se producen algunos fenómenos característicos, paradójicos o indeseados que se enumeran a continuación.

1. Costes de transacción: la regulación, la administración y el control son complejos en el cuasimercado y en los operadores y generan una serie de costes. Se tiene por verdad aceptada en gestión sanitaria que el

operador privado es más eficiente que el público, pero perdería esta superioridad en estos costes.

2. Selección adversa o selección de riesgos: tendencia a atraer o a tratar pacientes menos complejos porque esto redundaría en un coste menor y en unas menores dificultades de manejo. Este fenómeno se intenta prevenir mediante instrumentos de financiación selectiva (López, 2003), es decir, establecer cápitales diferenciadas en función de características como la edad y/o la morbilidad.
3. Riesgo moral: si el anterior es una advertencia respecto al paso anterior a la prestación del servicio éste lo es posterior. Es la deriva que lleva a disminuir la calidad de un servicio con el objeto de reducir costes.

Tanto la selección adversa como el riesgo moral son disfunciones que surgen respecto al acceso a la información (Villarroya, 2000).

4. Principio de no quiebra. Aunque hay barreras de entrada al cuasimercado, el Estado puede ayudar a este proceso bien en la licencia bien en la conformación del operador privado con alguna decisión o acción. Asimismo, las razones y el proceso de salida suelen ser motivo de controversia y se ponen medios para ser evitada. La elección es simulada y limitada por lo que el sector público, ante amenaza de quiebra o disfunción del privado, decidirá intervenirlo o cogerlo.

No solamente el Estado puede actuar sobre el operador privado sino también sobre el reparto de los lotes a concesionar, lo que pone en entredicho la libre competencia.

5. Ascendencia sobre los profesionales. Los nuevos operadores privados intentarán atraer pacientes o adaptarse a sus necesidades y esto generará modificaciones en la demanda. La empresa deberá tener poder sobre las condiciones de trabajo de los profesionales (flexibilidad laboral, derecho privado) para adaptarse a esta demanda y lo hará, entre otras cosas, introduciendo incentivos.
6. La dispersión geográfica o la poca densidad de población son, en principio, condiciones poco óptimas de partida para la introducción de operadores privados, lo que es un modo de selección adversa a nivel de la macrogestión, pues la parte más costosa para prestar los servicios es administrada y provista por el Estado.
7. Orientación a los indicadores y no al proceso. El proceso es una parte importante en el proceso asistencial sanitario. Por esta razón las organizaciones sanitarias del sector público son calificadas como “procedimentales” (Parrado, 2015).
8. Existencia de incentivos: la competencia para ser efectiva, como comenta Parrado, debe tener consecuencias, teniendo que ir acompañada la financiación a la elección (Parrado, 2021).

9. Los operadores privados se quedan con la provisión de la parte asistencial pero hay un gran inversión de recursos públicos en la parte general (Salud Pública). Y dentro de la parte asistencial no es infrecuente que intenten llevar a cabo selección de riesgos, centrándose en la parte más lucrativa (Cabiedes, 2003). Un ejemplo muy ilustrativo de este fenómeno fue cuando se intentó concentrar en la Comunidad de Madrid la atención de los pacientes con más edad y más patologías en un centro de agudos y media estancia en el Hospital de La Princesa, en el contexto de un plan de extender el número de centros sanitarios de gestión privada (Comunidad de Madrid, 2013).

#### **4. Metodología.**

Se realizará un análisis empírico cuantitativo descriptivo acerca del caso de la Comunidad de Madrid basado en los indicadores y fuentes que se detallan a continuación. Para la elaboración de los indicadores se dispondrá de datos brutos publicados extraídos manualmente y de indicadores ya propuestos por la Administración sanitaria. Se realizará una reelaboración de indicadores para llevar a cabo un análisis comparado respecto de las dimensiones que se desean abordar, tal y como se detalla en el apartado “Desarrollo de indicadores”.

Es a partir de teorías existentes que se formulan hipótesis contrastables y que de manera deductiva se someterán a prueba en el estudio de caso de la Comunidad de Madrid.

Parejo a este proceso se atenderá a la definición de conceptos dentro del enfoque empírico, pues se centrará en “fenómenos políticos observables mediante datos extraídos de la realidad” (Chuliá, 2012).

Respecto al enfoque, se trabajará predominantemente con el neoinstitucionalista, en tanto en cuanto el Estado no resulta de las preferencias sociales sino que por el contrario se erige en actor autónomo que influye en los comportamientos a través de normas y pautas (Chuliá, 2012). Se atenderá preferentemente al institucionalismo de la elección racional o económico como “modo de concebir las instituciones como variables independientes que ofrecen a los actores políticos incentivos e información para que satisfagan sus intereses” (Chuliá, 2012).

#### 4.1. Desarrollo de indicadores.

Se utilizarán datos brutos e indicadores procedentes de la Administración sanitaria para elaborar comparaciones con relación al objeto de estudio. Así, se agruparán y se compararán datos e indicadores procedentes de los hospitales de gestión pública respecto a los de gestión privada mediante unidades comparables. Las unidades comparables se tomarán de hospitales de igual grado de complejidad y que son referencia de poblaciones similares en cuanto a tamaño y a características socioeconómicas.

La fuente de datos brutos e indicadores elaborados por la Administración se puede consultar en <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/HospitalesLista.aspx>

Se utilizarán las siguientes definiciones.

Eficacia: grado de cumplimiento de objetivos y obtención de resultados.

Eficiencia: aquello conseguido con los recursos existentes.

Libertad de elección: capacidad de preferir un centro hospitalario distinto al asignado para la realización de una prueba, ser sometido a una cirugía o tener una primera consulta con un médico especialista.

Equidad: igual distribución de recursos y oportunidades en el sistema sanitario.

La medición se llevará a cabo del siguiente modo.

Eficacia: se utilizarán datos de efectividad clínica y seguridad del paciente, que tienen que ver con procesos biomédicos como: índice de mortalidad general, mortalidad por las principales categorías, reingreso, infección y algunos procesos singulares. En concreto: índice agregado de mortalidad, mortalidad por infarto agudo de miocardio, mortalidad por ictus, mortalidad por hemorragia gastrointestinal, mortalidad por fractura de cadera, reingresos por insuficiencia cardíaca a los 30 días, porcentaje de cesáreas de bajo riesgo, porcentaje de cesáreas total, enfermedad tromboembólica postquirúrgica y prevalencia global de infección relacionada con la atención sanitaria.

Eficiencia: se analizará: porcentaje de hospitalizaciones, estancias medias, gastos en productos sanitarios y no sanitarios. En concreto: porcentaje de hospitalizaciones potencialmente evitables, estancia media de atención hospitalaria, peso medio de las altas hospitalarias, porcentaje de ambulatorización de procesos quirúrgicos, utilización de medicamentos genéricos y % de urgencias ingresadas.

Libertad de elección: se analizarán número de consultas entrantes y salientes de cada uno de los centros hospitalarios.

Equidad: se utilizarán datos de lista de espera (consultas externas, pruebas diagnósticas y quirúrgica) extraídos de <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/lista-espera>

Los datos y los indicadores serán extraídos de la fuente de la Comunidad de Madrid pero se realizará una reelaboración para atender al análisis que se explicita en la pregunta de investigación y en los objetivos.

De este modo, se compararán indicadores pertenecientes a dos bloques separados. En el primer bloque se nutrirá de hospitales de gestión pública y en el segundo de gestión privada. Asimismo, se atenderá la circunstancia del nivel de complejidad. Cada bloque estará integrado por hospitales que respondan a diferentes niveles de complejidad y que como resultado arrojen bloques comparables.

De esta manera tenemos que los hospitales de gestión privada son los siguientes que se detallan. Se acompañan de su nivel de complejidad y su población de referencia.

	Nivel de complejidad	Población de referencia
Hospital Universitario Infanta Elena	Baja	122.232
Hospital General de Villalba	Media	121.484
Hospital Universitario Rey Juan Carlos	Media	181.390
Hospital Universitario de Torrejón	Media	153.706

Tabla 7: Hospitales de gestión privada que operan en la red pública de la Comunidad de Madrid.

Fuente: Elaboración propia a partir de la fuente de la Comunidad de Madrid, que se puede consultar en <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/hospitales-red-servicio-madrileno-salud>

Se reclutaron unidades comparables en términos de complejidad y población de referencia resultando los siguientes.

	Nivel de complejidad	Población de referencia

Hospital El Escorial	Baja	113.114
Hospital Universitario de Móstoles	Media	170.922
Hospital Fundación de Alcorcón	Media	172.492
Hospital Universitario Severo Ochoa	Media	194.731

Tabla 8: hospitales control que se seleccionaron para comparar con los hospitales caso.

Para la reelaboración de indicadores, cuando había datos de los últimos tres años (2018, 2019 y 2020), se tomó la media de ellos. En otras ocasiones el dato era una ratio (relación), y se tomó ésta directamente.

En el caso de la equidad la lista de espera está referenciada al último dato disponible, es decir, febrero de 2022.

En el caso de los datos de libertad de elección y datos de población de referencia éstos están actualizados a 2020, ya que de este año datan las últimas memorias publicadas.

## 5. Resultados.

### 5.1. Presentación de resultados.

Eficacia.

El valor consignado pertenece al Ratio estandarizado en el indicador que se analiza. Un valor de 1 implica que el resultado coincide con el esperado en la Comunidad de Madrid. Si el valor es menor de 1 el fenómeno que describe el indicador es inferior al esperado en la Comunidad de Madrid ( <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/HospitalesComparativa.aspx?ID=22> )

En el caso de las categorías 7 y 8 se hace referencia a un porcentaje, medido como cociente del fenómeno que se estudia en relación al conjunto de eventos del área que se aborda.

Privada	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

I.Elena	0,80	0,81	0,80	0,97	0,83	1,16	18,59	19,68	1,22
Villalba	0,73	0,58	0,91	0,77	0,67	0,98	14,99	13,93	1,07
RJC	0,72	0,70	0,73	0,65	0,74	1,12	10,94	12,93	1,24
Torrejón	1,02	1,61	1,05	1,52	0,55	0,87	16,02	18,71	0,80

Públicos	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Escorial	1,22	-	1,20	3,58	0,99	0,42	21,76	24,42	0,39
Móstoles	0,94	1,14	0,90	1	1,73	1,35	19,7	21,46	2,46
Alcorcón	0,90	1	0,91	1,35	1	0,79	13,04	16,41	0,43
S. Ochoa	1,20	0,98	0,99	1,01	1,47	1,01	20,07	23,71	0,98

1. Índice agregado de mortalidad.
2. Mortalidad por infarto agudo de miocardio.
3. Mortalidad por ictus.
4. Mortalidad por hemorragia gastrointestinal.
5. Mortalidad por fractura de cadera.
6. Reingresos por insuficiencia cardiaca a los 30 días.
7. Porcentaje de cesáreas de bajo riesgo.
8. Porcentaje de cesáreas totales.
9. Enfermedad tromboembólica postquirúrgica.

Eficiencia.

El valor consignado pertenece:

- En las categorías 1, 4, 5 y 6 a porcentajes del suceso que se analiza respecto al total de su grupo.
- En la categoría 2 se consigna una relación de números enteros respecto al fenómeno analizado.
- En el caso de la categoría 3 se hace referencia a un indicador que refleja un cálculo de la complejidad y del consumo de recursos en cada uno de los ingresos hospitalarios.

Se pueden consultar los indicadores en

<http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/HospitalesLista.aspx?ID=22>

Privada	1	2	3	4	5	6
I. Elena	12,08	4,82	0,83	73,75	43,42	7,62
Villalba	16,85	5,05	0,81	74,42	39,69	8,48
RJC	14,04	5,38	0,86	70,81	40,35	12,88
Torrejón	8,77	4,30	0,72	72,81	34,43	9,44

Públicos	1	2	3	4	5	6
Escorial	14,31	5,12	0,72	74,93	42,22	7,34
Móstoles	12,52	5,67	0,70	68,72	36,15	11,12
Alcorcón	12,54	5,42	0,77	59,05	37,28	12,85
S. Ochoa	16,75	6,03	0,71	71,42	36,92	13,18

1. Porcentaje de hospitalizaciones potencialmente evitables.
2. Estancia media de atención hospitalaria.
3. Peso medio de las altas hospitalarias.
4. Porcentaje de ambulatorización de procesos quirúrgicos.
5. Medicamentos genéricos.
6. Porcentaje de urgencias ingresadas.

Libertad de elección.

Privada	1	2
I.Elena	9.352	1.172
Villalba	16.788	2.411
RJC	26.489	2.511
Torrejón	9.342	2.362

Públicos	1	2
Escorial	970	7.086
Móstoles	3.011	7.921
Alcorcón	5.356	2.559
S. Ochoa	1.248	9.793

1. Número de citas entrantes.
2. Número de citas salientes.

Se puede consultar en <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/memorias-e-informes-servicio-madrileno-salud>

Equidad.

Privada	LEQ		Especialista		Pruebas	
	1	2	1	2	1	2
I.Elena	5.381	10,72	5.381	10,72	2.154	8,8
Villalba	844	11,49	1.064	4,74	104	2,01
RJC	2.402	25,9	8.127	4,4	3.460	6,31
Torrejón	3.434	77,66	20.966	41,27	2.471	12,58

Pública	LEQ		Especialista		Pruebas	
	1	2	1	2	1	2
Escorial	799	55,71	7.612	20,55	1.912	40,56
Móstoles	1.934	61,69	13.969	29,87	4.406	29,4
Alcorcón	2.536	64,19	16.016	31,98	2.715	65,44
S. Ochoa	2.647	76,6	21.218	55,16	2.448	51,29

1. Número de pacientes en lista de espera.
2. Demora media en días.

LEQ: lista de espera quirúrgica.

Especialista: demora para consulta con médico especialista del hospital.

Pruebas: demora para realizarse una prueba diagnóstica.

Se puede consultar en <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/lista-espera>

## 5.2. Discusión.

Cabe deslindar dos áreas dentro de los indicadores que se estudian. La primera podríamos considerarla analítica o académica y englobaría a los indicadores de eficacia y eficiencia. La orientación de estas mediciones es preferentemente al sistema sanitario y a los profesionales. No cabe duda de que en último término es también al paciente porque todo en el sistema sanitario se hace por y para el paciente pero se puede entender fácilmente que no es común decidir ingresar en un hospital u en otro consultando y comparando, por ejemplo, el índice de reingreso por insuficiencia cardíaca a 30 días. No obstante, se puede remarcar la gran utilidad que probablemente tengan los indicadores no sólo para competir sino para mejorar (Parrado, 2015). Si tuviéramos que resumir con dos palabras la distribución de los resultados obtenidos en este primer área podemos decir que “heterogénea”, “divergente” y que no consolida ninguna tendencia. Es cierto que en los primeros indicadores de la serie de eficacia que se estudian como ratio (relación) tienen aparentemente mejores resultados los hospitales de gestión privada. No obstante, se puede apreciar que uno de ellos, el hospital de Torrejón, se comporta como caso atípico u “outlier”. No podemos dejar de comentar que en estas ratios que analizamos los hospitales de gestión pública tienen unos resultados en comparación peores y tales diferencias nos pueden llevar a considerar la posibilidad de sesgo.

Los hospitales de gestión pública que llevan más tiempo prestando servicios, independientemente del grado de complejidad y la población asignada, suelen

atender población con más comorbilidad, manejar casos más complicados y realizar procedimientos más complejos que los hospitales de reciente construcción y puesta en marcha. Opera un mecanismo implícito de selección de riesgos. La patología menos compleja o determinadas prestaciones como algunas quirúrgicas en pacientes más jóvenes se presta mejor a la economía de escala y a la producción “fordista” que suele ser objeto de atención de los nuevos gestores de los operadores privados.

Esto no es tan dependiente de la gestión pública o privada sino también, como se ha resaltado, del tiempo que lleva el hospital operando. No cabe ninguna duda, por ejemplo, de que un hospital como la Fundación Jiménez Díaz, que es decano de la Comunidad de Madrid y fue pionero en la gestión privada, tiene una cartera de riesgos y pacientes complejos mayor que la de los hospitales nuevos de gestión privada que se han concesionado en las últimas oleadas. Llama la atención que entre los hospitales de alta complejidad éste es el único de gestión privada por 7 públicos. A su vez, éste operaría como una suerte de hospital de referencia de casos complejos del circuito de gestión privada, estableciéndose así flujos separados que contrastan con los postulados del Área única.

En relación con otras observaciones en este bloque se pueden realizar los siguientes comentarios. En primer lugar, llama la atención que los porcentajes de cesáreas son en general menores en los hospitales de gestión privada contradiciendo a los estereotipos y algunas series de datos (El parto es nuestro, fecha sin especificar).

En segundo lugar, en el cálculo de la eficiencia podemos confirmar las impresiones generales que tienen profesionales y pacientes: en los hospitales de gestión pública se ingresa más, los ingresos duran más y no se es tan

“concienzudo” con el ingreso evitable. En este caso también tenemos que reflexionar que el control de la Atención Primaria se establece aquí como un factor relevante. Si se ingresa poco y esta opción opera como viable es porque se tiene una buena red de Atención Primaria que va a “sostener los episodios” y a evitar que el paciente termine con una complicación del proceso que le llevó a consultar. Si el hospital de gestión privada transfiere esas atenciones a la red pública mejora sus indicadores pero lo hace a resultados de una red pública que sostiene. Cuando se concesiona la atención secundaria de un área sin la primaria o sin la concesión entera del área se crean estas curiosas “cohabitaciones” que tienen unas dinámicas, disfunciones y consecuencias peculiares.

Podemos observar una prolongación de este fenómeno en la ambulatorización de la actividad quirúrgica, que efectivamente es mayor en los hospitales de gestión privada.

En tercer lugar llama la atención una baja prescripción de genéricos en los hospitales de gestión privada pues es una de las dimensiones que mejor hace funcionar la autogestión, pero cabe pensar que en el caso de la prescripción hospitalaria la empresa no tiene incentivos sobre la factura farmacéutica sino que ésta se gestiona de manera central.

El segundo área al que tenemos que atender es al de la libertad de elección y la equidad, que han sido operacionalizadas mediante el balance entre consultas salientes y entrantes y la lista de espera respectivamente. Se trata de sencillos indicadores comparativos de carácter pragmático que los pacientes

probablemente utilicen en la vida real para realizar elecciones y tomar decisiones. En primer lugar, cabe reflexionar sobre la tendencia indudable y apabullante que apunta a que los hospitales de gestión privada se comportan como receptores netos de pacientes y los de gestión pública como emisores. Lo más probable es que dicha dimensión esté en relación con la siguiente, pues como se ha comentado en el marco teórico una de las principales razones para la elección es la lista de espera. En los hospitales de gestión pública hay una lista de espera inasumible y esto genera esos flujos; sería la hipótesis. Si vamos a la segunda dimensión, la lista de espera, vemos que efectivamente es así: la lista de espera de la gestión privada es menor que la de la gestión pública. Pero cabe destacar que aunque la del público es mayor, tampoco es una lista que pueda decirse que es inasumible para los pacientes y para el sistema sanitario. Sin embargo, lo que la evidencia empírica en la vida real indica es que la lista de espera es en realidad mucho mayor que la aquí descrita y que es efectivamente esa circunstancia la que genera los flujos. Volvemos a la espinosa cuestión de cómo se mide la lista de espera, a partir de qué momento del proceso asistencial, bajo qué condiciones... Se han realizado cuestionamientos frecuentes a los sistemas de salud por cómo miden y reportan la lista de espera por sospechar que obedece a maniobras de maquillaje de la misma (Galaz, 2005). No es algo que suceda solamente en la Comunidad de Madrid ni en ese color político sino que sucede en más Comunidades y Comunidades gobernadas por diferentes signos políticos. También llama la atención que algunos hospitales de gestión privada tienen muchos pacientes en lista de espera pero poca lista de espera: convendría revisar la carga de trabajo de los profesionales y cómo organizan tanto su trabajo como sus retribuciones. Se vuelve a observar el comportamiento

“outlier” del hospital de Torrejón en este caso; sería interesante profundizar en el porqué. También sería productivo estudiar qué pacientes nutren esos flujos: su clase socioeconómica y los procedimientos por los que eligen el desplazamiento (intervención quirúrgica, consulta externa, prueba diagnóstica etc).

Por último, quedaría por analizar la facturación intercentros: cuánto dinero se paga al hospital de gestión privada por cada uno de los desplazamientos además de estudiar cómo funciona el “call center”: en todos los cuasimercados el control de este instrumento es clave para instaurar y nutrir adecuadamente esos flujos. Los pacientes no toman usualmente solos la decisión de desplazarse a otro centro diferente al suyo de referencia consultando los indicadores (Tudor Hart, 2009). Es una operadora telefónica quien se comunica con ellos; de esa llamada y de la forma en la que se establezca la interlocución sumado a las posibilidades del paciente de desplazarse y a la necesidad percibida se realiza o no la elección y el desplazamiento.

## 6. Conclusiones.

- La decisión de implementar un cuasimercado puede ser técnica pero es por lo general política, esto es, relacionada con preferencias y valores. Se tiene que contar con unos requisitos que no siempre están dados y el establecimiento del cuasimercado puede tener consecuencias sobre la eficacia, eficiencia, libertad de elección y equidad de las políticas sanitarias. Hay una serie de prácticas relacionadas con el proceso de implementación que hay que conocer para poder, en lo posible, evitar o minimizar.
- La Comunidad de Madrid es un caso paradigmático de estudio de cuasimercado en políticas sanitarias. Al estudiar los impactos sobre las políticas sanitarias se advierten tendencias heterogéneas y divergentes en el caso de la eficacia y la efectividad, pero no así en el caso de la libertad de elección y de la equidad. En éstas dos últimas dimensiones se observa claramente que los hospitales de gestión privada tienen listas de espera anecdóticas en relación a los de gestión pública y que generan un saldo neto claro como receptores de pacientes de otras áreas, lo que tiene consecuencias sobre la equidad en el acceso.

## 7. Bibliografía.

Las referencias se presentan en formato APA y han sido generadas por el gestor bibliográfico Mendeley Reference Manager versión 2.70.0.

Albi Ibáñez, E. (n.d.). Nuevos esquemas de gestión pública (mecanismos cuasi-competitivos y de mercado, y privatizaciones). *Revista Española de Control Externo*.

Cabiedes Miragaya, L. (2003). *Aplicación de la nueva gestión pública a las reformas sanitarias del Reino Unido, Suecia, Nueva Zelanda y España*. Documento de trabajo. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Oviedo.

Calderón, R. G. (1996). Reformas de New Public Management: el caso de la Administración sanitaria catalana. *GAPP*, 5–6.

Calero, J. (1998). *UNA EVALUACION DE LOS CUASIMERCADOS COMO INSTRUMENTO PARA LA REFORMA DEL SECTOR PUBLICO ECONOMIA PUBLICA*. Fundación BBV. Centro de estudios de economía sobre el sector público.

Comunidad de Madrid: fuentes de datos.

- Control y seguimiento de hospitales concesionados de gestión indirecta <https://www.comunidad.madrid/transparencia/control-y-seguimiento-hospitales-concesionados-gestion-indirecta>
  
- Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud <https://www.comunidad.madrid/transparencia/control-y-seguimiento-hospitales-concesionados-gestion-indirecta>
  
- Listas de espera en servicios públicos <https://www.comunidad.madrid/transparencia/listas-espera-servicios-publicos>
  
- Datos estadísticos Consejería de Sanidad <https://www.comunidad.madrid/transparencia/presupuestos-contratos-subvenciones/datos-estadisticos>
  
- Área única de salud en la Comunidad de Madrid:
  - Ley 12/2001, de 21 de Diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid [http://www.madrid.org/wleg\\_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&nmnorma=403&cdestado=P#no-back-button](http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&nmnorma=403&cdestado=P#no-back-button)
  
  - Decreto 52/2010, de 29 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área única de Salud de la Comunidad de Madrid

[http://www.madrid.org/wleg\\_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?cdestado=P&nmnorma=6641&opcion=VerHtml#no-back-button](http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?cdestado=P&nmnorma=6641&opcion=VerHtml#no-back-button)

- Ley 6/2009, de 16 de Noviembre, de libertad de elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-2187>
- Plan de medidas de garantías de sostenibilidad del sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid [https://www.satse.es/media/comunidad\\_de\\_madrid/documentos/informes/plan-de-medidas-de-garantia-de-la-sostenibilidad-del-sistema-sanitario-publico-comunidad-de-madrid](https://www.satse.es/media/comunidad_de_madrid/documentos/informes/plan-de-medidas-de-garantia-de-la-sostenibilidad-del-sistema-sanitario-publico-comunidad-de-madrid)

Cortina, A., Hidalgo, M., Parrado, S., Simón, P., Torreblanca, J. I., & Villoria, M. (2020). *CÓMO SALVAR LAS DEMOCRACIAS LIBERALES*. Círculo de Empresarios.

Chuliá, E., & Agulló Pastor, M. V. (2012). *Cómo se hace un trabajo de investigación en Ciencia Política*. Libros de la Catarata.

Delgado Sotillos, I., & López Nieto, L. (2011). *Actores y comportamiento político*. UNED.

Del Pino, E., & Rubio Lara, M. J. (2013). Los Estados de bienestar en la encrucijada. Políticas sociales en perspectiva comparada. *Tecnos*.

Dunleavy, P., & Hood, C. (1995). *GAPP\_03: De la Administración Pública tradicional a la nueva gestión pública. Ensayo sobre la experiencia modernizadora de diversos países desarrollados. Informes sobre procesos de cambio administrativo en otros países.*

Dussauge Laguna, M. I. (2009). ¿Todos los caminos llevan a la nueva gestión pública? Tres argumentos sobre las reformas administrativas en los países en desarrollo/transición\*. *Revista Chilena de Administración Pública*, 13.

El parto es nuestro. (n.d.). *El parto hospitalario: Sanidad pública y/o privada*. Retrieved May 29, 2022, from <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/el-parto-hospitalario-sanidad-publica-yo-privada>

Esparrells, C. P., & Salinas Jiménez, J. (1999). *CUASIMERCADOS EN EL ÁMBITO EDUCATIVO: UNA APROXIMACIÓN A LA EXPERIENCIA BRITÁNICA*.

Galaz, M. (2005). Sanidad asegura que Aguirre falsea los datos de la lista de espera. *El País*.

[https://elpais.com/diario/2005/11/24/madrid/1132835055\\_850215.html](https://elpais.com/diario/2005/11/24/madrid/1132835055_850215.html)

García Sánchez, I. M. (2007). La nueva gestión pública: evolución y tendencias. *Presupuesto y Gasto Público*, 47, 37–64.

Garrido García, J. (2012). La Nueva Gestión Pública: el nuevo modelo de administración pública. *Nuevos Tiempos, Nuevos Retos, Nuevas Sociologías*.

Gérvás Camacho, J., Gavilán Moral, E., & Jiménez de Gracia, L. (2012). Puntos clave Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina Enrique Gavilán Moral. *AMF*, 8(6), 312.

Gimeno Ullastres, J. (2015). *Mercado y Estado: intervencionismo público*. Máster de Administración Sanitaria. UNED.

Gregori, A. (2013). La provisión de servicios sanitarios en el ámbito público: una revisión crítica en torno al concepto de cuasimercado. *Revista Internacional de Organizaciones*, 11, 191–212.

Huber, E., Lange, M., Leibfried, S., Levy, J., Nullmeier, F., & Stephens, J. (2017). *Transformaciones del Estado Contemporáneo*. Tirant Lo Blanch.

Isabel, A., Álvarez, E., & Arias Rodríguez, A. (2016). 30 años de reforma sanitaria. Situación actual y perspectivas de la gestión clínica en España. In *Revista Española de Control Externo* • (Vol. 53).

López Casanovas Jaume Puig-Junoy Juan José Ganuza Ivan Planas Miret, G. (2003). *Los nuevos instrumentos de la gestión pública*. Vol31. Fundación La Caixa. Colección Estudios Económicos.

Moreno, L., & Sarasa, S. (1992). Génesis y desarrollo del Estado del Bienestar en España. *CSIC. Unidad de Políticas Comparadas*, 13.

Meneguzzo, M. (2007). *GAPP\_10: Marco Meneguzzo. De la New Public Management a la Public Governance: el péndulo de la investigación acerca de la Administración pública.*

Ortún Rubio, V. (1993). *Gestión Pública*. Centro de estudios sobre economía del sector público. Fundación BBV.

Ortún-Rubio, V. (1995). *LA ATENCIÓN PRIMARIA, CLAVE DE LA EFICIENCIA DEL SISTEMA SANITARIO* *View project.*  
<https://doi.org/10.1186/ISRCTN14062994>

Parrado, S. (2021). ADMINISTRACIONES PÚBLICAS: CALIDAD INSTITUCIONAL Y ADECUACIÓN ENTRE FINES Y MEDIOS. *Papeles de Economía Española*, 168.

Parrado, Salvador. Valores públicos y sector privado, ¿una cuestión de control o de confianza? / Salvador Parrado, Anne-Marie Reynaers. – 1ª ed. – Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública, 2017. – 221 p.; 24 cm. – (Colección INNAP INVESTIGA. Serie INNOVACIÓN ADMINISTRATIVA).

Parrado, S. (2015). *El análisis de la gestión pública*. Tirant Lo Blanch.

Plaza, A. M. (2007). ¿Se puede construir un sistema público de salud con bienes económicos? Siete puntos críticos. In *Rev Adm Sanit* (Vol. 5, Issue 1).

Robles González, E., Bernabeu Mestre, J., & García Benavides, F. (1996). La transición sanitaria: una revisión conceptual. *Boletín de La Asociación de Demografía Histórica*. XIV(1), 117–144.

Tarrow, S. (2020). *El poder en movimiento: los movimientos sociales, la acción colectiva y la política*. (3rd ed.) Alianza editorial.

Tudor Hart, J. (2009). *La economía política de la sanidad. Una perspectiva clínica*. Fundación Sindical de Estudios y Comisiones Obreras de Madrid. Ediciones GPS.

Villarroya Planas, Ana., España. Ministerio de Educación, C. y Deporte., & Centro de Investigación y Documentación Educativa. (España. (2000). *La financiación de los centros concertados*. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

Wilkinson, R., Marmot, M., & Academic Search Complete. (2003). *Social Determinants of Health: the Solid Facts*. World Health Organization.