

Las reformas de sistemas nacionales de salud en los años 90: un análisis del caso británico

Francisco Campos Braga Neto¹

Resumen

Los sistemas de salud en los países industrializados han soportado en los últimos años condiciones de crisis que llegaron a afectar incluso sus principios fundadores. Los gobiernos intentan encontrar soluciones que sean compatibles a la vez con las características de cada sistema de salud nacional y el contexto social, político, económico y cultural de cada país. Como consecuencia se ha verificado la emergencia de lo que se podría llamar una “nueva ola” de estrategias de reforma, que comprende la organización de cuasi-mercados y la utilización de mecanismos de competencia, para mejorar el desempeño y la eficacia de los sistemas de salud y al mismo tiempo responder a las crecientes

Palabras clave

Reforma de la atención médica, Reino Unido, cuasi mercados, evaluación.

Key-words

Health care reform; United Kingdom, quasi markets, assessment.

1. Docente e Investigador de la Escuela Nacional de Salud Pública, Fundación Oswaldo Cruz y de la Universidad Federal de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

2. Ver nota en página xx.

Introducción

Los sistemas de salud en los países industrializados han atravesado en estos últimos años una crisis profunda que afectó a todos sus componentes, tocando incluso sus principios fundadores (OECD, 1994; Contandriopoulos, 1994). Los gobiernos intentan encontrar soluciones para enfrentar esa crisis que sean compatibles a la vez con las características de cada sistema de salud nacional y el contexto social, político, económico y cultural de cada país.

Resulta sorprendente constatar la convergencia de medidas implementadas en países muy diferentes en otros aspectos. En efecto, el examen atento de ese proceso revela la emergencia de lo que se podría llamar una “nueva ola” de estrategias de reforma, que comprende la organización de cuasi-mercados,² la utilización de mecanismos de competencia como medio para mejorar el desempeño y la eficacia de los sistemas de salud y al mismo tiempo responder a las crecientes

exigencias de los ciudadanos en materia de calidad de servicios. Estas experiencias de transformación plantean cuestiones de orden teórico y político, que en esta presentación son analizadas a partir del proceso de reforma del National Health Service, en el Reino Unido. El artículo analiza el contexto de la reforma en el último período de la administración Thatcher, los aportes doctrinarios que alimentaron la toma de decisiones y las características del proceso de cambio, presentando las conclusiones de algunos de los primeros intentos de evaluación sobre sus resultados.

Abstract

In recent years Health Systems in industrialised countries have undergone crisis conditions that have shaken their founding principles to some extent. Governments try to find solutions compatible both with national Health System features and with the social, political, economic and cultural context of each country. In consequence a "new wave" of reform strategies has arisen. These strategies comprise the organisation of quasi markets and the utilisation of concurrence mechanisms in order to improve the performance and efficacy of the Health Care System, and at the same time to answer to the growing requirements of citizens regarding service quality. These reform experiences give rise to theoretical and political issues that in this presentation are analysed with reference to the reform process of the National Health Service in the United Kingdom. The article analyses the context of the reform in the last period of the Thatcher administration, the theoretical grounds underlying decision-making and the features of the process of change; and it also submits the first attempts at evaluating the results of the process of change.

tes exigencias de los ciudadanos en materia de calidad de servicios (Ham & col. 1990; Bengoa & Hunter, 1991).

Esta nueva ola, despegada de la experiencia americana bajo la administración Reagan, cuando la competencia sustituye a las medidas tradicionales de regulación gubernamental como eje de la política de control de gastos de salud (Feldstein, 1986; Enthoven, 1987). Incluso si esta política no parece haber dado resultados satisfactorios (Fuchs, 1988; Evans, 1993), inspiró sin embargo a los países cuyos sistemas de salud están financiados fundamentalmente por el Estado o por sistemas de seguro social.

Desde fines de los años 80 se verá en todas las regiones europeas, en los países del Norte (Reino Unido, Suecia, Finlandia), en los países centrales, (Alemania, Bélgica) en los países mediterráneos (Italia) y también en la Europa del Este (Rusia) iniciativas dentro de esta orientación. Reformas similares serán emprendidas en Oceanía (Australia y Nueva Zelanda). Del mismo modo en Quebec, estas ideas, presentadas como un complemento oportuno a los mecanismos de regulación existentes, alimentan el debate en curso sobre el porvenir del sistema de salud (Champagne y col. 1994; Castonguay, 1995). E incluso en Brasil, algunos evocan la reestructuración del sistema de salud, instaurando un mercado de compradores y proveedores de atención (Bittar, 1996).

Si bien las estrategias adoptadas por cada país se diferencian por la esfera que se privilegia para la introducción de mecanismos de mercado, ya sea la del financiamiento, de la asignación de recursos o de la prestación de servicios (Saltman, 1994), se debe verificar la fuerza de difusión de esas iniciativas en países muy diferentes y sin consideración a la naturaleza "beveridgiana" o "bismarckiana" de sus sistemas de salud.

En este sentido, este fenómeno no es sólo una efímera moda neoliberal, sino que parece traducir una tendencia pesada: la introducción en los sistemas nacionales de salud de mecanismos de competencia en adición a los instrumentos empleados tradicionalmente: la planificación, la autorregulación profesional y los recursos políticos. Estas reformas representarían por consiguiente la configuración de un nuevo modo de regulación, el del *mercado planificado* (Saltman & von Otter, 1992) o la materialización de un nuevo paradigma para la organización de la atención de salud. (Chernichovski, 1995).

En unión a la importancia misma del movimiento, suficiente en sí mismo para justificar un examen minucioso, no es posible ignorar toda la controversia sobre los efectos de estas políticas. Teniendo en cuenta los problemas ya bien analizados del funcionamiento del mercado en el dominio de la salud (Evans, 1984) ciertos autores no solamente dudan de la posibilidad de establecer cuasi-mercados en los sistemas públicos de salud sino también, algo que es más importante, se preguntan en qué medida los valores y comportamientos suscitados por estas reformas amenazan los principios fundadores de estos sistemas: la solidaridad social, el acceso universal y equitativo a la atención, las reglas de conducta dictadas por cada una de las disciplinas, y la imputabilidad pública de los prestadores. (Anderson, 1992; Light, 1992a; Donaldson & Mooney, 1993; Maynard, 1993; Schneider Bunner, 1994).

Como se constata, estas experiencias de transformación plantean preguntas tanto de orden político como teórico, y si bien son todavía demasiado recientes para que pueda construirse una idea clara y definitiva de sus resultados y consecuencias, nos parece oportuno analizarlas.

La envergadura del proyecto es tal que hemos elegido dar cuenta de un solo caso, el de la reforma del sistema británico. Si bien esta elección limita necesariamente la generalización de las conclusiones de este estudio, nos parece como la única que puede permitir un análisis en profundidad del proceso. Hemos optado específicamente por el caso británico porque el *National Health Service* (NHS) simbolizó, desde la postguerra, el modelo internacional de sistema público de salud, pero también y particularmente porque es en el Reino Unido donde el proceso conducente a la creación de un cuasi mercado es más radical y está más avanzado (Light, 1992a; May & Light, 1992; Klein, 1995).

La introducción de mecanismos de competencia en el National Health Service

Los antecedentes de la reforma

No es posible analizar la reforma en curso en el NHS sin referir, aunque sea brevemente, al contexto político y social en el cual nació y luego fue desarrollada.

La política de salud puesta en marcha desde el comienzo de los años 80 se inscribe en el programa neoliberal del gobierno de Thatcher (Scheffler, 1992; May, 1992) basado sobre las siguientes premisas: i. la prioridad otorgada a la consolidación de la economía y la moneda en detrimento de las políticas sociales, consideradas secundarias; ii. la convicción de que las actividades productivas y la prestación de servicios deben ser, de preferencia, dejadas al sector privado y iii. la creencia en que la débil eficiencia de la administración pública se debe principalmente a la influencia demasiado importante de grupos profesionales cuyos comportamientos están motivados por intereses corporativos en mayor medida que por el ideal del servicio público (Butler, 1994).

En cuanto a los servicios de bienestar social, el gobierno, habiendo renunciado a su política de privatización, en sus dos primeros mandatos se concentra fundamentalmente sobre dos estrategias: i. una política rígida de control presupuestario, y ii. iniciativas de modernización administrativa donde el enfoque de gestión privada es trasladado a la gestión de los servicios sociales en la esperanza de alcanzar una utilización de recursos más eficiente.

La expectativa de modernización del NHS se concreta particularmente a través de la profesionalización de la gestión, con el empleo de administradores como cuadros en la estructura decisional del sistema, en sustitución al modelo tradicional de gestión colegiada por consenso (Hudson, 1992; Appleby & col. 1994). En la administración interna de los servicios hospitalarios, los esfuerzos se aplican sobre todo a integrar y controlar ante todo el comportamiento de los médicos, favoreciendo su participación en las decisiones administrativas y financieras a través de modalidades como el *presupuesto de gestión de recursos*. (Packwood & col, 1993). La compra de servicios a terceros es igualmente estimulada, particularmente para las actividades no clínicas. Esta práctica, en ruptura con el modelo que designa al Estado como responsable directo por la prestación de servicios, tendrá un alcance simbólico considerable (Butler, 1994).³

Sin embargo, independientemente de las ganancias en eficiencia permitidas por estas medidas,⁴ la política de restricción del gasto en curso durante este período agrava la situación del NHS. En efecto, los gastos de salud del Reino

2. Aunque la expresión "mercado interno" sea utilizada en los documentos oficiales relativos a la reforma del NHS, hemos privilegiado aquí el concepto de "cuasi mercado" (Le Grand, 1991, Le Grand & Bartlett, 1993) para designar esas formas de competencia. En efecto, la expresión "mercado interno" puede inducir a error, sugiriendo que sólo los proveedores públicos participan en ese mercado. Una expresión alternativa para describir el fenómeno en cuestión sería "mercados planificados" concebida por Saltman & von Otter. Sin embargo la expresión "cuasi mercado" nos parece más apropiada.

Le Grand & Bartlett (1993) la utilizan para describir el conjunto de reformas en curso en el dominio social en el Reino Unido y explican en estos términos las razones que los justifican:

"Son "mercados" porque reemplazan proveedores monopólicos del Estado con proveedores independientes competitivos. Son "cuasi" por diferir de los mercados convencionales en una serie de formas clave. Las diferencias se encuentran tanto en la oferta como en la demanda. En la oferta, como sucede en los mercados convencionales, hay competencia entre empresas productivas u oferentes de servicios. Sin embargo, en contraste con los mercados tradicionales todas estas organizaciones no procuran necesariamente la maximización de sus ingresos; ni son necesariamente de propiedad privada.

En el lado de la demanda, el poder de compra del consumidor no se expresa en términos monetarios en un cuasi mercado. En cambio toma la forma del control de un presupuesto o "voucher" limitado a la compra de servicios específicos asignados a los usuarios, o está centralizado en una sola agencia de compra estatal (...) en la mayoría de los casos, no es usuario directo el que ejerce las elecciones concernientes a las decisiones de compra, en cambio estas elecciones son a menudo delegadas a una tercera parte. (...)

Estos cuasi mercados de bienestar difieren así de los mercados convencionales en una o más de tres formas: organizaciones sin fines de lucro compitiendo por contratos públicos, a veces en competencia con organizaciones con fines de lucro, poder de compra del consumidor ya sea centralizado en una sola agencia de compra o asignado a los usuarios bajo la forma de *vouchers* más que efectivo; y en

algunos casos, los consumidores están representados en el mercado por agentes en lugar de operar por sí mismos" (p. 10).

3. En ese sentido, la reforma de 1991, aunque constituye el cambio más radical que haya conocido el NHS en toda su historia, estaba ya augurada por medidas implementadas durante los años precedentes.

4. Durante los años 80, el NHS redujo en 28% la duración media de la hospitalización, en 17% el número de camas de corta estancia, mientras que la tasa de ocupación se mantenía a un nivel casi óptimo de 85%. Esto se acompaña de una baja del 10% del costo medio real de hospitalización de pacientes agudos.

5. Sin negar que ese sistema haya permitido garantizar el acceso universal a la atención o el control macroeconómico de los gastos de salud, Enthoven (1985, 1991) ha identificado ciertos problemas estructurales en el seno del NHS:

1. la estructura interna de poder y los intereses en juego representaban un "gridlock" (cerrojo) para toda tentativa de cambio ("Es más difícil cerrar un hospital del NHS que se ha tornado inútil que una base militar americana que ya no es necesaria").

2. la estructura carece de flexibilidad en razón de una centralización excesiva del proceso decisorio y de reglamentos administrativos que impiden la adaptación del sistema a las particularidades de cada una de las regiones;

3. el NHS no ofrecía ninguna disposición que estimulara a la eficiencia. Por una parte el presupuesto de los establecimientos hospitalarios no estaba en proporción al volumen de pacientes ni a la calidad de la atención. Por otra parte, el contrato de trabajo de tipo vitalicio no estimulaba comportamientos innovadores de parte de los médicos especialistas.

4. el NHS no disponía de sistemas de información sobre el costo de actividades o la calidad de la atención, para apoyar la toma de decisiones. Por consiguiente, la lógica de imputabilidad en vigor era en mayor medida de naturaleza procedimental que en razón de los resultados obtenidos;

5. la cultura organizativa dominante, esencialmente fundada en los valores e intereses profesionales, no tenía en cuenta las preferencias de los usuarios ni su derecho a elegir los proveedores.

Unido progresan más lentamente durante los años 80 que en los dos decenios precedentes (Butler, 1994). El presupuesto sectorial que, hasta 1983, había acompañado la progresión del PBI, hace más lento su crecimiento, compresión que tendrá efectos importantes a causa del envejecimiento de la población (OECD, 1995). Se deplora especialmente el cierre de camas y el alargamiento de las listas de espera, lo que provoca la insatisfacción creciente de los usuarios.

Es pues en un contexto de crisis que el gobierno Thatcher decide en 1987 emprender una reforma en profundidad del NHS. Y paradójicamente, es el "éxito" de la política de control de los gastos y las presiones sociales que se suceden lo que conduce a estos cambios (Saltman & von Otter, 1992; Glennerster & Matsaganis, 1994; Klein, 1995).

En ese momento, el Reino Unido, contrariamente a los otros países industrializados, ha alcanzado ya su objetivo de control del gasto. El desafío es otro. Consiste ahora en encontrar respuestas satisfactorias a las demandas de los usuarios ampliando las bases de financiamiento del sistema o iniciando cambios organizacionales más radicales aún, susceptibles de producir beneficios de eficiencia adicionales (Glennerster & Matsaganis, 1994).

Las propuestas de reforma

El proyecto de reforma presentado en 1989 y puesto en marcha en 1991 surgió, por una parte, de las experiencias llevadas adelante por el gobierno a fines de los años ochenta que introdujeron cuasi mercados en otros sectores sociales como la educación y la vivienda. (Le Grand, 1991). Por otra parte, se inspira en el análisis del economista estadounidense Alain Enthoven quien, desde 1985, sugería la transposición de ciertos elementos del modelo de *managed competition* al contexto británico de los servicios de atención médica, creando un mercado de compradores y de proveedores de atención.⁵ (Enthoven, 1985, 1991; Day & Klein, 1991a; Light, 1992; Glennerster & Matsaganis, 1994; Ham, 1996).

Si la reforma modifica el NHS, lo hará manteniendo algunos de sus rasgos originales, tales como el modelo de financiamiento basado en el principio de solidaridad social, la cobertura universal, el acceso gratuito a la atención y el control eficaz del gasto (OECD, 1995). Aunque se estudió la posibilidad de modificar

la estructura de financiamiento del sistema (Glennerster & Matsaganis, 1994; Ham, 1994) el gobierno limitó los cambios exclusivamente a los capítulos de asignación de recursos y prestación de servicios (Saltman, 1994).

La reforma se articula alrededor de siete cambios principales que en conjunto procuran aumentar la eficacia y la satisfacción de los usuarios:

1. la descentralización del poder decisonal hacia los actores locales, autoridades sanitarias de distrito (ASD), médicos generalistas y administradores de hospitales, de manera de hacer al sistema más flexible y más orientado a responder a las necesidades de los usuarios;

2. la disociación de las funciones de compra y provisión de servicios;

3. la redefinición de las funciones de las ASD que se convierten en compradores de servicios;

4. la atribución a los médicos generalistas de un rol de controladores de presupuesto;

5. la conversión de los hospitales públicos en fundaciones (*self-governing trust hospitals*), a diferencia de la condición anterior en que eran gerenciados directamente por el NHS;

6. el establecimiento de un contrato como instrumento para regular las relaciones entre compradores y proveedores de servicios;

7. la adopción de un mecanismo de asignación de recursos financieros a las ASD fundado sobre criterios vinculados a características demográficas y sanitarias de las poblaciones locales, y no ya sobre la red de establecimientos asentados en cada distrito.

La separación de las funciones de compra y provisión de servicios es determinante para la instauración de un cuasi mercado en el seno del NHS. En esta estructura descentralizada, las ASD disponen de mucho más poder y autonomía administrativa y se convierten en los verdaderos responsables de la política local en materia de salud. En contraposición, dejan de tener a su cargo la gestión de los servicios. Su función será fundamentalmente identificar las necesidades de salud de su población y definir las prioridades locales en materia de salud, información sobre la cual descansará el proceso de contratación de servicios hospitalarios. Es decir que en tanto compradores de servicios, por consiguiente libres de toda obligación en cuanto al financiamiento de tales servicios, las ASD no asignarán ya automáticamente recur-

tos a los establecimientos públicos de salud establecidos sobre su territorio. Podrán contratar con cualquier establecimiento —público o privado, en el interior o exterior de su distrito— en función, exclusivamente, de criterios de precio y calidad.

El mecanismo de asignación de recursos financieros a las ASD es también modificado. Su presupuesto respectivo, calculado anteriormente en función de la red de establecimientos, lo será en adelante a partir de las necesidades de salud de la población local. Estos recursos serán luego transferidos a los proveedores según los contratos de compra o, por defecto, según la utilización de servicios efectivizada por la población. El dinero ya no estará vinculado a los servicios, sino a los usuarios.

En paralelo, la reforma permite a los médicos generalistas asumir, en ciertas condiciones, el rol de compradores de servicios hospitalarios necesarios para sus pacientes (el mecanismo de *fundholding*).⁶ La idea subyacente sugiere que el control de presupuesto por parte de los generalistas les permitirá ser más exigentes en relación a sus colegas especialistas y a los establecimientos con los cuales se contrata, y a partir de ello, se espera, obtener una provisión de servicios más eficiente y de mejor calidad.

Además, el hecho que los generalistas controladores de presupuesto puedan utilizar en la mejora de los servicios ambulatorios los recursos no gastados, es una condición propicia a la búsqueda de una asignación óptima de los recursos y de las actividades de promoción y prevención en materia de salud.

Por su parte, los hospitales se convierten en tributarios de la firma de contratos para la obtención de recursos financieros necesarios para su funcionamiento. Presionados para ofrecer condiciones ventajosas en relación a sus competidores potenciales, los administradores y profesionales de salud deberán en principio poner en marcha soluciones inventivas y más eficaces para organizar y proporcionar servicios de salud.

Al mismo tiempo, la reforma permite la conformación de los hospitales como fundaciones (*self governing trusts hospitals*). Esta conversión les otorga mucha más flexibilidad y autonomía de gestión, de manera que puedan adaptarse mejor a las nuevas condiciones de competencia. Los consejos

de administración y los directores de hospitales disponen por consiguiente de una cierta autonomía para gerenciar el patrimonio del establecimiento, para definir los contratos de trabajo, para establecer las remuneraciones particulares e incluso, para solicitar financiamiento de fuentes privadas para nuevos proyectos.⁷

Finalmente, en la nueva estructura del NHS, las relaciones entre los hospitales y sus colaboradores, ASD y generalistas, están regulados por contratos de compra y venta de servicios. En consecuencia, estos contratos —sin valor jurídico con el objeto de prevenir el recurso ante los tribunales en caso de conflicto— comienzan a jugar un rol fundamental (Cairns, 1993).⁸

Además de los cambios ya señalados, la reforma contiene medidas como *la imposición de costos de capital a los hospitales públicos* —dispositivo que procura igualmente estimular la utilización más eficiente de los recursos y asegurar condiciones de competencia similares para los establecimientos públicos y privados— y *la promoción de un sistema de auditoría médica* —sistema que debe proteger la calidad de los servicios en un contexto donde se instala la búsqueda de rentabilidad. Finalmente, el gobierno, por su parte, se compromete en desarrollar *los sistemas de información médica y sistemas de costos hospitalarios*, indispensables para las transacciones entre compradores y proveedores de servicios (Butler, 1994).

Por medio de la descentralización de responsabilidades y la apelación a la competencia, la reforma espera modificar el comportamiento de los actores del NHS —ASD, médicos generalistas y especialistas, administradores de hospitales— instaurando en su interior una nueva cultura.

Según sus defensores, los cambios preconizados no ponen en peligro los principios de equidad y de calidad del sistema y deberían resultar en una mejor asignación de recursos (*value for money*), estimulando la eficiencia del proceso de producción hospitalaria y favoreciendo las actividades de promoción y prevención en materia de salud. Además, estos nuevos dispositivos deberían dejar más lugar a la elección de los usuarios y así permitir una provisión de servicios más sensible (*responsiveness*) a sus preferencias y a sus expectativas, y más apropiada para la satisfacción de las necesidades locales.

6. Inicialmente esta opción era ofrecida solamente a los médicos generalistas cuya clientela excedía 11.000 pacientes y el presupuesto transferido cubría únicamente la atención hospitalaria electiva. Estas restricciones son progresivamente flexibilizadas, de modo que actualmente el número mínimo de pacientes exigido es de 7.000. Se discute actualmente las ventajas que supondría transferir a los médicos la entera responsabilidad y los recursos financieros para la compra de todos los servicios requeridos para la atención de su clientela (Ham & Shapiro, 1995).

7. Esta iniciativa tuvo recepción tan favorable de parte de los hospitales que el 90% de ellos tienen ya condición de fundación.

8. La duración prevista de los contratos sería de un año. Estos contratos podrían adoptar diversas formas: i. un bloque general de servicios (*block contracts*) donde el proveedor asume, por un monto anual, la globalidad de servicios para una determinada población; ii. un volumen dado de servicios específicos a un precio unitario establecido de antemano (*cost and volumen contracts*); y iii. el tipo caso por caso, en el que el precio del tratamiento está entonces definido en función de la carga de cada caso (*costs per case contracts*).

Las primeras controversias suscitadas por la reforma

Considerando la estima social de la que gozaba el NHS en ese momento, así como la naturaleza y amplitud de los cambios emprendidos, la reforma suscita rápidamente vivas reacciones, que se originan tanto en los profesionales de la salud, en particular los médicos,⁹ como en teóricos en administración y economía de salud.

Estos últimos identifican algunos problemas inherentes a las propuestas de reforma. Entre otros, cuestionan la pertinencia del enfoque basado en la competencia para resolver los problemas del NHS: no solamente estas medidas no se orientarían sobre las causas reales de la falta de eficiencia, sino que también producen temor de efectos indeseables, tales como el deterioro progresivo de los valores fundadores del sistema, que son la equidad y los valores profesionales (Light, 1991a, 1991b, 1992a).¹⁰

Según estos autores, los generalistas y los hospitales, siguiendo el ejemplo de las HMO (*Health Maintenance Organizations*), estarían tentados, en el marco de las nuevas iniciativas, a realizar una selección negativa de pacientes, e inclinados a buscar preferentemente los casos menos costosos. El hecho que los generalistas controlen el presupuesto constituye en su opinión un factor de inequidad. Considerando el nuevo poder que poseen estos médicos ante los hospitales, sus pacientes podrían resultar favorecidos (Hudson, 1992).

Otro aspecto discutido refiere a la factibilidad del mercado de proveedores de salud. Maynard (1991, 1993), por ejemplo, expone diferentes obstáculos al funcionamiento efectivo de este mercado: i. la distribución espacial de los establecimientos de salud determina, al menos fuera de las grandes ciudades, situaciones de monopolio local en la oferta de servicios; ii. condiciones difíciles para entrar y salir de ese mercado: por un lado, las inversiones considerables necesarias para poner en funcionamiento un hospital, y por el otro, los obstáculos de orden político y social vinculados a su cierre; iii. la insuficiencia de la información concerniente a costo y calidad de las actividades de salud, conocimiento que sin embargo es fundamental para la compra racional de servicios.

Además, los críticos de la reforma dudan que las ganancias de eficiencia prometidas puedan compensar el aumento de

los costos administrativos debidos al mayor número de personal de gestión en el sistema, por el desarrollo y operación de los sistemas de información y por las transacciones vinculadas a la firma de contratos y al control de su cumplimiento (Appleby & col, 1994).

Por último, el postulado referido a que la reforma aumentará la posibilidad de elegir de los pacientes, es igualmente puesto en duda, ya que en virtud del nuevo modelo la elección de proveedores permanecerá en manos de las ASD y los generalistas.

El conjunto de argumentos presentados deja entrever la amplitud de la controversia provocada por el proyecto de reforma. ¿Qué balance podemos realizar de esta reforma cinco años más tarde?

Los resultados y los problemas del nuevo NHS

Es difícil realizar una síntesis de los resultados de la reforma del NHS. Pese a la viva polémica que acompañó su puesta en marcha, existen pocos estudios al respecto. Aún aquellos existentes se limitan a aspectos específicos o a experiencias locales o regionales, de modo que es imposible en el momento actual apreciar con precisión y en forma global el conjunto del proceso (OECD, 1995). Esta laguna puede explicarse en primer lugar por la decisión del gobierno de no introducir, a partir de la implementación de la reforma, un programa que hubiera permitido seguir su evolución, ni tampoco estimular o apoyar financieramente estudios vinculados con el tema (Robinson, 1994).

Más allá de esta primera explicación, la evaluación del proceso enfrenta grandes dificultades de orden metodológico. Primer obstáculo, la envergadura del cambio introducido. La reforma de 1991 comprende todo un conjunto de dispositivos de los cuales cada uno puede influir sobre varias esferas y diferentes actores del NHS. Igualmente, diversos factores difíciles de identificar pueden interferir con la evolución de la reforma, por ejemplo la modificación de los contratos de los médicos generalistas o la reforma de la atención comunitaria. Además, en el curso de los años 90 el NHS se benefició con un importante aumento de los aportes financieros. En estas circunstancias, ¿cómo interpretar, por ejemplo, la reducción de las listas de espera o el aumento del volumen de los servicios provistos? ¿Debe verse

9. Ver, por ejemplo, la serie de artículos publicados sobre este tema, desde 1988, en la revista de la Asociación de Medicina Británica, el *British Medical Journal*.

10. Según Light (1991a) la ineficiencia en el seno del NHS encontraría su causa en mayor medida en la organización del trabajo, la estructura de poder, la cultura institucional y el comportamiento de los profesionales.

allí una mayor productividad de los proveedores (Le Grand, 1995)?

Además, componentes importantes del proyecto original de la reforma sufrieron cambios significativos con el transcurso del tiempo: así las exigencias que deben llenar los generalistas para obtener la posición de controladores de presupuestos se flexibilizaron progresivamente, y en el caso de la red hospitalaria londinense, el gobierno, revisando su política, ha intervenido para contrarrestar las fuerzas del mercado (Appleby & col., 1994). El año 1991, lejos de señalar una culminación, marca en mayor medida el comienzo de un período de experimentación y adaptación de las propuestas de reforma. Klein lo expresa así: "... el nuevo modelo NHS estuvo diseñado, ya sea por intención o por accidente, como una institución auto-inventada que continúa evolucionando y adaptándose, mientras frustra de manera elusiva los intentos de evaluación" (1995, 300).

Sería por consiguiente prematuro sacar conclusiones definitivas en relación al proceso. Como señala Le Grand en el estudio titulado "*Evaluating the NHS Reforms*", la más exhaustiva y más importante realizada hasta este momento sobre el tema: "Quienquiera que llegue a este libro esperando encontrar una respuesta definitiva a la simple pregunta vinculada a si, en general, las reformas del NHS han tenido un impacto positivo o negativo, quedará decepcionado" (1994a, 243).

Pese a estas reservas, nuestro estudio se apoyará sobre esta obra que agrupa los resultados de siete encuestas realizadas por estímulo del *King's Fund Institute* (Robinson & Le Grand, 1994). El autor desarrolla una grilla de análisis que permite entender el conjunto de resultados según cinco ejes: la calidad de los servicios, la eficiencia, la elección de los usuarios, la sensibilidad frente a sus necesidades y expectativas y, finalmente, la equidad. La síntesis de resultados que presentamos aquí sigue el mismo orden.

Según este autor, es alrededor de estos cinco ejes que se organizan los intereses y demandas de los principales actores sociales en relación al NHS, ya sean el público en general, los profesionales de salud y el gobierno.

Le Grand opta claramente aquí por el modelo de grupos estratégicos constitutivos (Cameron, 1986) para evaluar el desempeño actual del nuevo NHS. Evidentemente sería interesante apreciar este desempeño utilizando otros modelos co-

mo, por ejemplo, el de la armonización de intereses. En definitiva, nos preguntamos siempre sobre el grado de aceptación por parte de los diferentes grupos en el interior del NHS de las nuevas reglas de funcionamiento, y sobre la medida en la cual estos cambios modifican las relaciones de poder entre los diferentes autores. Sin embargo, no se dispone todavía de análisis empíricos sobre el tema.

La calidad de la atención

Los estudios que evalúan el impacto de la reforma sobre la calidad de la atención son todavía poco numerosos. Glennerster y col. (1994a) reportan que ciertos aspectos de la práctica de los generalistas que controlan el presupuesto han mejorado y, más particularmente, su comunicación con los especialistas. Afirmando en su condición de compradores de servicios, los primeros pudieron, tal como se preveía, exigir más a los segundos, de lo que ha resultado un tiempo menor de espera para obtener una consulta con un especialista y un mejor acceso a los servicios de laboratorio. Esta mejora, revelada también por Whitehead (1994), representa sin duda uno de los resultados más importantes de la reforma en la medida en que traduce una mejor integración entre atención primaria y secundaria. Sin embargo, la representatividad de estos resultados debe ser matizada, ya que los primeros contingentes de médicos controladores de presupuesto estuvieron conformados por profesionales particularmente competentes y ya conocidos por sus prácticas innovadoras.

En cuanto a la calidad de los servicios hospitalarios, Jones & col. (1994) no han encontrado una mejora sustancial de la calidad de la atención no clínica prodigada a las personas con posterioridad a la reforma. Sin embargo, este estudio no se ha volcado sobre la calidad de los servicios clínicos, ni ha diferenciado entre hospitales convertidos en fundaciones y aquéllos que siguieron siendo directamente gerenciados por las ASD. Sobre este último punto, no se dispone actualmente de ninguna información.

El desarrollo de las actividades de auditoría médica y de los protocolos de atención constituye un índice indirecto de una mayor preocupación por la calidad de la atención hospitalaria. Además, Klein (1995) cita encuestas nacionales que revelan un aumento sensible de la tasa de satisfacción de los pacientes en comparación con el período que

va de 1989 a 1994, esta percepción más favorable sería consecuencia del esfuerzo de los proveedores por responder más adecuadamente a las expectativas de su clientela.

El problema de las listas de espera concurre al desencadenamiento de la crisis que precedió a la reforma y los resultados referidos al estado de cosas después de la misma son discutibles. Las estadísticas oficiales indican que el tiempo de espera media disminuyó después del período 93-94; sin embargo, según el *Radical Statistics Health Group* (1995), el gobierno adoptó el tiempo de espera como indicador en sustitución a las listas de espera en un momento, precisamente, en que esas listas eran particularmente largas. Además, el tiempo de espera no es medido más que a partir del momento en que el especialista decide hospitalizar al paciente. Si la primera consulta con el especialista se atrasa, el tiempo de espera será reducido de manera artificial.

La eficiencia en la utilización de recursos

Los datos relativos a beneficios de eficiencia obtenidos en virtud de la reforma son igualmente contradictorios. Según los datos oficiales, la producción de servicios hospitalarios ha aumentado: el número total de pacientes hospitalizados aumentó en promedio un 5,1% anual entre 1992 y 1994, superando de manera importante la media de 2,8% registrada durante los siete años precedentes. Lo mismo puede decirse para el número de pacientes admitidos en los servicios externos, cuyo crecimiento anual del 16% a continuación de la reforma duplica el registrado entre 1985 y 1991 (OECD, 1995).

Sin embargo, conviene señalar que esta evolución de las actividades hospitalarias se produce en un contexto de aumento del gasto. El presupuesto del NHS, en los años que precedieron y siguieron de manera inmediata a la implementación de la reforma, había aumentado a un ritmo sin precedente desde los años 60. Además, según el *Radical Statistics Health Group* (1995), la correspondencia entre el aumento del número de hospitalizaciones y el éxito de la reforma no resiste el análisis. En su mayor parte, los casos adicionales son de una duración media de menos de un día. Además, este aumento se había ya esbozado antes de la reforma gracias al cambio tecnológico y sólo reflejaría el registro más riguroso de episodios de atención por parte de los hospita-

les, consecuencia de nuevos incentivos y las modalidades de pago en vigor.

La elección de los usuarios y la sensibilidad de los proveedores a sus expectativas

Como preveían ciertos autores, un estudio realizado al nordeste de Inglaterra no ha verificado que los usuarios dispondan de una mayor elección de proveedores de atención, hecho que, sin embargo, fue uno de los objetivos principales de la reforma (Mahon & col., 1994) y esto pese a que la mayoría de ellos manifestó interés al respecto. La reforma no les ha conferido mayor poder en cuanto a la elección de sus médicos consultantes o del hospital donde serán recibidos, mientras el cambio de médico generalista, facilitado desde 1991, constituye una excepción al respecto. Por el contrario, la reforma habría incluso limitado ese poder ya que los generalistas que no controlan presupuestos están vinculados por los contratos firmados por las ASD y no pueden elegir a los especialistas hacia los cuales referirán sus pacientes (Klein, 1995).

En cambio, tal como se ya se señaló, el número creciente de encuestas sobre el grado de satisfacción de los usuarios en el ámbito hospitalario parece traducir un cambio de la cultura organizacional de estos establecimientos, que han llegado a ser en forma progresiva más atentos y sensibles a las expectativas de los pacientes.

La equidad

La equidad ha sido siempre un valor pilar de la organización y del funcionamiento del NHS que, desde su creación, ha procurado la igualdad de acceso a los servicios a través de una distribución equilibrada de sus recursos humanos, físicos y financieros entre las diferentes regiones, objetivo de equidad que se manifiesta también en el modelo de financiamiento basado sobre los impuestos generales y netamente progresivo. No es sorprendente por consiguiente que uno de los temores expresados con más fuerza en relación a la reforma era que esa política de equidad pudiera ceder ante la competencia y los incentivos de naturaleza económica.

El control de los fondos por los generalistas es ciertamente el aspecto de la reforma que ha suscitado los mayores interrogantes. Se temía que estos médicos procedieran a un “descramado” de

los usuarios, o que a título de compradores de servicios, beneficiaran a sus pacientes con un tratamiento hospitalario privilegiado.

Glennerster y col. (1994) no han observado casos de selección negativa de los usuarios: el riesgo es en efecto casi nulo por el hecho que las ASD asumen todo tratamiento cuyo costo excede las cinco mil libras esterlinas.

Por otro lado, el estudio de Whitehead (1994) indica que los pacientes referidos por estos generalistas eran privilegiados en el hospital en relación al tiempo de espera y el acceso a ciertos tipos de servicios. Otro estudio citado por esta autora (Day & Klein, 1991b) identifica disparidades en los presupuestos asignados a estos generalistas al punto que, según las primeras constataciones, algunos disponían de más del doble de recursos financieros que sus colegas por cada uno de sus pacientes. Así, incluso si bien la autora reconocía que estos resultados son parciales y no se aplican más que a los dos primeros años de experiencia, reconoce el desarrollo eventual de un modelo de provisión de servicios dual.

Whitehead discute también ciertas dificultades enfrentadas por las ASD. Sometidas a presión para la obtención de resultados en el corto plazo, generalmente las más débiles desde el punto de vista técnico y financiero concentran sus prioridades de compra sobre los beneficios más inmediatos, desdeñando criterios basados sobre necesidades de salud y equidad.

Por último, la nueva fórmula adoptada para la asignación de recursos en las regiones en las ASD ha sido descrita como fuente adicional de inequidad. Sin embargo, habiendo sido inmediatamente reconocida esta circunstancia, el gobierno inició una revisión, en curso actualmente, en relación a la importancia relativa de los diferentes componentes de la fórmula (Maynard, 1994).

Tomados en forma global, estos estudios nos permiten identificar ciertos índices importantes en cuanto al impacto de la reforma sobre la provisión de atención. El resultado más notable parece ser una mejor coordinación de las actividades de los generalistas y aquéllas realizadas en medio hospitalario, consecuencia directa de la nueva relación de fuerzas entre ambas partes. Irónicamente, es el control de los fondos por los generalistas el que inspira ahora los mayores temores en cuanto a equidad. E incluso si bien no se ha observado la práctica del “descremado”,

quedan por resolver los problemas vinculados al modo de distribución de los recursos financieros entre estos profesionales y sobre todo del tratamiento diferencial que podría ser su consecuencia.

Otras repercusiones positivas son el desarrollo, aunque todavía modesto, de las actividades de evaluación de la calidad de la atención y la mayor preocupación manifestada por las expectativas de los usuarios en relación a los servicios hospitalarios.

En síntesis, los cambios organizacionales radicales introducidos desde 1991 no parecen haber tenido repercusiones notables sobre la prestación de servicios. Las observaciones no confirman ni las mejoras deseadas, ni las distorsiones anticipadas. Pero, recordémoslo, la mayoría de ellas no han llegado más allá de los dos primeros años de reforma. Además, la lentitud prudente del gobierno para implementar la reforma no es seguramente extraña a esa situación (Le Grand, 1994a; Klein, 1995).

Esta constatación conduce a otro interrogante: ¿todos estos cambios organizativos han permitido efectivamente la introducción de la competencia en el NHS?

El funcionamiento del cuasimercado en el NHS: el difícil equilibrio entre competencia y regulación

Considerando las condiciones ya reunidas para el funcionamiento del cuasi mercado,¹¹ Le Grand (1994a) se declara optimista: en su opinión, la estructura de proveedores es potencialmente competitiva y la motivación de compradores y proveedores que lleva a representar los intereses de los usuarios por parte de los primeros y a disminuir los costos de sus servicios para los otros, es propicia a la creación de un mercado competitivo. En un artículo posterior, sin embargo, el mismo autor (Le Grand, 1994b) mencionará otros problemas todavía irresueltos en cuanto a la estructura competitiva del cuasi mercado, problemas sobre todo vinculados a las fusiones de proveedores por un lado, y de compradores (ASD y generalistas controladores de presupuesto) por el otro, a la suerte reservada a los establecimientos en dificultades en un mercado de ese tipo y, finalmente, al riesgo de coaliciones entre proveedores y compradores o entre proveedores.

Estas últimas observaciones dejan transparentar la dinámica en marcha en la

11. El funcionamiento adecuado de un cuasi mercado exige que se reúnan ciertas condiciones. Bartlett & Le Grand (1993) las enuncian así:

El cuasi mercado debe tener una estructura competitiva, tanto del lado de la provisión como de la compra de servicios;

1. las transacciones entre compradores y proveedores deben apoyarse sobre informaciones confiables y objetivos relacionados con el costo y la calidad de los servicios;
2. el costo de las transacciones debe ser el más débil posible;
3. los proveedores y los compradores deben estar motivados, respectivamente, para disminuir sus costos y representar adecuadamente los intereses de sus pacientes.

Ver Le Mougeout (1994) para una discusión en profundidad sobre estas condiciones.

nueva configuración del NHS, donde compradores y proveedores experimentan soluciones en la sola perspectiva de sus propios intereses, y confirman las reflexiones de Evans (1991) y de Stoddart (1989) en cuanto a la muy importante influencia de los incentivos económicos. Por otra parte, las dificultades mencionada arrojan luz sobre otra faceta, crucial aunque a veces oculta, de este tipo de proceso —la regulación.

Los cuasi mercados en los sistemas de salud, al mismo título que cualquier otro mercado, suponen reglas de funcionamiento; además deben ser objeto de una gestión continua. Esta conjugación, a primera vista paradójica entre competencia y regulación, representa sin embargo una condición fundamental para que los cuasi mercados puedan alcanzar los objetivos de una mejor asignación de recursos, de una mayor elección para los usuarios y de una mayor sensibilidad de los proveedores a las expectativas de los usuarios. Se trata de mantener un equilibrio justo entre estos dos polos y gestionar las tensiones inevitables. Un mercado débilmente regulado podría favorecer comportamientos no competitivos y el ejercicio de monopolios; en oposición, el exceso de reglas puede llegar a neutralizar los incentivos (Ham & Maynard, 1994). Este problema es tanto más delicado en la medida que se plantea en un contexto, el del NHS, donde la libertad de acción e innovación de compradores y proveedores debe conciliarse con los objetivos sociales más generales y severas restricciones financieras.

Así, las operaciones reguladoras del gobierno habrán tomado, en la reforma británica, un lugar al menos tan importante como el estímulo a la competencia. Las recomendaciones hechas a las ASD en 1991, de diferir la aplicación del nuevo modelo de asignación de recursos a los servicios, o más recientemente, en la región londinense, la inyección de recursos adicionales a fin de reabsorber la crisis de los hospitales de la capital, testimonian los esfuerzos gubernamentales para contener las fuerzas del mercado.

Las condiciones económicas no han sido nunca ideales y los actores tienden naturalmente a satisfacer objetivos propios, en consecuencia la gestión del cuasi mercado se impone como elemento decisivo para el éxito de tales experiencias. Esto explica que haya eclipsado las innovaciones introducidas por la reforma en los debates en el Reino Unido. Si la estrategia de implantación de la reforma ha sido juz-

gada demasiado defensiva porque trababa el libre juego del mercado (Appleby & col., 1994; Klein, 1995), se pide ahora la instauración de un marco reglamentario ampliado de manera que: i. las actividades no sometidas al mercado, como la investigación o la enseñanza, sean protegidas; ii. la salida del mercado, que se expresa en el cierre de hospitales, esté organizada y iii. el financiamiento privado de las fundaciones esté estrechamente controlado (Ham & Maynard, 1994; Ham, 1995a; 1995b). Así, el análisis de la introducción de mecanismos de competencia en el sistema de salud británico nos conduce, por un recorrido inesperado, a constatar el rol cada vez más importante jugado por la función de regulación.

Más recientemente, la relación de convivencia establecida entre compradores y proveedores de atención señala un cambio aún más significativo en el seno del cuasi mercado del NHS. En razón de valores profesionales comunes, de sus relaciones históricas, de la inestabilidad engendrada por la competencia o incluso de los costos elevados asociados con los contratos anuales, estos actores han llegado a poner en marcha un lógica de colaboración para la compra de servicios más que de negociación y de competencia. lo que resulta en acuerdos de provisión de servicios de larga duración,¹² al riesgo de crear una situación donde sean anuladas las presiones para disminuir los costos. Haciendo esto, compradores y proveedores de atención se aproximan al modelo japonés de gestión que conoce hoy un reconocimiento internacional.

Por otra parte, la persistencia de valores de confianza y cooperación en las relaciones entre los actores del cuasi mercado parece ser una condición esencial para realizar los objetivos generales del sistema permitiendo que tales actores tengan un libre acceso a la información y puedan beneficiarse colectivamente de las innovaciones desarrolladas (Best & col. 1994). Esta situación arroja luz sobre otro lugar de tensiones entre valores y comportamientos antagónicos en la reforma, las vinculadas a competencia y cooperación.

Comentarios finales

Las muy escasas observaciones realizadas hasta el presente no nos permiten deducir conclusiones definitivas en cuanto la incidencia de la reforma sobre la provisión de servicios en el marco del NHS. Es indudable sin embargo que el

12. Esta evolución no resulta totalmente sorprendente, habiendo sido ya observada por Propper una tendencia similar en los EE.UU.:

“La creación de mercados internos en los servicios sociales en EE.UU. no ha resultado en una gran dosis de competencia para el mercado. Una vez que el programa se inicia el número de licitantes para contratos tiende a caer, los contratos tienden a ser renovados y una estrecha relación se establece entre proveedor y comprador” (1993, 44).

examen de ese proceso ofrece pistas importantes en relación a las posibilidades y límites de la introducción de la competencia en los sistemas nacionales de salud y los problemas que ella genera.

La puesta en marcha del cuasi mercado en el NHS mostró la importancia de definir un marco reglamentario preciso para orientar el funcionamiento y la necesidad de una gestión continua en razón de la dinámica que lo anima. Además, teniendo en cuenta los principales objetivos del sistema, el proceso de competencia debe ser contrabalanceado por un proceso fuerte de regulación.

Los acuerdos establecidos entre compradores y proveedores de atención en el seno del NHS no significan el abandono total de los principios de mercado, pero fundan un cuasi mercado sobre la noción de *contestability*,¹³ más que sobre una competencia real (Ham, 1996). Así, parecería que la competencia prescrita para la reforma se hubiera transmutado en nuevas formas de cooperación entre los agentes del sistema. Esta evolución del NHS testimonia la complejidad de las dificultades asociadas a la puesta en marcha de modelos donde coexisten los imperativos de mercado y los correspondientes a las jerarquías.

Por otra parte, la evolución de la reforma en general da razón a los arreglos organizacionales introducidos. Se reconoce unánimemente las consecuencias afortunadas de la disociación de funciones de compra y provisión de servicios. Liberando a las ASD de la gestión cotidiana de los servicios, les permite concentrarse sobre las necesidades y prioridades sanitarias locales, produciendo una mejor articulación de las intervenciones de las ASD y de los médicos generalistas y facilitando acciones de promoción de la salud (Light, 1992; OEDC, 1995; Ham, 1996).

Del lado de los proveedores, la racionalización de la red hospitalaria en los grandes centros urbanos es evidente. Además, la autonomía administrativa otorgada a los hospitales públicos convertidos en fundaciones ha llevado a sus gerentes a buscar nuevas soluciones para la organización de la atención (Ham, 1994). Pese a los riesgos para la equidad que comporta el control de presupuesto por parte de los generalistas, éstos son reconocidos como mejores compradores que las ASD y se encuentran en posición más ventajosa para reclamar mejoras en el capítulo de las prácticas hospitalarias.

Para concluir, el caso del sistema de

salud británico, cuya evolución ha seguido un curso algo inesperado, en particular por el comportamiento creativo de los agentes económicos, nos indica los límites de un enfoque tecnocrático y constructivista según el cual "es posible organizar administrativamente de manera racional las relaciones entre los actores de una organización para alcanzar de manera óptima objetivos predeterminados, teniendo en cuenta las constricciones a la producción que existen en un momento determinado" (Contandriopoulos & de Pouvourville, 1991). La reforma de un sistema social tan complejo como el de salud impone soluciones políticas convocando especialmente a procesos de concertación entre los diferentes actores sociales comprometidos.

Bibliografía

Anderson OW. 1992. Swedish health care in perspective. *Health Policy*, 21: 99-111.

Appleby J, Smith P, Ranade W, Little V, Robinson R. 1994. Monitoring Managed competition. En Robinson R, Le Grand J, eds. *Evaluating the NHS Reforms*, Londres: King's Fund Institute.

Bartlett W, Le Grand J. 1994. The performance of trust. En Robinson R, Le Grand J. *op. cit.*

Baumol WJ. 1982. Contestable markets: an uprising in the theory of industry structure *The American Economic Review* 72 (1): 1-15.

Bengoa R, Hunter DJ, eds. 1991. *New directions in managing health care*. Leeds: World Health Organization, Regional Office for Europe /Nuffield Institute for Health Services Studies.

Best G, Knowles D, Mathew D. 1994. Managing the NHS: breathing new life into the NHS reforms. *British Medical Journal* 30: 842-845.

Bittar R. 1996. Em marcha a reforma do SUS. *Jornal do Brasil* 18/01, Rio de Janeiro.

Butler J. 1994. Origins and early development. En Robinson R., Le Grand J, eds. *Evaluating the NHS reforms*. op.cit.

Cameron KS. 1986. Effectiveness as paradox: consensus and conflict in conceptions of organizational effectiveness. *Management Science* 32 (5): 539-556.

Catonguay C. 1995. L'heure du diagnostic. Notre régime d'assurance-maladie a-t-il vu ses beaux jours?. Montréal: *Le Devoir*, 2/05.

Champagne C, Contandriopoulos AP, Denis JL, Lemay A, Pineault R. 1994. *Options for health system regulation: the case of the Quebec health care reform*. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Montreal: Universidad de Montreal.

Chernichovsky D. 1995. Health system reforms in industrialized democracies: an emerging paradigm. *The Milbank Quarterly Review* 73 (3): 339-372.

Contandriopoulos AP. 1994. Réformer le système de santé: une utopie pour sortir d'un statu quo impossible. *Ruptures* 1: 8-26.

Contandriopoulos AP, de Pouvourville G. 1991. *Entre constructivisme et libéralisme: la recherche d'une troisième voie*. Cahiers du groupe de recherche interdisciplinaire en santé, n° 91-03. Montreal: Universidad de Montreal.

13. El concepto de *contestable markets* ha sido desarrollado por Baumol (1982). Un mercado de este tipo deja plena y completa libertad para entrar y salir de su dinámica. La expresión "libertad de acción" significa que todas las empresas, ya sea que operan ya en un mercado determinado (*incumbents*) o aquellas que se proponen hacerlo, tienen un acceso igual a la tecnología y curvas de costos idénticas. "Libertad de salida" implica que los costos asociados a la salida del mercado son recuperables. Esta facilidad de entrada y salida entrañaría que las empresas en operación en ese mercado se comporten como si se tratara de un mercado competitivo, incluso en situación de monopolio o de oligopolio.

Evidentemente, el cuasi mercado de atención hospitalaria del NHS no garantiza *a priori* las condiciones de *contestability* mencionadas más arriba, en el caso donde el capital necesario para poner en funcionamiento un hospital constituye un obstáculo para su entrada y su salida. Sin embargo, el establecimiento de contratos a largo término entre compradores y proveedores de atención permite un debilitamiento de este obstáculo, reduciendo los riesgos para los "entrantes" potenciales de no recuperar su inversión inicial. Este razonamiento se aplica a nivel de unidades hospitalarias, pero sobre a la dinámica de la oferta de servicios o de programa de atención en los hospitales que operan ya en cuasi mercado.

- Cairns J. 1993. Contracts: problems and prospects. *Health Policy*, 24: 127-140.
- Day P, Klein R. 1991a. Britain's health care experiment. *Health Affairs*, fall: 35-39.
- Donaldson C, Mooney G. 1993. The new NHS in a global context: is it taking us where we want to be? *Health Policy* 25: 9-34.
- Enthoven AC. 1985. *Reflections on the management of the National Health Service*, Londres: Nuffield Provincial Hospitals Trust Occasional, paper 5.
- Enthoven AC. 1987. The U.S. health care economy; from guild to market in ten years. *Health Policy* 7: 241-251.
- Enthoven AC. 1989. *Management information and analysis for the Swedish health care system*. Lund: The Swedish Institute for Health Economics.
- Enthoven AC. 1990. What can Europeans learn from Americans? En *Health Care systems in transition*. Social policy studies, n° 7, Paris: OECD.
- Enthoven AC. 1993. The history and principles of managed competition. *Health Affairs*, supplement: 25-48.
- Evans RG. 1983. *Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care*. Toronto. Toronto: Butterworths.
- Evans RG. 1991. Competitive mechanisms for collective objectives. En Hunter (ed.) *Paradoxes of competition for health*. Leeds: The Nuffield Institute for Health Services Studies.
- Evans RG. 1993. Health care reform: "the issue from hell". *Policy Options* julio/agosto; 35-41.
- Feldstein PJ. 1986. The emergence of market competition in the U.S. health care system. Its causes, likely structure, and implications. *Health Policy* 6: 1-20.
- Fuchs VR. 1988. The "competition revolution" in health care. *Health Affairs*, summer: 5-24.
- Glennester H, Matsaganis M. 1994. The English and Swedish health care reforms. *International Journal of Health Services* 24: 231-251.
- Ham C. 1994. Reforming health services; learning from the U.K. experience. *Social Policy & Administration* 28: 293-298.
- Ham C, Robinson R, Benzeval M. 1990. *Health check: health care reforms in an international context*. Londres: King's Fund Institute.
- Ham C, Maynard A. 1994. Managing the NHS market. *British Medical Journal* 308: 845-947.
- Ham C, Shapiro J. 1995. The future of fundholding. *British Medical Journal* 310: 1150-1151.
- Ham C. 1995a. Profiting from the NHS. *British Medical Journal* 310: 415-416.
- Ham C. 1995b. Private finance, public risk. *British Medical Journal* 311: 1450.
- Ham C. 1996. Contestability: a middle path for health care. *British Medical Journal* 312: 70-71.
- Hudson B. 1992. Quasi-markets in health and social care in Britain; can the public sector respond? *Policy and Politics* 20: 131-142.
- Jones D, Lester C, West R. 1994. Monitoring changes in health services for older people. En Robinson R, Le Grand J. eds. *op. cit.*
- Le Grand J. 1991. Quasi-markets and social policy. *The Economic Journal* 101: 1256-1267.
- Le Grand J. 1994a. Evaluating the NHS reforms. En Robinson R., Le Grand J. eds. *op. cit.*
- Le Grand J, Bartlett W. 1993. Introduction. En Le Grand J, Bartlett W. eds. *Quasi-markets and social policy*. Londres: Macmillan Press.
- Light DW. 1991a. Embedded inefficiencies in health care. *The Lancet* 338: 102-104.
- Light DW. 1991b. Observations on the NHS: an American perspective. *British Medical Journal* 303: 568-570.
- Light DW. 1992a. The radical experiment: transforming Britain's National Health system to interlocking market. *Journal of Public Health Policy*, summer: 146-155.
- Light DW. 1992b. Conclusion: Lessons from managed competition in Britain. En Light DW, May A., *Britain's Health System: from welfare state to managed markets*. Nueva York: Faulner & Gray, Inc.
- Klein R. 1995. Big-bang health care reform: does it work: the case of Britain's 1991 National Health Service reforms. *The Milbank Quarterly* 73 (3): 299-337.
- Mahon A, Wilking D, Whithouse C. 1994. Choice of hospital for elective surgery referrals: GPs' and patients' views. En Robinson R, Le Grand J. eds. *op. cit.*
- May A. 1992. Thatcherism, the New Public Management and the NHS, En Light DW., May A. *op. cit.*
- Maynard A. 1991. Developing the health care market. *The Economic Journal*, 101: 1277-1286.
- Maynard A. 1994. Competition in the UK National Health Service: mission impossible? *Health Policy* 23: 193-204.
- Mougeot M. 1994. *Système de santé et concurrence*. Paris: Economica.
- OECD. 1990. *Health care systems in transition*. Social Policy Studies n° 7. Paris: OECD.
- OECD. 1994. *La réforme des systèmes de santé-étude de dix-sept pays de l'OCDE*, Paris: OECD.
- OECD. 1995. *A la recherche de mécanismes de marché: les systèmes de santé au Canada, en Islande et au Royaume Uni*. Etudes de Politique de Santé n° 6. Paris: OECD.
- Packwood T, Keen J, Buston M., 1993. *Hospitals in transition*. Filadelfia: Open University Press.
- Propper C. 1993. Quasi-markets, contracts and quality in health and social care: the U.S. experience. En Le Grand J, Bartlett W. eds. *op. cit.*
- Radical Statistics Health Group. 1995. NHS indicators or success: what do they tell us? *British Medical Journal* 310: 1043-1050.
- Robinson R, Le Grand J. (eds.) 1994. *Evaluating the NHS Reforms*. Londres: King's Fund Institute.
- Saltman RB. 1994. A conceptual overview of recent health care reforms. *European Journal of Public Health* 4: 287-293.
- Saltman RB, von Otter C. 1992. *Planned markets and public competition - strategic reform in northern European health systems*. Filadelfia: Open University Press.
- Scheffler RM. 1992. Culture versus competition: the reforms of the British National Health Service. *Journal of Public Health Policy*, summer: 180-185.
- Schneider-Bunner C. 1994. Justice sociale et régulation des systèmes de santé européens. *Journal d'Economie Médicale* 12 (4): 195-213.
- Shackley P, Healey A. 1993. Creating a market: an economic analysis of the purchaser provider model. *Health Policy* 25: 153-158.
- Stoddart GL. 1989. *Reflections on incentives and health system reform*. Barcelona: First European Conference on Health Economics 19-21 septembre, 36 págs.
- Whitehead M. 1994. Is it fair? Evaluating the equity implications on the NHS reforms. En Robinson R, Le Grand J. eds. *op. cit.*