LA REFORMA DEL SECTOR SANITARIO ESPAÑOL: UNA OPORTUNIDAD PARA LA COOPERACIÓN EMPRESARIAL.

Frende Vega, María Angeles; Martín Alcázar, Fernando; Martínez Fierro, Salustiano
Universidad de Cádiz

RESUMEN

En el presente trabajo exploramos la posibilidad de constituir acuerdos de cooperación en el ámbito de la provisión pública de la salud. El objetivo de incrementar la eficacia y eficiencia de los sistemas sanitarios en general, y de nuestro país en particular, ha centrado las propuestas de reforma realizadas tanto desde el ámbito académico como legislativo. Entre éstas últimas, la reciente aparición de la Ley sobre Habilitación de Nuevas Formas de Gestión abre el camino para la incorporación de nuevas formulas organizativas entre las que se incluyen la formalización de acuerdos cooperativos. Tras una revisión de los principales problemas del Sistema Nacional de Salud (S.N.S.) y del concepto y características de los acuerdos de cooperación empresarial, se analiza la viabilidad de aquellos tipos de cooperación que mejor se adaptan al sector objeto de estudio.

1. INTRODUCCIÓN:

La paradoja de la salud descrita por Barsky (1988) tiene un doble efecto sobre los sistemas sanitarios occidentales (Larrán et al. 1998). Desde el lado de la demanda de atención sanitaria, los ciudadanos reclaman una mayor cantidad y calidad asistencial; desde el de la oferta, los poderes públicos se ven sometidos a tensiones presupuestarias que hacen que la partida sanitaria sea uno de los capítulos más abultados de los presupuestos públicos. Las diferencias entre los sistemas nacionales hacen que éste problema común sea abordado desde diferentes perspectivas en función de la reglamentación de cada país. No obstante, el denominador común de las reformas planteadas pasa por la introducción de elementos de competencia entre los proveedores sanitarios, con el fin de reducir por una parte las ineficiencias en el uso de los recursos y, de otra, las limitaciones de elección por parte de los usuarios (Ham, 1996; OCDE, 1992).

En el caso concreto de nuestro país es a partir del llamado Informe Abril (1991) cuando se generaliza el debate sobre el futuro del Sistema Nacional de Salud (SNS). Entre las recomendaciones realizadas por los expertos encargados de elaborar el mencionado informe se proponen por un lado, separar las funciones de financiación, compra y provisión de servicios y por otro, aplicar técnicas de gestión empresarial a los centros sanitarios. La primera de las medidas se concibe como un paso previo a la creación de un mercado competitivo regulado, mientras la segunda se orientaría a profesionalizar la dirección de dichas organizaciones que, usualmente, se encuentran gestionadas por profesionales de la medicina, sin una adecuada preparación y cuya función es más de una mera administración de recursos que de una dirección (Martín, 1995). Con ello se trata de transformar a los hospitales en empresas públicas sometidas al ordenamiento jurídico privado, con el objeto de dotarlas de mayor autonomía de gestión [1].

Ante esta perspectiva el objetivo fundamental del presente trabajo es analizar la posibilidad de aplicar, dentro de las medidas de reforma del S.N.S. que actualmente se están debatiendo, los acuerdos de cooperación empresarial como un instrumento de gestión al alcance de los responsables de la dirección de los hospitales públicos. El trabajo se estructura de la forma siguiente: tras esta breve introducción nos centramos en las propuestas del entorno del S.N.S. y su incidencia en la gestión sanitaria pública. A continuación realizamos una revisión de los tópicos más relevantes tratados en la literatura sobre los acuerdos de cooperación empresarial, lo que nos permite acotar nuestro propio concepto del tema. A partir de él realizamos una revisión de las principales tipologías de los acuerdos de cooperación señalando aquellas que, potencialmente, pueden tener mayor cabida en el ámbito analizado. Terminamos el trabajo con las conclusiones más relevantes y futuras líneas de trabajo.

2. PROPUESTAS DE REFORMA EN EL S.N.S. Y SU INCIDENCIA EN LA GESTIÓN SANITARIA PÚBLICA: LOS ACUERDOS DE COOPERACIÓN

El S.N.S. español surge con la promulgación de la Ley General de Sanidad en el año 1986, viniendo a sustituir la cobertura sanitaria pública desde un modelo basado en un sistema de Seguridad Social a otro fundamentado en los principios que soportan los llamados Sistemas Nacionales de Salud, al estilo del National Health Service británico, en el que se inspira. Se plantea así un cambio en la filosofía de la sanidad pública cuyos principios más relevantes son los siguientes:

- financiación pública mediante los Presupuestos Generales del Estado, en su mayoría a través de impuestos (95,24%) y el resto por vía de cotizaciones y otros ingresos[2];
- cobertura universal, entendiéndose la asistencia sanitaria como un derecho adquirido por todos los ciudadanos con independencia de su situación social, económica o laboral;
- asistencia integral, extendiéndose tanto a las prestaciones curativas y rehabilitadoras, como a las acciones de prevención y promoción de la salud;
- gestión pública del sistema. La prestación de servicios se realiza a través del INSALUD para aquellas autonomías que no tienen reconocidas en sus estatutos las competencias en materia de salud, y a través de los Sistemas Autonómicos de Salud para el resto (Cataluña, Andalucía, País Vasco, Valencia, Galicia, Navarra y Canarias).

Pero a pesar del avance que supone la instauración del S.N.S. con la promulgación de importantes principios como el de la universalización de la asistencia sanitaria, equidad de acceso, etc. , manifiesta una serie de deficiencias comunes a la mayoría de los países que basan sus modelos en la cobertura pública (OCDE, 1994):

- rápido aumento del gasto sanitario, motivado principalmente por el envejecimiento de la población, incorporación de nuevas tecnologías, aparición de nuevas patologías y enfermedades crónicas, así como un notable incremento en el nivel de exigencia de los pacientes;
- uso innecesario de los servicios sanitarios;
- creciente insatisfacción general originado por un servicio cada vez más despersonalizado del paciente;
- listas de espera y retrasos en el acceso a los servicios sanitarios;

[1] Actualmente, tanto el INSALUD, como la mayoría de los Servicios Autonómicos de Salud están desarrollando planes estratégicos en donde se recoge la importancia de la autonomía de los proveedores sanitarios, la separación de funciones de financiación y compra y, la potenciación del papel del usuario como eje central del nuevo marco competitivo.

[2] Para más información pueden consultarse, entre otros, a Martín (1995) y Ley General de Sanidad (art. 79)

- falta de coordinación dentro de la estructura sanitaria entre los diferentes niveles asistenciales: asistencia primaria y especializada;
- desigualdades tanto en el acceso a los servicios sanitarios como en su distribución geográfica.

Ante este panorama son numerosas las propuestas de reforma que se han planteado, en el ámbito internacional en las dos últimas décadas. En nuestro país es la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (conocida como Comisión Abril) la encargada de revisar el S.N.S. y las tendencias en el momento actual y de cara al futuro. El conjunto de recomendaciones incluidas en él se agrupan en tres bloques que, en opinión de los expertos, reflejan aquellas áreas en las que se presentan las principales deficiencias: organización, gestión y financiación. A partir de éste informe se multiplican los análisis y propuestas de reforma[3] (López i Casanovas y Rodríguez, 1997; Barea, 1996; Meneu y Ortún, 1996; Barea y Gómez, 1994; Elola, 1994).

La mayoría de las medidas de reforma propuestas e iniciadas ya en algunos países (Reino Unido, Suecia, Países Bajos, etc.), reconocen la necesidad de introducir ciertos elementos de competencia en los sistemas nacionales de salud, como el mejor medio de elevar los niveles de eficiencia ofrecidos a los ciudadanos. Así, la creación de un mercado de competencia regulada supone la separación de las funciones de financiación, provisión y compra de servicios sanitarios[4] en el que la división de competencias entre los diferentes actores del sistema dibujaría, en el caso español, el siguiente panorama (Barea, 1996; Bueno, 1994):

- Financiadores del sistema: integrados por las Administraciones Central y Autonómicas con competencias delegadas en materia de salud
- Compradores de servicios: Áreas de Salud[5]. Su función sería la de contratar los servicios sanitarios necesarios para su zona responsabilidad, concertando los servicios con aquellos proveedores sanitarios que ofrezcan una mejor relación calidad-precio.
- Proveedores sanitarios u organizaciones encargadas de prestar directamente la atención sanitaria a la población que los solicite e integrados por hospitales y centros de salud, tanto de carácter público como privado.
- Clientes o usuarios del sistema sanitario en cada Área de Salud.

Ante este escenario resulta inevitable la siguiente cuestión: ¿están las organizaciones hospitalarias públicas preparadas, desde el punto de vista de su gestión, para hacer frente a un mercado de competencia regulada?. El actual modelo burocrático en el que se desenvuelve la prestación de servicios sanitarios, presenta una serie de restricciones en su gestión que impide a las organizaciones sanitarias realizar una ágil gestión de los servicios que presta a sus pacientes. Dicha capacidad es un requisito indispensable para que la oferta pública de salud se adecue a los parámetros de competencia que tanto la demanda sanitaria como las tensiones presupuestarias de sistema requieren, y todo ello desde el cumplimiento de los principios en los que se fundamenta el propio S.N.S. (Martín, 1995). Por ello, la introducción de modelos de gestión de organizaciones empresariales y más concretamente de aquellas que han proporcionado elementos substanciales de mejora en la gestión de las organizaciones de servicios, constituirá una de las bases sobre las que avanzar en el logro de mayores niveles de eficacia y eficiencia organizativas.

En la línea apuntada se enmarca la recientemente promulgada Ley 15/1997 de 10 abril de 1997 de Habilitación de Nuevas Formas de Gestión, que regula la creación de nuevas formas organizativas para la gestión de centros sanitarios. En ella se recoge la gestión a través de entes interpuestos y dotados de personalidad jurídica, tales como empresas públicas, consorcios, fundaciones u otras entidades de naturaleza pública admitidas en nuestro ordenamiento jurídico (cuadro 1). En este sentido, el Plan Estratégico del INSALUD (1997-2000) recoge la concesión de personalidad jurídica tanto a los centros sanitarios de nueva creación como a los ya existentes, teniendo éstos últimos que pasar por un proceso de homologación, a petición propia, y siempre que exista seguridad jurídica en sus actuaciones.

CUADRO 1: NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN DEL SNS[6]. FUENTE: MARTÍN Y DE MANUEL KEENOY (1998, P. 184).

	DEFINICIÓN	RÉGIMEN JURÍDICO	ÓRGANO RECTOR	RÉGIMEN PERSONAL
ORGANISMOS AUTÓNOMOS	SON ORGANISMOS PÚBLICOS EN RÉGIMEN DE DESCENTRALIZACIÓN FUNCIONAL, QUE GESTIONAN O PROVEEN SERVICIOS SANITARIOS	DERECHO ADMINISTRATIVO	SEGÚN SU LEY DE CREACIÓN ESPECÍFICA	LABORAL O FUNCIONARIAL
ENTIDADES EMPRESARIALES	ORGANISMO PÚBLICO QUE PRESTA, PRODUCE O GESTIONA BIENES DE INTERÉS PÚBLICO SUSCEPTIBLES DE CONTRAPRESTACIÓN ECONÓMICA	DERECHO PRIVADO	SEGÚN SU LEY DE CREACIÓN ESPECÍFICA	LABORAL
SOCIEDADES ANÓNIMAS PÚBLICAS	LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA O SUS ORGANISMOS DEBEN CONTAR CON LA MAYORÍA DE LAS ACCIONES	DERECHO PRIVADO	CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN	LABORAL
SOCIEDADES DE RESPONSABILIDAD LIMITADA	LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA O SUS ORGANISMOS DEBEN CONTAR CON LA MAYORÍA DE LAS PARTICIPACIONES	DERECHO PRIVADO	CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN	LABORAL
CONSORCIOS	ENTIDADES PÚBLICAS, CON CAPACIDAD JURÍDICA PLENA E INDEPENDIENTE DE LA DE SUS MIEMBROS, PARA ALCANZAR SUS OBJETIVOS	DERECHO PÚBLICO Y PRIVADO	JUNTA GENERAL O CONSEJO DE GOBIERNO	MAYORITARIAMENTE, LABORAL
FUNDACIONES	ORGANIZACIONES QUE TIENEN AFECTADO DE MODO DURADERO SU PATRIMONIO A LA REALIZACIÓN DE FINES DE INTERÉS GENERAL	DERECHO PRIVADO	PATRONATO	LABORAL
COOPERATIVAS	SOCIEDAD QUE REALIZA CUALQUIER ACTIVIDAD ECONÓMICA-SOCIAL PARA LA MUTUA AYUDA ENTRE SUS MIEMBROS	DERECHO PRIVADO	CONSEJO RECTOR	LABORAL

Se trata, por tanto, de pasar a un nuevo un modelo de gestión de los servicios sanitarios que suponga la creación de una organización híbrida donde se "proponen acuerdos de cooperación como fórmulas para introducir incentivos superiores a los que es capaz de ofrecer el modelo jerárquico actual" (Martín y de Manuel, 1998:178). Es en éste nuevo marco donde cabe analizar si la utilización de acuerdos de cooperación entre organizaciones sanitarias públicas tiene cabida y en caso afirmativo, si contribuirán a la consecución de los objetivos de ésta, del Sistema y de los pacientes.

[3] Aunque históricamente los cambios adoptados en los países europeos occidentales se incorporaban en España con un considerable retraso, en la última década el sector sanitario público "muestra un considerable dinamismo en cuanto a la rapidez con la que las propuestas internacionales de reforma son protagonistas de debates internos e incluso se reflejan formalmente en la legislación" (Rico, 1998, p.49).

[4] Los contratos-programas desarrollados en los últimos años tanto por el INSALUD como por los Servicios Autonómicos de Salud, representan un primer intento de separación de las funciones de financiación y compra de servicios sanitarios (Lorente, 1994), aunque actualmente se hallan quedado reducidos a un mero pacto de objetivos (Berenguer et al. 1998).

[5] La L.G.S. define el Área de Salud como "las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar" (art. 56.2)

[6] Entre todas estas formas de gestión las más desarrolladas, actualmente, en el sistema sanitario español son las Fundaciones, por la que optado el Servicio Gallego de Salud y el INSALUD, y los Consorcios y empresas públicas, implantadas mayoritariamente en Cataluña.

3. CONCEPTO DE ACUERDOS DE COOPERACIÓN EMPRESARIAL Y SU JUSTIFICACIÓN EN LA PROVISIÓN PÚBLICA DE SALUD.

Aunque los Acuerdos de Cooperación Empresarial representan, actualmente, un tema de investigación creciente en el campo de la Dirección de Empresas, no existe una definición generalmente aceptada, fundamentalmente por dos razones: dispersión semántica, y enfoque o modelo teórico desde el que se analiza.

La primera de ellas, dispersión semántica, hace que la literatura sobre el tema sea un bosque terminológico en el que pueden encontrarse entre otras las siguientes denominaciones: alianzas estratégicas (Camisón y Molina, 1998; Ariño y García, 1996; Hitt et al. 1996; Menguzzato, 1995; Sanchís y Urra, 1994) cuasi-empresa (Luke et al. 1989), cuasi-integración vertical (Menguzzato, 1995; Monteverde y Teece, 1982; Blois, 1971); acuerdos o formas de organización híbridos (Menguzzato, 1995; Sanchís y Urra, 1994; Menguzzato y Renau, 1991; Imai e Itami, 1984); redes (García 1993, 1996; Ohmae, 1989); constelaciones de empresas (Camisón y Molina, 1996; Camisón, 1993); asociaciones de creación de valor (Camisón, 1993); coalición (García Canal, 1993; Porter y Fuller, 1986); y, relación interoganizativa (García y Medina, 1998; García Canal, 1996).

En relación al modelo teórico de análisis pueden encontrarse dos bloques diferenciados de conceptos correspondientes a aquellos que se apoyan en un enfoque económico, concretamente en la Teoría de los Costes de Transacción y los que la analizan desde el punto de vista organizativo y estratégico[7].

Desde el primero se considera a los acuerdos de cooperación como una forma de organizar la actividad económica intermedia entre el mercado y la empresa, que incorpora características de ambos (García Canal, 1993; Menguzzato y Renau, 1991; Imai e Itami, 1984): del mercado, la independencia jurídica de los socios sin que exista entre ellos una relación de subordinación (García Canal, 1993), y de la empresa, la coordinación y estabilidad de los socios participantes en el acuerdo (Sanchís y Urra, 1994; García Canal, 1993).

Por su parte aquellos autores que han analizado los acuerdos desde un punto de vista organizativo y estratégico destacan las siguientes características:

1. La persecución de objetivos concretos de manera que las partes involucradas en ella puedan alcanzar algunos de los siguientes: (i) sinergias para incrementar su ventaja competitiva (Fernández Sánchez, 1991); (ii) mejoras en la distribución de sus recursos (García Canal, 1993), en la coordinación de sus relaciones intercambiando información y, puesta en común de alguna actividad o fase del proceso productivo (Genescá, 1995); (iii) compartir riesgos y recompensas (Morris y Hergert, 1987); (iv) desarrollar una actividad económica compartida para fabricar o distribuir productos/servicios (Hitt et al. 1996; Camisón, 1993). Algunos autores destacan que los propósitos del acuerdo son difícilmente alcanzables de manera individual (Urra, 1998; Menguzzato, 1995).
2. Puesta en común de actividades, programas o proyectos indivisibles e independientes del resto de actividades realizadas por los socios (Urra, 1998; Menguzzato, 1995; Sanchís y Urra, 1994; Menguzzato y Renau, 1991). Este aislamiento de lo común, requiere la definición previa de los mecanismos de coordinación sobre la base de los compromisos adquiridos (Camisón 1993; García Canal, 1991, 1993).
3. El desarrollo del acuerdo requiere, por tanto, la definición de la responsabilidad compartida sin que ello implique una relación de subordinación de un socio sobre otro (Urra, 1998; Morris y Hergert, 1987; García Canal, 1991, 1993). En efecto, no todas las actividades que realizan las organizaciones implicadas en el acuerdo forman parte de éste y, por tanto, siguen manteniendo plena actividad sobre estas, cediendo parte de su autonomía para desarrollar el proyecto objeto de la cooperación (Camisón, 1993; García Canal, 1993).
4. La autonomía operativa descrita en el apartado anterior implica que los socios, una vez iniciada la relación cooperativa, siguen manteniendo su identidad y estructura organizativa permaneciendo independientes, tanto jurídica como económicamente (Genescà, 1995; Camisón, 1993). De esta manera prevalecen las relaciones de influencia y negociación sobre las jerárquicas (Camisón, 1993) evitándose la fusión como consecuencia de la cooperación[8].
5. Otros autores destacan un amplio número de características entre las que cabe destacar las siguientes: (i) son acuerdos explícitos (Urra, 1998; Menguzzato, 1995; Camisón, 1993) y voluntarios; (ii) son acciones conscientes y deliberadas (Urra, 1998; García Canal, 1993); (iii) los socios comparten recursos, capacidades y competencias para desarrollar las actividades comunes (Hitt et al. 1996; Sanchís y Urra, 1994); (iv) contribución equitativa entre los socios (Menguzzato, 1995); (v) afectación a cualquier actividad de la cadena de valor (Camisón, 1993); (vi) trasferencia continua de recursos entre los socios hacia el proyecto común y un diálogo permanente sobre los recursos que son necesarios, como deben ser usados, quién los va a suministrar y cómo repartir el coste (Morris y Hergert, 1987); (vii) dependencia mutua entre los partícipes (García Canal, 1993) y, (viii) difuminación de los límites de la organización debido a que la cooperación desarrolla unas relaciones de frontera difusa que dificulta la determinación de la frontera de la organización (García Canal, 1993).

A raíz de las características de los acuerdos de cooperación obtenidas de las definiciones anteriores y de la revisión de la literatura realizada podemos definir los acuerdos de cooperación como "relaciones explícitas y deliberadas entre dos o más organizaciones independientes que les permite compartir durante un periodo de tiempo determinado y de forma equitativa recursos, capacidades y/o competencias, actuando en común de manera que coordinan las acciones objeto del acuerdo en cualquier ámbito de su actuación y sin que exista entre ellas una relación de subordinación, para perseguir unos objetivos que individualmente no hubiesen podido alcanzar".

En este sentido, se observa una tendencia evolutiva hacia nuevas formas organizativas gracias a las estrategias de cambio e innovación emprendidas en los sistemas sanitarios, en los últimos años. La aparición de modelos híbridos, como es el caso de los acuerdos de cooperación, permite introducir incentivos superiores a los de la jerarquía y mayores niveles de cooperación de los alcanzados a través del mercado. Así, tanto los contratos-programa desarrollados por el INSALUD y los Servicios Regionales de Salud, como la creación de nuevas empresas públicas sanitarias y otras formas jurídicas-organizativas son intentos claros de la orientación hacia estos modelos que se está produciendo en el sector sanitario (Martín y De Manuel, 1998). No obstante, para que las organizaciones sanitarias públicas puedan, en nuestro país, llevar a cabo estrategias cooperativas es necesario que se les dote de suficientes niveles de autonomía de gestión (Martín, 1995) y que su estructura se adecue a alguna de las recogidas en el cuadro 1 anterior.

4. PROPUESTA DE UNA TIPOLOGÍA DE LOS ACUERDOS DE COOPERACIÓN ENTRE ORGANIZACIONES PÚBLICAS SANITARIAS

La literatura recoge una gran diversidad de criterios de agrupación de los acuerdos de cooperación entre empresas: (i) relación entre los socios (Gesnescà, 1995); (ii) complementariedad (Menguzzato, 1995); (iii) de ámbito de actuación geográfico (Sanchís y Urra, 1994; Porter y Fuller, 1986); (iv) origen de los socios; (v) campo de aplicación de la alianza (Genescà, 1995; Sanchís y Urra, 1994; Morris y Herget, 1987; Porter y Fuller, 1986); (vi) estrategias cooperativas (Hitt et al. 1996); (vii) formas que adoptan los acuerdos (Hitt et al. 1996; Sanchís y Urra, 1994; Menguzzato y Renau, 1991).

No obstante deben considerarse ciertas características inherentes a las organizaciones de atención sanitaria, tales como ser organizaciones de servicio (Larrán et al. 1998; Schmenner, 1988; Mills, 1986; Schortell y Kaluzny, 1983), tipo de stakeholders (Elola, 1994; Blair y Fotler, 1990) y,

---

[7] Desde el punto de vista teórico deben separarse los enfoque estratégico y organizativo. No obstante los hemos tratado de manera agregada para no excedernos de los objetivos del presente trabajo.

[8] Nótese que esta circunstancia implica que las fusiones y adquisiciones quedarían fuera del término cooperación puesto que éstas implican la pérdida de la personalidad jurídica, al menos, de alguno de los socios. No obstante y aunque se mantenga la independencia, para algún autor (Urra, 1998) en la práctica es corriente encontrar cierto grado de subordinación propiciado por la configuración de la estructura de poder en el seno del acuerdo, bases del proceso de la toma de decisiones, idiosincrasia de las tareas objeto del acuerdo, grado de oportunismo y las denominadas agendas ocultas.

restricción en los procesos de toma de decisión originados por reglas formales (normativa genérica y específica) e informales (códigos de conducta, ideologías, etc.) (North, 1992 y 1990). Éstas, condicionan los tipos de acuerdos que pueden considerase viables. Así en éste ámbito pueden recogerse tres criterios básicos de clasificación: (i) campo de aplicación; (ii) estrategia cooperativa a nivel corporativo; y, (iii) formas del acuerdo.

A.- SEGÚN EL CAMPO DE APLICACIÓN DE LA ALIANZA.

Los trabajos consultados que utilizan este criterio para clasificar los acuerdos de cooperación nos llevan a deducir que la mejor tipología nos la ofrece las actividades de la cadena del valor de una empresa[9]. A partir de la cadena de valor hospitalaria (Martín, 1995) pueden considerarse los siguiente tipos de acuerdos: (i) de admisión de pacientes, clínicos y terapéuticos; (ii) de estancia, altas y revisiones; (iii) de Recursos Humanos; (iv) de compras sanitarias; (v) de estructura y equipamiento; y, (vi) de servicios generales y/o especializados.

En este sentido, y a modo ilustrativo, los acuerdos de cooperación entre organizaciones sanitarias pueden abarcar la negociación con proveedores de servicios (limpieza, mantenimiento, hostelería, etc.) con el objeto de lograr economías de escala. También cabe la posibilidad de aplicarlos a la elaboración de planes conjuntos de formación de recursos humanos de diferentes centros sanitarios[10]. Otro campo de cooperación se encuentra en el potencial intercambio de aquellos servicios clínicos con el objeto de tener carteras de servicios complementarios; de esta forma, los centros sanitarios tendrían la posibilidad de centrar su actividad en aquellos servicios en los que puedan desarrollar sus capacidades clave prescindiendo de aquellos más alejados de su núcleo de recursos y capacidades esenciales. Por último, la investigación y desarrollo de técnicas relacionadas, por ejemplo, con los sistemas de información también sería susceptible de adscripción a estos tipos de acuerdos.

B.- SEGÚN LA FORMA QUE ADOPTAN LOS ACUERDOS.

Ante la dispersión existente en la literatura sobre la clasificación de las distintas formas de cooperación empresarial, se proponen las siguientes:

a) Joint-Ventures: Se corresponde con un acuerdo de cooperación empresarial entre dos o más empresas que culmina con la puesta en marcha de otra independiente creada para llevar a cabo las actividades objeto del acuerdo. Aunque estas formas de cooperación se están desarrollando en el ámbito internacional[11], creemos que en nuestro país se ajusta mejor entre organizaciones sanitarias de carácter privado.

b) Alianzas Estratégicas: Son acuerdos de cooperación entre dos o más organizaciones que coordinan alguna o todas sus actividades para la consecución de un objetivo que beneficie a todos. Una característica distintiva de las alianzas estratégicas es que la relación entre los socios termina una vez que se ha conseguido el fin del acuerdo.

Al respecto, es interesante resaltar que, actualmente, estas formas de acuerdos están desarrollándose en algunas Comunidades Autónomas con competencias sanitarias transferidas, como el caso de la alianza estratégica entre empresas de servicios sanitarios del Vallès Occidental (Cataluña), y que podrán desarrollarse en un futuro entre los centros sanitarios gestionados por el INSALUD tal como se recoge en el Plan Estratégico realizado por el mismo (1997-2000).

Normalmente, este tipo de acuerdos de cooperación se plasma en contratos entre los socios participantes en el acuerdo, entre los que pueden resaltarse: subcontratación[12], acuerdos de spin-off[13], consorcios[14] y unión temporal de empresas[15].

C.- SEGÚN LA ESTRATEGIA COOPERATIVA A NIVEL CORPORATIVO.

De manera genérica, este tipo de acuerdos se diseñan para facilitar la diversificación de mercados y productos (Hitt et. al., 1996), pudiendo distinguirse los siguientes:

a) Alianzas Estratégicas de Diversificación: permiten a las empresas expandirse en nuevos productos o áreas de mercado sin la adquisición de otras organizaciones. En este caso se consideran las alianzas estratégicas como alternativa a la fusión y la compra para el crecimiento de las empresas.

b) Alianzas Estratégicas Sinérgicas: crean economías de ámbito conjuntas entre dos o más empresas, a través de funciones o negocios múltiples entre los socios.

Ambas formas de cooperación son factibles en el ámbito sanitario. Entre las primeras podrían diseñarse acuerdos entre una o más organizaciones para la cobertura de determinadas patologías que requieran del concurso de equipos de especialistas o instrumental que por sus características técnicas, económicas o ambas, sean difíciles de soportar por todos los centros[16]. En cuanto a las segundas sería el caso en el que se comparten determinados servicios auxiliares como puede ser el de Análisis Clínicos[17].

5. CONCLUSIONES

En el presente trabajo se ha analizado el efecto que la formalización de acuerdos de cooperación en el S.N.S. puede tener en el incremento de la eficacia y eficiencia en la provisión pública de salud. En este sentido, la aparición de este sistema, que sustituye y mejora la prestación sanitaria pública del anterior basado en la Seguridad Social, presenta, no obstante, una serie de defectos, en gran parte comunes a los de los países de nuestro entorno. Una de las medidas de reforma que se proponen para alcanzar tales objetivos, es la aplicación de técnicas empresariales en las organizaciones públicas sanitarias. En este sentido, proponemos los acuerdos de cooperación como un instrumento al alcance de los gestores sanitarios.

La dispersión sobre el concepto y tipologías de acuerdos de cooperación en la literatura hace necesaria su delimitación. Por ello, hemos realizado nuestra propia aproximación a dicho concepto a partir de la revisión de los principales trabajos sobre el mismo. En cuanto a las propuestas

---

[9] Para conocer diferentes tipologías en función del campo de aplicación de los acuerdos consultar los siguientes trabajos: Porter y Fuller, 1986; Morris y Hergert, 1987; Hermosilla y Solá, 1989; Fernández Sánchez, 1991; García Canal, 1992; Hagedoorn, 1993; Sanchís y Urra, 1994;Genescà, 1995; Das, Sen y Sengupta, 1998.

[10] En este sentido es de destacar que en el caso del Servicio Andalúz de Salud la política de formación se realiza de manera centralizada sin un claro objetivo en la asignación de actividades formativas a los hospitales (Martín, 1995), lo que desde nuestro punto de vista, dificulta la obtención de resultados a largo plazo.

[11] En esta línea puede consultarse Lyles y Karen (1994).

[12] La subcontratación es una forma de cooperación muy extendida en el ámbito empresarial que se está trasladando poco a poco en los servicios sanitarios más intensivos en mano de obra aunque deberían de ampliarse los límites en los procesos de externalización incluyendo a los servicios de diagnóstico y de tratamiento con el objeto de alcanzar mayores niveles de eficiencia tan necesarios en el nuevo marco de competencia regulada (Barba, 1998).

[13] En el ámbito catalán podrían darse estos acuerdos particulares si el Servicio Catalán de Salud formaliza un contrato con una entidad de base asociativa, para la gestión de centros, servicios y establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria o sociosanitaria, cuyos profesionales mantienen acuerdos con la organización sanitaria a la que pertenecían.

[14] Este tipo de acuerdo está muy extendido en Cataluña, entre los que pueden destacarse los siguientes: Consorcio del Laboratorio del Anoia, formado por el Instituto Catalán de la Salud, el Hospital Comarcal de Igualada y la Fundación Asistencial del Anoia; Consorcio Sanitario de Terrassa, constituido por la Generalitat de Cataluña, el Ayuntamiento de Terrassa y la Fundación Sant Llàtzer; y el Consorcio Sanitario del Maresme, integrado por el Servicio Catalán de Salud, el Consejo Comarcal del Maresme y el Ayuntamiento de Mataró.

[15] Este año se ha inaugurado el primer hospital público gestionado con capital privado, es el Hospital de la Rivera, en Valencia. La propiedad corresponde a la Unión Temporal de Empresas formada por Agbar, Adeslas, Caja de Ahorros del Mediterráneo, Bancaja, Caja de Carlet, Dragados y Construcciones y Lubasa.

[16] De hecho, actualmente ciertos servicios están centralizados en hospitales de manera que éstos son hospitales de referencia para las patologías incluidas en su ámbito científico. Así los pacientes son derivados desde sus hospitales de ingreso hacia aquellos en los que pueden ser tratados de manera adecuada.

[17] En las llamadas "ciudades sanitarias", como sería el caso de la Ciudad Sanitaria Virgen de Rocío perteneciente al Servicio Andaluz de Salud, los diversos hospitales que la integran comparten el servicio de análisis. No obstante, éste caso no constituye una cooperación en el sentido definido por nosotros en este trabajo puesto que existe una dependencia jerárquica de la Dirección-Gerencia de la ciudad sanitaria.

tipológicas, hemos revisado aquellas que, desde nuestro punto de vista, mejor pueden responder a la realidad del sector de provisión pública de salud. En este sentido, cabe destacar que algunas de ellas ya vienen siendo puestas en marcha en algunos de los Servicios Regionales de Salud. No obstante, la puesta en práctica de este tipo de estrategia requerirá de un lado, un mayor grado de autonomía en la dirección de este tipo de organizaciones, y por otro, dar respuesta al problema jurídico que plantea la difuminación de las fronteras de las organizaciones involucradas en la cooperación.

Por último, destacar que en este trabajo ha constituido una primera aproximación a la aplicación de los acuerdos de cooperación empresarial a las organizaciones sanitarias, quedando un amplio abanico de temas por estudiar como la transformación de las formas de gestión en el sector, la elección del socio, el objetivo de la alianza, el proceso de las alianzas, evaluación de los resultados y adaptación de los acuerdos de cooperación a este tipo de organizaciones, entre otros.

6. BIBLIOGRAFIA

ARIÑO MARTÍN, A. Y GARCÍA PONT, C. (1996): "ALIANZAS Y BLOQUES ESTRATÉGICOS: EL COMPORTAMIENTO COOPERATIVO COMO MOTOR DE SU EVOLUCIÓN". *REVISTA EUROPEA DE DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE EMPRESA*, VOL.5, Nº 3, PP. 133-144.

BARBA, R. (1998): "LA ALIANZA ESTRATÉGICA DE LA EMPRESA DE SERVICIOS SANITARIOS DEL VALLÈS OCCIDENTAL". *FULLS ECONÒMICS DEL SISTEMA SANITARI*, NOVIEMBRE, PP.7-8.

BAREA, J. (1996): "LA GESTIÓN DE LA SANIDAD: UN BIEN PRIVADO FINANCIADO PÚBLICAMENTE". *PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA*, Nº 69, PP. 52-63.

BAREA, J. Y GÓMEZ, A. (1994): EL PROBLEMA DE LA EFICIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO EN ESPAÑA: ESPECIAL CONSIDERACIÓN DE LA SANIDAD. MADRID, INSTITUTO DE ESTUDIOS ECONÓMICOS.

BARSKY, A. (1988): "THE PARADOX OF HEALTH". *THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDECINE*, VOL. 318, PP. 414-418.

BERENGUER, E.; BESTARD, J.J. Y HERNÁNDEZ, F. (1998): "EL PLAN ESTRATÉGICO DEL INSALUD". *PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA*, Nº 76, PP. 191-198.

BLAIR, J.D. Y FOTTER, M.D. (1990): *CHALLENGES IN HEALTH CARE MANAGEMENT: STRATEGIC PERSPECTIVES FOR MANAGING KEY STAKEHOLDERS*. JOSSEY-BASS PUBLISHERS: SAN FRANCISCO.

BLOIS, K.J. (1971): "VERTICAL QUASI-INTEGRATION", *THE JOURNAL OF INDUSTRIAL ECONOMICS*, VOL. 20, Nº 3, PP. 253-272.

BUENO CAMPOS, E. (1994): "LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN HOSPITALES: PROBLEMAS Y ENFOQUES PRINCIPALES". *PAPELES DE GESTIÓN SANITARIA*, MONOGRÁFICO Nº 1. 94 M/C/Q. EDICIONES VALENCIA.

CAMISÓN ZORNOZA, C. (1993): "DIRECCIÓN DE EMPRESAS EN ENTORNOS GLOBALES Y ABIERTOS: HACIA LA ESTRATEGIA DE ALIANZAS". *REVISTA EUROPEA DE DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE EMPRESA*, VOL.2, Nº 3, PP. 9-37.

CAMISÓN, C. Y MOLINA, F.J. (1996): "CARACTERIZACIÓN DE LAS RELACIONES ENTRE DESEMPEÑO Y LOS EFECTOS INDUSTRIA Y TERRITORIO: UNA APLICACIÓN BASADA EN LA TEORÍA DE LOS RECURSOS COMPARTIDOS. EL CASO DE LOS DISTRITOS INDUSTRIALES". *INVESTIGACIONES EUROPEAS DE DIRECCIÓN Y ECONOMÍA DE LA EMPRESA*, VOL. 2, Nº 3, PP. 27-41.

CAMISÓN, C. Y MOLINA, F.J. (1998): "DISTRITOS INDUSTRIALES Y RECURSOS COMPARTIDOS: UN ENFOQUE INTEGRADOR". *REVISTA DE ECONOMÍA Y EMPRESA*, VOL. XII, Nº 32, PP. 65-82.

COMISION DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (1991): "INFORME Y RECOMENDACIÓN". LA REFORMA DEL SISTEMA SANITARIO. FEDEA, EDITORIAL MULTI-PRENSA, PP. 155-215.

ELOLA, J. (1994): SISTEMA NACIONAL DE SALUD: EVALUACIÓN DE SU EFICIENCIA Y ALTERNATIVAS DE REFORMA. BARCELONA, SG-EDITORES.

GARCÍA CANAL, E. (1996): "CONTRACTUAL FORM IN DOMESTIC AND INTERNATIONAL STRATEGIC ALLIANCES". *ORGANIZATION STUDIES*. VOL. 17, Nº 5, PP. 773-794.

GARCÍA CANAL, E. (1993): "LA COOPERACIÓN EMPRESARIAL: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA". *ICE REVISTA DE ECONOMÍA*. FEBRERO, Nº 714. PP. 87-98.

GARCÍA CANAL, E. (1991): ACUERDOS DE COOPERACIÓN ENTRE EMPRESAS EN ESPAÑA 1986-89. ANÁLISIS DESDE LA ECONOMÍA DE LA ORGANIZACIÓN, UNIVERSIDAD DE OVIEDO, TESIS DOCTORAL.

GARCÍA, J.M. Y MEDINA, D.R. (1998): "ENFOQUES TEÓRICOS SOBRE LA RELACIONES INTERORGANIZATIVAS: UNA REVISIÓN COMPARATIVA", *REVISTA EUROPEA DE DIRECCIÓN Y ECONOMÍA DE LA EMPRESA*, VOL. 7, Nº 3, PP. 9-30.

GENESCÀ GARRIGOSA, E. (1995): "ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN Y COMPETITIVIDAD" EN CUERVO A. *DIRECCIÓN DE EMPRESAS DE LOS NOVENTA: HOMENAJE AL PROFESOR MARCIAL JESÚS LÓPEZ MORENO*. CÍVITAS: MADRID.

HAM, C. (1996): "MANAGED MARKETS IN THE HEALTH CARE: THE UK EXPERIMENT". *HEALTH POLICY*, VOL. 35, PP. 279-292.

HITT, M. ET. AL. (1996): *STRATEGIC MANAGEMENT. COMPETITIVENESS AND GLOBALIZATION*, ST. PAUL: WEST PUBLISHING COMPANY.

IMAI, K. Y ITAMI, H. (1984): "INTERPENETRATION OF ORGANIZATION AND MARKET", *INTERNATIONAL JOURNAL OF INDUSTRIAL ORGANIZATION*, VOL. 2, PP. 285-310.

INSALUD (1998): PLAN ESTRATÉGICO. LIBRO AZUL. MADRID.

LARRÁN, M. (COORD.) ET AL. (1998): LA APLICACIÓN DEL DATA ENVELOPMENT ANALYSIS A LA EVALUACIÓN DE LA EFICIENCIA DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS ANDALUCES. EFICIENCIA Y SALUD. UNIVERSIDAD DE CÁDIZ.

LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL, GENERAL DE SANIDAD. TECNOS.1995.

LEY 15/1997 DE 10 DE ABRIL DE HABILITACIÓN DE NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN. BOE. 26 DE ABRIL DE 1997.

LÓPEZ I CASANOVAS, G. Y RODRÍGUEZ PALENZUELA, D. (COORDS.) (1997): *LA REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN ESPAÑA*. EDITORIAL CÍVITAS: MADRID.

LORENTE, J.M. (1994): "CONTRATO-PROGRAMA DEL INSALUD". *GESTIÓN HOSPITALARIA*, Nº 2, PP. 33-40.

LUKE, R.D., BEGUN, J.W. Y POINTER, D.D. (1989): "QUASI FIRMS: STRATEGIC INTERNATIONAL FORMS IN THE HEALTH CARE INDUSTRY". *ACADEMY OF MANAGEMENT REVIEW*, VOL. 14, Nº 1, PP. 9-19.

LYLES, M. Y BYRES, K. (1994): "AN EXAMINATION OF A HEALTH CARE INTERNATIONAL JOINT VENTURE IN POLAND". *INTERNATIONAL STUDIES OF MANAGEMENT AND ORGANIZATION*, VOL. 24, Nº 4, PP. 31-47.

MARTÍN ALCÁZAR, F. (1995): DIRECCIÓN ESTRATÉGICA DE HOSPITALES PÚBLICOS. ESTUDIO DE UN CASO. TESIS DOCTORAL NO PUBLICADA. UNIVERSIDAD DE CÁDIZ.

MARTÍN MARTÍN, J.J. Y DE MANUEL KEENOY, E. (1998): "REFORMAS Y CAMBIOS ORGANIZATIVOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL". *PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA*, Nº 76, PP. 176-190.

MENEU, R. Y ORTÚN, V. (COORDS.) (1996): POLÍTICA Y GESTIÓN SANITARIA. LA AGENDA EXPLÍCITA. BARCELONA, SG-EDITORES.

MENGUZZATO, M. (1995): "LA TRIPLE LÓGICA DE LAS ALIANZAS ESTRATÉGICAS" EN CUERVO A. *DIRECCIÓN DE EMPRESAS DE LOS NOVENTA: HOMENAJE AL PROFESOR MARCIAL JESÚS LÓPEZ MORENO*. CÍVITAS: MADRID.

MENGUZZATO, M. Y RENAU (1991): LA DIRECCIÓN ESTRATÉGICA DE LA EMPRESA: UN ENFOQUE INNOVADOR DEL MANAGEMENT. BARCELONA: ARIEL.

MONTEVERDE, K. Y TEECE, D.J. (1982): "SUPPLIER SWITCHING COSTS AND VERTICAL INTEGRATION", *BELL JOURNAL OF ECONOMICS*, VOL. 13, PP. 206-213.

MORRIS, D. Y HERGERT, M. (1987) : "TRENDS IN INTERNATIONAL COLLABORATIVE AGREEMENTS". *COLUMBIA JOURNAL OF WORLD BUSINESS*. SUMMER. PP. 15-21.

NORTH, D. (1992): "INSTITUTIONS, IDEOLOGY, AND ECONOMIC PERFOMANCE". *CATO JOURNAL*, VOL. 11, Nº 3.

NORTH, D. (1990): "A TRANSACTION COST THEORY OF POLITICS". *JOURNAL OF THEORY POLITICS*, VOL. 2 P. 4.

OHMAE, K (1989): "THE GLOBAL LOGIC OF STRATEGY ALLIANCES". *HARVARD BUSINESS REVIEW*, MARZO-ABRIL, PP. 143-154.

ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y DESARROLLO ECONÓMICO (1992): THE REFORM OF HEALTH CARE: A COMPARATIVE ANALYSIS OF SEVEN OCDE COUNTRIES. OCDE, PARÍS.

ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y DESARROLLO ECONÓMICO (1994): THE REFORM OF HEALTH CARE SYSTEMS: A REVIEW OF SEVENTEEN OCDE COUNTRIES. OCDE, PARÍS.

PORTER M.E. Y FULLER, M.B. (1986): "COALITIONS AND GLOBAL STRATEGY", EN *COMPETITION IN GLOBAL INDUSTRIES*. PORTER, M. (ED.), HARVARD BUSINESS SCHOOL PRESS: BOSTON, PP. 315-343.

RICO, A. (1998): "LA DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA EN ESPAÑA: EL CAMINO RECORRIDO Y LAS TAREAS PENDIENTES". *PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA*, Nº 76, PP. 49-66.

SANCHÍS, J.R., URRA, J.A. (1994). "LAS ALIANZAS ESTRATÉGICAS GLOBALES. UN ESTUDIO EMPÍRICO". *REVISTA EUROPEA DE DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE EMPRESA*, VOL. 3, Nº 2, PP. 83-102.

SCHEMENNER, R.W. (1986): "HOW CAN SERVICE BUSINESSES SURVIVE AND PROPER?". *SLOAN MANAGEMENT REVIEW*, SPRING, PP. 21-32.

SHORTEL, S.M. Y KALUZNY, A.D. (1983): HEALTH CARE MANAGEMENT: A TEXT IN ORGANIZATION THEORY AND BEHAVIOR. DELMAN PUBLISHERS INC. NEW YORK.

URRA URBIETA, J.A. (1998): "UNA EVIDENCIA EMPÍRICA DE LOS FACTORES SUBYACENTES EN LA COOPERACIÓN EMPRESARIAL". *REVISTA EUROPEA DE DIRECCIÓN Y ECONOMÍA DE LA EMPRESA*, VOL. 7, Nº1, PP. 77-94.