

DOC. 107/96
JUAN VENTURA

**LA COMPETENCIA GESTIONADA EN SANIDAD:
UN ENFOQUE CONTRACTUAL**

LA COMPETENCIA GESTIONADA EN SANIDAD: UN ENFOQUE CONTRACTUAL

Juan Ventura

Introducción

Una gran parte de los países de la OCDE han empezado o están en trámites de iniciar reformas sustanciales de sus sistemas sanitarios a fin de controlar el crecimiento del gasto sanitario público y mejorar la eficiencia del mismo. La cuestión a debate - alejada ya de planteamientos maximalistas del tipo sanidad pública v. privada, planificación v. mercado -, consiste en encontrar las fórmulas más eficientes de gobernar el complejo entramado de transacciones que caracteriza la organización de la atención sanitaria.

Un elemento de convergencia en el debate sanitario de los países con sistemas predominantemente públicos estriba en separar la financiación de la provisión de la atención sanitaria. Ello replantea el papel del sector público que deberá ser garante de la financiación y la calidad asistencial final pero no necesariamente deberá ser al mismo tiempo proveedor de la misma. Con ello se pretende obtener las ganancias de la especialización de funciones, dado que los problemas de selección adversa y la búsqueda de la equidad aconsejan el mantenimiento de la financiación pública, pero al mismo tiempo el logro de la eficiencia aconseja introducir sistemas de incentivos que recompensen o sancionen en función de los resultados obtenidos.

Toda reforma conlleva una alteración del *statu quo* actual que debe ser tenida en cuenta a fin de ahorrar en costes innecesarios para su implantación. En España¹ así como en otros países de nuestro entorno como Gran Bretaña, Italia y Suecia el sector

¹El traspaso de competencias sanitarias a Cataluña, País Vasco, Andalucía, Comunidad Valenciana, Navarra y Galicia, impide hablar en términos globales de la Sanidad en España, dadas las diferencias existentes entre los recursos y sistemas de gestión en las diferentes Comunidades Autónomas y el Insalud no trasferido.

público cuenta con una amplia red de centros asistenciales de titularidad pública que se encargan de suministrar atención sanitaria a prácticamente toda la población². Se requiere por tanto conocer el grado de competencia que se desea introducir, esto es la provisión de atención sanitaria se va a ampliar a otras entidades de carácter privado o se va a limitar al sector público. Y al mismo tiempo las transacciones destinadas a asegurar la atención sanitaria de la población protegida van a estar guiadas por el uso de la autoridad jerárquica dentro de una organización o, por el contrario, se van a introducir mecanismos de mercado basados en la igualdad entre las partes que negocian libremente los términos del contrato.

La organización de la atención sanitaria moderna ha propiciado una amplia división del trabajo que conduce a una especialización de funciones que redundan en una mayor eficiencia de los recursos productivos. Dicha especialización de funciones requiere para ser efectiva la coordinación de un complejo entramado de transacciones, que puede ser logrado mediante dos mecanismos básicos, el mercado y la organización (Fig 1). Cada uno de estas formas de gobierno incurre en costes de transacción, por lo que su uso dependerá de los costes relativos de cada una de ellas(Coase,1937; Williamson,1975).

Imai e Itami (1984) plantean un esquema que puede resultar esclarecedor del tipo de dilemas que deben ser resueltos a la hora de reformar la atención sanitaria, dichos autores consideran dos dimensiones a la hora de distinguir entre organizaciones y mercados:

²Para el Insalud Gestión directa está previsto a través del contrato programa en vigor para el año 1993 un gasto de 122.000 millones de pesetas en el capítulo de conciertos con otras entidades. En Cataluña la sanidad concertada tiene un peso mucho mayor.

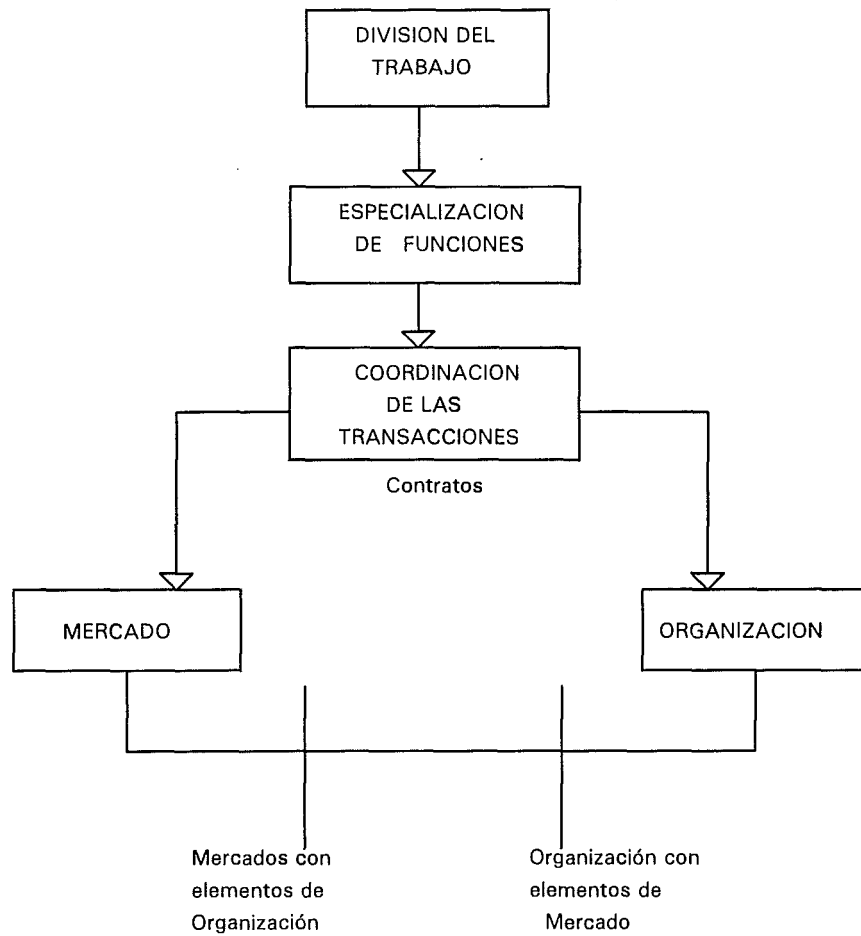


Fig.1

Principio de decisión

M1 Los participantes responden a las señales del mercado buscando la maximización de la utilidad individual

O1 Los participantes responden a las ordenes y normas de una autoridad que persigue la optimización conjunta

Forma de interrelación

M2 Los participantes tienen libertad de entrada y salida

O2 Las relaciones entre los miembros tienen un carácter fijo y
continuado

El mercado puro se obtiene cuando coexisten (M1, M2), es decir cuando cada participante responde a la información que proporcionan los precios buscando su propio interés y existe libertad de entrada y salida para efectuar transacciones. La organización pura se da cuando la asignación de recursos se basa en la jerarquía y las relaciones entre los miembros tienen un carácter de permanencia en el tiempo (O1, O2).

Ahora bien en la realidad nos encontramos situaciones intermedias caracterizadas como organizaciones que introducen ciertos rasgos propios del mercado y mercados que incorporan elementos propios de las organizaciones. Para ello se requiere introducir combinaciones de los principios enumerados anteriormente. Así tenemos (M1 + O1) que describe un principio de decisión híbrido, dado por la presencia de algún tipo de autoridad que reduce la libertad de las partes (contratos donde en caso de discrepancia se asigna a una de las partes los derechos residuales) o bien la autoridad jerárquica se suaviza al incorporar mecanismos de coordinación propios del mercado (precios internos, control por resultados con amplia delegación de autoridad). Análogamente (M2 + O2) describe situaciones en las cuales la

libertad de entrada y salida se ve atenuada por acuerdos de cooperación a largo plazo o bien cuando las relaciones fijas y continuadas se ven amenazadas por la posibilidad de ser sustituidas en parte por otros participantes.

En la figura adjunta se combinan ambos principios para obtener una matriz que recoge los mecanismos principales de asignación de recursos (Imai e Itami, 1984; Salas, 1987; 1991). La matriz excluye las combinaciones (M2, O1) y (M1, O2) por ser inviables al combinar principios totalmente contrapuestos. Se obtienen así tres combinaciones donde el mercado es la forma dominante (M1, M2), (M1, M2 + O2) y (M1 + O1, M2) y tres combinaciones donde la organización es la forma dominante (O1, O2), (O1, M2 + O2) y (M1 + O1, O2). La combinación (M1 + O1, M2 + O2) representa una situación totalmente intermedia que marca la frontera entre el predominio del mercado y el de la organización.


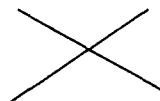
PRINCIPIO DE DECISION	FORMA DE INTERRELACION		
	M_2 <i>Libertad de entrada y salida</i>	$M_2 + O_2$	O_2 <i>Relaciones fijas y continuadas</i>
M_1 <i>Maximización de la utilidad individual tomando la información que proporcionan los precios</i>	Mercado Puro	Mercado que funciona como organización	
$M_1 + O_1$	Mercado que funciona como organización	Organización intermedia	Organización con elementos de mercado
O_1 <i>Autoridad directiva preocupada por la optimización conjunta</i>		Organización con elementos de mercado	Organización pura

FIG.2. Mecanismos de asignación de recursos
Fuente: Imai e Itami(1984; 289), Salas (1987,1991)

La ponencia una vez adoptado el esquema de Imai e Itami como medio de describir los principales medios de asignación de recursos, identifica en la matriz propuesta las principales líneas de reforma sugeridas en el ámbito de la competencia gestionada, para interrogarse a continuación sobre las ventajas e inconvenientes que las mismas presentan.

Las transacciones en el ámbito sanitario

Una de las principales dificultades que afronta el análisis de las reformas en sanidad se debe a la presencia de al menos tres ámbitos donde se producen transacciones estrechamente interdependientes entre tres grupos de actores, la población (pacientes), los proveedores de atención sanitaria y los aseguradores de la misma (Reinhardt,1990)(Fig 3). Cada una de estas transacciones puede ser gobernada mediante fórmulas puras de mercado u organización, si bien como hemos expuesto la complejidad es mayor si pensamos en las posibles soluciones intermedias señaladas^{3 4}

3

⁴Una clara descripción de los diferentes modelos combinando soluciones alternativas en los tres ámbitos señalados la ofrece Hurst (1992), quien encuentra siete modos posibles de organizar la atención sanitaria, Pago voluntario de los servicios sanitarios; seguro voluntario con reembolso a los pacientes; seguro obligatorio con reembolso a los pacientes; seguro voluntario con contrato entre prestatarios de servicios y aseguradores; Seguro obligatorio con contrato entre prestatarios y aseguradores; seguro voluntario con integración entre aseguradores y prestatarios de servicios; seguro obligatorio con integración entre aseguradores y prestatarios de servicios

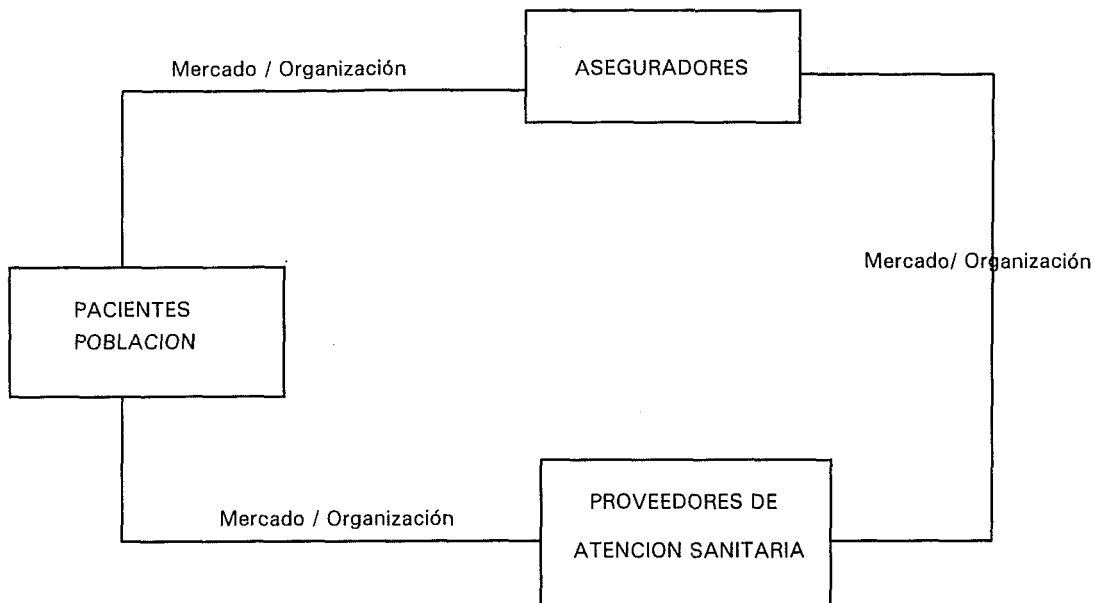


Fig 3: Adaptado de Reinhardt (1990)

En España la existencia de un seguro público obligatorio se ha combinado con una red pública de centros asistenciales tanto de atención primaria como especializada. En este modelo como señala Hurst (1992) se eliminan los riesgos de la selección, se logran contener los costes a nivel macroeconómico, pero no se generan incentivos para la eficiencia al no seguir el dinero al paciente. Además como es notorio el modelo de gestión basado en presupuestos no ha funcionado históricamente en la sanidad pública Española, diluyéndose las responsabilidades en una compleja burocracia (Fig 4), dicho modelo puede ser descrito como característico de una organización pura en los términos de la matriz de Imai e Itami.

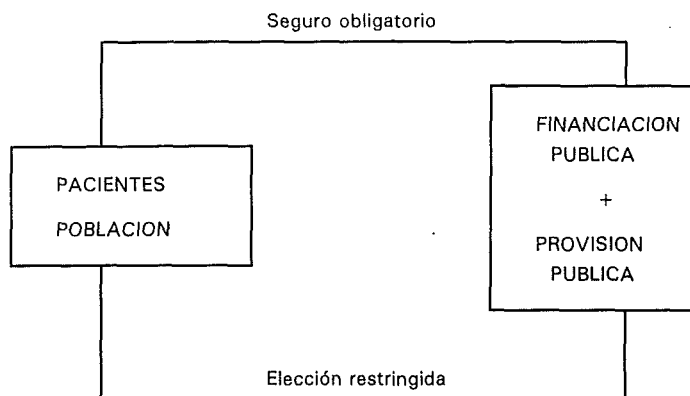


Fig 4

Alternativas a la organización pura

La cuestión a dilucidar es como reformar este sistema a fin de conseguir mejorar la eficiencia del mismo sin renunciar a las ventajas que ofrece la financiación pública.

La matriz de Imai e itami nos permite analizar los dos movimientos adyacentes dentro del ámbito de las organizaciones con elementos de mercado desde la posición inicial (O1, O2).

Mejora de la gestión interna

La primera alternativa consiste en pasar de (O1, O2) a (M1 + O1, O2). Este cambio implica sustituir el uso de la autoridad como mecanismo de gobierno por una separación de funciones mediante la cual la coordinación de actividades requerida - para el logro de los objetivos asistenciales- se alcanza mediante una amplia descentralización basada en el cumplimiento de los objetivos fijados en una negociación entre las partes implicadas. Ello no supone que la relación sea de mercado, dado que en caso de conflicto los derechos residuales están claramente fijados por la autoridad jerárquica del financiador.

Este mecanismo de gobierno se asemeja a la estructura M-form (Williamson,1975) ampliamente utilizada por las grandes empresas diversificadas, en ella la alta dirección se encarga de la planificación estratégica, la asignación de recursos entre las divisiones y del control de los resultados, delegándose en la divisiones las decisiones operativas.

Este tipo de estructura siempre plantea el problema del grado de autonomía que se otorga a cada división. La respuesta depende del grado de coordinación requerido interdivisionalmente, si este es nulo la descentralización puede ser muy elevada, en caso contrario la autonomía se ve restringida al objeto de alcanzar determinadas sinergías (economías de alcance) derivadas de un mejor producto y/o servicio, o del ahorro de costes al compartir ciertas actividades.

Competencia externa

Una segunda vía de introducir elementos de mercado dentro del ámbito de la organización consiste en pasar desde (O1, O2) a (O1, M2 + O2), ello implica que se puede contratar a proveedores externos a la organización la provisión de servicios que actualmente prestan o podrían prestar nuestras propias unidades. Con ello se pretende eliminar las ineficiencias que se derivan de las relaciones permanentes y de la seguridad de seguir produciendo con independencia de la eficiencia relativa.

Desde nuestro punto de vista la secuencia más adecuada para la introducción de reformas paulatinas que supongan avances reales en la modificación de la cultura actual totalmente alejada de la gestión pasa por:

$$(O1, O2) \Rightarrow (M1 + O1, O2) \Rightarrow (M1 + O1, M2 + O2)$$

La resultante final a la que se llega es a lo que hemos denominado en la matriz de Imai e Itami como organización intermedia.

Contratos programa

Los cambios recientes introducidos en la gestión de la sanidad no transferida mediante la separación de las funciones de financiación (a cargo del Ministerio de Sanidad y Consumo) y las de gestión de la actividad asistencial a cargo del Insalud apuntan en esta dirección⁵. El establecimiento de *contratos programa* implica un cambio sustancial mediante el cual se llega a un compromiso entre la autoridad política y la entidad gestora para la provisión de una cantidad especificada de servicios asistenciales dentro de los límites de un presupuesto pactado. Ello permite delimitar las responsabilidades en que incurre cada parte, si bien se requiere que la entidad gestora (Insalud) disponga de la autonomía necesaria para el cumplimiento de sus objetivos. A su vez el Insalud establece acuerdos cooperativos (contratos programas) con los diferentes centros de atención especializada de su red asistencial y con las unidades de atención primaria; Así cada centro asistencial tiene asignada la parte que le corresponde en el plan global de producción asistencial y el presupuesto negociado para su cumplimiento.

El contrato programa firmado permite *simular* una cuenta de resultados previsional de cada centro asistencial, de esta forma se supera la concepción de los centros asistenciales como meros centros de gastos para empezar a ser considerados como centros de beneficios. Los ingresos del centro dependen de la facturación al

⁵En Cataluña con carácter previo se han introducido reformas semejantes

Ministerio de Sanidad y Consumo por la actividad realizada y de la facturación a terceros. La actividad realizada medida en UPAs se carga a una tarifa fijada en función de los costes medios del grupo de referencia. En consecuencia si el presupuesto de gastos (negociado atendiendo a las especificidades del centro sanitario) excede la cuantía de los ingresos previsto ello se refleja en la cuantía de la subvención a la explotación. Dicha cantidad deberá ser eliminada en un plazo medio, para lo cual el centro asistencial deberá presentar un plan de gestión para su aprobación por el Insalud.

Un aspecto crucial para conocer hasta que punto se piensa avanzar radica en conocer el sistema de incentivos que lleva asociado la utilización generalizada de contrato programa⁶. Dichos contratos programas pueden ser entendidos como la resultante de una compleja red de *relaciones de agencia*⁷ sucesivas; en una primera instancia el principal de la relación somos todos los ciudadanos que delegamos en nuestros representantes políticos, parlamento, gobierno. En segundo lugar el Ministerio establece una segunda relación de agencia con el Insalud no trasferido, para la realización en su nombre de una actividad delegada a partir de unos recursos pactados. En tercer lugar el Insalud delega mediante una nueva relación de agencia la realización de dicha actividad en una amplia red de centros asistenciales al frente de

⁶El contrato programa entre el Ministerio de sanidad y Consumo y el Insalud, establece en sus apartados VI.2 y VI.3 lo siguiente referente a la disposición de recursos generados por ingresos por servicios prestados a terceros y venta de productos " La dirección General del Insalud propondrá al Ministerio de Sanidad y Consumo la distribución por Centros de gestión de los créditos generados por servicios a terceros y venta de productos. En cuanto al reparto de posibles excedentes se señala" cuando, habiendose producido la consecución de los objetivos asistenciales y de calidad especificados en el presente Contrato- Programa, el saldo positivo, en su caso entre el gasto efectivo y los ingresos revertirá en el Insalud. ... En el supuesto de que sea de aplicación la clausula anterior, la distribución de los recursos por centros de gestión se realizará por el Ministerio de Sanidad y Consumo a propuesta de la Dirección General del Insalud.

⁷"La relación que surge cuando una persona, denominada principal, encarga a otra, denominada agente, la realización de una tarea o la toma de decisiones en beneficio de la primera, a cambio de una

los cuales están nombrados equipos de gestores encargados de lograr su cumplimiento.

Contrato Programa: Cuenta de resultados previsional

PRESUPUESTO DE GASTO	PRESUPUESTO DE INGRESO
I. Personal.....	III. Tasas y otros ingresos.....
II. Gastos corrientes.....	1. Facturación M. San y Con
1. Compras B.C. y servicios.....	UPA's.....
2. Concierdos.....	Procedimientos
IV. Transferencias corrientes.....	Atención primaria
V. Fondos de amortización.....	2. Facturación a terceros
	3 Ingresos por investigación
	VIII Dotación para amortizaciones
	IV Subvenciones a la explotación
TOTAL GASTOS.....	TOTAL INGRESOS.....

La relación de agencia conlleva la cesión de iniciativa al agente y en consecuencia la posibilidad de que este se desvíe de los objetivos del principal e introduzca los suyos propios, se requiere por tanto conocer hasta que punto esta cadena que hemos enumerado puede ser eficaz en el logro último que la justifica, esto es la mejora de la salud al menor coste.

En términos más precisos se requiere conocer a priori que consecuencias cabe esperar cuando un centro asistencial incumpla su contrato programa o por el contrario

remuneración y otorgándole amplia capacidad de decisión', se denomina relación de agencia" (Salas,

lo cumpla. En la actualidad esta cuestión dista de estar clara⁸. y sin ella buena parte del esfuerzo por negociar contratos y controlar su cumplimiento puede resultar baldío. La reforma de la gestión interna de la sanidad requiere pues la existencia de un mercado de directivos profesionales capaces de asumir riesgos y recompensas por la gestión realizada, en un marco claro de autonomía. En una situación como la española con escasez de recursos sanitarios, la reforma deberá dirigirse en primera instancia a movilizar el mercado de directivos y el marco legal que haga posible la gestión, antes de pensar en términos de incrementos de la competencia externa. Sin embargo una pregunta sigue en el aire, ¿Quién controla al controlador? la respuesta está en el plano político.

Mercado v. Organización.

El mercado y la organización constituyen los dos mecanismos básicos de asignación de recursos, en los apartados anteriores se han analizado las alternativas de cambio posibles para introducir elementos de mercado en el ámbito de una organización. A continuación se señalan algunas de las dificultades que las transacciones en sanidad plantean desde la óptica del mercado, esto es cuando los

1987,302).

⁸El problema de la relación de agencia en un contexto de asimetría de información, es que el principal desconoce cual ha sido el esfuerzo del agente, y dado que el resultado de la relación no sólo depende de dicho esfuerzo sino de otras variables del entorno, se requiere diseñar un contrato que genere los incentivos adecuados para que el agente no se desvie de los intereses del principal. El contrato de agencia debe resolver además la distribución de riesgos entre las partes, así si el agente recibe un sueldo fijo todo el riesgo recae en el principal, dado que el agente no tiene incentivos para maximizar su esfuerzo. La otra posibilidad es el denominado contrato de alquiler, en este caso el agente se apropia del resultado de su esfuerzo menos una cantidad fija pactada de antemano que paga al principal, en este tipo de contrato todo el riesgo recae en el agente, si bien este tiene los máximos incentivos para maximizar su esfuerzo. El contrato adecuado dependerá del grado de aversión al riesgo del agente y el principal, si el agente es averso al riesgo no estará dispuesto a aceptar un contrato de alquiler y exigirá que una parte de su recompensa sea fija.(o dependiente del esfuerzo si este puede ser valorado)

agentes deciden en función de la información suministrada por los precios y buscando la maximización de su utilidad individual.

Las ventajas del mercado frente a la organización dependen de los costes de transacción en que se incurra, esto es los costes de información, los costes de negociación y los costes de garantía. Se precisa invertir recursos en encontrar a la empresa adecuada, negociar los términos de un contrato que idealmente deberá anticipar todas las posibles contingencias, lo cual no siempre es posible, se requiere establecer garantías y controles sobre el cumplimiento de lo pactado y en caso de incumplimiento o desacuerdo acudir a litigios salvo que el contrato contemple otras formulas como el arbitraje.

Dichos costes dependen de la frecuencia de las transacciones (no es lo mismo contratar la atención sanitaria para un caso aislado que negociar un contrato para atender a una población determinada a lo largo de un período de tiempo. Otra característica relevante es la distribución de la información entre las partes, dicha información puede ser completa o incompleta, en función de que ambas partes conozcan o no ex-ante todos los aspectos relevantes a la transacción; cuando la información se distribuye asimétricamente *ex ante* una de las partes puede beneficiarse (problemas de selección adversa) y ex-post pueden presentarse problemas de riesgo moral derivados de las acciones ocultas (oportunismo post contractual). Finalmente la especificidad de los activos dificulta el funcionamiento del mercado, un activo se considera específico a una transacción cuando no puede ser utilizado en otra transacción alternativa sin una pérdida sustancial de su valor⁹. Un activo específico

⁹La especificidad de los activos puede provenir de tres fuentes, especificidad de una localización, activos físicos o componentes específicos, y activos humanos específicos que se derivan del aprendizaje.

representa un coste irrecuperable para la empresa si abandona la relación contractual, ello implica un alto riesgo dado que una vez firmado el acuerdo y realizada la inversión la otra empresa puede intentar aprovecharse de la situación. Dicho en otros términos se puede dar un *problema de retención*¹⁰ al existir importantes costes de salida a la relación (costes hundidos). Ello puede propiciar el intento de aprovecharse de las cuasi-rentas, definidas como " La parte de las ganancias en exceso de la cantidad mínima necesaria para impedir que un trabajador renuncie a su empleo o que un productor abandone su sector" (Milgrom y Roberts, 1993).

Los contratos de atención sanitaria se caracterizan en muchas ocasiones por la frecuencia de las transacciones, su extensión en el tiempo, la incertidumbre acerca de aspectos esenciales al intercambio como la calidad del servicio, el tiempo de espera y la especificidad de los activos. En muchos casos estos contratos deberán ser incompletos, en la medida que dejen contrapartidas sin especificar, por lo que se requieren mecanismos adicionales para resolver las posibles disputas. Las decisiones posibles son el arbitraje o que la capacidad de decisión última la tenga una de las partes presentes en el intercambio, mecanismo propio de la organización.¹¹

¹⁰El problema de la retención es definido por Milgrom y Roberts (1993) como " El problema de los negocios en general, en los que cada una de las partes de un contrato teme ser forzada a aceptar más tarde términos desventajosos, una vez realizada la inversión, o teme que su inversión puede ser devaluada por la acción de otros. ...Es la especificidad de los activos en conjunción con la contratación imperfecta, lo que subyace en la médula de los problemas de retención. La inquietud ante estos problemas puede conducir a ineficiencias pues las empresas, temiendo que sus inversiones las vuelvan vulnerables, pueden renunciar a inversiones eficientes

¹¹Williamson (1985) distingue tres tipos de estructuras contractuales en función de la especificidad de los activos y la frecuencia de las transacciones. El contrato clásico, neoclásico y relacional. El contrato clásico se caracteriza por que la identidad de las partes se considera irrelevante (no hay activos específicos), el contrato se puede considerar completo (se prevén anticipadamente todas las posibles contingencias y sus posibles soluciones) y no se contempla la participación de terceras personas, para este tipo de contratos se considera que el gobierno más adecuado es el mercado. El contrato Neoclásico la inversión es específica a la relación y los contratos no pueden ser completos, por lo que no anticipan todas las posibles contingencias, en estas circunstancias la estructura de gobierno idónea es la trilateral, esto es la incorporación del arbitraje de un tercero. El contrato relacional surge finalmente, cuando la frecuencia de las transacciones y la especificidad de los activos se unen, en estos casos debido a la recurrencia del intercambio se justifica un contrato ad hoc que gobierne las relaciones continuas y

El mercado interno puede funcionar de forma regulada o bien con total libertad de precios. En el primer caso las autoridades sanitarias fijan los precios de las diferentes categorías asistenciales y el tipo de contratos que son permisibles. Esta forma introduce unilateralmente un sistema de pago prospectivo, mediante el cual el suministrador conoce de antemano los ingresos que va a obtener y la eficiencia del mismo va a determinar ex-post el resultado obtenido. Una segunda alternativa consiste en permitir el mayor grado posible de libertad a las partes para que negocien sus contratos y que sea la rivalidad entre los proveedores lo que permita al demandante obtener las mejores ofertas posibles medidas por el binomio coste - eficacia. El diseño organizativo del marco contractual que se fije deberá asegurar que se consigue aumentar la eficiencia pero al mismo tiempo se garantiza la calidad y la adecuada accesibilidad a los servicios contratados. Ello obliga a los gestores del presupuesto a disponer de un sistema de información y de preferencias que les permita conocer y evaluar las posibles relaciones de sustitución entre precio, calidad, tiempo de espera, y desplazamientos promedios para acceder a los servicios contratados. Con un sistema de precios regulados se elimina parte de la complejidad y los contratos deberán especificar la cantidad de servicios (o las instalaciones dispuestas), la calidad y el tiempo de espera (Contratos -programa). Sin embargo nada garantiza que las tarifas aprobadas no incorporen determinados grados de ineficiencia si se basan en la estructura actual de costes del sector (Culyer y Posnett,1990)

En un sistema con libertad de precios la eficiencia del mercado requiere un gran número de demandantes y oferentes sin que ninguno de forma aislada pueda influir sobre el precio. Además no deben existir barreras de entrada ni de salida lo duraderas entre las partes. El contrato relacional puede ser de dos tipos, bilateral cuando se mantiene la

que implica que los centros asistenciales ineficientes en el largo plazo deberán abandonar el mercado. En el caso de existir un número limitado de oferentes la eficiencia se consigue en la medida que el mercado sea contestable esto cuando un competidor potencial puede entrar a competir sin desventajas respecto a los instalados y puede abandonar el mercado sin costes de salida (los activos pueden ser transferidos a otra actividad o lugar geográfico sin costes excesivos, pensemos en un equipo de diagnóstico que puede ser trasladado fácilmente junto al personal necesario)

De lo dicho se desprende que si tomamos como punto de partida en la matriz de Imai e Itami la posición $(M1, M2)$, los costes de transacción en que incurre el mercado puro en sanidad determina la incorporación de principios propios de organización en las relaciones de mercado; así la asignación de derechos residuales a una de las partes (la autoridad sanitaria contratante) o la fijación de precios unilateralmente pueden interpretarse como un desplazamiento hacia $(M1 + O1, M2)$. El establecimientos de relaciones a largo plazo con un conjunto de proveedores implica un acuerdo de cooperación, donde cada parte puede tener incentivos en cumplir lo pactado y no defraudar a la otra parte, dado que las ganancias de la cooperación a largo plazo superan los incentivos a defraudar a corto plazo.

Los riesgos de la rivalidad basada en precios cuando la calidad no es transparente pueden ser muy elevados si la capacidad de control se ve limitada a detectar las desviaciones cuando estas ya se han producido, lo cual puede no ser suficiente. Los cambios continuos de proveedor que puede generar la dinámica competitiva, pueden suponer costes en términos de accesibilidad de la población y confianza de la misma. Ello no excluye que en determinadas actividades asistenciales

autonomía de las partes y unificado cuando la relación se aparta del mercado y se organiza dentro de la

donde los contratos son más completos se pueda acudir a la competencia basada en precios, como ha ocurrido en Inglaterra donde las consultas de atención primaria con presupuesto contratan para sus pacientes la provisión de determinados servicios hospitalarios¹².

Conclusiones

Entre el mercado puro y la organización coexisten un complejo entramado de posibilidades organizativas encaminadas a paliar las deficiencias en que las formas puras de gobierno incurren. En España, al hilo de las reformas emprendidas en otros países de nuestro entorno, nos preguntamos como reformar el sistema sanitario público a fin de mejorar la eficiencia del mismo, sin perder lo que se consideran avances sociales. La respuesta hasta la fecha parece encaminada a mejorar la gestión interna de la sanidad pública mediante la separación de las funciones de financiación y provisión y el establecimiento de contratos programas que delimiten claramente las responsabilidades de cada uno de los diferentes estamentos en que se articula la organización de las prestaciones sanitarias. Este tipo de medidas puede ser ampliado, en tanto en cuanto las autoridades sanitarias con presupuesto, extiendan la

empresa, estando sujeta a una relación de autoridad.

¹² En tal sentido Le Grand (1992) señala que "Quizá la esperanza más fundada de aparición de un mercado competitivo reside en el esquema de fondos de MC (consultas de atención primaria con presupuesto). Si se desarrolla como estaba planificado habrá grandes incrementos en el número de compradores... Globalmente, aunque las condiciones de competencia perfecta raramente se dan en los mercados convencionales, es improbable que los cuasi-mercados de asistencia sanitaria en los que las ASD (Autoridades Sanitarias de Distrito) son las principales compradoras sean eficientes. La ausencia de una gama de oferentes, y la existencia de compradores monopolistas sugiere que no existe un mercado en ningún sentido verdadero de la palabra. Las estructuras de información son inadecuadas, especialmente para el comprador que depende fuertemente del suministrador para conseguir información. Ni los compradores ni los suministradores parecen claros respecto a sus motivaciones, excepto en que no quieren ser 'maximizadores del beneficio': precisamente la condición de eficiencia del cuasi-mercado.

Sin embargo, la condición con respecto a los fondos de MC es más esperanzadora. Al menos potencialmente, hay muchos compradores y suministradores. Los MC tienen fácil acceso a la

competencia hacia aquellos proveedores externos, que en igualdad de condiciones demuestren ser más eficientes. Ambas medidas combinadas dan lugar a una forma de gobierno que hemos denominado en la terminología de Imai e Itami como Organización intermedia.

Una vía de reforma alternativa pasa por separar claramente a los proveedores de la atención sanitaria de la órbita pública mediante un cambio de su estatuto jurídico que les permita el autogobierno sin injerencias. El paso siguiente consiste en contratar la atención sanitaria en un mercado competitivo abierto a las entidades autónomas y privadas.

La cuestión que subyace en todo el análisis efectuado es cual debe ser la forma predominante de gobierno de la atención sanitaria, la organización con elementos de mercado o el mercado con elementos de organización. En el primer caso de forma implícita se considera que el control último debe ser ejercido por la jerarquía organizativa que persigue una optimización conjunta, si bien por razones de eficiencia se introducen elementos de mercado. En el segundo caso, se considera que la libertad para contratar entre unidades autónomas es la forma más eficiente de organización y debido a fallos del mercado se introducen ciertos mecanismos correctores.

La solución a estos dilemas se abrirá camino a caballo de la evidencia empírica y de la lucha de intereses que toda reforma plantea.

BIBLIOGRAFÍA

Arrow, K.J.(1963): "Uncertainty and the Welfare economics of the medical care". *American Economic Review* 53, versión castellana en *Información Comercial Española*, junio 1981

Coase, R.(1937): The nature of the firm. *Economica*. Versión castellana en A. Cuervo, M.Ortigueira y A. Suarez. *Lecturas de introducción a la economía de la empresa*. Ed.Pirámide.

Culyer, A.J y Posnett, J.(1990): Hospital behaviour and competition. En Culyer, A.J., Maynard, A.K. y Posnett, J. (Editores), *Competition in health care. Reforming the NHS*. Londres, Macmillan.

Hurst, J.(1993): "Reformas sanitarias en Europa".: *XII Jornadas de Economía de la Salud*, Madrid.

Imai, K. y Itami, H (1984): "Interpretation of Organizations and Market". *International Journal of Industrial Organization*.

Le Grand, J(1992): La financiación y suministro de asistencia sanitaria en Gran Bretaña: El debate actual; en la Reforma del sistema sanitario, FEDEA, ediciones Mundi-Prensa.

López Casanovas, G(1992): "Apuntes para la reforma sanitaria de los noventa: Las formas organizativas son importantes". *Información Comercial Española*, 708-709

Milgrom, P. y Roberts, J(1993): *Economía, organización y gestión de la empresa*. Ariel Economía

Reinhardt,U.E(1990): En Health Care Systems in transition, OECD, *Social Policy Studies*, nº7

Salas,V(1991): "La gran empresa diversificada". *Revista de Economía*, nº11

Salas,V(1987): *Economía de la empresa. Decisiones y organización*. Ariel Economía

Ventura, J(1992): "¿Competencia o cooperación en sanidad?". *Revista de Economía* nº12

Ventura, J(1992): "La reforma del servicio nacional de salud:El informe Abril". *Información Comercial Española*,708-709

Williamson,O (1975): *Markets and Hierarchies*, MacMillan Press, Londres

Williamson,O (1985): *The Economic Institutions of Capitalism*. Free Press

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES
RELACIÓN DE DOCUMENTOS DE TRABAJO:

- Doc. 001/88 JUAN A. VAZQUEZ GARCIA.- Las intervenciones estatales en la minería del carbón.
- Doc. 002/88 CARLOS MONASTERIO ESCUDERO.- Una valoración crítica del nuevo sistema de financiación autonómica.
- Doc. 003/88 ANA ISABEL FERNANDEZ ALVAREZ; RAFAEL GARCIA RODRIGUEZ; JUAN VENTURA VICTORIA.- Análisis del crecimiento sostenible por los distintos sectores empresariales.
- Doc. 004/88 JAVIER SUAREZ PANDIELLO.- Una propuesta para la integración multijurisdiccional.
- Doc. 005/89 LUIS JULIO TASCÓN FERNANDEZ; JOSE MANUEL DIEZ MODINO.- La modernización del sector agrario en la provincia de León.
- Doc. 006/89 JOSE MANUEL PRADO LORENZO.- El principio de gestión continuada: Evolución e implicaciones.
- Doc. 007/89 JAVIER SUAREZ PANDIELLO.- El gasto público del Ayuntamiento de Oviedo (1982-88).
- Doc. 008/89 FELIX LOBO ALEU.- El gasto público en productos industriales para la salud.
- Doc. 009/89 FELIX LOBO ALEU.- La evolución de las patentes sobre medicamentos en los países desarrollados.
- Doc. 010/90 RODOLFO VAZQUEZ CASIELLES.- Investigación de las preferencias del consumidor mediante análisis de conjunto.
- Doc. 011/90 ANTONIO APARICIO PEREZ.- Infracciones y sanciones en materia tributaria.
- Doc. 012/90 MONTSERRAT DIAZ FERNANDEZ; CONCEPCION GONZALEZ VEIGA.- Una aproximación metodológica al estudio de las matemáticas aplicadas a la economía.
- Doc. 013/90 EQUIPO MECO.- Medidas de desigualdad: un estudio analítico
- Doc. 014/90 JAVIER SUAREZ PANDIELLO.- Una estimación de las necesidades de gastos para los municipios de menor dimensión.
- Doc. 015/90 ANTONIO MARTINEZ ARIAS.- Auditoría de la información financiera.
- Doc. 016/90 MONTSERRAT DIAZ FERNANDEZ.- La población como variable endógena
- Doc. 017/90 JAVIER SUAREZ PANDIELLO.- La redistribución local en los países de nuestro entorno.
- Doc. 018/90 RODOLFO GUTIERREZ PALACIOS; JOSE MARIA GARCIA BLANCO.- "Los aspectos invisibles" del declive económico: el caso de Asturias.
- Doc. 019/90 RODOLFO VAZQUEZ CASIELLES; JUAN TRESPALACIOS GUTIERREZ.- La política de precios en los establecimientos detallistas.
- Doc. 020/90 CANDIDO PAÑEDA FERNANDEZ.- La demarcación de la economía (seguida de un apéndice sobre su relación con la Estructura Económica).

- Doc. 021/90 **JOAQUIN LORENCES.**- Margen precio-coste variable medio y poder de monopolio.
- Doc. 022/90 **MANUEL LAFUENTE ROBLEDO; ISIDRO SANCHEZ ALVAREZ.**- El T.A.E. de las operaciones bancarias.
- Doc. 023/90 **ISIDRO SANCHEZ ALVAREZ.**- Amortización y coste de préstamos con hojas de cálculo.
- Doc. 024/90 **LUIS JULIO TASCÓN FERNÁNDEZ; JEAN-MARC BUIGUES.**- Un ejemplo de política municipal: precios y salarios en la ciudad de León (1613-1813).
- Doc. 025/90 **MYRIAM GARCÍA OLALLA.**- Utilidad de la teorías de las opciones para la administración financiera de la empresa.
- Doc. 026/91 **JOAQUIN GARCIA MURCIA.**- Novedades de la legislación laboral (octubre 1990 - enero 1991)
- Doc. 027/91 **CANDIDO PAÑEDA.**- Agricultura familiar y mantenimiento del empleo: el caso de Asturias.
- Doc. 028/91 **PILAR SAENZ DE JUBERA.**- La fiscalidad de planes y fondos de pensiones.
- Doc. 029/91 **ESTEBAN FERNÁNDEZ SANCHEZ.**- La cooperación empresarial: concepto y tipología (*)
- Doc. 030/91 **JOAQUIN LORENCES.**- Características de la población parada en el mercado de trabajo asturiano.
- Doc. 031/91 **JOAQUIN LORENCES.**- Características de la población activa en Asturias.
- Doc. 032/91 **CARMEN BENAVIDES GONZÁLEZ.**- Política económica regional
- Doc. 033/91 **BENITO ARRUÑADA SANCHEZ.**- La conversión coactiva de acciones comunes en acciones sin voto para lograr el control de las sociedades anónimas: De cómo la ingenuidad legal prefigura el fraude.
- Doc. 034/91 **BENITO ARRUÑADA SANCHEZ.**- Restricciones institucionales y posibilidades estratégicas.
- Doc. 035/91 **NURIA BOSCH; JAVIER SUÁREZ PANDIELLO.**- Seven Hypotheses About Public Choice and Local Spending. (A test for Spanish municipalities).
- Doc. 036/91 **CARMEN FERNÁNDEZ CUERVO; LUIS JULIO TASCÓN FERNÁNDEZ.**- De una olvidada revisión crítica sobre algunas fuentes histórico-económicas: las ordenanzas de la gobernación de la cabecera.
- Doc. 037/91 **ANA JESUS LOPEZ; RIGOBERTO PÉREZ SUÁREZ.**- Indicadores de desigualdad y pobreza. Nuevas alternativas.
- Doc. 038/91 **JUAN A. VÁZQUEZ GARCÍA; MANUEL HERNÁNDEZ MUÑOZ.**- La industria asturiana: ¿Podemos pasar la página del declive?.
- Doc. 039/92 **INES RUBIN FERNÁNDEZ.**- La Contabilidad de la Empresa y la Contabilidad Nacional.
- Doc. 040/92 **ESTEBAN GARCÍA CANAL.**- La Cooperación interempresarial en España: Características de los acuerdos de cooperación suscritos entre 1986 y 1989.
- Doc. 041/92 **ESTEBAN GARCÍA CANAL.**- Tendencias empíricas en la conclusión de acuerdos de cooperación.
- Doc. 042/92 **JOAQUIN GARCIA MURCIA.**- Novedades en la Legislación Laboral.

- Doc. 043/92 **RODOLFO VAZQUEZ CASIELLES.**- El comportamiento del consumidor y la estrategia de distribución comercial: Una aplicación empírica al mercado de Asturias.
- Doc. 044/92 **CAMILO JOSE VAZQUEZ ORDAS.**- Un marco teórico para el estudio de las fusiones empresariales.
- Doc. 045/92 **CAMILO JOSE VAZQUEZ ORDAS.**- Creación de valor en las fusiones empresariales a través de un mayor poder de mercado.
- Doc. 046/92 **ISIDRO SANCHEZ ALVAREZ.**- Influencia relativa de la evolución demográfica en le futuro aumento del gasto en pensiones de jubilación.
- Doc. 047/92 **ISIDRO SANCHEZ ALVAREZ.**- Aspectos demográficos del sistema de pensiones de jubilación español.
- Doc. 048/92 **SUSANA LOPEZ ARES.**- Marketing telefónico: concepto y aplicaciones.
- Doc. 049/92 **CESAR RODRIGUEZ GUTIERREZ.**- Las influencias familiares en el desempleo juvenil.
- Doc. 050/92 **CESAR RODRIGUEZ GUTIERREZ.**- La adquisición de capital humano: un modelo teórico y su contrastación.
- Doc. 051/92 **MARTA IBAÑEZ PASCUAL.**- El origen social y la inserción laboral.
- Doc. 052/92 **JUAN TRESPALACIOS GUTIERREZ.**- Estudio del sector comercial en la ciudad de Oviedo.
- Doc. 053/92 **JULITA GARCIA DIEZ.**- Auditoría de cuentas: su regulación en la CEE y en España. Una evidencia de su importancia.
- Doc. 054/92 **SUSANA MENENDEZ REQUEJO.**- El riesgo de los sectores empresariales españoles: rendimiento requerido por los inversores.
- Doc. 055/92 **CARMEN BENAVIDES GONZALEZ.**- Una valoración económica de la obtención de productos derivados del petroleo a partir del carbón
- Doc. 056/92 **IGNACIO ALFREDO RODRIGUEZ-DEL BOSQUE RODRIGUEZ.**- Consecuencias sobre el consumidor de las actuaciones bancarias ante el nuevo entorno competitivo.
- Doc. 057/92 **LAURA CABIEDES MIRAGAYA.**- Relación entre la teoría del comercio internacional y los estudios de organización industrial.
- Doc. 058/92 **JOSE LUIS GARCIA SUAREZ.**- Los principios contables en un entorno de regulación.
- Doc. 059/92 **Mª JESUS RIO FERNANDEZ; RIGOBERTO PEREZ SUAREZ.**- Cuantificación de la concentración industrial: un enfoque analítico.
- Doc. 060/94 **Mª JOSE FERNANDEZ ANTUÑA.**- Regulación y política comunitaria en materia de transportes.
- Doc. 061/94 **CESAR RODRIGUEZ GUTIERREZ.**- Factores determinantes de la afiliación sindical en España.
- Doc. 062/94 **VICTOR FERNANDEZ BLANCO.**- Determinantes de la localización de las empresas industriales en España: nuevos resultados.

- Doc. 063/94 **ESTEBAN GARCIA CANAL.**- La crisis de la estructura multidivisional.
- Doc. 064/94 **MONTSERRAT DIAZ FERNANDEZ; EMILIO COSTA REPARAZ.**- Metodología de la investigación econométrica.
- Doc. 065/94 **MONTSERRAT DIAZ FERNANDEZ; EMILIO COSTA REPARAZ.**- Análisis Cualitativo de la fecundidad y participación femenina en el mercado de trabajo.
- Doc. 066/94 **JOAQUIN GARCIA MURCIA.**- La supervisión colectiva de los actos de contratación: la Ley 2/1991 de información a los representantes de los trabajadores.
- Doc. 067/94 **JOSE LUIS GARCIA LAPRESTA; M^a VICTORIA RODRIGUEZ URÍA.**- Coherencia en preferencias difusas.
- Doc. 068/94 **VICTOR FERNANDEZ; JOAQUIN LORENCES; CESAR RODRIGUEZ.**- Diferencias interterritoriales de salarios y negociación colectiva en España.
- Doc. 069/94 **M^a DEL MAR ARENAS PARRA; M^a VICTORIA RODRÍGUEZ URÍA.**- Programación clásica y teoría del consumidor.
- Doc. 070/94 **M^a DE LOS ÁNGELES MENÉNDEZ DE LA UZ; M^a VICTORIA RODRÍGUEZ URÍA.**- Tantos efectivos en los empréstitos.
- Doc. 071/94 **AMELIA BILBAO TEROL; CONCEPCIÓN GONZÁLEZ VEIGA; M^a VICTORIA RODRÍGUEZ URÍA.**- Matrices especiales. Aplicaciones económicas.
- Doc. 072/94 **RODOLFO GUTIÉRREZ.**- La representación sindical: Resultados electorales y actitudes hacia los sindicatos.
- Doc. 073/94 **VÍCTOR FERNÁNDEZ BLANCO.**- Economías de aglomeración y localización de las empresas industriales en España.
- Doc. 074/94 **JOAQUÍN LORENCES RODRÍGUEZ; FLORENTINO FELGUEROSO FERNÁNDEZ.**- Salarios pactados en los convenios provinciales y salarios percibidos.
- Doc. 075/94 **ESTEBAN FERNÁNDEZ SÁNCHEZ; CAMILO JOSÉ VÁZQUEZ ORDÁS.**- La internacionalización de la empresa.
- Doc. 076/94 **SANTIAGO R. MARTÍNEZ ARGÜELLES.**- Análisis de los efectos regionales de la terciarización de ramas industriales a través de tablas input-output. El caso de la economía asturiana.
- Doc. 077/94 **VÍCTOR IGLESIAS ARGÜELLES.**- Tipos de variables y metodología a emplear en la identificación de los grupos estratégicos. Una aplicación empírica al sector detallista en Asturias.
- Doc. 078/94 **MARTA IBÁÑEZ PASCUAL; F. JAVIER MATO DÍAZ.**- La formación no reglada a examen. Hacia un perfil de sus usuarios.
- Doc. 079/94 **IGNACIO A. RODRÍGUEZ-DEL BOSQUE RODRÍGUEZ.**- Planificación y organización de la fuerza de ventas de la empresa.
- Doc. 080/94 **FRANCISCO GONZÁLEZ RODRÍGUEZ.**- La reacción del precio de las acciones ante anuncios de cambios en los dividendos.

- Doc. 081/94 **SUSANA MENÉNDEZ REQUEJO.**- Relaciones de dependencia de las decisiones de inversión, financiación y dividendos.
- Doc. 082/95 **MONTSERRAT DÍAZ FERNÁNDEZ; EMILIO COSTA REPARAZ; M^a del MAR LLORENTE MARRÓN.**- Una aproximación empírica al comportamiento de los precios de la vivienda en España.
- Doc. 083/95 **M^a CONCEPCIÓN GONZÁLEZ VEIGA; M^a VICTORIA RODRÍGUEZ URÍA.**- Matrices semipositivas y análisis interindustrial. Aplicaciones al estudio del modelo de Sraffa-Leontief.
- Doc. 084/95 **ESTEBAN GARCÍA CANAL.**- La forma contractual en las alianzas domésticas e internacionales.
- Doc. 085/95 **MARGARITA ARGÜELLES VÉLEZ; CARMEN BENAVIDES GONZÁLEZ.**- La incidencia de la política de la competencia comunitaria sobre la cohesión económica y social.
- Doc. 086/95 **VÍCTOR FERNÁNDEZ BLANCO.**- La demanda de cine en España. 1968-1992.
- Doc. 087/95 **JUAN PRIETO RODRÍGUEZ.**- Discriminación salarial de la mujer y movilidad laboral.
- Doc. 088/95 **M^a CONCEPCIÓN GONZÁLEZ VEIGA.**- La teoría del caos. Nuevas perspectivas en la modelización económica.
- Doc. 089/95 **SUSANA LÓPEZ ARES.**- Simulación de fenómenos de espera de capacidad limitada con llegadas y número de servidores dependientes del tiempo con hoja de cálculo.
- Doc. 090/95 **JAVIER MATO DÍAZ.**- ¿Existe sobrecualificación en España?. Algunas variables explicativas.
- Doc. 091/95 **M^a JOSÉ SANZO PÉREZ.**- Estrategia de distribución para productos y mercados industriales.
- Doc. 092/95 **JOSÉ BAÑOS PINO; VÍCTOR FERNÁNDEZ BLANCO.**- Demanda de cine en España: Un análisis de cointegración.
- Doc. 093/95 **M^a LETICIA SANTOS VIJANDE.**- La política de marketing en las empresas de alta tecnología.
- Doc. 094/95 **RODOLFO VÁZQUEZ CASIELLES; IGNACIO RODRÍGUEZ-DEL BOSQUE; AGUSTÍN RUIZ VEGA.**- Expectativas y percepciones del consumidor sobre la calidad del servicio. Grupos estratégicos y segmentos del mercado para la distribución comercial minorista.
- Doc. 095/95 **ANA ISABEL FERNÁNDEZ; SILVIA GÓMEZ ANSÓN.**- La adopción de acuerdos estatutarios antiadquisición. Evidencia en el mercado de capitales español.
- Doc. 096/95 **ÓSCAR RODRÍGUEZ BUZNEGO.**- Partidos, electores y elecciones locales en Asturias. Un análisis del proceso electoral del 28 de Mayo.
- Doc. 097/95 **ANA M^a DÍAZ MARTÍN.**- Calidad percibida de los servicios turísticos en el ámbito rural.
- Doc. 098/95 **MANUEL HERNÁNDEZ MUÑIZ; JAVIER MATO DÍAZ; JAVIER BLANCO GONZÁLEZ.**- Evaluating the impact of the European Regional Development Fund: methodology and results in Asturias (1989-1993).

- Doc. 099/96 **JUAN PRIETO; M^a JOSÉ SUÁREZ.-** ¿De tal palo tal astilla?: Influencia de las características familiares sobre la ocupación.
- Doc. 100/96 **JULITA GARCÍA DíEZ; RACHEL JUSSARA VIANNA.-** Estudio comparativo de los principios contables en Brasil y en España.
- Doc. 101/96 **FRANCISCO J. DE LA BALLINA BALLINA.-** Desarrollo de campañas de promoción de ventas.
- Doc. 102/96 **ÓSCAR RODRÍGUEZ BUZNEGO.-** Una explicación de la ausencia de la Democracia Cristiana en España.
- Doc. 103/96 **CÁNDIDO PAÑEDA FERNÁNDEZ.-** Estrategias para el desarrollo de Asturias.
- Doc. 104/96 **SARA M^a ALONSO; BLANCA PÉREZ GLADISH; M^a VICTORIA RODRÍGUEZ URÍA.-** Problemas de control óptimo con restricciones: Aplicaciones económicas.
- Doc. 105/96 **ANTONIO ÁLVAREZ PINILLA; MANUEL MENÉNDEZ MENÉNDEZ; RAFAEL ÁLVAREZ CUESTA.-** Eficiencia de las Cajas de Ahorro españolas. Resultados de una función de beneficio.
- Doc. 106/96 **FLORENTINO FELGUEROSO.-** Industrywide Collective Bargaining, Wages Gains and Black Labour Market in Spain.
- Doc. 107/96 **JUAN VENTURA.-** La competencia gestionada en sanidad: Un enfoque contractual
- Doc. 108/96 **MARÍA VICTORIA RODRÍGUEZ URÍA; ELENA CONSUELO HERNÁNDEZ.-** Elección social. Teorema de Arrow.
- Doc. 109/96 **SANTIAGO ÁLVAREZ GARCÍA.-** Grupos de interés y corrupción política: La búsqueda de rentas en el sector público.
- Doc. 110/96 **ANA M^a GUILLÉN.-** La política de previsión social española en el marco de la Unión Europea.
- Doc. 111/96 **VÍCTOR MANUEL GONZÁLEZ MÉNDEZ.-** La valoración por el mercado de capitales español de la financiación bancaria y de las emisiones de obligaciones.