

El modelo sanitario de la Región Lombardía (1995-2012): El sistema transformado

Inmaculada Mateos Buendía*

Recibido: 03/03/2017 / Aceptado: 06/10/2017

Resumen. Las fluctuaciones y cambios que soportan los modelos de los sistemas sanitarios han alcanzado una gran relevancia en las últimas décadas. Debido al surgimiento de nuevos problemas, el Estado de Bienestar ha tenido que afrontar su propia transformación, adaptándose a las demandas procedentes del nuevo contexto social y económico. El modelo del Servicio Nacional de Salud de la Región de Lombardía experimenta una transición y evolución que muestran un nuevo enfoque de la política sanitaria. El proceso de reforma del sistema sanitario de Lombardía se ha centrado en la descentralización de la producción y la provisión de los bienes y servicios sanitarios. La introducción de lógicas de mercado ha favorecido la externalización de la provisión de estos bienes y servicios al sector privado, mediante la separación de la financiación y la provisión. El resultado es la creación de un nuevo esquema institucional del sistema sanitario lombardo, que puede ser reconocido por su propio diseño.

Palabras clave: Nueva Gestión Pública; Descentralización; Sistema Sanitario de Lombardía; Reforma sanitaria; Innovación del servicio público.

The Healthcare Model of the Lombardy Region (1995-2012): The transformed system

Abstract. The changes of the health system models in Europe, have reached a great relevance in the last decades. The Welfare State had to confront its own transformation, adapting to the demands of the social and economic contexts. The model of the National Health Service of the Lombardy Region experiments a transition and evolution, which show a new approach to its health policy. The reform process is centered on the decentralisation of the production and provision of the health goods and services. The introduction of market logics has favoured the externalisation of the provision of these goods and services to the private sector, through the separation of the financing and the provision. The result is the creation of a new institutional scheme of the Lombard health system, which can be recognised by its own layout.

Keywords: New Public Management; Decentralisation; Lombardy Health System; Health system reforms; Public service's innovation.

Sumario. 1. Introducción. 2: De la innovación del modelo al sistema transformado. 2.1. La subsidiariedad. 2.2. La nueva gestión pública. 3. Evolución y marco normativo del sistema sanitario italiano. 3.1. El sistema sanitario italiano: La evolución del modelo sanitario. 3.2. Las principales reformas: Descentralización y regionalización del sistema. 4. El sistema sanitario de la región de Lombardía. 4.1. Regionalización- La Ley Regional 31 del julio de 1997. 4.2. Organización del sistema sanitario lombardo. 4.2.1. Aziende Sanitarie Locali (Empresas Sanitarias Locales-ASL). 4.2.2. Aziende Ospedaliere.

* Instituto Universitario Ortega y Gasset – Investigadora Independiente.

re (Empresa Hospitalarias-AO). 4.3. Organización territorial del sistema sanitario de la región de Lombardía. 5. Conclusiones. Bibliografía.

Cómo citar: Mateos Buendía, I., «El modelo de la Región Lombardía (1995-2012): el sistema transformado», en *Cuadernos de Gobierno y Administración Pública* 4-2, 169-189.

1. Introducción

El estudio de los diferentes modelos que pueden adoptar los sistemas sanitarios ha alcanzado una gran relevancia debido a las problemáticas que actualmente debe afrontar la política sanitaria. Las principales causas que desafían esta política pública obligan a un replanteamiento de los actuales sistemas sanitarios y sus modelos, generando así una diversidad de intentos de reforma que subyacen de determinados enfoques, que buscan innovar en la concepción, gestión y erogación de los servicios sanitarios, con el objetivo de responder a una realidad apremiante.

Los sistemas sanitarios en Europa y sus modelos se concibieron en el periodo de maduración del *Welfare State* (1960-1975), cuando éste asumió la responsabilidad de la producción directa de bienes y servicios. El cambio de ciclo económico que comportó la crisis del petróleo de 1973 interrumpió la expansión del Estado del Bienestar (Gallego, Gomá y Subirats, 2003: 47), recibiendo desde ese momento numerosas críticas por parte de los sectores neoliberales y neoconservadores.

Esta situación propició que a mediados de los años 90 del siglo pasado la mayoría de los países europeos emprendieran reformas de signo neoliberal, marcando un punto de inflexión en la naturaleza y concepción del Estado de Bienestar¹, que han demostrado que éste no se agota en su etapa keynesiana, sino que se enfrenta a su continua transformación, según las exigencias de cada momento histórico y social, sin desatender el compromiso generado en su origen con los ciudadanos (Mateos Buendía, 2015: 158). No obstante, esa transformación en la política sanitaria está actualmente ligada al surgimiento de otros problemas colectivos (Dente y Subirats, 2014: 44), resultantes del aumento de los costes asistenciales, a su vez ocasionados tanto por la innovación de las nuevas tecnologías, como por el envejecimiento de la población.

El caso de la Región Lombardía, en el periodo comprendido entre 1995 y 2012, parece responder ante este escenario con una nueva forma de entender y concebir la política sanitaria, innovando hasta crear un modelo singular en Italia. Aunque las causas que influyen en el cambio de modelo sean similares a las surgidas en otros sistemas sanitarios regionales, el replanteamiento del sistema lombardo parece obedecer a un modo concreto de entender esta política pública.

En los siguientes epígrafes será expuesto el proceso específico de cambio de la política sanitaria de la Región de Lombardía. Para ello y en primer lugar, será proporcionado el marco conceptual donde se desarrolla el modelo sanitario lombardo. A con-

¹ El lector debe tener presente que el Estado de Bienestar en Italia experimenta una evolución propia debido a varios factores, como son el desarrollo tardío de la industrialización, la etapa de régimen fascista, el peso de la Iglesia Católica y el papel de la estructura familiar, en concreto, el rol de la mujer como fuente principal de bienestar en las sociedades mediterráneas (Ferrera, 1996:18). Por tanto, aunque en un primer momento pudiese ser clasificado según la tipología de Esping-Andersen como modelo continental o democristiano, éste ha evolucionado hacia un modelo mixto donde el Estado comparte con otros actores funciones esenciales como son la producción y provisión de los servicios públicos.

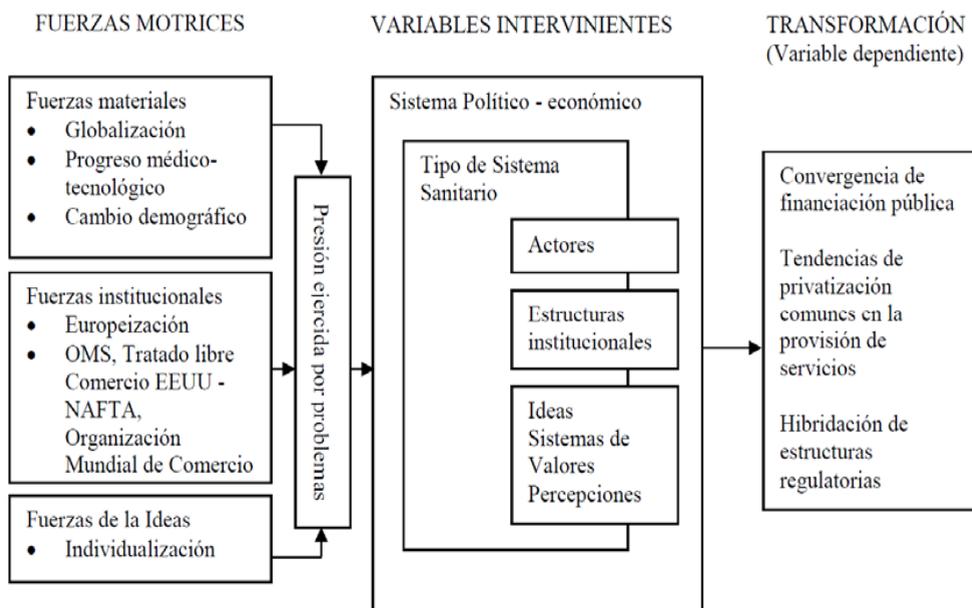
tinuación se describirá la evolución y el marco normativo del sistema sanitario italiano, para seguidamente detallar las peculiaridades del sistema sanitario lombardo.

2. De la innovación del modelo al sistema transformado

En la descripción de los epígrafes que se desarrollarán a continuación es posible comprobar cómo el sistema sanitario de la Región de Lombardía ha sufrido una transformación; reaccionando, modificando y corrigiendo la tutela de una de las principales dimensiones del sistema, como es la provisión del servicio. Para poder entender las transformaciones que el sistema sanitario lombardo ha experimentado es ineludible preguntarse si esta modificación de su organización y gestión se debe exclusivamente a los nuevos problemas emergentes antes mencionados, o, si por el contrario, el nuevo sistema sanitario surge como una innovación provocada por otros factores o actores.

Schmid, Cacace, Gôtze y Rothgang (2010: 460-463) reflexionan sobre los resultados distintos que, en términos de transformación, presentan los sistemas sanitarios aun experimentando las mismas presiones. Para ello los autores proponen un modelo heurístico que trata de explicar las transformaciones que perciben los sistemas sanitarios ante la presión que ejercen sobre ellos determinadas fuerzas motrices.

Figura 1. Modelo heurístico de la transformación de sistemas sanitarios.



Fuente: (Schmid et al. 2010: 461).

La presión de los problemas ejercida por las fuerzas motrices actúa directamente sobre el Estado de Bienestar, su sistema político-económico y, como consecuencia, en el sistema sanitario. La transformación del sistema puede estar en manos de

los actores que forman parte de las estructuras institucionales, pero también de las percepciones, valores o ideas que estén presentes en el sistema de esos mismos actores o de otros grupos de interés. Por tanto, sería oportuno preguntarse si los recursos cognitivos resultantes del sistema de valores o ideas son los que realmente inciden en el mecanismo de transformación y cambio.

Siguiendo este presupuesto, es ineludible mencionar los principios en los que se ha apoyado el Presidente de la Región de Lombardía para crear un modelo de gobernar que él mismo denominó como “modo de hacer una Región, que es cada vez más sistema”².

El modelo lombardo, conformado en los 17 años de gobierno del Presidente Roberto Formigoni, aun estando bajo el mismo contexto social y político que el resto de Italia, es uno de los pocos modelos regionales italianos que ha procurado una autonomía organizativa y decisional a otros actores no institucionales y a los propios ciudadanos que, por iniciativa propia, desean participar en el sistema. De esta manera, la función esencial del Gobierno de la Región de Lombardía no es la de adoptar y desempeñar las principales funciones del sistema, sino la de facilitar a la sociedad ser lo más autónoma posible, haciéndole participar en la política sanitaria, desarrollando aquellas tareas que puede desarrollar por sí misma a través de las diferentes expresiones en las que puede configurarse (asociaciones, ONG, tercer sector) (Marotta, 2011: 22).

Examinando los diferentes documentos programáticos que la Región de Lombardía ha elaborado a lo largo de los gobiernos del Presidente Formigoni, es posible identificar los principios y los instrumentos que han permitido la irrupción de un nuevo modelo y su transformación a nivel de gestión, que se presentarán en los siguientes epígrafes.

2.1. La Subsidiariedad

El modo de hacer “sistema” como innovación institucional del Presidente Roberto Formigoni se ha guiado por el principio de subsidiariedad, elemento impulsor de una nueva forma de concebir la función institucional del sistema regional. Según la aplicación de este principio, la Región de Lombardía como institución ha dado espacio a la responsabilidad y libertad del ciudadano o grupo de ciudadanos que, por su propia iniciativa y competencia, se encuentran capacitados para responder de forma adecuada a la necesidad de la sociedad; para ello, según el Profesor Vittadini, “es imprescindible relanzar y sostener una fuerte alianza entre el sector público, el privado y el privado sin ánimo de lucro”³ (Marotta, 2011: 22).

El tipo de concepto de subsidiariedad promovido en el sistema político lombardo se identifica en su formulación teórica con la doctrina social de la Iglesia. Éste, tal y como es concebido por la Iglesia católica, reclama al Estado el cumplimiento de una doble obligación: por un lado, en sentido negativo, éste debe abstenerse de intervenir cuando los individuos o asociaciones inferiores pueden desarrollar una determinada función por sí solos y, por otro, en sentido positivo, debe ayudar y sostener la iniciati-

² “... il modo di fare una regione che è sempre più sistema, ...” (Formigoni, 2012).

³ La elaboración de este párrafo es a partir de la bibliografía indicada, que a su vez ha reelaborado una entrevista realizada al Profesor Giorgio Vittadini, ideólogo del modelo de Welfare lombardo bajo los Gobiernos del Presidente Roberto Formigoni.

va de los particulares y de las realidades sociales cuando sea necesario (Brugnoli y Vittadini, 2008: 23). Por tanto, es obligación del gobierno el auto limitarse en su acción y la de ayudar en la necesidad, reconociendo la libertad del ciudadano como una dimensión primaria y constructiva en el ámbito social e institucional.

De esta manera, para los exponentes políticos, intelectuales, expertos y otros actores que influyeron e inspiraron la creación del sistema sanitario lombardo, hablar de subsidiariedad ha significado poner en el centro de la acción social, económica y política al sujeto humano dotado de su entera libertad, sin censurar su deseo individual, ya que éste es extrapolable al deseo del bien colectivo (Brugnoli y Vittadini, 2008: 23).

Apoyándose en este principio, el modelo lombardo se ha construido bajo tres pilares fundamentales, que se profundizarán a lo largo de este estudio. El primero, la libertad de elección del ciudadano. El segundo, la división de las funciones de compra y provisión del servicio sanitario entre el ente que gestiona y el ente que provee el servicio. Y el tercero, la igualdad de condiciones entre organismos públicos y las estructuras privadas acreditadas, ambos proveedores del servicio con los mismos derechos y las mismas obligaciones.

Sin la aplicación de este principio sería el Estado, en este caso la Región Lombardía, la que regiría la oferta sanitaria. Sin embargo, la inclusión de éste en el modelo sanitario permite que la oferta sanitaria sea regulada por la demanda, como expresión de la necesidad real de la ciudadanía. De esta manera, el principio de subsidiariedad ha impregnado el modo de hacer y de entender la política sanitaria en Lombardía y, por consiguiente, ha sido central a la hora de concebir y aplicar la reforma sanitaria.

2.2 *La Nueva Gestión Pública*

El segundo principio, que hace realizable la reforma sanitaria bajo criterios subsidiarios, proviene de las influencias de la Nueva Gestión Pública⁴. Esto es, la Región de Lombardía durante la administración Formigoni utilizó los instrumentos de la Nueva Gestión Pública como complemento de actuación del principio de subsidiariedad, pero manteniendo al mismo tiempo un modelo fuertemente inspirado en el Estado Social.

La Nueva Gestión Pública cuenta con una amplia literatura, que propone diferentes enfoques. Sin embargo, mencionar los principales autores no tendría sentido. El punto crucial de nuestro estudio es entender el pensamiento de aquellos intelectuales que influyeron en la evolución y reforma del modelo con el fin de introducir las lógicas del mercado sustituyendo el proceso político, apoyándose en la Subsidiariedad como principio rector.

Las reformas llevadas a cabo en Italia en los años 90 estuvieron marcadas por el impulso de una nueva cultura de la responsabilidad y de la iniciativa de gestión

⁴ La conceptualización de la Nueva Gestión Pública, forjada por Christopher Hood en 1991, llevó al surgimiento de un nuevo paradigma que, ante los problemas experimentados por la Administración Pública, proponía la introducción en el sector público de mecanismos y formas de acción propias de la empresa privada y del mercado como solución a las deficiencias que el Estado de Bienestar presentaba en las últimas décadas del siglo XX (Hood, 1991: 3).

empresarial en el campo sanitario, inspirándose en la propuesta de reforma del gobierno británico de Margaret Thatcher⁵. Esta propuesta apostaba por la introducción de un mercado interno entre compradores y proveedores de los servicios con el objetivo de crear mercados simulados, dando lugar a una competición real entre lo público y lo privado (Maino, 2012: 212). La Región de Lombardía recogió esa idea y transformó su sistema sanitario dando espacio a la participación del sector privado en la provisión del servicio.

La Nueva Gestión Pública tiene como objetivo impulsar una nueva dinámica basada en la competitividad, con el fin de mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios prestados a los ciudadanos. Esto significa una reducción del papel del Estado en algunas funciones que le fueron atribuidas durante la etapa de expansión y afianzamiento del Estado de Bienestar, pero sobretodo en la gestión y provisión de los servicios públicos. El instrumento central inspirado por la Nueva Gestión Pública es la introducción de los cuasi-mercados, introduciendo así un sistema donde el Estado financia, pero no es el actor o sujeto que necesariamente provee el servicio público, sino que permite la presencia de proveedores públicos y privados, que compiten entre sí para atraer a los usuarios, recibiendo a cambio recursos públicos (Brugnoli y Vittadini, 2008: 26).

La experiencia de los cuasi-mercados en la gobernanza subsidiaria promovida bajo los distintos gobiernos del Presidente Formigoni ha sido fundamental como instrumento innovador en la política sanitaria. De hecho, del paradigma teórico a la práctica es posible identificar tres herramientas esenciales introducidas en la política sanitaria lombarda (Brugnoli y Vittadini, 2008: 29) y que muestra la conexión entre la subsidiariedad y la Nueva Gestión Pública.

- a) El pluralismo de la oferta: para hacer efectivo este instrumento ha sido necesario diseñar un nuevo sistema que separara los entes proveedores y los entes programadores, así como separar la provisión de la gestión (Brugnoli, 2008: 29).
- b) La libertad de elección: para dar cabida a este principio se puso en marcha un sistema de acreditación que permitiera a las estructuras privadas ser entes proveedores. Además del sistema de acreditación, posteriormente se creó un sistema de evaluación de la calidad tanto para estructuras públicas como privadas, permitiendo la igualdad de condiciones para todos los proveedores del sistema, tanto en derechos como en obligaciones.
- c) La subsidiariedad fiscal: entre los instrumentos que la Región de Lombardía ha puesto a disposición de aquellos grupos de ciudadanos objeto de estas políticas figuran bonos, vouchers⁶, dotes, así como la implantación de un mecanismo de deducciones y detracciones fiscales.

⁵ *Community Care Act* (Ley de Atención Comunitaria) de 1990: se centró en el esquema de provisión de los servicios, dejando a un lado el modelo de financiación en que el documento *Working for Patients* se concibió. La *Community Care Act* introdujo dos grandes innovaciones: el mercado interno y los *General Practitioner-fundholding*.

⁶ Los *vouchers* son una especie de vales que permiten al ciudadano elegible, según criterios establecidos por la Región de Lombardía, canjear éstos por un determinado servicio público. Se entiende por “ciudadano elegible” aquel que cumple una serie de requisitos económicos y sociales para ser beneficiario de determinadas ayudas.

3. Evolución y marco normativo del sistema sanitario italiano

El modelo sanitario lombardo y su cristalización en un sistema se contextualiza en el escenario donde éste tiene su origen, esto es, el sistema sanitario italiano. El cuadro expuesto a continuación recoge el escenario nacional italiano en relación a todas aquellas normas y eventos significativos de la evolución del sistema sanitario italiano. La información presentada, además de introducir el sistema sanitario en Italia, delinea las condiciones en las que más tarde se desarrollará el sistema sanitario lombardo. En los dos próximos epígrafes se expondrá brevemente la evolución del sistema sanitario italiano y, de igual forma, se analizarán aquellas reformas que lo han convertido en un sistema sanitario regionalizado.

Cuadro I. Normas y eventos significativos en el Sistema Sanitario Italiano.

Normas y eventos significativos en el Sistema Sanitario italiano	
Año	Hecho
1948	Aprobación de la Constitución italiana.
1958	Institución del Ministerio de Sanidad.
1976-1979	Gobierno de Giulio Andreotti.
1978	Primera reforma sanitaria. Instauración del Servizio Nazionale Sanitario a través de la Ley 833/78. Evolución del sistema de mutuas (<i>Bismarckiano</i>) a un Sistema Nacional de Salud (<i>NHS - Beveridge</i>).
1992-1993	Gobierno de Coalición de Giulio Amato.
1992-1999	Periodo de escándalos por corrupción política: <i>Mani pulite - Tangentopoli</i> .
1992	Segunda reforma sanitaria (Decretos Legislativos 502/1992 y 517/1993). Inicio del traspaso de competencias a la Regiones. Organización empresarial de las ASL - <i>Aziende Sanitarie Locali</i> y las AO - <i>Aziende Ospedaliere</i> . Introducción de mercados internos.
1994	Primer Plan Nacional de Salud. Se establece la primera cartera de servicios garantizando el cumplimiento de los <i>Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)</i> .
1996-1998	Gobierno de Romano Prodi (L'Ulivo).
1997	Nuevos pasos hacia el federalismo: Ley 51/1997 delega algunos poderes políticos clave a las Regiones. Ley 446/1997 inicia el proceso de federalismo fiscal.
1998	Segundo Plan Nacional de Salud (1998 - 2000).
1998-1999	Coalición Política - Gobierno Massimo D'Alema.
1999	Tercera reforma sanitaria (Decreto 229/1999). Mayor desarrollo de la descentralización; fortalecimiento de la cooperación y la regulación para reorientar parcialmente el mercado interior; establecimiento de herramientas para definir el conjunto de prestaciones básicas; reglamentación de la introducción de las guías clínicas para la calidad en la asistencia sanitaria.
2001-2005	Gobierno de Silvio Berlusconi.
2001	Reforma Constitucional. Se modifica la segunda parte de la Constitución italiana (Título V) , otorgando a las regiones más competencias.
	Ley 405/2001 introduce nuevas herramientas de gobierno regionales y aumenta la responsabilidad en el control de los gastos de atención de salud.
2003	Tercer Plan Nacional de Salud (2003 - 2005).
2005	Memorándum de entendimiento entre las reformas del Estado y de las regiones sobre la financiación de la atención sanitaria. Introducción de nuevas normas financieras obligatorias.

2006	Cuarto Plan Nacional de Salud (2006 -2008).
	Ley de Presupuesto Nacional 2007: introduce giro financiero (recuperación) para las regiones con déficit.
2008-2011	Gobierno de Silvio Berlusconi.
2009	Ley 42/2009 establece el marco para el federalismo fiscal. En los años siguientes, una serie de decretos define la distribución de los impuestos locales a los niveles de gobierno y los criterios para el centro de equalización y la redistribución de los fondos.
2011-2013	Gobierno Técnico de Mario Monti.
2012	Revisión de los gastos del presupuesto nacional incluyendo recortes en el gasto en salud y la reducción de camas de hospital por habitante.
	Decreto 158 ('Ley Balduzzi') moderniza el SSN en varios niveles: la continuidad de la atención; selección por mérito de los directores generales y los médicos de cabecera; simplificaciones para el acceso a la homeopatía, innovaciones en productos farmacéuticos, racionalización del gasto farmacéutico y del gasto per cápita.

Fuente: Reelaboración a partir de Mateos Buendía (2015: 132-133).

3.1. *El sistema sanitario italiano: la evolución del modelo sanitario*

La Constitución italiana, proclamada en 1948, reconoce en su artículo 32: “La República tutela la salud como derecho fundamental del individuo y como interés de la colectividad”. Este enunciado traslada la responsabilidad de la tutela de la salud a las instituciones públicas y, por supuesto, a aquellas autoridades políticas que las gobiernan, en base a una orientación programática.

Sin embargo, sería necesario esperar más de una década hasta empezar a vislumbrar el esqueleto institucional y organizativo del sistema sanitario italiano. En los años 60 y 70 del siglo XX, el debate político sobre cuál debía ser el modelo sanitario apropiado fue intensificándose hasta evidenciarse la necesidad de un cambio. Este hecho, junto al reconocimiento de las regiones como nuevos sujetos institucionales en 1970, crearon las condiciones necesarias para la aprobación de la Ley 833 de 1978 (Governo d'Italia, 1978).

Esta ley impulsó un cambio de modelo⁷, que hasta ese mismo momento se había basado en un sistema de cajas de enfermedad o mutuas, siguiendo un sistema organizativo propio del modelo de Seguro Social⁸ (modelo *Bismarck*), haciéndolo transitar hacia un modelo basado en un Servicio Nacional de Salud⁹ (modelo *Beveridge*), inspirado en el modelo teórico inglés (*National Health System-NHS*), pero

⁷ La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) identificó en su informe, publicado en 1987, tres modelos sanitarios básicos en los que, hasta ese momento, se ubicaban los países de la OCDE: el Seguro Social, el Servicio Nacional de Salud y el Seguro Privado (OCDE, 1987: 24).

⁸ El modelo de Seguro Social es también conocido como modelo *Bismarck*, debido a la creación de un Seguro Social, diseñado por el Canciller Otto von Bismarck, para hacer frente a la enfermedad y a los accidentes de trabajo en la Alemania de finales del s.XIX. Este seguro consiste en la adhesión a una caja de enfermedad o mutua, financiadas vía cotizaciones sociales obligatorias, donde la contribución es mixta entre trabajadores y empresas.

⁹ El modelo de Sistema Nacional de Salud o modelo *Beveridge* tiene su origen en 1942 con la presentación del “Informe *Beveridge*”, cuyo objetivo era rediseñar el sistema de *welfare state* británico. La innovación de este informe fue introducir el concepto de sanidad pública para todos los ciudadanos, independientemente de su capacidad adquisitiva. Este modelo se financia vía impuestos y recae sobre el Estado el suministro de los servicios.

implementando con la particularidad de los instrumentos generados por la legislación italiana (Crivellini y Galli, 2011: 397).

La Ley 833/78 introdujo el principio de “universalidad”, superando así el sistema de mutuas, que había generado tantas desigualdades en la población debido a las diferencias de cobertura entre las citadas mutuas (Brugnoli, 2008: 11). En cuanto a la financiación, se concibió un nuevo sistema donde los ciudadanos ya no participan en base a su riesgo de salud, sino que se alcanzó un sistema financiado por completo a través de impuestos (Ferré et al., 2014: 17).

El modelo impulsado por la Ley 833/78 se caracterizó por la presencia prevalente del Estado en los diferentes niveles institucionales. El nivel central ostentaba competencias capitales, como son las tareas de legislar leyes y normas de carácter nacional, de decidir la financiación del sistema y de controlar la actividad sanitaria. Las Regiones, sin embargo, tenían un papel mucho más reducido, que se desarrollaría más tarde. A nivel local apareció un nuevo sujeto jurídico, pieza clave del sistema, las Unidades Sanitarias Locales (*Unità Sanitaria Locale*-USL). Este nuevo ente público fue el organismo responsable de la prestación de servicios a través de sus propias instalaciones o por medio de contratos con proveedores privados (Ferré et al., 2014:17).

Por tanto, ya desde su aprobación, la Ley 833/78 dejó un espacio abierto para el surgimiento de un posible sistema mixto público-privado en funciones que normalmente correspondían al Estado, como son la provisión y suministro de los servicios sanitarios. De hecho, es necesario señalar que, aunque la reforma del sistema sanitario italiano se inspiró en el modelo *Beveridge* de Servicio Nacional de Salud –que tiene como base una connotación centralista y monopolista–, el *Servizio Sanitario Nazionale* asumió desde el principio una descentralización (Pelissero y Mingardi, 2010: 47), introduciendo una corresponsabilidad en la gestión sanitaria por parte de las regiones y los ayuntamientos (Brugnoli, 2008: 11).

A pesar de que las Unidades Sanitarias Locales-USL fueron la pieza clave de la reforma, pronto comenzaron a surgir conflictos jurisdiccionales en torno a ellas y entre los diferentes niveles administrativos, ya que las responsabilidades y competencias de cada uno de estos niveles no estaban claramente definidas (Ferré et al., 2014:17). Por un lado, las Regiones eran las responsables de la definición del funcionamiento de la Unidades Sanitarias Locales-USL, pero éstas a su vez estaban administradas por el Consejo de los Ayuntamientos. Como consecuencia, la gestión de los servicios sanitarios soportó una politización excesiva. Además de esta contrariedad, surgieron otros problemas como fueron el aumento del gasto sanitario o la desigualdad en la provisión de los servicios (Ferré et al., 2014: 17), que provocaron inevitables reformas.

3.2. *Las principales reformas: descentralización y regionalización del sistema*

En los años 90 fue inevitable implementar nuevas reformas que definieran con más precisión las funciones que los diferentes niveles gubernamentales debían desempeñar. El cuadro 2 presenta de forma esquemática las características que las reformas aportaron a la legislación nacional. Con el Decreto Legislativo 502/92 se introdujo la reforma conocida como “Reforma de Lorenzo-Garavaglia” (Brugnoli, 2008: 12), cuya característica más importante fue la redefinición de las Unidades Sanitarias

Locales-USL, transformándolas en un nuevo ente, al que se le puede atribuir la evolución del sistema hacia la regionalización y empresarización del servicio sanitario.

Con esta reforma, las Unidades Sanitarias Locales cambian de denominación y pasan a llamarse *Aziende Sanitarie Locali* (Empresas Sanitarias Locales-ASL¹⁰), convirtiéndose en el ente instrumental de la Región y no de los Ayuntamientos como hasta ese momento había sido (Cuocolo y Candido, 2013: 5). Así como su nueva denominación indica, este nuevo ente adquiere lógicas empresariales en su gestión, asumiendo las características propias de una empresa y creando una división entre la programación y la gestión de la sanidad. A partir de este momento las Empresas Sanitarias Locales-ASL pasan a ser dirigidas por varios directores¹¹, forzados a seguir criterios empresariales.

De igual manera, los entes hospitalarios públicos se constituyen en *Aziende Ospedaliere* (Empresas Hospitalaria-AO¹²). Se introduce a nivel nacional una nueva relación público-privada que se basa en un principio de paridad entre todos los proveedores públicos y privados. Estos últimos acceden al sistema público mediante un mecanismo de acreditación, permitiendo de esta manera la competición en igualdad de condiciones. Además, con la llegada de las Empresas Hospitalaria-AO se establecerá también el pago por prestación, sustituyendo el precedente sistema de pagos por costes.

La transformación en empresas y el pago por prestación representan las dos innovaciones originales en el contexto de reforma de los sistemas sanitarios de tipo *Beveridge* (Pelissero y Mingardi, 2010: 56). Esta primera reforma representa el punto de partida de todo el proceso, completándose así la regionalización de la gestión del Servicio Sanitario Nacional¹³.

Años más tarde se aprueba el Decreto Legislativo 229/99, también conocido como “Reforma Bindi” (Brugnoli, 2008: 12), que integra y modifica el decreto precedente intentando reconducir el sistema hacia una visión más centralizada, reduciendo los elementos de competitividad introducidos con la normativa previa (Pelissero y Mingardi, 2010: 57).

Por otra parte, a nivel nacional es necesario destacar la Reforma del título V de la Constitución italiana, aprobada con la Ley Constitucional n. 3 de 18 de octubre de 2001, como elemento jurídico que dota a las regiones de una ulterior autonomía en materia sanitaria. A partir de la aprobación de esta reforma, las regiones no deben acordar previamente con el gobierno central los principios fundamentales sobre los que pueden legislar, sino que éstas ejercerán sus propias competencias normativas en materia sanitaria respetando los *Livelli Essenziali di Assistenza*¹⁴ (Niveles Esen-

¹⁰ Ente instrumental a través de cual las Regiones en Italia producen, proveen y controlan todas las prestaciones sanitarias de prevención, asistencia primaria, asistencia especializada y hospitalaria, así como las de rehabilitación (Pelissero, 2009: 2).

¹¹ Las Empresas Sanitarias Locales desde este momento pasarán a estar dirigidas por un Director General, figura responsable de la gestión, asumiendo-entre otras- competencias de gobierno y control. Es ayudado por otros tres directores: el Director Administrativo, el Director Sanitario y el Director Social.

¹² Estructura hospitalaria que suministra tanto servicios de asistencia especializada, como los servicios de hospitalización de enfermos.

¹³ Servicio Sanitario Nacional (SSN-*Servizio Sanitario Nazionale*) es el nombre que recibe en Italia el propio sistema nacional de salud.

¹⁴ Los Niveles Esenciales de Asistencia son el conjunto de prestaciones y servicios que el Servicio Sanitario Nacional (SSN) italiano debe garantizar a todos los ciudadanos de forma gratuita o en co-participación con los propios ciudadanos.

ciales de Asistencia-LEA), introducidos por la “Reforma Bindi”, como elementos centralizadores garantes de los derechos de todos los ciudadanos en todo el territorio nacional (Mateos Buendía, 2015: 257-258).

Cuadro 2. Normativa Nacional en Materia Sanitaria

NORMAS NACIONALES	
Ley 23 diciembre 1978, n. 833, sobre el Servicio Sanitario Nacional	Institución del Servicio Nacional de Salud
Decretos Legislativos 502/92 sobre la reordenación de la disciplina en materia sanitaria	Regionalización Fondo Sanitario Nacional Transformación en empresas de los entes proveedores públicos (ASL) Transferencia de las competencias de gestión a nivel regional Pago por prestación Acreditación: reorganización de entes proveedores públicos
Decreto Legislativo 229/99	Programación. Fondos integrativos Libertad de elección Acreditación y contrato de privados Niveles esenciales de asistencia (LEA) Nueva relación del trabajo de los médicos
Ley Constitucional número 3 del 2001, "Modificación al Título V de la parte segunda de la Constitución"	Potestad legislativa exclusiva para las regiones en determinadas materias, entre ellas la asistencia y organización sanitaria

Fuente: Mateos Buendía (2015: 258).

4. El sistema sanitario de la región de Lombardía

El gobierno regional lombardo mantuvo durante años una importante confrontación con el Ministerio de Sanidad, que incluso planteo una cuestión de inconstitucionalidad ante el Tribunal Constitucional, y que finalizó con la aprobación de la reforma del título V de la Constitución Italiana en 2001 (Mateos Buendía, 2015: Apéndice C: 8). En ella se reforma el artículo 117, que permite finalmente a la Región de Lombardía continuar desarrollando su proceso de cambio a través de la Ley Regional 31/97 y sus sucesivas modificaciones e integraciones, consolidándose en el texto único de las leyes en materia sanitaria (Bullettino Ufficiale della Regione Lombardia [BURL], 2009), base fundamental del sistema sanitario lombardo.

Cuadro 3. Cronología. Hechos Relevantes y Legislación Sanitaria

CRONOLOGÍA. HECHOS RELEVANTES Y LEGISLACIÓN SANITARIA				
Año	ITALIA		R. LOMBARDÍA	
	Gobierno	Hecho	Gobierno	Hecho
1978	Gobierno de coalición (Giulio Andreotti–DC)	Creación Servicio Sanitario Nacional. Ley 23 dic 1978, n.833	Democracia Cristiana (Cesare Golfari)	
1992	Partido Socialista (Giulio D'Amato)	Decreto Legislativo 502/92 'Reforma de Lorenzo-Garvaglia'	Democracia Cristiana (G. Giovenzana)	
1995	Gobierno Técnico (Lamberto Dini)		Polo per le Libertá	Roberto Formigoni¹⁵ gana las elecciones regionales
1997	Gobierno de coalición (Romano Prodi - L'Ulivo)		Casa della Libertá (Roberto Formigoni)	Ley Regional 31/97. Punto de partida del Sistema Sanitario Lombardo
1999	Democráticos de Izquierda (Massimo D'Alema)	Decreto Legislativo 229/99 Reforma Bindi'	Casa della Libertá (Roberto Formigoni)	
2001	L'Ulivo (G. Amato)	Ley Constitucional 10 nov 2001 'Reforma del Título V'	<i>Forza Italia</i> (Roberto Formigoni)	
2008	Forza Italia (Silvio Berlusconi)		Forza Italia (Roberto Formigoni)	Ley regional 3/2008 Gobierno de la red de la unidad de oferta socio-sanitaria
2009	Popolo della Libertá (Silvio Berlusconi)		Popolo della Libertá (Roberto Formigoni)	Ley regional 33/2009. Texto único de las leyes regionales en materia sanitaria. Deroga Ley Regional 31/97

Fuente: Mateos Buendía (2015: 259).

En la cronología detallada en el anterior cuadro, se puede observar cómo, desde la aprobación de la Ley 33/78, se han sucedido a nivel nacional numerosos gobier-

¹⁵ Roberto Formigoni ha sido Presidente de la Región de Lombardía de 1995 a 2012.

nos¹⁶ de diferente signo político. Sin embargo, en la Región de Lombardía se ha mantenido una misma figura al frente de las responsabilidades de gobierno durante casi 4 legislaturas¹⁷. Tal hecho permite contrastar favorablemente la evolución del sistema sanitario de la Región de Lombardía y analizar cuáles son las variables intervinientes que realmente influyen y modelan el nuevo esquema institucional del servicio sanitario.

4.1. *Regionalización-La ley Regional 31 del 11/07/1997, “Normas para la reordenación del servicio sanitario regional y la integración con las actividades de los servicios sociales”*

El proceso de reforma en la Región de Lombardía se ha desarrollado a través de la Ley Regional 31/97 y sus sucesivas modificaciones e integraciones; finalmente se consolidó en el texto único de las leyes en materia de sanidad con la aprobación de la Ley Regional 33/2009.

El sistema sanitario de la Región reúne los principios básicos que poseen los modelos de Servicio Nacional de Salud: la universalidad y la solidaridad. Sin embargo, se caracteriza por fundamentarse en un sistema público-privado, en el que se ha permitido la presencia de proveedores privados, con la condición de una programación centralizada como instrumento de gobierno (Pelissero y Mingardi, 2010: 59).

La política sanitaria ha sido la política pública más célebre llevada a cabo por la Región de Lombardía durante la administración Formigoni. El objetivo se centró en configurar un modelo basado primordialmente en dos pilares: la libertad de elección del ciudadano y la plena paridad de condiciones de los actores que participan en el sistema a través del método de acreditación (Istituto Regionale di Ricerca della Regione Lombardia [IRER], 2010: 104). Sin embargo, de estos dos pilares, el elemento clave sobre el que gira el espíritu del modelo lombardo es la consagración del derecho de libertad de elección del paciente, al que le es permitido elegir entre diferentes estructuras sanitarias, ya sean públicas o privadas, sin que su elección signifique un coste adicional (Mateos Buendía, 2015: 261).

Para que este principio se aplicara, fue necesario que el sistema sanitario afrontara la separación de las funciones de compra y de provisión de las prestaciones. Las funciones de compra pasan a ser de competencia de las Empresas Sanitarias Locales-ASL y las funciones de provisión pasan a ser competencia de las Empresas Hospitalarias-AO, ambas dotadas de una autonomía jurídica, económica y financiera propia, así como se estableció en el Decreto Legislativo n.502 de 1992 (Formigoni, 2012: 4).

No obstante, la Empresa Sanitaria Local-ASL, tal y como ha sido concebida en el sistema sanitario italiano, presenta un conflicto, ya que es el ente que no sólo produce y provee el servicio sanitario, sino también aquel que controla la calidad del servicio. Es decir, la Empresa Sanitaria Local-ASL es la entidad donde se concentran las principales funciones, favoreciendo así un modelo rígido, centralizado y

¹⁶ En el citado cuadro no se han incluido la totalidad de los gobiernos, sino tan sólo aquellos que han llevado a cabo normativas relevantes para el presente objeto de estudio.

¹⁷ Los mandatos regionales en Italia tienen una duración de 5 años. El Presidente Roberto Formigoni no logró completar la última legislatura debido a la crisis propiciada por la *Legha Nord* (Liga Norte), que le obligó a dimitir después de 17 años en el poder, concretamente el 26 de Octubre de 2012.

monopolista (Pelissero y Mingardi, 2010: 58). A fin de resolver este inconveniente, la Región de Lombardía ha separado las funciones asignadas a las Empresas Sanitarias Locales-ASL, decidiendo que éstas no provean ninguna función asistencial directa. Por tanto, serán las Empresas Hospitalarias-AO, ya sean públicas o privadas, las responsables de suministrar el servicio sanitario, sometiéndose todas ellas a un mismo sistema de acreditación controlado por la Región y por la Empresa Sanitaria Local-ASL de referencia, así como a un sistema de control del servicio operado a través de los núcleos operativos de Control-NOC¹⁸ (BURL, 2007).

De esta manera, la Región de Lombardía puede garantizar una equiparación real entre las estructuras públicas y las privadas, permitiendo al ciudadano ejercer su derecho de elección (Pelissero y Mingardi, 2010: 60). En síntesis, se puede afirmar, por un lado, que las Empresas Sanitarias Locales-ASL conservan las funciones de programación, compra y control (pero no la función de provisión directa del servicio sanitario), y, por otro, que tanto las estructuras públicas como privadas están a obligadas a someterse a los mismos procedimientos de acreditación y control (Mateos Buendía, 2015: 262).

Asimismo, la Región de Lombardía ha diseñado una organización sanitaria capaz de dar un poder efectivo a los usuarios del sistema. Para ello, asegura que tanto a las Empresas Hospitalarias-AO públicas como privadas acreditadas perciban, trámite la Empresa Sanitaria Local-ASL de referencia, una misma remuneración por las prestaciones proporcionadas. Con este fin, la Región de Lombardía adoptó una tarifa única, siguiendo el modelo de los DRG¹⁹ (*Diagnosis Related Group*) estadounidenses (Formigoni, 2012). Esta decisión ha permitido la existencia de una competencia real entre todos los proveedores, ya que se ha exigido a las estructuras privadas acreditadas activar los mismos servicios y funciones que ofrecen los hospitales públicos (Pelissero y Mingardi, 2010: 61).

4.2. Organización del sistema sanitario lombardo

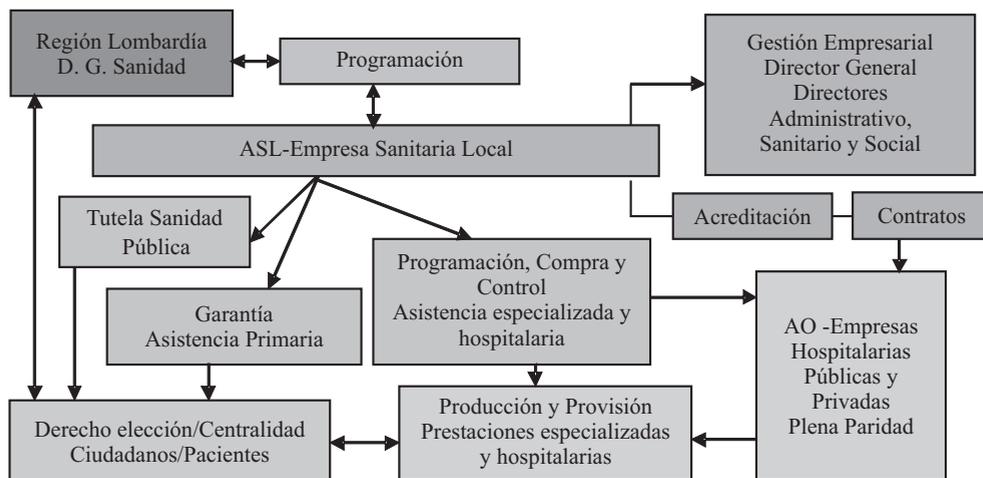
4.2.1. *Aziende Sanitarie Locali*(Empresas Sanitarias Locales-ASL)

Como ya se ha mencionado anteriormente, las Empresas Sanitarias Locales-ASL fueron introducidas en el sistema sanitario italiano mediante la aprobación del Decreto Legislativo 502/92, sustituyendo a las Unidades Sanitarias Locales-USL. La reforma propició que la programación fuera, desde ese momento, confiada al Gobierno de las Regiones y que la gestión sanitaria pasara a ser competencia de las Empresas Sanitarias Locales-ASL, debiendo actuar bajo criterios empresariales (Brugnoli, 2008: 12).

¹⁸ Sistema de control y verificación de coherencia respecto a los LEA de las prestaciones previstas por las Empresas Hospitalarias-AO, tanto públicas como privadas.

¹⁹ Sistema que permite clasificar a los pacientes ingresados en un hospital en grupos homogéneos, con el objetivo de cuantificar los recursos utilizados y remunerar cada ingreso.

Figura 2. Funciones, Competencias y Flujos de las Empresas Sanitarias Locales-ASL.



Fuente: Mateos Buendía (2015: 265).

Si se analiza cómo esta reforma se implementó en Lombardía, se verifica que las Empresas Sanitarias Locales-ASL lombardas poseen como rasgo característico una clara separación de sus funciones. A éstas les son confiadas las funciones de sanidad pública, asistencia primaria y las funciones PAC²⁰ de la asistencia especializada y hospitalaria (Pelissero y Mingardi, 2010: 60).

A través de las funciones PAC (Programación, Compra y Control), tal y como se establece en el artículo 4.6 de la Ley Regional 33/09, las Empresas Sanitarias Locales-ASL lombardas aseguran a los ciudadanos la provisión de las prestaciones de atención especializada (rehabilitación, diagnóstico, laboratorio y hospitalización) contempladas en los Niveles Esenciales de Asistencia-LEA y definidas en el Plan Sanitario Nacional y en la programación regional, mediante contratos o convenciones con las diferentes estructuras acreditadas.

Las Empresas Sanitarias Locales-ASL lombardas son el punto de acceso del ciudadano a la entera red sanitaria. Además de controlar y garantizar la calidad de sus prestaciones hospitalarias, tienen también encomendadas las funciones de cuidado de la higiene pública y la coordinación de la red de médicos de familia y pediatras de su territorio, garantizando la asistencia primaria de la población. En ocasiones, las Empresas Sanitarias Locales-ASL lombardas pueden efectuar algunas prestaciones sanitarias, pero sólo pueden ser proveedores directos en vía marginal y residual, dispensando de forma extraordinaria únicamente aquellas prestaciones necesarias para satisfacer los niveles uniformes de asistencia que no se hayan derivado a profesionales concertados, proveedores públicos o acreditados privados (Brugnoli, 2008: 13).

Finalmente, destacar que en el modelo lombardo las Empresas Sanitarias Locales-ASL actúan principalmente mediante acuerdos con sujetos públicos y privados para la provisión de todas las prestaciones sanitarias en su territorio, incluidas las de asistencia primaria (IRER, 2010: 330).

²⁰ PAC (*Programmazione, Acquisto e Controllo*-Programación, Compra y Control).

4.2.2. Aziende Ospedaliere (Empresas Hospitalarias-AO)

Al igual que las Empresas Sanitarias Locales-ASL, las Empresas Hospitalarias-AO fueron instituidas con la reforma “De Lorenzo-Garavaglia” en el Decreto Legislativo 502/1992 (Ministero della Salute. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, 1992). Con la aprobación de este decreto se promovió, siguiendo el impulso empresarial con el que se concibió la reforma, la transformación de los entes hospitalarios de la anterior organización en Empresas Hospitalarias-AO (Pelissero y Mingardi, 2010: 55-56). Éstas, en coordinación con las Empresas Sanitarias Locales-ASL, son las responsables de la producción y provisión de prestaciones sanitarias en el área de medicina especializada y asistencia hospitalaria.

En Lombardía, la relación que las Empresas Hospitalarias-AO mantienen con las Empresas Sanitarias Locales-ASL presenta ciertas peculiaridades que serán evidenciadas a continuación y que hacen que el sistema sanitario lombardo sea diferente al de otras regiones italianas.

En primer lugar, cabe destacar el establecimiento de una clara división de funciones entre ambos instrumentos. Las Empresas Sanitarias Locales-ASL, además de programar y proceder a la compra a través de contratos de las prestaciones sanitarias provistas por las Empresas Hospitalarias-AO, poseen competencias de control sobre las funciones de producción y provisión de estas últimas (Pelissero y Mingardi, 2010: 60). En segundo lugar, la Región de Lombardía introduce la plena paridad de condiciones entre las Empresas Hospitalarias-AO públicas y los nuevos sujetos privados que son acreditados, trámite las Empresas Sanitarias Locales-ASL. De este modo, cada una de las Empresas Hospitalarias-AO, ya sean públicas o privadas, están obligadas a competir y, por tanto, a tender hacia la eficacia (Formigoni, 2012: 5).

4.3. Organización territorial del Sistema Sanitario de la Región de Lombardía

Las regiones italianas fueron llamadas a elegir cómo relacionarse con respecto al sector privado escogiendo “institucionalmente” no sólo el modelo de organización sanitaria, sino el tipo de “*governance*”. De esta manera, las Empresas Sanitarias Locales-ASL han adoptado diferentes modalidades de organización en el territorio italiano dando lugar a diferentes tipologías (integradas, separadas y mixtas) (Boni, 2007: 29), que han desembocado en diferentes modelos sanitarios. Estas diferencias se deben a la creciente autonomía asimilada por las regiones, fruto de la sucesión de las reformas realizadas, que han permitido a las regiones elegir diversos modelos institucionales y organizativos (Ferré et al., 2014: 2; Boni, 2007: 9).

Tal y como ya se ha expuesto, la reforma sanitaria de 1992-93 (Italia, 1992, Decreto Legislativo 502/92 y Decreto Legislativo 517/93) transformó las Unidades Sanitarias Locales en empresas “dotadas de personalidad jurídica pública y de autonomía empresarial” (Boni, 2007: 29), y también se concedió a la mayoría de los hospitales que cumplieran determinados requisitos la posibilidad de ser reconocidos por las Empresas Sanitarias Locales como independientes de éstas, convirtiéndose en Empresas Hospitalarias-AO (Boni, 2007: 29), manteniendo así una nueva relación institucional entre ambos entes con capacidad de negociación. Esta posibilidad de separación de las Empresas Sanitarias Locales-ASL y el reconoci-

miento por parte de éstas de los hospitales como un nuevo sujeto en el sistema, hizo emerger tres modelos diferentes de Empresas Sanitarias Locales-ASL y, por tanto, tres modelos de organización institucional (Boni, 2007: 29-30). Por un lado, las ASL integradas, que se caracterizan por la permanencia de los hospitales dentro de las ASL, que los gestiona directamente. Las ASL separadas, que se diferencian del anterior modelo por la completa separación entre los hospitales y las propias Empresas Sanitarias Locales-ASL, separando la función de producción de la Empresa Hospitalaria-AO de la función de financiación de la Empresa Sanitaria Local-ASL, estableciendo de esta manera las condiciones necesarias para crear un sistema de competición entre hospitales públicos y hospitales privados acreditados. Y, por último, las ASL mixtas, que se definen por la convivencia de los dos modelos anteriores.

La organización territorial del sistema sanitario en Lombardía es definido como un modelo institucional separado, ya que decidió organizar su sistema sanitario separando entes y funciones. De esta elección deriva la originalidad de su modelo, que es pionero en Italia (Boni, 2007: 30). Por tanto, la principal característica del sistema sanitario lombardo responde a la exigencia de separar las funciones de producción y provisión de las funciones de programación, compra y control, propiciando la completa separación entre las Empresas hospitalarias- AO y las Empresas Sanitarias Locales-ASL.

El DLGS 517/92 además de decretar la transformación de las Unidades Sanitarias Locales-USL en Empresas sanitarias Locales-ASL, supuso, al menos en Lombardía, la reducción de las mismas. Así como se muestra en la tabla expuesta a continuación, el sistema sanitario lombardo experimentó una primera reducción, concretamente de 84 USL en 1992, antes de la reforma, a 44 ASL, después de ésta. Este reajuste no fue suficiente para cumplir con el requisito de adaptar las Empresas Sanitarias Locales-ASL al número²¹ efectivo de provincias en Lombardía. La aprobación de la Ley Regional 33/97, que impulsa el modelo lombardo, procedió a una nueva drástica disminución hasta conformar las 15 ASL- Empresas Sanitarias Locales actuales²².

²¹ La Región de Lombardía está compuesta por 12 provincias: Bérgamo, Brescia, Cremona, Como, Lecco, Lodi, Mantua, Milán, Monza, Pavía, Varese y Sondrio.

²² Aunque la Región de Lombardía tiene 12 provincias, no fue posible reducir las ASL- Empresas Sanitarias Locales a este número por dos razones: la concentración de la población, este es el caso de Milán que cuenta con tres ASL (ASL Milano, ASL Milano 1 y ASL Milano 2) y la excepción territorial de la ASL de Vallecarnonica-Sebino (zona montañosa). El D.L.G.S 229/99 abrogó la norma que preveía la constitución de ASL coincidentes con las provincias para salvaguardar este tipo de excepciones.

Cuadro 4: Evolución de las Empresas Sanitarias Locales-ASL y la Empresas Hospitalarias-AO.

REGIÓN DE LOMBARDÍA	USL	ASL			Variación ASL	Habitantes por USL o ASL	
	1992	1995	2000	2005	2000-2005	1992	2005
	84	44	15	15	0	108.436	616.453
REGIÓN DE LOMBARDÍA	USL	AO			Variación AO	Habitantes por USL o ASL	
	1992	1995	2000	2005	2000-2005	1992	2005
	84	16	27	29	2	108.436	616.453

Fuente: Mateos Buendía (2015: 268).

Por el contrario, en la tabla anterior también se puede observar que el número de Empresas Hospitalarias-AO ha aumentado. Mientras que en 1995 existían 16 Empresas Hospitalarias, desde el año 2000 su número comenzó a aumentar hasta llegar a las 29 actuales. La interpretación de estos datos, es decir, el surgimiento de nuevas Empresas Hospitalarias-AO junto a la elección de crear Empresas Sanitarias Locales-ASL separadas, hace que el modelo institucional sanitario se caracterice por su orientación política favorable a la competitividad. Esta afirmación se respalda en la apertura de la red hospitalaria a otras estructuras públicas como son los Institutos Nacionales de Investigación Científica-IRCCS²³ y Policlínicos Universitarios y toda la red privada acreditada.

Como conclusión, en este epígrafe se ha podido comprobar cómo la aplicación de la Ley Regional 31/97 y sus sucesivas modificaciones han impulsado una transformación en el sistema lombardo que lo han llevado a erigirse como un modelo mixto público-privado, debido a su carácter separado y abierto.

5. Conclusiones

En la breve descripción de la evolución del sistema sanitario italiano se ha esbozado cómo Italia transformó su modelo y, por ende, su sistema sanitario²⁴, suprimiendo el precedente sistema de mutuas o cajas de enfermedad y garantizando la asistencia universal, desde ese momento ligada al estatus de ciudadanía y residencia, independientemente de la condición socio-sanitaria del ciudadano.

²³ IRCCS-*Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico*: los Institutos Nacionales de Investigación Científica fueron instituidos por el Decreto Legislativo 288/03. Se trata de entes de alto relieve nacional, cuyo control y gestión son de competencia estatal. Son hospitales de excelencia, dedicados a la investigación biomédica, focalizados en un área determinada, pero a pesar de su vocación nacional, forman parte de la organización y gestión sanitaria de las regiones, apoyando la actividad sanitaria de las Empresas Hospitalarias-AO.

²⁴ Como consecuencia de la aprobación de la Ley 833/78 que instauró el *Servizio Nazionale Sanitario*.

En las últimas décadas del siglo pasado se inicia un proceso general de reforma de los Estados de Bienestar, donde los procesos de descentralización de los sistemas sanitarios alcanzaron un énfasis significativo, con dinámicas encaminadas a la creación de mercados internos o la contratación externa de servicios. En el caso italiano, las reformas sanitarias llevadas a cabo por los Decretos Legislativos mencionados en este estudio conllevaron además un desplazamiento completo de las competencias sanitarias a nivel regional. Por tanto, se puede afirmar que la descentralización en el presente caso de estudio se entrelaza a dos tipos de procesos: la apertura a lo privado y a la devolución regional. Es necesario señalar cómo este proceso de descentralización también se caracteriza por una cierta modalidad de privatización; este hecho es reconocible tanto en la senda hacia la orientación al mercado del sistema, como en la apertura hacia la colaboración con el sector privado en la asistencia sanitaria.

De hecho, el proceso de descentralización sanitaria hacia las regiones en Italia fue acompañado por un proceso de empresarización del modelo organizativo, transformando la organización de tipo político-administrativo (Unidad Sanitaria Local-USL) a una organización de tipo técnico-empresarial (Empresa Sanitaria Local-ASL). Esta transformación puede ser considerada como crucial en el sistema, ya que supone una evolución y un cambio en el propio modelo ligado al cambio de su concepción. Tal y como se ha explicado, en las Unidades Sanitarias Locales-USL los poderes decisionales estaban atribuidos a un comité de gestión cuyos miembros habían sido nombrados con criterios políticos, mientras que en las Empresas Sanitarias Locales-ASL los poderes de gestión están transferidos a un órgano de naturaleza no política, es decir, de gestión, con un director general responsable de la actividad (Maino, 2012: 214).

Como ya explicado, las regiones en Italia tuvieron la posibilidad de elegir cómo relacionarse con respecto a la colaboración con el sector privado, escogiendo “institucionalmente” no sólo el modelo de organización sanitaria, sino el tipo de “governance”²⁵ (Mateos Buendía, 2015: 175). La Región de Lombardía optó por introducir lógicas de mercado, redefiniendo el reparto de responsabilidades entre la autoridad estatal competente y el mercado, en una de las principales funciones del sistema sanitario, como es la provisión del servicio.

Por tanto, la innovación impulsada por el modelo lombardo radica en la separación entre entes financiadores y entes proveedores, eligiendo así constituir un modelo institucional separado y abierto, único hasta ese momento en Italia. Esta decisión propició el surgimiento de la competencia entre estructuras públicas y privadas en igualdad de condiciones, realidad también singular en Italia. El establecimiento de este esquema institucional se hizo funcional debido a la ejecución efectiva de la libertad de elección del ciudadano, principio subsidiario básico del modelo sanitario lombardo.

Dado el objetivo planteado por el gobierno regional, la novedad del sistema sanitario lombardo radica en potenciar la capacidad institucional de acompañar al ciudadano no exclusivamente en el punto de acceso al servicio sanitario, garantizando como en los demás sistemas sanitarios la atención y el cuidado de la salud, sino permitiéndole actuar en un paso anterior, proporcionando una red donde el ciudadano pueda elegir cómo y por quién desea ser atendido.

²⁵ Recuérdese que las Empresas Sanitarias Locales-ASL adoptan diferentes modalidades de organización en el territorio italiano, dando lugar a diferentes tipologías de ASL (integradas, separadas o mixtas, y, por lo tanto, a diferentes modelos de organización sanitaria).

En la introducción se adelantaba que la transformación de los sistemas sanitarios está ligada al surgimiento de nuevos problemas que han afectado al Estado del Bienestar; entre ellos, el desafío que supone enfrentarse al envejecimiento de la población y al aumento de los costes asistenciales, provocados por la innovación de las nuevas tecnologías. Sin embargo, el cambio de modelo en la Región de Lombardía parece obedecer no sólo a estos retos, sino a una nueva forma de concebir la política; en este caso, la política sanitaria, hasta el punto de crear un modelo original que aporta una visión nueva a la hora de concebir esta política.

Bibliografía

- Boni, S. (2007). “I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali”, en *Quaderni Formez*, nº57, diciembre. En: http://biblioteca.formez.it/webif/media/QuaderniFormez_57.pdf (Consultado el 8 de octubre de 2016).
- Brugnoli, A. (2008). *L'investimento nella buona salute dei cittadini come risorsa e fattori di sviluppo regionale*. Istituto Regionale di Ricerca della Lombardia, Milán.
- Brugnoli, A. y Vittadini, G. (2008). *La sussidiarietà in Lombardia: I soggetti, le esperienze, le policy*. Editorial Guerini e Associati, Milán.
- Bullettino Ufficiale della Regione Lombardia (2007). *Nuclei operativi di controllo*. 14 de junio de 2007. En: <http://www.consultazioniburl.servizirl.it/pdf/2007/03241.pdf> (Consultado el 9 de octubre de 2016).
- Bullettino Ufficiale della Regione Lombardia. (2009). *Legge regionale, 30 de dicembre 2009, n.33, Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*. Bullettino Ufficiale della Regione Lombardia. En: http://www.sanita.regione.lombardia.it/shared/ccurl/902/17/lr33_09.pdf (Consultado el 8 de octubre de 2016).
- Crivellini, M y Galli, M. (2011). *Sanità e salute: Due storie diverse. Sistemi sanitari e salute nei paesi industrializzati*. Edizioni Francoangeli, Milán.
- Cuocolo, L y Candido, A. (2013). “L’incerta evoluzione del regionalismo sanitario”, en *Forum di Quaderni Costituzionali Rassegna*. En: http://www.forumcostituzionale.it/wordpress/images/stories/pdf/documenti_forum/paper/0425_cuocolo_candido.pdf (Consultado el 8 de octubre de 2016).
- Dente, B y Subirats, J. (2014). *Decisiones públicas: Análisis y estudio de los procesos de decisión en políticas públicas*. Editorial Arien Ciencias Sociales, Barcelona.
- Ferré, F., Belvis, A. G., AG., Valerio, L., Longhi, S., Lazzari, A., Fattore, G., Ricciardi, W y Maresso, A. (2014). “Italy: Health system review” en *Health Systems in Transition*, vol.16, nº 4, pp. 1-118. En: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/263253/HiT-Italy.pdf?ua=1 (Consultado el 8 de octubre de 2016).
- Ferrera, M. (1996). “The ‘Southern model’ of welfare in social Europe”, en *Journal of European Social Policy*, vol. 6, nº 1, pp. 17-37.
- Formigoni, R. (2012). “Declaración del Presidente Roberto Formigoni al Senado de la República Italiana en relación a los fenómenos de corrupción en el ámbito del servicio sanitario nacional” en *Senato della Repubblica Italiana. Racconto Stenografico*, nº. 168. En: http://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/servizio_sanitario16/Stenografici/168_definitivo.pdf (Consultado el 9 de octubre de 2016).

- Gallego, R., Gomà, R y Subirats, J. (2003). *Estado de Bienestar y Comunidades Autónomas*. Editorial Tecnos, Madrid
- Governo d'Italia. (1978). *Legge n. 833 1978, Sanità Pubblica, Servizio Sanitario Nazionale*. En: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_231_allegato.txt (Consultado el 31 de agosto de 2014).
- Hood, C.(1991). “A Public manager for all seasons?”, en *Public Administration. Royal Institute of Public Administration*, nº 69, pp. 3-19.
- Istituto Regionale di Ricerca della Regione Lombardia (2010). *Rapporto fine legislatura: I pilastri del modello lombardo*. En: http://www.ired.it/lombardia2010/testi/dossier/famiglia-e-salute/la-sanita-sussidiaria/1_I-pilastri-del-modello-lombardo.pdf (Consultado el 15 de octubre de 2016).
- Maino, F. (2012). “Política sanitaria”. en Ferrera, M. *Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata*. Edizione Il Mulino, Milano.
- Marotta, R. (2011). “Gli obiettivi della Regione”. en Gori, C. (ed.) *Come cambia il welfare lombardo: Una valutazione delle politiche regionali*. Maggioli Editori, Dogana, Repubblica di San Marino.
- Mateos Buendía, I. (2015). *Las decisiones en las políticas sanitarias de los modelos del servicio nacional de salud descentralizados: Los casos de la Comunidad de Madrid y la Región de la Lombardía (2000-2014)*. Tesis Doctoral. Fundación Ortega y Gasset, Madrid.
- Ministero della Salute. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria (1992). *Decreto Legislativo 502/1992, 30 dicembre 1992, riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421*. En: <http://www.universita.cisl.it/carlo/documenti/dlgs502-92.pdf> (Consultado el 20 de octubre de 2016).
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (1987). *Financing and delivering health care. A comparative analysis of OECD countries*. París.
- Pelissero, G. (2009). “L'originalità del sistema sanitario della Lombardia”. En *Federalismi.it: Rivista di diritto pubblico italiano comunitario e comparato*, nº. 23/2009, diciembre. En: <http://www.federalismi.it/AppOpenFilePDF.cfm?artid=14786&dpath=document&dfile=30112009195655.pdf&content=L%E2%80%99originalit%C3%A0+del+sistema+sanitario+della+Lombardia+-+stato+-+dottrina+-> (Consultado el 9 de octubre de 2016).
- Pelissero, G. y Mingardi, A. (2010) *Eppur si muove. Come cambia la sanità in Europa, tra pubblico e privato*. IBL Libri, Milano.
- Schmid, A., Cacace, M., Götze, R y Rothgang, H (2010). “Explaining health care system change: Problem pressure and emergence of ‘hybrid’ health care systems”, en *Journal of Health Politics, Policy and Law*. Duke University Press, nº 4, volumen 35.

