



CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y
Cooperativa, nº 4, junio-septiembre 1988, pp. 205-218

Entre el sector público y el mercado. El papel del “Tercer Sector” en el ámbito de la Sanidad española.

Juan Rovira Forns
Profesor titular del Departamento de Teoría Económica
Universidad de Barcelona

CIRIEC-España, revista de economía pública, social y cooperativa
ISSN: 0213-8093. © 1988 CIRIEC-España
www.ciriec.es www.uv.es/reciriec

ENTRE EL SECTOR PÚBLICO Y EL MERCADO. El papel del «tercer sector» en el ámbito de la Sanidad española

Juan Rovira Forns

**Profesor Titular del Departamento de Teoría
Económica. Universidad de Barcelona**

- Introducción
- Delimitación y Teorías del Tercer Sector
- El papel del Tercer Sector en el Sistema Sanitario Español
- Conclusiones
- Referencias Bibliográficas

INTRODUCCIÓN

El tema del que se ocupa este artículo es excesivamente amplio y complejo como para pretender abordarlo de forma completa y detallada dentro de los límites de este trabajo; por esta razón se ha optado por limitar el análisis a las entidades que operan en el ámbito de la prestación de servicios hospitalarios y en el sector del seguro de asistencia sanitaria.

En la primera parte del artículo se revisan algunas de las definiciones de este grupo difícil de delimitar de entidades situadas entre el sector público y las empresas mercantiles, así como algunas teorías explicativas de su existencia y funcionamiento.

En la segunda parte se realiza una breve descripción de las entidades de este «tercer sector» que desarrollan su actividad en el ámbito de los servicios hospitalarios y de los seguros sanitarios en España, analizándose el papel que desempeñan y sus perspectivas de futuro.

DELIMITACIÓN Y TEORÍAS DEL TERCER SECTOR

Es evidente que en la actualidad los sistemas socio-económicos de la mayoría de los países no pueden ser representados adecuadamente por modelos que consideren únicamente dos sectores, el público y el privado. Incluso haciendo abstracción de aquellos organismos e instituciones cuyas actividades tienen un carácter y unos objetivos de tipo político, sindical o religioso y limitando el análisis a los que desarrollan sus funciones en el ámbito de la producción y distribución de bienes y servicios (1), la realidad pone de manifiesto la existencia de un conjunto de entidades que ni por su número ni por el papel que juegan en el sistema económico pueden ser pasadas por alto en un análisis comprensivo de dicho sistema y que, sin embargo, no es posible asimilar a los conceptos tradicionales de público o privado.

Sin embargo, la unanimidad en el contexto del análisis científico y del debate político respecto al «tercer sector»

(1) Desde luego, prácticamente todas las entidades sociales, incluso las que limitan sus actividades a la esfera de la política o la ideológica, tendrán como mínimo una función económica como consumidores. Por otra parte, muchas instituciones con objetivos políticos o ideológicos explícitos llevan a cabo actividades de carácter productivo, por ejemplo, la formación desarrollada por organizaciones religiosas o sindicales.

termina prácticamente en el reconocimiento del mismo. En el momento en que se intenta siquiera definirlo y delimitar su ámbito —por no decir ya, cuando se pretende elaborar modelos y teorías que expliquen su existencia y comportamiento—, la multiplicidad de enfoques alternativos es la regla. La diversidad de términos utilizados para denominarlo es el indicador más inmediato de la diversidad de criterios de definición existentes: sector voluntario, no lucrativo, benéfico, altruista, economía social y entidades no gubernamentales constituyen una lista no exhaustiva de las denominaciones más corrientes.

*Las instituciones
sociales se resisten
a ser encuadradas
en categorías
estancas*

De hecho, la dificultad de delimitar el «tercer sector» se debe a que las instituciones sociales —tal como ocurre con casi todos los fenómenos de la realidad, pero con aquéllas posiblemente en mayor grado— se resisten a ser encuadradas en categorías estancas. El «tercer sector» se define de forma negativa respecto al sector público, en cuanto al control a que está sometido este último por parte del poder político y respecto al sector privado mercantil, especialmente en cuanto al objetivo de lucro capitalista que se considera su característica más definitoria. Sin embargo, las entidades reales constituyen un continuo sobre las dimensiones señaladas, continuo a cuyos extremos hay acuerdo en situar a la administración estatal y al sector mercantil con fin de lucro, respectivamente; pero no es en absoluto evidente cuáles son los límites de estas categorías extremas ni cuál sea la conceptualización y delimitación adecuadas de las que se encuentran en posiciones intermedias.

Rovira y Vidal (1987), revisando las concepciones de lo que diversos autores denominan "Sector de Economía Social" concluyen que las diversas organizaciones que lo configuran se caracterizarían por los siguientes elementos:

- 1) Voluntad de asociación de las personas que las integran en oposición al concepto de pertenencia obligada.
- 2) Distribución democrática del poder según el principio de un hombre, un voto y en general, ausencia de disociación entre capital y trabajo y participación de las personas en los órganos sociales independientemente de su participación en el capital social o en el nivel de

Las formas jurídicas más representativas de la Economía Social serían en la actualidad las sociedades cooperativas y mútuas, las asociaciones y las fundaciones

cotización.

3) Gestión de servicios, en el sentido de que el objetivo prioritario sería dar respuesta a las necesidades de colectivos de personas que lo integran.

Las formas jurídicas más representativas de las entidades basadas en estos criterios de solidaridad y participación serían en la actualidad las sociedades cooperativas y mutuas, las asociaciones y las fundaciones (Rovira y Vidal, op. cit., pp. 136-138).

Hansmann (1980), por su parte, refiriéndose a las entidades voluntarias sin fin de lucro, entiende que el criterio de ausencia de lucro debe contemplar no sólo la imposibilidad legal de distribuir excedentes monetarios a sus propietarios o patrones, sino también el que sus empleados reciban salarios razonables no ligados directamente al resultado financiero. Es decir, se acepta la existencia de trabajo retribuido siempre que dicha retribución no sea superior a la que se obtendría en un mercado cooperativo y encubra, por lo tanto, un beneficio empresarial.

La diferencia entre ambos enfoques radica en el criterio de apropiabilidad de los excedentes de explotación, que en esta última definición sería un criterio absolutamente excluyente que dejaría fuera de la definición a entidades tales como las cooperativas y las sociedades anónimas laborales y probablemente las mutuas, entidades que sí serían incluidas en la anterior definición de Economía Social, que tan sólo considera criterio necesario que el excedente no pueda ser apropiado por parte de un grupo de propietarios del capital o patronos que formen una categoría separada de la de los trabajadores. Ciertamente, la distribución explícita de beneficios en forma monetaria es claramente un elemento incompatible con la idea de voluntariedad o ausencia de lucro mercantil. Pero el tema se hace más confuso cuando se tienen en cuenta otras formas implícitas de distribución (por ejemplo, por manipulación de los precios de compra y venta de inputs y outputs respectivamente) que constituyen la principal forma de distribución a los miembros de muchas cooperativas —sean de trabajo o de consumo— del residuo o excedente potencial. Estas prácticas no impiden que este tipo de asociacio-

nes sean consideradas en algunos países como no lucrativas y se les concedan beneficios fiscales y otros privilegios.

En este sentido, puede ser útil considerar la diferenciación que hacen diversos autores entre las entidades de tipo mutualístico o cooperativo que persiguen un beneficio colectivo para sus miembros y las que podríamos denominar entidades de "utilidad pública", que persiguen un beneficio para colectivos externos (Gui, 1987, p. 184).

En lo que hace referencia al carácter público o privado de las entidades, las dificultades de delimitación de sectores no son menores que las que se han analizado anteriormente en relación al criterio de distribución de beneficios o excedentes, ya que de nuevo nos encontramos con un continuo de entidades situadas entre lo público y lo privado.

Hood y Schuppert (1988) diferencian tres tipos de organizaciones proveedoras de servicios sociales según criterios legales o constitucionales; las primeras constituyen la "burocracia pública básica"; las otras dos categorías, designadas con el nombre de organizaciones paragubernamentales, son las "empresas públicas independientes" y las "empresas privadas o independientes". Lo que diferenciaría a estas dos últimas categorías sería el hecho de que la primera, aunque es independiente en el sentido de que posee una personalidad jurídica diferenciada de la burocracia pública básica, tiene su origen en una ley, decreto o estatuto específico, mientras que las segundas son el resultado de la iniciativa privada y están sometidas a algún tipo de legislación genérica para entidades privadas o independientes.

Las "empresas públicas independientes" suelen caracterizarse por tres elementos: Primero, su creación —y disolución— requiere algún tipo de acción legislativa. En segundo lugar, su dirección formal está, por lo menos en parte, en manos de personas que no son representantes políticos de la comunidad. Finalmente, los derechos de propiedad de este tipo de entidades no suelen ser transferibles. Este tipo de empresas suelen beneficiarse de exenciones fiscales y los pasivos que emiten pueden estar garantizados por el gobierno. Dentro de esta categoría pueden encontrarse numerosas variantes; algunas empresas

*Hood y Schuppert
diferencian tres
tipos de
organizaciones
proveedoras de
servicios sociales: la
"burocracia pública
básica", las
"empresas públicas
independientes" y
las "empresas
privadas
independientes"*

tendrán una organización y financiación similar a las burocracias públicas básicas, otras disfrutarán de regímenes específicos de personal —determinación de salarios, procedimientos de ingreso y despido, movilidad, etc.— y de financiación —tasas, ingresos por venta de sus servicios, etc.—; los gerentes de dichas empresas pueden ser elegidos por representantes políticos, por corporaciones de usuarios o por una combinación de ambos métodos.

Las empresas privadas o independientes pueden ser establecidas normalmente por cualquiera que cumpla determinados requisitos y sus órganos directivos suelen tener que responder de su gestión frente a los miembros, aunque esto no siempre sea así, como ocurre con las fundaciones (Hood y Schuppert, op. cit., pp. 5-8).

Existen desde luego otros criterios de definición y clasificación de las entidades del «tercer sector», lo que propicia una cierta confusión terminológica y dificultades para identificar el ámbito específico a que hacen referencia los correspondientes estudios y teorías. Tal como ha señalado Alchian (1973), muchas de las confusiones y desacuerdos sobre el comportamiento de las organizaciones se deben precisamente a la ausencia de una diferenciación adecuada entre las distintas categorías de instituciones que tenga en cuenta la organización, la forma de propiedad y los mecanismos y costes de control del comportamiento de sus empleados.

Dada la multiplicidad y variedad de entidades que configuran el tercer sector, no es de extrañar que existan distintos enfoques en las teorías que intentan explicar su existencia o su comportamiento. Algunos autores como Weisbrod consideran que la existencia de un sector voluntario es el resultado de lo que los economistas denominan fallos del mercado y fallos del gobierno. Desde este punto de vista, la principal función del sector voluntario sería la de cubrir una demanda insatisfecha de bienes colectivos (Weisbrod, 1975, 1977).

Otro grupo de teorías, entre cuyos proponentes cabe destacar a Hansmann, atribuyen la existencia del sector voluntario a lo que denominan fallos del contrato. Su idea central es que en algunas situaciones el demandante no

Para Weisbrod la existencia de un sector voluntario o tercer sector se debe a los fallos del mercado y del gobierno y su principal función es cubrir una demanda insatisfecha de bienes colectivos

puede juzgar la adecuación de los bienes adquiridos; esto puede ocurrir por asimetrías en la información, porque el bien sea pagado por una persona distinta a la que lo consume o por otros motivos. Ante la posibilidad de que el oferente pueda aprovecharse de esta situación suministrando bienes en menor cantidad o calidad de lo estipulado, los compradores pueden preferir contratar con entidades voluntarias (si se considera que éstas son más merecedoras de confianza, dados sus objetivos aparentemente altruistas) que con entidades que tienen el lucro como fin principal (Young, 1983). Hood y Schuppert (1988, p. 19) sugieren la posible existencia de un principio de "mínimo poder público", es decir, la preferencia de la sociedad por las formas de provisión compatibles con la tarea a desarrollar, que sean lo menos burocráticas posible, en otras palabras, que requieran el mínimo control posible por parte del poder político.

Salomón (1987) por su parte invierte los términos de la cuestión, pues según él, tiene más sentido intentar entender el papel del sector público en base a los fallos del sector voluntario, que plantearse la cuestión a la inversa. De hecho, su postura tiene una lógica institutiva bastante convincente, dado que históricamente es fácilmente demostrable que el sector voluntario asumió la provisión de determinados servicios antes que lo hiciera el sector público.

Finalmente cabe mencionar el enfoque de Seibel (1987) que sugiere que la función del sector voluntario es la "no solución" de problemas. Según este autor, existen problemas sociales que ni el sector público ni el mercado pueden resolver y que son asumidos por el sector voluntario, no porque éste pueda darles una respuesta más satisfactoria, sino porque de esta forma se diluyen las responsabilidades del sector público que de otra forma darían lugar a una situación políticamente insoportable. Esta teoría explicaría no tanto la existencia del sector voluntario, sino más bien el apoyo y colaboración que recibe del sector público.

En realidad, lo que se denomina «teorías» del sector voluntario son más bien racionalizaciones con una elevada componente de juicios de valor y subjetividad, que no teo-

Las «teorías» del sector voluntario son, antes que teorías científicamente contrastables, racionalizaciones con una elevada componente de juicios de valor y subjetividad

EL PAPEL DEL TERCER SECTOR EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

Tal como se ha indicado en la introducción, el presente análisis se centrará, por limitaciones de extensión, a dos ámbitos del sistema sanitario: la asistencia hospitalaria y los seguros de asistencia sanitaria. Ello no supone que se consideren menos importantes temas como el de las Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo o el de instituciones singulares como la Cruz Roja, que además de su participación en el sector hospitalario, desarrolla una actividad significativa en campos tales como el transporte de enfermos, la donación de sangre o los primeros auxilios.

LAS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS

En 1985, las entidades privadas no lucrativas poseían 27.000 camas hospitalarias, el 14% de la oferta hospitalaria en España

En España, igual que en la mayoría de los países, las primeras iniciativas en cuanto a la prestación de asistencia hospitalaria corrieron a cargo de entidades no estatales, especialmente de órdenes religiosas. En 1985, las entidades privadas no lucrativas poseían 27 mil camas hospitalarias, el 14 por ciento de la oferta hospitalaria en España. La Iglesia Católica era el mayor oferente dentro de este grupo, con 14,3 mil camas, seguido por la Cruz Roja, con 3,5 mil, mientras que las 9,2 mil restantes se repartían entre un número considerable de entidades tales como fundaciones, mutuas de protección social y asociaciones sin fin de lucro (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986). Observando sus orígenes históricos se hace evidente que el hospital fue en sus inicios una institución muy distinta a la que es en la actualidad, pues desempeñaba funciones más próximas a la asistencia social que a la de curar enfermos. De hecho, personas con recursos económicos suficientes permanecían en caso de enfermedad en su propio domi-

cilio, donde eran visitados y tratados por el médico. El hospital era la alternativa —en general, estigmatizante— para aquellas personas que no poseían recursos ni soporte familiar para permanecer en su casa durante su enfermedad. Las órdenes religiosas, a partir de los donativos y de la aportación de trabajo de sus propios miembros, se convirtieron de hecho en financiadores y proveedores de unos servicios hospitalarios que tenían más de beneficencia —e incluso de aislamiento de marginados— que de sanidad.

Las transformaciones en la tecnología médica, que provocaron un incremento espectacular tanto de su eficacia como de su coste, junto con la paralela asunción por parte del sector público de la responsabilidad de garantizar a todos los ciudadanos el acceso a los servicios sanitarios, han alterado radicalmente los factores que propiciaron la aparición de los hospitales como instituciones benéficas. El crecimiento espectacular de la Seguridad Social ha convertido a esta institución en el principal financiador y proveedor de la asistencia sanitaria: su oferta de camas hospitalarias supone un tercio del total y el 50% de la oferta pública (2). De hecho, los hospitales de entidades privadas no lucrativas han dejado de actuar como canalizadores de fondos procedentes de donaciones privadas y de recursos propios y han reorientado sus funciones hacia la provisión de servicios para su venta a financiadores públicos —esencialmente el INSALUD—, o privados —particulares, entidades de seguros, etc.—. Muchas instituciones que ho han sabido o no han querido adaptarse a esta nueva situación, han desaparecido. Esta evolución ha sido seguida no sólo por las instituciones privadas de orientación benéfica —las que antes hemos denominado “de utilidad pública”, sino también por muchas de las públicas que pertenecían a la administración local, e incluso por las de carácter mutualista (3). De hecho, las iniciativas más recientes de creación de hospitales por entidades sin fin de lucro, promovidas esencialmente por colectivos de proveedores, demuestran la incierta viabilidad de dichas opciones, si no cuentan con el respaldo de financiadores públicos (4).

La Seguridad Social se ha convertido en el principal financiador y proveedor de la asistencia sanitaria en España

(2) De hecho, estamos considerando la Seguridad Social, o más concretamente el INSALUD, como parte del sector público. En términos de clasificación de Hood y Schuppert mencionada anteriormente, se trataría de una “empresa pública independiente”.

LAS ENTIDADES DE SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA

La legislación actual permite el desarrollo de actividades de seguro de asistencia sanitaria a tres tipos de entidades: sociedades mercantiles, mutuas de previsión social y cooperativas.

Por lo que respecta a las sociedades mercantiles, se trata en muchos casos de organizaciones con fines de lucro explícitos; en otros, se trata de entidades de carácter más bien cooperativista, promovidas por profesionales sanitarios. Muchas de estas últimas tienen su origen en asociaciones civiles de médicos, que en 1954 fueron obligadas por la legislación a adoptar la forma jurídica de sociedades anónimas para poder seguir operando como entidades aseguradoras.

El mismo nombre Igualitario con el que se denominan muchas de ellas, indica su origen: la iguala es el pago periódico, individual o familiar, que se hace al médico a cambio de la cobertura de un conjunto de servicios. La iguala es un mecanismo informal de seguro muy extendido en España en épocas anteriores y que aun se practica en las zonas rurales.

Las mutuas de previsión social son entidades sin fin de lucro reguladas por la legislación específica, que ofrecen un amplio conjunto de prestaciones además de la asistencia sanitaria. Las mutuas de previsión social cubren normalmente a grupos profesionales específicos y tienen un origen lejano que se remonta a los gremios medievales. La generalización de los seguros sociales obligatorios ha minado la razón de ser de estas entidades, que se han visto obligadas a reorientar su actividad hacia prestaciones que o bien se configuran como complementarias a las de la Seguridad Social, o bien pueden competir con la misma en determinadas dimensiones tales como la facilidad de acceso o los aspectos hoteleros o de confort para los usuarios. En este segundo campo su viabilidad está condicionada por la actuación de los sistemas obligatorios de cobertura, pues es evidente que los usuarios sólo estarán dispuestos a pagar voluntariamente una segunda cobertu-

(3) Un estudio de la actividad de los hospitales pertenecientes a Mutualidades de Previsión Social en Catalunya puso de manifiesto que entre 1980 y 1984 su dependencia respecto a la financiación procedente de la Seguridad Social pasó del 50 al 70%.

(4) Son ilustrativos en este sentido los casos del Hospital General de Catalunya, del Hospital de Barcelona, promovido por la sociedad cooperativa SCIAS y del Hospital Oncológico, proyectos todos ellos que después de bastantes años de haberse iniciado, se encuentran en una situación de *impasse* y con unas perspectivas de futuro que en el mejor de los casos cabe calificar de inciertas.

ra si el diferencial de calidad percibida respecto a la asistencia del seguro obligatorio es suficientemente grande.

Cooperativas

Hasta 1985 la legislación española impedía a las cooperativas el desarrollo de actividades aseguradoras. Sin embargo, desde 1976 existe un importante movimiento de cooperativismo sanitario que se estableció a través de una peculiar estructura organizativa consistente en la creación de cooperativas de médicos que se convirtieron en propietarias de sociedades aseguradoras mercantiles.

En 1985 los dos grupos cooperativos existentes aseguraban un colectivo total de cerca de un millón de individuos, el 20% del mercado del seguro privado de asistencia sanitaria y el 2,7% de la población española (Camarasa, Oso y Díez, 1986). El cooperativismo sanitario español es un movimiento de proveedores que pretende ser una alternativa más eficiente que los sistemas de seguro obligatorio, a los que imputa burocratismo, ineficiencia y falta de sensibilidad hacia las necesidades y expectativas de los pacientes. Su ideario incluye como elementos fundamentales el pago por acto médico y la libertad de elección de médico por el paciente sin ningún tipo de traba burocrática, principios que considera imprescindibles para asegurar una adecuada relación entre médico y paciente. Durante muchos años su estrategia ha consistido en atraer, por una parte, a los colectivos que no tenían cobertura obligatoria, pero también a los grupos que a pesar de disponer de dicha cobertura obligatoria, disfrutaban de un nivel de renta que les permitía pagar una doble cobertura a fin de poder disponer de una atención de mayor «calidad» (5).

Las modificaciones que se han producido en los factores que posibilitaban esta estrategia —crisis económica, aumento de la población cubierta por la Seguridad Social, mejora en la calidad de la asistencia prestada por esta última—, han dado lugar a una modificación de dicha estrategia, consistente en lograr la colaboración con la Seguridad Social. De hecho, el conjunto del sector privado de seguro sanitario reclama el derecho a competir en

En 1985 los dos grupos cooperativos existentes aseguraban un colectivo total de cerca de un millón de individuos el 20% del mercado del seguro privado de asistencia sanitaria y el 2,7% de la población española

igualdad de condiciones con las instituciones del seguro público. El modelo que se defiende es el de financiación pública y obligatoria de la asistencia sanitaria con posibilidad de elección de proveedor —público o privado— por parte del asegurado. Los argumentos son de tipo ideológico —derecho del usuario a elegir el sistema de provisión— y económico —se supone que la competencia entre proveedores públicos y privados para atraer a los usuarios con el fin de aumentar sus ingresos (que dependerían del número de asegurados) supondría un incentivo eficaz para mejorar la eficacia de ambos sectores.

CONCLUSIONES

El «tercer sector». llámese Economía Social, sector voluntario o como se quiera llamarle, es una parcela de la realidad social poco conocida y mucho menos comprendida, lo cual resulta sorprendente dada la importancia de su papel en el sistema sanitario y en otros ámbitos del Estado del Bienestar.

Este desconocimiento, que se origina ya a nivel de registros e información estadística de base, es tanto más incomprensible si se tiene en cuenta el interés a menudo declarado del sector público en fomentar y potenciar su desarrollo y colaboración en la provisión de servicios sociales.

La existencia y desarrollo del «tercer sector» ha sido contemplada a menudo como una alternativa contrapuesta a la del sector público y sus defensores son acusados de querer privatizar los servicios sociales y dismantelar los logros del Estado del Bienestar. Coincidimos con Kramer (1987) en que las alternativas que deberían considerarse serían la de un modelo de Estado del Bienestar monolítico, burocrático y totalmente estatalizado frente a otro más pluralístico y abierto a la colaboración entre los sectores público, voluntario e incluso el mercantil, que sin dogmatismos ni prejuicios permita alcanzar de la forma más eficiente posible los objetivos de bienestar social para la comunidad.

(5) El término calidad se utiliza aquí para designar el conjunto de aspectos de la asistencia valorados subjetivamente por el usuario y no necesariamente relacionados con una mayor eficacia clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCHIAN, A.A. (1973): *The Economics of Charity*, Institute of Economic Affairs, Londres.
- CAMARASA, J.; OSO, A.; DíEZ, T. (1986): *Efectos económicos y asistenciales del cooperativismo sanitario como combinación del sector público y privado*. Comunicación presentada a la VI Jornadas de Economía de la Salud, Valencia.
- GUI, B. (1987): "Le organizzazioni produttive private senza fine di lucro. Un inquadramento concettuale", *ECONOMÍA PÚBLICA*, 4-5, pp. 183-192.
- HARSMANN, H.B. (1983): "The Role of Non-Profit Enterprise", *YALE LAW JOURNAL*, abril.
- HOOD, C.; SCHIPPERT, G.F. (ed.) (1988): *Delivering Public Services in Western Europe*, Sage Publications, London.
- KRAMER, R.M.; GROSSMAN, B. (1987): "Contracting out Social Services: Process, Management and Resource Dependences", *SOCIAL SERVICE REVIEW*, march, pp. 32-35.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1986): *Memoria Estadística 1984-1985*. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Madrid.
- ROVIRA, J.; VIDAL, I. (1987) *Posibilidades de desarrollo del cooperativismo en el sector sanitario español*.
- ROVIRA, J. (1987): *Estudi sobre l'assistència sanitària en règim d'assegurança lliure a Catalunya*, Barcelona (Informe no publicado).
- SALOMÓN, L.M. (1987): "Of Market Failure, Voluntary Failure, and Third-Party Government: Toward a Theory of Government-Non profit Relations in the Modern Welfare State", *JOURNAL OF VOLUNTARY ACTION RESEARCH*, 16, 1-2 pp. 29-49.
- SEIBEL, W. (1987): *Guidance and Control of Non profit Organizations: The Political Function of Weakness*. Symposium Internacional. The Non profit Sector and the Modern Welfare State, Bad Honnef, RFA.
- WEISBROD, B.A. (1985): "Toward a Theory of the Voluntary Non profit Sector in Three-Sector Economy". En *Al-*

- truism, Morality an Economic Theory.* E.S. Phelps (ed.).
Russel Sage Foundation, New York.
- WEISBROD, B.A. (1977): *The Voluntary Non profit Sector*,
Lexington Books, Lexington, Massachussets, Toronto.
- YOUNG, D.R. (1983): *If Not for Profit, for what?* Lexington
Books, Lexington, Massachussets, Toronto.