

CAPÍTULO 8

Crisis en España: ¿cómo renovar los servicios sanitarios?

Vicente Ortún y María Callejón

*¿Por qué de pronto esa inquietud
y movimiento? (Cuánta gravedad en los rostros.)
¿Por qué vacía la multitud calles y plazas,
y sombría regresa a sus moradas?
Porque la noche cae y no llegan los bárbaros.
Y gente venida de la frontera
afirma que ya no hay bárbaros.
¿Y que será ahora de nosotros sin bárbaros?
Quizá ellos fueran una solución después de todo.*

Konstantino Kavafis

Renovar los servicios sanitarios en una situación de crisis implica:

1. Reconocer cómo la propia crisis altera la importancia de los determinantes de la salud (servicios sanitarios entre ellos) y aprender de la experiencia histórica que muestra cómo el impacto de la crisis en la salud depende tremendamente de la organización y políticas de cada país.
2. Insistir en la solvencia del estado del bienestar (EB) para que sea compatible el aumento de la productividad con el reforzamiento de una de las conquistas más importantes de la humanidad, el propio EB.
3. Financiación pública selectiva del gasto sanitario, pagando por lo que interesa socialmente, y con una financiación privada complementaria, mejor comunitaria, para el resto de las prestaciones.
4. Planificación, reducción de la brecha entre efectividad y eficacia, eliminación de grasa y reasignación.
5. Sacudir las organizaciones: autonomía responsable, competencia por comparación y redistribución racional de funciones entre el personal de los servicios sanitarios y sociales.
6. Credibilidad, rendición de cuentas y compromiso de todos los actores implicados.

Cada uno de los 6 puntos anteriores será abordado en otros tantos epígrafes y en el orden en que han sido enumerados. Al final se recapitula y se desvelan los relatos subyacentes.

Los determinantes de la salud y el impacto de los servicios sanitarios en época de crisis

El mundo no está en crisis. Solo Europa, y particularmente su *Mezzogiorno*, están en crisis. Llevamos tiempo inmersos en ella, antes de la actual recesión: desde la década “prodigiosa”, de crecimiento aparente sin mejora de la productividad. En el periodo 1999-2009 el gasto sanitario real por persona financiado públicamente crece un 50%, tal como se aprecia en la figura 8-1. Una burbuja sanitaria descrita por Puig-Junoy¹: las recetas por persona aumentan un 30% durante la década, el número de personas trabajando en hospitales —ajustando por población protegida— en un 20% y su salario real promedio en más de un 21%. La burbuja no fue únicamente inmobiliaria, pero esta permitió unos ingresos públicos extraordinarios que ahora han desaparecido, aunque los gastos públicos se hayan consolidado.

Algunas crisis, como la de Rusia de 1991, pasó a la historia por hundir en 8 años la esperanza de vida al nacer en hombres, y otras, como la de Finlandia en esa misma época, por haber contribuido a la mejora de la salud de la población². La diferencia estriba en que si

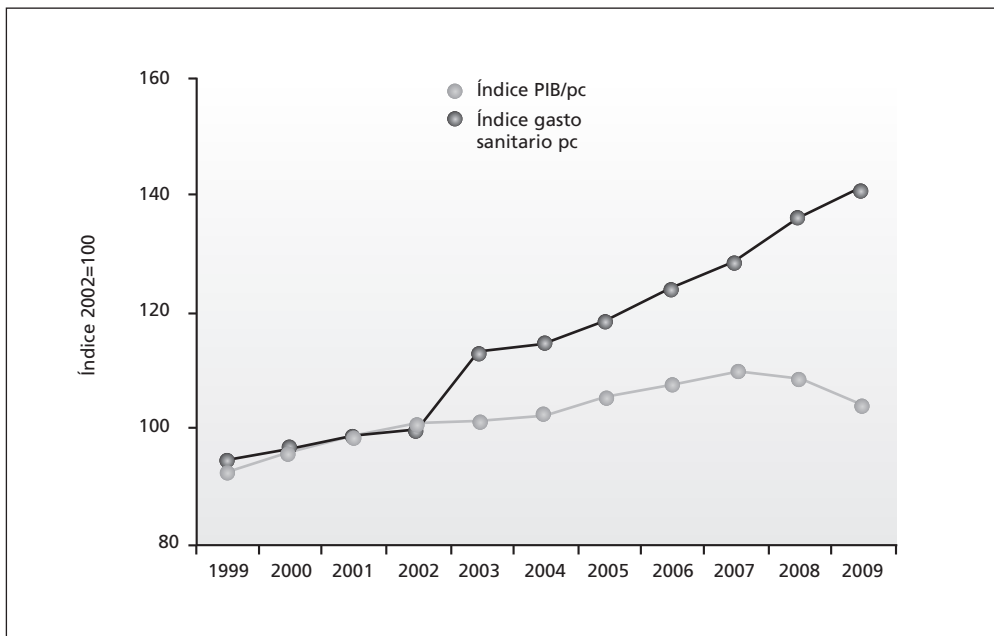


Figura 8-1. PIB y gasto sanitario público real per cápita (pc) (OCDE).
Fuente: OECD Health Data. (Elaboración propia.)

hay luz al final del túnel, el episodio de desempleo se puede utilizar para hacer ejercicio y aprender idiomas sin presiones laborales cotidianas. Sin luz al final del túnel emergen los determinantes básicos del estado de salud de la población y aparecen de nuevo riesgos, en gran parte superados, derivados de una mala nutrición, el desempleo, el deterioro ambiental o en estilos de vida. Los servicios sanitarios no dejan de ser unos recién llegados a la constelación de determinantes de la salud y su acción no puede suplir deterioros básicos en, por ejemplo, renta o educación.

Permítannos ilustrar el argumento con un par de ejemplos: el programa de “niño analfabeto” debería tener prioridad sobre el programa del niño sano, por el mayor impacto en la salud que la evitación de la pobreza dinástica tiene. De la misma forma, con las reacciones adversas a medicamentos como el tercer problema de salud más importante de España —segundo país del mundo en consumo de medicamentos medido en dosis diarias definidas³— algunas prescripciones de entre las que suponen 2.000 euros en medicamentos por pensionista-año resultan más sacrificables que las pensiones bajas, por el mayor impacto que en la salud tiene una pensión digna e incluso por la beneficiosa reducción de iatrogenia aportada por una menor inadecuación.

Resumiendo, la crisis económica sitúa en primer plano a la salud pública y a la idea de salud en todas las políticas, pues no siempre serán más aconsejables las actuaciones sobre la salud a través de los servicios sanitarios. La crisis económica hace que renta, educación, entorno y estilos de vida recuperen su primacía como determinantes de la salud. En principio debería implicar una mayor importancia para las actuaciones sobre la salud desde fuera de los servicios sanitarios.

El componente sanitario del estado del bienestar en España

La caída de ingresos públicos ha precipitado, en España, unos cambios sanitarios de acierto y legitimidad variable.

El RD 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones cambia la naturaleza del derecho a la prestación sanitaria pública: se recupera la distinción entre titulares y beneficiarios del aseguramiento prescindiendo de que la asistencia sanitaria pública estaba ya definida como una “prestación universalizada y no contributiva de la Seguridad Social”. Sin debate, obviando la Ley 33/2011 general de salud pública, el RD podría afectar negativamente a la cohesión social, a la que un sistema sanitario financiado públicamente debe contribuir, pues excluye colectivos y aumenta riesgos sanitarios para los excluidos, así como para el conjunto de los ciudadanos. Tanto la delimitación de prestaciones —cartera de servicios— como la reforma del copago, que el RD introduce, eran necesarias. Otra cosa es que las medidas que contiene el RD no conseguirán, ni por asomo, los 7.000 millones de euros previstos como ahorros. Disminuirá la recaudación fiscal y aumentarán las prestaciones sociales derivadas de la disminución del producto interior bruto (PIB) por la caída del gasto público. Según cuáles sean las sensibilidades de la recaudación al cambio en el PIB y del cambio en las prestaciones sociales al cambio en el PIB podemos hallarnos incluso delante de la necesidad de recortar 14.000 millones de euros para conseguir una reducción del déficit público de 7.000 millones, la cual requeriría una clara rebaja de remuneraciones en el sector público.

La reforma del actual copago farmacéutico, concentrado en pocos usuarios, potenciador del consumo innecesario, e inequitativo estaba pendiente desde hace tiempo. No está previsto en el RD copago alguno para las prestaciones básicas (prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en centros sanitarios, así como transporte sanitario urgente). Cabe copago en otro tipo de prestaciones, como las suplementarias: medicamentos, prótesis, productos dietéticos y transporte sanitario no urgente. No pasa por el copago la solución de los problemas sanitarios, pero tampoco rompe con la universalidad y refuerza, aunque mínimamente, los ingresos públicos.

El cambio en el copago farmacéutico, ampliado a prótesis, dietéticos y transporte sanitario no urgente, es lo que más ha llamado la atención del RD. Se exige correctamente a los más pobres, sean activos o pensionistas, y se habla de un copago por renta que —imposición aparte— hubiera sido más fácil conseguir aplicando un importe máximo anual copagado para todos o, en su defecto, un mismo porcentaje de sus ingresos (1-2%)⁴.

El sistema recaudatorio escogido para el copago implicará substanciales costes. En lugar de llevar la “renta al copago”, hubiera resultado más sencillo llevar el “copago a la renta”: “Tanto por la estigmatización como por la complejidad logística de su aplicación, no veo al usuario co-pagando con la declaración de la renta... Más bien entendería que lo que intenta castigar el copago (una utilización inadecuada del servicio público o un beneficio complementario) se incorporase... a la base imponible de la declaración anual de la renta, como si de un beneficio en especie se tratase... valorado al correspondiente tipo efectivo con la consiguiente contribución adicional. Y si la estrategia no fuese la de la gratuidad sino la de pagar inicialmente por los servicios en el momento de acceso, y recuperar después todo o una parte tan solo de aquellos consumos justificados, una deducción fiscal en la cuota parecería lo más adecuado”⁵.

Mejora de la productividad y consolidación del estado de bienestar

No hay incompatibilidad entre mejorar la productividad y disponer de un EB. El problema no radica en el EB, sino en el tipo de EB, y aquí España tiene deberes pendientes, pues su EB tal como está organizado no resulta, en la comparativa europea, ni equitativo ni eficiente⁶. Más allá de la solvencia económica está la deseabilidad política, la que conceden los ciudadanos en repetidas votaciones, cuando optan por financiar públicamente el acceso a los servicios sanitarios. Para que esas opciones se mantengan las clases medias no pueden quedar excluidas de las prestaciones del EB, por la razón que sea. Hay que conjurar, por tanto, el riesgo de un EB para pobres (un pobre EB), primero, por razones de eficiencia, y segundo, por un juicio moral acerca de los peligros de la dualización social que inevitablemente encontraríamos en sanidad cuando solo una parte de la sociedad pudiera acceder a cualquier innovación o prestación sanitaria.

Reiteramos lo ya dicho sobre propuestas de reforma del EB^{7,8}. El aseguramiento obligatorio se ha manifestado superior tanto en la práctica como en la teoría a un mercado de aseguradoras en competencia. Por razones de eficiencia, más allá de la equidad que solo es posible si el acceso depende de la necesidad y no de la capacidad de pagar. Esto no significa que una aseguradora pública única sea necesariamente la mejor forma organizativa. Partiendo de las características propias algo puede aprenderse de experiencias ajenas exitosas, como la competencia entre compañías aseguradoras que persigue Holanda hace años⁹. Mantienen la solidaridad poblacional desde el momento en que se cotiza en función de la renta y

reciben según la necesidad. Eso sí, para evolucionar en esa dirección hay que asentar el actual sistema e ir desarrollando una información y una organización que proporcione los incentivos que eviten la selección de riesgos. La selección de riesgos es la respuesta natural de las aseguradoras (evitar a los más enfermos) al fenómeno de la selección adversa (futuro asegurado no interesado en desvelar su estado de salud). El seguro universal obligatorio elimina la selección. También desaparece el incentivo a seleccionar pacientes cuando la prima que cada asegurador holandés recibe refleja el coste esperado de la atención a un individuo.

En los momentos actuales resulta más urgente evitar mundos peores que pensar en los mundos mejores. El EB es una conquista de la humanidad compatible con el progreso económico, como muestra la experiencia histórica de los países escandinavos. El EB moderno aparece en Europa tras la segunda Guerra Mundial, y se asocia más a criterios de equidad que de eficiencia. La equidad, entendida como el juicio social de las poblaciones, acerca de qué diferencias son aceptables y cuáles no, varía en el tiempo y en el espacio, constituyendo un anclaje menos sólido para el componente sanitario del EB que los motivos de eficiencia a los que antes se ha aludido.

Los EB se han beneficiado, por una parte, de los menores costes administrativos del universalismo, pero sobre todo, han sabido controlar los desincentivos del modelo por tres vías:

1. Una financiación impositiva regresiva (los “pobres” pagan a los “pobres”) en función de los impuestos sobre el consumo, las rentas del trabajo y los bienes de consumo adictivo.
2. Prestaciones sociales que solucionan un problema, pero por ejemplo, pero con invitación a no instalarse en la dependencia de la transferencia pública.
3. Apertura de la economía para vivir los salutíferos condicionantes de la competencia internacional.

No hay contradicción genérica entre EB y aumento de la productividad como los países nórdicos muestran. Los problemas se originan en las ineficiencias e inequidades del EB en España. Para que el avance del EB sea una bendición en sanidad se precisa, pues, centrar la atención en:

- Qué y cómo se gasta: las prestaciones públicas son para todos pero no son todas, nos faltan atenciones efectivas y nos sobran atenciones inadecuadas, etc.
- Cómo se decide: la legitimidad del paquete básico sanitario, por ejemplo, que se establezca depende de una mayor transparencia de los procesos decisivos.
- Cómo se financia: recordemos que las bases impositivas muy sensibles (las que pueden “emigrar” o “deslocalizarse”) han de gravarse menos que las poco sensibles; ser algo regresivo resulta mejor que “no ser” en absoluto y facilita, además, mayorías parlamentarias.

Financiación pública selectiva pagando por lo que socialmente interesa

Debe implantarse el análisis coste-beneficio generalizado tanto de inversiones públicas en infraestructuras como de cartera de servicios financiada públicamente. Podría incluso

establecerse una moratoria de dos años a la incorporación de nuevas tecnologías y dispositivos, y excluir aquello que países más ricos que España, con EB más consolidados y evaluaciones importables no están financiando públicamente. Resulta bueno y barato utilizar conocimientos y prácticas que ya han sido bien analizadas en otros países.

Conviene ser consciente de que resulta prácticamente imposible recortar casi un 10% del gasto sanitario público sin reducciones de sueldos públicos (y concertados) y que presentar cuentas de “Gran Capitán” no ayuda a la imprescindible credibilidad. Al fin y al cabo se trata de recortes propiciados para facilitar la reducción de déficit público comprometida con la Unión Europea.

Por otra parte, se puede minimizar el impacto en salud de los recortes siempre que se huya de la linealidad. En antibióticos para meningitis meningocócica, cero recorte. En pruebas de imagen para dolor de espalda inespecífico, recorte de casi el 100%... pero las cosas no son fáciles... y el tipo de recorte fino es el que afecta a la “grasa” y aquí el instrumento sería el bisturí del médico, no las tijeras del responsable de presupuestos. Con profesionales autónomos y auto-gestionados, como los médicos de cabecera del Reino Unido, resulta posible recortar sin que el paciente se sienta afectado. Con profesionales por cuenta ajena soliviantados es bastante posible que el paciente se vea afectado, pese a que existen instrumentos de priorización incluso para los aspectos más delicados y visibles de la utilización, como son los criterios clínicos y sociales para cirugía electiva¹⁰.

Establecer una cartera de servicios como se pretende requiere, sobre todo, voluntad de otorgar independencia al órgano —alguno o el conjunto de los múltiples existentes— que con criterios científicos de coste-efectividad (e impacto en el PIB) decida sobre la misma. Por otra parte, basta, de momento, con ir “copiando” de países (Reino Unido, Alemania, Francia, Canadá, Suecia, Australia, etc.) con tradición en el empleo de criterios de eficacia comparada y coste-efectividad en las decisiones de financiación y fijación de precios.

Cabe complementar los ingresos públicos con los copagos, que pese a sus múltiples limitaciones pueden diseñarse de manera más eficiente y equitativa que el actual copago farmacéutico. En esa línea ha ido el RD 16/2012, aunque ha complicado la gestión al crear demasiadas categorías y no establecer un techo de gasto para todos (únicamente para los pensionistas).

Pagar por lo que interesa

La composición de los servicios sanitarios que se produzcan o el tipo de innovación que se introduzca vienen muy influidos por cómo se paga. Está claro que pagar por “estructura” no tiene sentido y, en cambio, no resulta tan inmediato percibir que, con frecuencia, pagar por acto, por ‘hacer’, tampoco conviene pues, con frecuencia, incentivar la actividad constituye una invitación a, primero, la inadecuación en pacientes agudos y, segundo, el pobre control de pacientes crónicos. En el caso de los servicios sanitarios existen numerosas experiencias, de éxito muy variable, que tratan de alcanzar bien un pago por resultados en términos de salud (P4P) bien un pago capítativo, con algunos ajustes, que fomente la integración asistencial. Los sistemas integrados (articulación real o virtual de todos los niveles sociosanitarios) permiten una mejor prevención, una mayor orientación hacia la atención primaria, menores tasas tanto de frecuentación hospitalaria como de readmisión, mejora en el cumplimiento del paciente con los tratamientos, incentivos para evitar las

tecnologías de beneficio dudoso y estímulos para atender los problemas en el eslabón con mayor capacidad resolutoria (expresión clínica de la eficiencia) de la organización integrada.

También los precios regulados podrían orientar hacia la innovación que interesa. *If you pay for it, they will build it*. Por su importancia en la configuración de las políticas industriales y sanitarias en un país no estrictamente puntero como España conviene pararse un momento a examinar el argumento de que “la disminución de beneficios de la industria suministradora desincentiva la I+D+i”. Lo que globalmente es cierto —los beneficios proporcionan la capacidad y el estímulo para invertir en I+D— no tiene necesariamente una traducción país a país en el sentido de que se realizará más I+D en los lugares en los que se obtengan los mayores beneficios; la decisión de localizar las actividades de investigación y desarrollo en un país determinado depende más del atractivo de una zona geográfica (calidad-precio de sus científicos y universidades) que de los beneficios que en la misma se obtengan. Al menos así debería ser: independencia entre nivel de precios (y beneficios) en una zona respecto a I+D localizado.

Dos tipos de innovaciones interesan especialmente: las que ahorran costes (menos del 0,5% de las innovaciones en sanidad) y las que ofrecen grandes mejoras adicionales en cantidad y calidad de vida en función de los costes incrementales respecto a las tecnologías existentes. El ahorro de costes requiere innovación organizativa y en proceso. La innovación más conveniente en producto, el segundo tipo de innovación que interesa, tal vez pueda estimularse con medidas como la que próximamente se implantará en el Reino Unido, donde se ha sustituido el control de beneficios de la industria farmacéutica por un sistema de regulación del precio basado en el valor aportado, es decir, en la utilidad terapéutica comparada con los tratamientos ya disponibles (*value based pricing*).

Resumiendo, conviene pagar por lo que interesa. A los proveedores de servicios sanitarios capitativamente para fomentar la integración asistencial y, cuando se pueda, según resultados en salud. A los innovadores con unos precios regulados que orienten la innovación hacia la creación de valor en términos de cantidad y calidad de vida ganadas.

Planificar, reducir la brecha entre eficacia y efectividad, eliminación de grasa y reasignación

Para que los cambios en la forma real de asignar los recursos, en la práctica clínica, sean efectivos se precisan una serie de actuaciones. Algunas, como la planificación, se deducen de lo anteriormente visto y tienen gran especificidad sanitaria. Otras, como la financiación selectiva o la cartera de servicios racional son compartidas con prácticamente todos los servicios financiados públicamente. Finalmente, la tercera, la maduración organizativa y social implica todas las dimensiones que habitualmente definen la viscosidad de un país: el grado de competencia en sus mercados de factores y productos, la calidad de su democracia y las características de su gobernanza.

En sanidad suele hablarse de mortalidad y morbilidad como indicadores que aproximan la necesidad, cuando sobre todo miden la utilización que resulta del encuentro de oferta y demanda (visitas, intervenciones, hospitalizaciones, sesiones de rehabilitación, consumo de fármacos...). Sobre la utilización sanitaria puede influirse de varias formas. En la medida en que esta viene determinada principalmente por la oferta, importará

condicionar, sin que se note, las indicaciones clínicas de procedimientos a una oferta susceptible de ser planificada. Por reducción al absurdo: sin hospitales no hay morbilidad hospitalaria. Por referencia al conocimiento científico “historias de dos ciudades” (como Boston y New Haven) nos muestran hasta qué punto la oferta condiciona utilización y gasto pero no resultados en términos de salud. En términos de la figura 8-2, conviene que la restricción efectiva de oferta haga que el valor para el usuario de la indicación marginal de un procedimiento supere o iguale a su coste social. Una fractura de cadera se ingresa a idénticas tasas poblacionales con independencia de la oferta existente en diversas zonas. En cambio, la tasa de admisión por insuficiencia cardíaca congestiva depende mucho de la oferta existente en cada zona. Curiosamente, los profesionales se adaptan fácilmente a la disponibilidad de pruebas diagnósticas y recursos terapéuticos de los que disponen. Más difícil resulta, especialmente en las visitas ambulatorias, evitar que esa utilización sea percibida

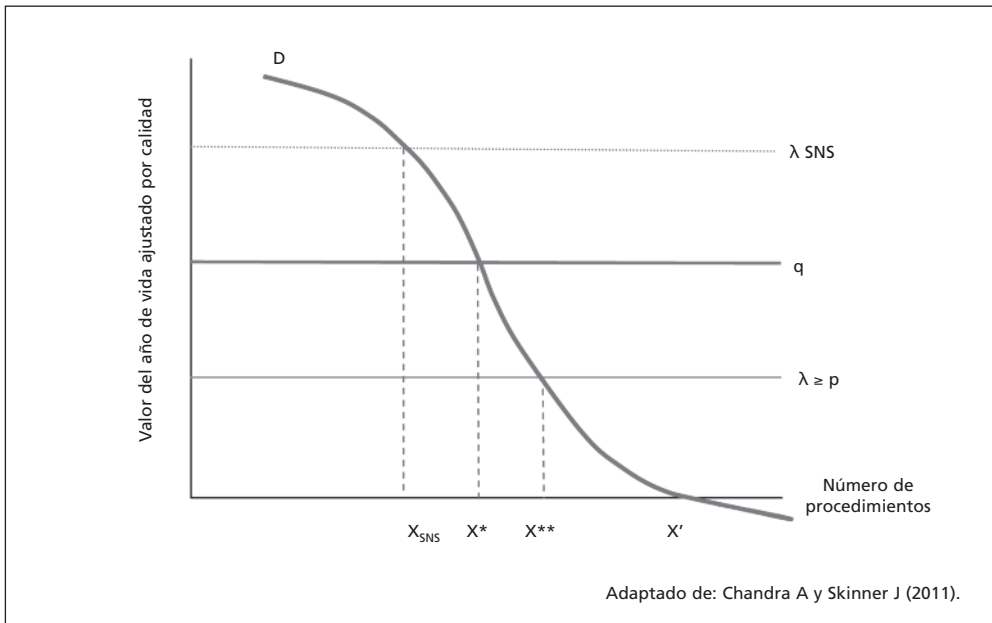


Figura 8-2. La valoración de la productividad marginal del gasto sanitario junto con las restricciones de oferta determinan el volumen de gasto sanitario.

La curva D representa el valor de la vida multiplicado por la productividad marginal en términos de supervivencia del gasto sanitario. En países cuyo Sistema Nacional de Salud (SNS) establece restricciones significativas de oferta (en λ_{SNS}) la cantidad de servicios sanitarios sería X_{SNS} , por debajo de la cantidad óptima de servicios X^* . La cantidad óptima de servicios sanitarios, X^* , se encuentra donde la valoración de la productividad marginal del gasto sanitario iguala el coste social unitario q de los servicios. Si el conjunto de restricciones de oferta en un país da lugar a un valor λ menor que q , el país producirá servicios sanitarios en cantidad superior al óptimo. Cada servicio que excede a X^* comporta para el país un coste social superior al valor que aporta a los individuos y, por tanto, es ineficiente. Nótese que λ es al menos tan grande como p el precio que pagan los usuarios, es decir $\lambda \geq p$, de forma que los beneficios del paciente son al menos tan elevados como el precio que paga por el servicio, una restricción del modelo donde los médicos actúan como agentes de los pacientes. En el extremo, si no hay ninguna restricción que interfiera con la motivación de los médicos de hacer lo máximo posible, la utilización de servicios llegaría a X' donde la probabilidad marginal de supervivencia llega a cero.

por esos profesionales como exógena: se comentan las 50 visitas de un día como el tiempo meteorológico, cuando esencialmente puede influirse sobre esa cifra, dadas las ratios de población cubierta por profesional existentes en España, con una organización adecuada.

La planificación de recursos humanos y materiales ya está entronizada como competencia de las autoridades sanitarias, aquí y en casi todos los países, y facilita tanto la especialización como la consecución de economías de escala, que no se expresan únicamente en costes por proceso sino, sobre todo, en muertes evitadas. La Medicina es una profesión, un oficio que se aprende con la práctica y con volúmenes de pacientes que permitan mantener y mejorar las competencias de las profesiones sanitarias. La asociación entre tamaño (volumen de intervenciones quirúrgicas, procedimientos, etc.) y calidad está bien establecida. Constituye la expresión clínica de las economías de escala y aprendizaje y refleja la obviedad de que la maestría en un oficio se adquiere con la práctica, aunque no puede descartarse todavía que la derivación selectiva desempeñe asimismo un papel.

En los contados países con escasas palancas disponibles para planificar, suele hablarse, retóricamente, de libertad clínica para, a continuación, fulminarla con la libertad de despido cuando esta entra en conflicto con los intereses del empleador. Otra manera de controlar la utilización basada en otro tipo de legitimidad.

Finalmente, una sociedad en crisis, necesita, como un enfermo, más pronóstico que diagnóstico (y más esperanza que ausencia de perspectivas). Las personas quieren saber cómo afectará a su vida una leucemia o una recesión, y de la misma forma que la credibilidad de España se fundamenta en una senda creíble de reducción del déficit fiscal, la credibilidad del mantenimiento del EB en su componente sanitario pasa por una planificación de todo tipo de inversiones: en nuevas tecnologías, en nuevas instalaciones y en nuevo capital humano. Cualquier medida de gobierno requiere ofrecer expectativas de futuro, claras y realistas, que sean equitativas, que conciten la solidaridad social. Importa casi más la transparencia y credibilidad en los abordajes de futuro que su exacta configuración.

Hace ya 15 años que se revisaron las “lecciones” precipitadas que siguieron a la caída del muro de Berlín sobre el papel del Estado en el buen funcionamiento de las sociedades. Y la función planificadora del Estado en sanidad, moldeando la utilización, y el gasto sanitario futuro, tiene una clara ventaja respecto al mercado cuando se trata de orientar un sistema hacia la tecnología que mejora el bienestar evitando la iatrogénica y despilfarradora. Sí a las coste-efectivas. No a las tecnologías de pobre o nulo coste-efectividad.

Reducir la brecha entre eficacia y efectividad

Algunas brechas constituyen un frente de batalla desde hace más de siglo y medio. Así, el correcto lavado de manos para la prevención de infecciones, correcto lavado asociado para siempre a Semmelweis y su constatación de las intolerables sepsis puerperales en la sala de la maternidad de Viena, que era atendida por obstetras que transitaban entre una cirugía experimental en animales a la atención a un parto sin limpieza alguna. Otras como el uso adecuado de la medicación, o de la indicación de cesárea, llevan décadas en primer plano (y siempre muy parcialmente resueltas). Finalmente, innovaciones como el listado de comprobación quirúrgica¹¹, popularizado por Atul Gawande, distan de haberse generalizado pese a su lógica, y resultado, aplastante. De hecho, el objetivo de la gestión clínica y sanitaria no debería ser otro que el de reducir esas brechas —sorprendentes en su importancia

pero desconocidas para la población general— a la hora de abordar los principales problemas de salud de una sociedad (cardiovasculares, cáncer, efectos adversos, etc.).

Eliminar grasa

Eliminar la “grasa” excesiva, la perjudicial, la de aquellos servicios sanitarios que no valen lo que cuestan bien sea globalmente considerados, bien en su indicación a un individuo concreto (inadecuación). Ciertamente, el crecimiento del gasto sanitario ha venido fundamentalmente ocasionado por una innovación tecnológica que ha aumentado, en promedio, la cantidad y calidad de vida que puede producirse y que ha supuesto unos costes incrementales. En promedio, de nuevo, los beneficios en cantidad y calidad de vida valen lo que cuestan¹², pero, naturalmente, los promedios esconden servicios sanitarios que no solo no valen lo que cuestan, sino que resultan un despilfarro con frecuencia iatrogénico. Esta es la grasa excesiva que debe eliminarse fundamentalmente con criterios clínicos.

La eliminación de la grasa excesiva requiere distinguir entre tres grandes tipos de servicios sanitarios: los claramente efectivos, los sensibles a la oferta y los sensibles a las preferencias del paciente. En la reformulación más reciente de esta clasificación, la de Chandra y Skinner¹³, se distinguirá entre:

1. Altamente coste-efectivos: sulfamidas, antibióticos, ácido acetilsalicílico y beta-bloqueantes en infarto, o lavarse las manos entre los de bajo coste; antirretrovirales, alto coste pero una derivada segunda de la función de producción (supervivencia) fuertemente negativa, lo que significa que los grandes beneficios del tratamiento rápidamente se convierten en daños en caso de inadecuación (fortísimos efectos secundarios los desaconsejan en cualquier paciente que no fuera positivo para el virus de la inmunodeficiencia humana).
2. Tratamientos potencialmente coste-efectivos pero con beneficios muy heterogéneos: antidepresivos, cesáreas o angioplastias. Estas últimas, por ejemplo, resultan tremendamente efectivas 12-24 horas tras el inicio del infarto pero apenas tienen, o carecen completamente, de beneficios en otras indicaciones como angina estable.
3. Tecnologías de pobre o nulo coste-efectividad. Un ejemplo, la artroscopia de rodilla que no mostró beneficio alguno en relación con el placebo en Estados Unidos, pero que, en cambio, tenía mayor sentido en las indicaciones españolas para esa intervención¹⁴. Otro ejemplo reciente con datos españoles: el 60% de las rehabilitaciones para dolor de cuello, hombro y espalda fueron totalmente inefectivas¹⁵. En esta categoría de tecnologías de pobre o nulo coste-efectividad se incluirían bastantes pruebas de imagen, visitas a especialistas, estancias en intensivistas y gran parte de las decisiones relativas a pacientes crónicos.

Reasignar recursos

Dejar de financiar, en todo o en parte, medicamentos, dispositivos, procedimientos con nulo o bajo valor clínico al tiempo que se promueven los de más alto valor clínico y, además, los recursos liberados se dedican a financiar estos últimos. Así se logra un incremento de la

producción agregada. Se trata simplemente de aprovechar el “bien público” que supone el conocimiento y la práctica de países más ricos, y habitualmente con estados de bienestar más consolidados, sobre cuáles son las indicaciones que deben evitarse o los servicios que no deben financiarse públicamente. Tampoco entraremos en el detalle, pero nos remitimos a dos trabajos recientes sobre este asunto: el de Gervas y Pérez¹⁶ y el de Campillo y Bernal¹⁷.

Autonomía responsable, competencia por comparación y redistribución de funciones entre el personal sanitario

Desfuncionarización progresiva del personal sanitario y autonomía de las organizaciones sanitarias

Sabemos que la garantía de inmortalidad a organizaciones y personas constituye una receta infalible para el estancamiento y el embotamiento. La innovación nace en parte de la necesidad. Los derechos hay que garantizarlos con las oportunas redes sociales de seguridad, pero los privilegios no. Ni Educación ni Sanidad exigen que sus profesionales sean funcionarios. Conviene respetar los derechos adquiridos e ir introduciendo gradualmente formas flexibles de contratación abiertas al mundo y a cargo de tribunales internacionales. La endogamia tiene fácil remedio prohibiendo durante unos años la contratación de los MIR formados en el hospital (o de los doctorados de una universidad), lo cual facilitaría una mejor asignación del talento, así como un mayor mestizaje cultural, como el que históricamente hemos conocido: España ha sido un país de migraciones internas y externas y solo en los últimos 30 años, como consecuencia del neoproteccionismo autonómico, la rigidez del mercado de la vivienda y la consolidación del EB, los profesionales han perdido movilidad: nacen, crecen, se reproducen y mueren en el mismo lugar.

Competencia por comparación

El entonces primer ministro británico, Blair, a mediados de la primera década de este siglo, reintrodujo la competencia entre hospitales, exclusivamente en Inglaterra. Se utilizó un sistema de pago prospectivo tipo grupos relacionados con el diagnóstico con buena información sobre la calidad de los distintos grupos hospitalarios. En ese contexto se aplicó una encuesta de valoración de la calidad de la gestión, validada en otros sectores de la economía y en otros países¹⁸, a dos tercios de los hospitales de agudos de Inglaterra, encuesta que contemplaba la adecuación de los incentivos, la consistencia en el establecimiento de objetivos y en el control de gestión, y el grado de meritocracia en las decisiones de selección y promoción de personal y de plasticidad en los procesos productivos. Los resultados indicaron que las mejores prácticas gestoras están asociadas con mejores resultados, incluyendo menor mortalidad tras infarto agudo de miocardio, mejores resultados financieros, mayor satisfacción del personal y puntuaciones más altas por parte de la agencia supervisora de la calidad. La incorporación de una variable instrumental de tipo político permitió establecer causalidad y su sentido: mayor competencia entre hospitales provoca una mejor calidad de la gestión. Este tipo de hallazgos respaldan las políticas de los países que, como

Holanda, Alemania, Reino Unido o Noruega, tratan de promover la competencia por comparación.

Muchos productores de servicios sanitarios son monopolios naturales. También la FIFA y la Agencia Tributaria, lo que no impide que fuera más aconsejable que los campeonatos de fútbol se adjudicaran no al país con mayor habilidad sobornadora, sino a quien presentara la mejor oferta. O que los inspectores de hacienda (profesores de universidad, clínicos...) vieran sus resultados comparados ajustando mínimamente por bases imponibles (notas de entrada, clase social respectivamente...). Y aunque las formas rígidas de organización, inadecuadamente regidas por el derecho administrativo, tenderán a flexibilizarse en los próximos 30 años, no será suficiente para estimular una mejor actuación si, allá donde se pueda, no se introduce una cierta competencia por comparación, lo que no requiere ni de mercados ni de profesión alguna de neoliberalismo.

No se trata ni de competir en precios (sacrificando las calidades que el usuario no percibe) ni de realizar experimentos a prueba de fallos, por el interés del promotor político en que luzcan bien, sino de ir introduciendo la idea de que los recursos que una organización sanitaria reciba dependerán, de entrada en una mínima parte, de la calidad que ofrezca en relación con sus comparables.

Existen diferencias sorprendentemente grandes en la calidad de la gestión entre empresas de un mismo país y también diferencias entre países: Estados Unidos y Alemania mejor que Francia y Reino Unido. Una gestión deficiente prevalece en sectores con débil competencia o en empresas familiares llevadas por los primogénitos. ¿Qué podrá pasar en los sectores sin competencia ni transparencia cuyas organizaciones se caracterizan por una gestión muy politizada?

Conviene, no obstante, cerrar con un panorama más completo de los factores que influyen en la mejora de los resultados clínicos, financieros y la satisfacción del personal¹⁹ (Dorgan et al, 2011). El poder informado de la ciudadanía y los usuarios, así como la competencia por comparación ya han sido mencionados. Nos faltan dos: el tamaño y las habilidades clínicas y gestoras.

Las habilidades clínicas y gestoras —por este orden— explican un mejor comportamiento de las organizaciones sanitarias: mejor comunicación, mayor credibilidad y autoridad. Curiosamente, resulta mucho más fácil evaluar las habilidades clínicas que las gestoras: hace más de 30 años, con ocasión de las transferencias sanitarias a Cataluña, cuando irrumpen los gerentes se perdió la oportunidad de realizar un experimento natural. En lugar de optar exclusivamente por gerentes provenientes de la empresa privada se podría haber ensayado también con clínicos prestigiados y funcionarios curtidos. Hubiera ayudado a la difícil tarea de precisar los conocimientos, experiencias y habilidades esperables en un gestor sanitario.

Redistribución de funciones

Años de exceso de médicos han llevado a una subocupación profesional que aconseja que se dejen de hacer funciones que pueden mecanizarse o pueden ser desempeñadas igual o mejor por otros profesionales. Particularmente en atención primaria, y tal como, entre otros, viene defendiendo Josep Casajuana, hay que revisar por completo los contenidos administrativos de las consultas: realizar las actividades administrativas fuera de las

consultas, cuestionar y compartir con otros profesionales todas las actividades autogeneradas (básicamente controles de crónicos), incluida la propia definición de enfermo crónico (no hay control sin autocontrol), e implicar intensamente a la Enfermería en la asistencia a las enfermedades agudas.

En España existen experiencias, como la de CASAP, de asistencia a enfermos agudos compartida entre médicos y enfermeras que parecen ofrecer buenos resultados. Es preciso, en cualquier caso, valorarlas y ser conscientes de que su generalización chocará con la heterogeneidad de la Enfermería en España, donde atendiendo únicamente al criterio de formación, coexisten antiguos ATS de cuarto de bachiller y reválida con doctores en Enfermería con notas excepcionales en las pruebas de acceso a la universidad.

Los profesionales médicos se centrarán en aquello que mejor hagan, las tareas exigentes que justifican su formación y experiencia, dejando mucho de lo que ahora hacen en otros profesionales. Por ejemplo, los oftalmólogos delegando en los ayudantes oftalmológicos que permiten el excepcional comportamiento del *Aravind Eye Care System* en Bangalore con sus 350.000 intervenciones anuales de calidad y coste excelentes. O los cirujanos cardíacos del Narayana Hrudalaya en Bangalore. Curiosamente, la mejor respuesta a una demanda de servicios sanitarios, que crecerá más rápido que la oferta de médicos, puede venir de países como la India, donde los médicos han escaseado siempre. Solo con una división del trabajo que atienda a la capacidad resolutoria y que se olvide de gremialismos se podrán conseguir las imprescindibles economías de escala, gama y aprendizaje que la atención a crónicos y agudos requerirá.

Credibilidad, rendición de cuentas y compromiso de todos los actores implicados

Mejor gobierno

La madurez organizativa y social implica todas las dimensiones que habitualmente definen la viscosidad de un país: el grado de competencia en sus mercados de factores y productos, la calidad de su democracia y las características de su gobernanza. Esas tres características, relacionadas entre sí, pueden aproximarse desde diversas fuentes. Citemos tres: Competitividad global del *World Economic Forum*, Polity IV dirigido por Monty Marshall, y los *World Governance Indicators* del Banco Mundial, respectivamente.

La viscosidad española condiciona no tanto el qué de las reformas (sanitarias, fiscales, laborales o financieras) sino el cómo de las mismas. Las soluciones sobre el papel están al alcance de cualquier persona informada. Su implantación requiere el abordaje conjunto de todos los “déficits”, no solo los presupuestarios o los exteriores, también los de legitimidad y transparencia. España tiene un problema con su gestión pública. Y la mejor literatura sobre desarrollo corrobora: será muy difícil mejorar la gestión pública o introducir reformas sanitarias que mejoren de forma apreciable nuestra productividad sin una mejor calidad de la política y de las instituciones que la están condicionando²⁰.

Las prescripciones para un mejor gobierno del Estado son tan conocidas como ignoradas: embridar la financiación de partidos políticos limitando gastos y controlando las aportaciones privadas; perfeccionamiento de la normativa electoral con listas abiertas y

demarcaciones que permitan acercarse al principio de una persona, un voto; e independencia de los medios públicos de comunicación. Esto se facilita con un fomento de la transparencia y el acceso público a las bases de datos de la administración, salvo que una disposición específica justifique la inconveniencia de este acceso en función de un conjunto tasado de circunstancias. Tanto la reciente publicación de los datos individualizados por centros de la Central de Resultados, por parte del Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña²¹, como el Anteproyecto de Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Buen Gobierno²², constituyen pasos importantes en la buena dirección.

No utilizar conceptos en vano y acabar con los experimentos a prueba de fallos

Con 13 años de experiencia en concesiones administrativas (Alcira arranca en 1999) tenemos mucha publicidad de parte y ninguna evaluación independiente de los pros y contras de las concesiones de servicios sanitarios. Los buenos resultados en muchas dimensiones del proyecto motivaron incluso la visita de una comisión del *National Health Service*¹⁰⁻²³ que en su informe destaca educadamente tanto el potencial de captura del regulador como el que la flexibilidad que observan en las relaciones entre responsables públicos y concesionarios no encajaría en Inglaterra. Como concluye Acerete²⁴ no puede hablarse de partenariado público-privado en este caso valenciano: ni las cifras permiten comparaciones válidas ni ha tenido lugar transferencia alguna de riesgo, pues estamos ante una alianza política entre el gobierno regional y unas cajas de ahorros tan lamentablemente “destacadas” como CAM y Bancaja.

Desafortunadamente, para cierto marketing político el partenariado público-privado, aunque no sea tal, suena a ‘moderno’, permite acuerdos con emprendedores próximos en unas autonomías con costes de influencia bajísimos, traslada responsabilidades y preocupaciones públicas a corto plazo hacia el concesionario, y acaba de dar la puntilla a los sindicatos. No son estas las motivaciones que han de permitir la mejora de la gestión pública en España.

Recapitulación: Los 5 relatos que hemos entrelazado

Primer relato: Guía de viaje a la frontera (poema inicial de Kavafis o *Waiting for the Barbarians* de Coetzee)

Para situarse hay que entender el desplazamiento histórico de la frontera tecnológica (mayores posibilidades de aumentar la cantidad y calidad de vida), así como la dinámica explosiva del gasto sanitario y su tendencia a absorber una parte creciente de la renta disponible. Eliminar el exceso de ‘grasa’ de nuestro sistema (hasta un 20% del gasto total) requiere una correcta comprensión de esas dos dinámicas fundamentales de la tecnología y el gasto que se manifiestan de manera muy diferente según tipos de tecnologías: claramente efectivas, sensibles a la oferta y sensibles a las preferencias del paciente. El desplazamiento de la frontera tecnológica implica costes adicionales, pero no todas las tecnologías son iguales. Las de pobre o nulo coste-efectividad no mejoran el bienestar y aumentan el

despilfarro. Las claramente coste-efectivas, de alto o bajo coste, y que evitan la inadecuación, marcan el camino a recorrer. Las potencialmente coste-efectivas con beneficios muy heterogéneos exigen una bien calculada restricción de oferta.

Una sociedad ha de transitar por la senda de los servicios sanitarios coste-efectivos financiados públicamente y la mayor parte del resto financiados privadamente mediante seguros privados complementarios, mejor con prima comunitaria. Esta senda social se comparte con la que ha de recorrer el profesionalismo clínico asentado en el trípode de honrar la confianza del paciente, actuar con fundamentos científicos (con las utilidades del paciente como relevantes) y tener incorporado el coste de oportunidad en las decisiones clínicas. De momento, quizás haya que parar la tendencia al aumento indiscriminado del gasto, declarando incluso una moratoria a la incorporación de nueva tecnología. Si lo importante no es tanto lo que se gasta como establecer para qué sirve, parece razonable esperar un cierto traslado del énfasis de la política y la gestión sanitarias desde su miope preocupación acerca de cómo contener el gasto sanitario hacia una doble ocupación: primera, cómo financiar —sin dualizar la sociedad— aquellas innovaciones tecnológicas y organizativas cuyo impacto en el bienestar social sea mayor que su coste; segunda, cómo reducir las intervenciones de valor marginal escaso, inexistente o negativo, y cómo estimular las intervenciones beneficiosas que no se están produciendo. Y cuando se trata de recortes hay que evitar la linealidad de las tijeras. Solo el “bisturi” con criterio clínico puede conseguir que los ciudadanos no se vean afectados.

Segundo relato: Las dos Españas (Machado)

El progreso no es el motor de la historia. Las naciones ascienden y decaen. El renacimiento de China e India, la movilidad de mercancías, personas e ideas, los cambios tecnológicos, influyen en nuestra evolución, la de “Occidente”, aquel Occidente de cuya expansión mundial fue España, junto con Portugal, punta de lanza en el siglo xv. Y en cada circunstancia histórica, los poderosos, sean señores feudales, burgueses u oligarcas financieros, aprovechan las circunstancias para favorecer sus intereses. Perspectiva histórica también para aproximar nuestra evolución política, social, cultural en un contexto permanente de auge y caída de las naciones. Las instituciones que una sociedad va conformando a lo largo del tiempo son las determinantes más importantes de su éxito o fracaso. Sabemos que será difícil mejorar la gestión pública y la productividad de la economía sin una mejor calidad de la política y de las instituciones que la están condicionando, sin mayor competencia en productos y servicios, con mejoras de productividad facilitadas por reformas radicales que aumenten la productividad. Hoy son otras las dos Españas de Machado: la abierta al mundo, meritocrática, formada por organizaciones, empresas e individuos, capaces de competir internacionalmente, y la que mira hacia adentro, no habla idiomas y espera todo de la Administración Pública, la España de los cazadores de rentas que confían en el amiguismo para conseguir subsidios y negocios. Los dos únicos países grandes de Europa que han mantenido su cuota mundial en la exportación de bienes y servicios desde que se creó el euro son Alemania... y España mientras que Francia, Italia e incluso EE. UU. pierden posiciones²⁵. Sabemos cuáles son las reformas que hacen falta, algunas las hemos ido desgranando, para que todos estemos en la línea de la mejor España.

Tercer relato: Todos podemos innovar (Amancio Ortega)

No confundir invención con innovación. Importa menos que la productividad marginal de la investigación biomédica decaiga o que cada 9 años, durante los últimos 40, se haya doblado el coste de lanzar una molécula al mercado si recordamos que: a) sólo el 0,5% de las innovaciones en sanidad ahorran costes (como los antibióticos o la cirugía mayor ambulatoria); b) la mayor parte de la innovación (Inditex, Ikea...) tiene una base no científica; c) la quiromancia todavía supera a la genómica. En estos momentos de crisis importan los pronósticos y las señales realistas de esperanza, aunque puedan verse afectados los sueldos financiados públicamente. La política sanitaria ha de ejercer sin temor la competencia planificadora que posee. La utilización, y el gasto sanitario, depende fundamentalmente de la oferta. Han cambiado las circunstancias y ha aumentado el conocimiento pero vale el “como decíamos ayer”. Recuperar la planificación implica conseguir el legítimo control de la oferta que condiciona la práctica clínica.

Cuarto relato: Poder y efectividad sanitaria (Amartya Sen)

Los poderosos actuales concentran en cada sociedad una proporción cada vez más alta de la renta —aumenta la desigualdad en el seno de los países— lo cual es compatible con una especie de convergencia mundial, que ha supuesto una menor desigualdad entre los 7.000 millones de habitantes del mundo. Una menor desviación estándar en la distribución mundial coexiste con un aumento de las diferencias país a país. La igualdad de oportunidades conviene a la justicia y al progreso social. Para disponer de una educación y un acceso a los servicios sanitarios que eviten la pobreza y la miseria dinásticas hay que financiar públicamente esos servicios. No vale obtener grandes excedentes del consumidor (diferencia entre disposición a pagar y precio) en “chorradoplastias” iatrogénicas y dejar sin taponar las hemorragias letales de aquellos cuya disposición a pagar no alcanza al precio. Y financiarlos públicamente tal como se ha explicado: acompañando lo que proporcionan a los recursos disponibles, decretando una moratoria a la introducción de nueva tecnología si la situación lo requiere, y aprovechando el “bien público” que supone el conocimiento y práctica de países más avanzados que España.

Quinto relato: Credibilidad y buen gobierno (Daron Acemoglu)

Ser capaz de producir y vender en mercados nacionales e internacionales es una condición necesaria para no retroceder en la jerarquía mundial, pero no es una condición suficiente. Solo un Estado eficaz que facilite el tipo de instituciones transparentes e imparciales propio de países como los escandinavos o muchos centro-europeos permitirá que España salga fortalecida de la crisis. El amiguismo y las arbitrariedades nos llevarían de vuelta a los años cincuenta. En el terreno sanitario hay que estar atentos a la independencia y transparencia de los órganos evaluadores y evitar los experimentos a prueba de fallos, como los de los pseudopartenariados público-privado. La maduración social y organizativa debería comportar una cierta desfuncionarización, una autonomía responsable de las organizaciones sanitarias y una cierta competencia por comparación entre ellas. Ni en la

partitocracia actual ni en un retorno a la democracia corporativa franquista está la solución. No habrá mejor gestión sanitaria pública sin un mejor gobierno público, concepto este que se define y mide²⁶ pero que, sobre todo, resulta crucial en el desempeño de los países. En el camino a recorrer tienen importancia equivalente el qué y el cómo, la racionalidad técnica y la legitimidad social, legitimidad que se acrecienta con un buen gobierno, concepto complejo en el que se incluyen, entre otros, la necesidad de transparencia, la rendición de cuentas, la regulación de los conflictos de intereses y la profesionalización de las funciones ejecutivas del sistema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Puig-Junoy J. ¿Recortar o desinvertir? *Economía y Salud*. 2011;72:2-5.
2. González López-Valcárcel B. La sanidad en tiempos de crisis. *Revista Economistas*. 2011; 126 extra (marzo):127-34.
3. Sanfélix-Gimeno G, Peiró S, Meneu R. La prescripción farmacéutica en Atención Primaria. Mucho más que un problema de gasto. En: V Ortún, director. *La refundación de la Atención Primaria*. Madrid: Springer Healthcare; 2011. Disponible en: http://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/publicaciones/coleccion_catedra.html.
4. Puig-Junoy J. Copago según renta, versión BOE. *Blog Pilleconomics* [consultado el 30 de julio de 2012]. Disponible en: <http://pilleconomics.blogspot.com.es/2012/04/copagament-segons-rendaversio-boe.html>
5. López-Casasnovas G. Hay que llevar el copago a la renta y no la renta al copago. *Diario Médico*, 11 de mayo de 2012.
6. Sapir A. Globalization and the reform of the European social models. *Common Mark Stud*. 2006;44(2):369-90.
7. Callejón M, Ortún V. Buen gobierno para conciliar la discapacidad del Estado del Bienestar con la mejora de la productividad. En: Ortún V, director. *El buen gobierno sanitario*. Madrid: Springer Healthcare; 2009.
8. Ortún V. Reforma de la Sanidad. En: Muñoz-Machado S, García-Delgado JL, González Seara L, editores. *Las estructuras del bienestar. Propuestas de reforma y nuevos horizontes*. Madrid: Civitas; 2002.
9. Van de Ven W. Health-Adjusted Premium Subsidies in The Netherlands. *Health Affairs*. 2004; 23(3): 45-55.
10. Solans M, Adam P, Espallargues M. Elaboración de un sistema de priorización universal de pacientes en lista de espera para cirugía electiva. *Gac Sanit*. 2012. En prensa.
11. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *N Engl J Med*. 2009;360:491-9.
12. González López-Valcárcel B, Pinilla J. The Impact of Medical Technology on Health: A Longitudinal Analysis of Ischemic Heart Disease. *Value Health*. 2008;11(1):88-96.
13. Chandra A, Skinner J. Technology growth and expenditure growth in health care. Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research; 2011. Working paper nº 16953.
14. Martí J. No toda artroscopia es útil en la gonartrosis. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2003;5(3):95 [consultado el 30 de julio de 2012]. Disponible en: <http://www.fundsis.org/docs/GESTION17.pdf>.
15. Serrano-Aguilar P, Kovacs FM, Cabrera-Hernández JM, Ramos-Goñi JM, García-Pérez M. Avoidable costs of physical treatments for chronic back, neck and shoulder pain within the Spanish National Health Service: a cross-sectional study. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2011;12:287.
16. Gervas J, Pérez M. Rebajas sanitarias racionales en tiempos de crisis económica. *Formación Médica Continuada*. 2011;18(10):615-23.
17. Campillo C, Bernal E. Reinversión en sanidad: fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas. *Gac Sanit*. 2012. En prensa.
18. Bloom N, Van Reenen J. Measuring and explaining management practices across firms and countries. *Q Econ*. 2007;122(4):1351-408.

19. Dorgan S, Layton D, Bloom N, Homkes R, Sadun R, Van Reenen J. *Management in Healthcare: Why Good Practice Really Matters*. Londres: Mc Kinsey and Centre for Economic Performance; 2011.
20. Acemoglu D, Robinson J. *Why Nations Fail*. Nueva York: Crown Publishers; 2012.
21. Quart Informe. Àmbit Hospitalari. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Departamento de Salud, Generalidad de Cataluña, julio 2012. [Consultado el 31 de julio de 2012]. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/osscc_Central_resultats/Informes/Fitxers_estatics/Central_resultats_quartinforme_2012.pdf.
22. Anteproyecto de ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Buen Gobierno. Madrid: Ministerio de la Presidencia, Gobierno de España; 2012. Consultado el 31 de julio de 2012]. Disponible en: <http://www.leydetransparencia.gob.es/anteproyecto/index.htm>.
23. NHS European Office. *The search for low-cost integrated healthcare. The Alzira model from the region of Valencia*. Londres: NHS European Office; 2011.
24. Acerete B, et al. Spanish healthcare Public-Private Partnerships: the Alzira model. *Critical Perspectives on Accounting*. 2011;22(6):533-49.
25. Vives X. La España dual y la salida de la crisis. *El País*, 26 de julio de 2012.
26. Rothstein B, Teorell J. Defining and measuring quality of government. En: Holmberg S, Rothstein B, editores. *Good Government: The Relevance of Political Science*. Cheltenham: Edward Elgar; 2012.