

Resumen

Se facilitan las claves de las dinámicas de la innovación tecnológica y de expansión del gasto sanitario para poder reaccionar, de forma creíble, ante la crisis en España sin dualizar la sociedad entre quienes pueden pagar y quienes no. Se detallan las reformas sanitarias que permitirán mejorar la productividad y consolidar el Estado de bienestar, con referencias incluidas al RD 16/2012 y a los experimentos «a prueba de fallos» de los partenariados público-privados. En las reformas sanitarias tienen importancia equivalente el qué y el cómo, la racionalidad técnica y la legitimidad social.

Palabras clave: innovación tecnológica, sanidad, reforma sanitaria, partenariados público-privados, RD 16/2012, España.

Abstract

The clues for understanding the dynamics of technological innovation and expansion of health care spending are given. Crisis in Spain requires a credible reaction avoiding the chasm between those who can pay and those who cannot. Required health reforms that will improve productivity and strengthen the welfare state are detailed, with references at the RD 16/2012 and the experiments of public-private partnerships «that can only succeed». In the health reforms are equally important what and how, technical rationality and social legitimacy.

Keywords: technological innovation, health, health system reform, public private partnerships, RD 16/2012, Spain.

JEL classification: I12, I18.

LA REFORMA SANITARIA

Vicente ORTÚN

Universidad Pompeu Fabra

María CALLEJÓN

Universidad de Barcelona

La caída de ingresos públicos precipita, en España, unos cambios sanitarios de acierto y legitimidad variable. Será propósito de este artículo revisarlos a la luz de la investigación sobre servicios sanitarios para proponer una salida coherente que compatibilice el necesario aumento de la productividad con la consolidación del Estado de bienestar.

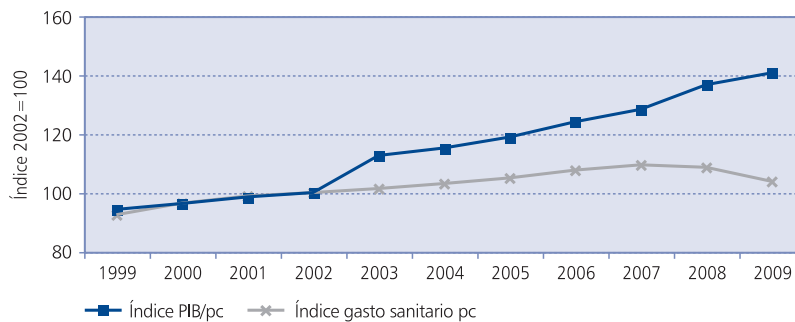
Tras clarificar, en el epígrafe I, las relaciones entre bienestar, crisis, salud y servicios sanitarios, destacamos, en el epígrafe II, que los problemas de la componente sanitaria del Estado de bienestar (EB) en España se deben a la peculiar organización del mismo en nuestro país. Los recursos son asignados por los profesionales sanitarios, fundamentalmente clínicos, en multitud de decisiones, diagnósticas y terapéuticas, rodeadas de incertidumbre, condicionadas por la oferta disponible y moldeadas por los incentivos (institucionales, organizativos e individuales) de cada lugar. Por esta razón se analizan las vías lógicas para la mejora de la eficiencia en la práctica clínica, derivando, a continuación, las medidas de política y gestión sanitaria que han de facilitarlas. Tres serán las vías para las mejoras clínicas: reducir la brecha entre eficacia y efectividad o, en otras palabras, acercarse a la frontera de posibilidades de producción (epígrafe III), eliminar la «grasa» excesiva (epígrafe IV) y reasignar recursos (epígrafe V). Para facilitarlas se requiere: planificación (epígrafe VI), financiación selectiva con

cartera de servicios sensata (epígrafe VII) y maduración organizativa y social (epígrafe VIII). Finalmente, en el epígrafe IX se analiza el reciente Real Decreto 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Se cierra con unas conclusiones que pretenden ser positivas (epígrafe X).

I. LOS DETERMINANTES DE LA SALUD Y EL IMPACTO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN ÉPOCA DE CRISIS

El mundo no está en crisis. Es Europa, y particularmente su Mezzogiorno, la que está 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 período 1999-2009, el gasto sanitario real por persona financiado públicamente crece un 50 por 100, tal como se aprecia en el gráfico 1. Una burbuja sanitaria descrita por Puig-Junoy (2011): las recetas por persona aumentan un 30 por 100 durante la década, el número de personas trabajando en hospitales —ajustando por población protegida— en un 20 por 100 y su salario real promedio en más de un 21 por 100. La burbuja no fue únicamente inmobiliaria, pero esta permitió unos ingresos públicos extraordinarios que ahora han desaparecido, aunque los gastos públicos se hayan consolidado.

GRÁFICO 1
PIB Y GASTO SANITARIO PÚBLICO REAL PER CÁPITA (OCDE)



Fuentes: OECD Health Data. Elaboración propia.

Algunas crisis, como la de Rusia de 1991, pasó a la historia por hundir en ocho 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 población (González López-Valcárcel, 2011). La diferencia estriba en que si 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 el estilo 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.

La salud es un componente del bienestar pero no debe identificarse con el mismo, por mucho que más de la mitad de las mejoras recientes en bienestar de los países desarrollados sean atri-

buides a la mejora de la cantidad y la calidad de vida de sus poblaciones. También los servicios sanitarios, en estas ultimísimas décadas, son un determinante importante de la salud, pero no debe tampoco identificarse servicios sanitarios con salud. La crisis nos llevará no tan solo a vigilar su impacto en morbilidad y mortalidad, sino a replantear las políticas de salud. Permítannos un par de ejemplos. El programa de «niño analfabeto» debería tener prioridad sobre el programa de «niño sano», por el mayor impacto en la salud que la evitación de la pobreza dinástica tiene. Igualmente, en el caso de 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 definidas (Sanfélix *et al.*, 2011)—, 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.

Corolario: 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. Renta, educación, entorno y estilos de vida recuperan con frecuencia su primacía histórica como determinantes de la salud.

II. LA COMPONENTE SANITARIA DEL ESTADO DE BIENESTAR EN ESPAÑA

Se mantiene lo escrito por nosotros en un largo capítulo de una obra colectiva, con título similar al de este artículo (Callejón y Ortún 2009; Ortún 2002) sobre propuestas de reforma del Estado de bienestar. Desde Rothchild-Stiglitz (1976), con mejoras y matizaciones, se acepta la superioridad del aseguramiento obligatorio frente a un mercado de aseguradoras en competencia. Por razones de eficiencia. Esto no significa que no quepa organizar, sin perjudicar el bienestar social, una competencia entre compañías aseguradoras —como persiguen, desde hace años, en Holanda (Van de Ven, 2004)—, manteniendo la solidaridad poblacional desde el momento que se cotiza en función de la renta y se recibe según necesidad. Eso sí, se precisa de una información y una organización que proporcionen los incentivos que eviten la selección de riesgos. La selección de riesgos es la respuesta natural de las aseguradoras al fenómeno de la selección adversa. El Estado de bienestar moderno aparece en Europa tras la II 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 di-

ferencias son aceptables y cuáles no, varía en el tiempo y en el espacio, constituyendo un anclaje menos sólido para el componente sanitario del Estado de bienestar (EB) que los motivos de eficiencia aludidos al inicio del párrafo.

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.

Peter H. Lindert (2004) analizó los determinantes del gasto social (financiación pública de beneficencia, subsidios de paro, pensiones, sanidad y educación) y su impacto en el crecimiento económico de los países actualmente desarrollados, desde finales del siglo XVIII. Sus conclusiones más importantes podrían ser resumidas en:

— El gran avance del gasto social desde 1880 se explica por la democratización de las sociedades, el envejecimiento y el crecimiento de la renta. El Estado de bienestar se ha desarrollado mejor en aquellos países con mayor homogeneidad social, donde resulta más fácil simpatizar con la situación de necesidad de un tercero.

— El coste neto de eficiencia de las transferencias sociales (gasto social excepto educación y sanidad) y de los impuestos que las financian son esencialmente nulos, ya que no han afectado al crecimiento de la productividad del trabajo. Los gobiernos que gastan un 20 por 100 extra del PNB en gasto social no se comportan como las simplificaciones económicas muestran: elevando los impuestos directos de las per-

sonas más productivas y entregando ese 20 por 100 del PNB a personas que han optado por no trabajar. Semejante actuación no les permitiría continuar en el poder.

— Dos principios parecen explicar por qué el Estado de bienestar no perjudica al PNB per cápita. El primero es que las democracias con presupuestos elevados ponen especial empeño en diseñar impuestos y transferencias de manera que no comprometan el crecimiento. El segundo es que el universalismo, tanto impositivo como en derechos, estimula mejor el crecimiento que la preferencia de los países con bajos presupuestos por pruebas de verificación de necesidad y complicados compromisos impositivos.

El Estado de bienestar se ha beneficiado, por una parte, de los menores costes administrativos del universalismo, pero —sobre todo— ha sabido controlar los desincentivos del modelo por tres vías:

— Una financiación impositiva regresiva (los «pobres» pagan a los «pobres») según los impuestos sobre el consumo, las rentas del trabajo y los bienes de consumo adictivo.

— Prestaciones sociales que solucionan un problema (por ejemplo, el paro), pero con invitación a no instalarse en la dependencia de la transferencia pública.

— Apertura de la economía para vivir los salutíferos condicionantes de la competencia internacional.

Resulta relativamente secundario y abierto a lecturas legítimamente diferentes (Wagstaff, 2009; López-Casasnovas, 2008;

Ortún, 2008) si el modelo más adecuado a cada país ha de poseer rasgos Bismarck (cotización da el derecho) o rasgos Beveridge (imposición universal da acceso a los ciudadanos).

Para que el avance del Estado de bienestar 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, et cétera.

— Cómo se decide: la legitimidad del paquete básico sanitario, por ejemplo, que se establezca depende de una mayor transparencia de los procesos decisorios.

— 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.

Corolario: 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 eficiente (Sapir, 2006). 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.

III. REDUCIR LA BRECHA ENTRE LO QUE SE ESTÁ CONSIGUIENDO, CON LA TECNOLOGÍA Y RECURSOS DISPONIBLES, Y LO QUE PODRÍA CONSEGUIRSE

Esta será la primera de las tres vías que desde una perspectiva clínica permiten mejorar la eficiencia en sanidad. Algunas brechas constituyen un frente de batalla desde hace más de siglo y medio, como 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 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 quirúrgica (Haynes *et al.*, 2009), popularizado por Atul Gawande, distan de haberse generalizado pese a su lógica, y resultados, 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 principa-

les problemas de salud de una sociedad (cardiovasculares, cáncer, etcétera). Es una cuestión en la que llevamos años insistiendo (Ortún, 2003) y sobre la que no nos extenderemos aquí.

IV. ELIMINAR LA «GRASA» EXCESIVA, LA PERJUDICIAL, LA DE AQUELLOS SERVICIOS SANITARIOS QUE NO VALEN LO QUE CUESTAN

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 la 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 cuestan (González López-Valcárcel y Píñilla, 2008), 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 Skinner (2011), se distinguirá entre:

— Altamente coste-efectivos: sulfamidas, antibióticos, aspirina

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 HIV⁺).

— 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.

— Tecnologías de pobre o nulo coste-efectividad. Un ejemplo, la artroscopia de rodilla que no mostró beneficio alguno en relación a placebo en Estados Unidos (Moseley *et al.*, 2002), pero que, en cambio, tenía mayor sentido en las indicaciones españolas para esa intervención (Martí, 2003). Otro ejemplo reciente con datos españoles: el 60 por 100 de las rehabilitaciones para dolor de cuello, hombro y espalda fueron totalmente inefectivas (Kovacs, 2011). En esta categoría de tecnologías de pobre o nulo coste-efectividad se incluirían bastantes pruebas de imagen, visitas a especialistas, estancias en intensivos y gran parte de las decisiones relativas a pacientes crónicos.

V. REASIGNAR RECURSOS (DESINVESTMENT)

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 un Estado de bienestar más consolidado, sobre cuáles son las indicaciones que deben evitarse o los servicios que no deben financiarse públicamente. Tampoco entraremos en detalle, pero nos remitimos a dos trabajos recientes sobre este asunto: Gérvas y Pérez (2011) y Campillo y Bernal (2012).

VI. PLANIFICACIÓN

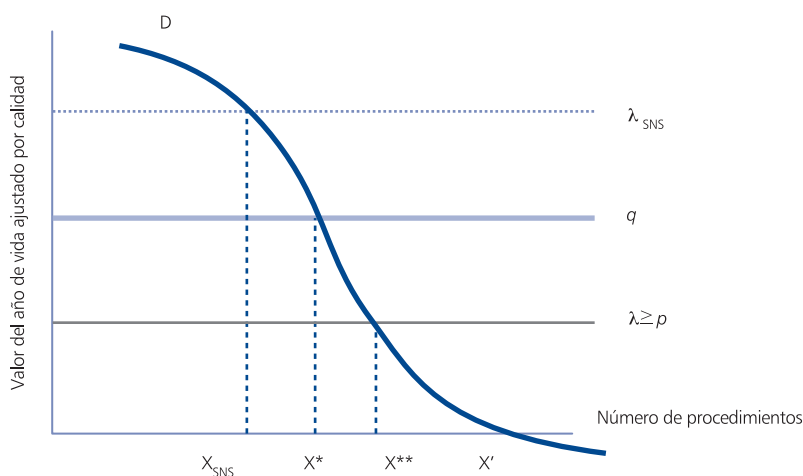
Para que los cambios en la forma real de asignar los recursos, en la práctica clínica, sean efectivos se precisan una serie de actuaciones. Algunas, como la planificación, se deducen de lo anteriormente visto y tienen gran especificidad sanitaria. Otras, como la financiación selectiva o la cartera de servicios racional, son compartidas con prácticamente todos los servicios financiados públicamente. Finalmente, la 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, etc.). So-

bre la utilización sanitaria puede influirse de varias formas. En la medida 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 del gráfico 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 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 por esos profesionales como exógena: se comentan las 50 visitas de un día como el tiempo meteorológico, cuando esencialmente puede

GRÁFICO 2



Nota: 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.

Fuente: Chandra y Skinner (2011).

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 juegue 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 sanitaria 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 quince 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 iatrogenia y el despilfarro. Sí a las coste-efectivas. No a las tecnologías de pobre o nulo coste-efectividad.

VII. FINANCIACIÓN SELECTIVA

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 consolidado y evaluaciones importables no están financiando públicamente. Resulta bueno y barato utilizar conocimientos y prácticas que ya han sido bien analizadas en otros países.

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 (que después analizamos), 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 viene muy influido 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 efi-

ciencia) 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 por 100 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 Reino Unido, donde se ha sustituido el control de beneficios de la industria far-

macéutica por un sistema de regulación del precio basado en el valor aportado, o sea, en la utilidad terapéutica comparada con los tratamientos ya disponibles (*value based pricing*).

VIII. MADURACIÓN ORGANIZATIVA

1. *Desfuncionarización progresiva del personal sanitario y autonomía de las organizaciones sanitarias*. Sabemos que la garantía de inmortalidad a organizaciones y personas constituye 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 treinta 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.

2. *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 países (Bloom y Van Reenen, 2007), 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, etc.) vieran sus resultados comparados ajustando mínimamente por bases imposibles (notas de entrada y clase social, respectivamente, etc.). Y aunque las formas rígidas de organización, inadecuadamente regidas por el derecho administrativo, tenderán a flexibilizarse en los próximos treinta 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 a 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 (Bloom y Van Reenen, 2007). ¿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

personal (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.

Finalmente, 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 treinta 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 prestigiosos y funcionarios curtidos. Hubiera ayudado a la difícil tarea de precisar los conocimientos, experiencias y habilidades esperables en un gestor sanitario.

IX. CAMBIOS SOCIALES

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 re-

formas (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, sino también los de legitimidad y transparencia. Como dice Sala-i-Martin (2012), España tiene un problema con su gestión pública. Y la mejor literatura sobre desarrollo lo 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 condicionando» (Acemoglu y Robinson, 2012).

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.

Aquí enfocaremos un par de cambios en marcha: el de los partenariados público-privados y los que introduce el RD 16/2012.

1. *Partenariados público-privados o experimentos a prueba de fallos.* Con trece años de experiencia en concesiones administrativas (Alcira arranca en 1999)

tenemos mucha publicidad de parte y ninguna evaluación independiente de los pros y los 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 (2011), que en su informe destacan educadamente tanto el potencial de captura del regulador como el que la flexibilidad que observan en las relaciones entre responsables públicos y concesionarios no encargaría en Inglaterra. Como concluye Acerete *et al.* (2011), 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 éstas las motivaciones que han de permitir la mejora de la gestión pública en España.

2. *RD 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.* Este RD 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». Podrían, de facto, quedar excluidos, a partir del primero de septiembre del 2012, españoles mayores de 26 años que nunca han estado en situación de alta, o asimilada, en la Seguridad Social, y extranjeros procedentes de países terceros no comunitarios. El trámite parlamentario tal vez corrija agujeros de cobertura entre ciudadanos españoles. En cuando a extranjeros en situación irregular, una mezcla de conflicto competencial con algunas comunidades autónomas, profesionalismo (no siempre puede restringirse la atención a mayores de 18 años a los servicios de urgencias hospitalarias o a las indicaciones de embarazo, parto y puerperio), cálculo racional (externalidades muy negativas de irregulares infecciosos de tuberculosis o sida) y genuino sentido de solidaridad pueden paliar el problema. El acceso a la atención primaria sería un compromiso entre la pérdida de sentimientos de solidaridad en poblaciones heterogéneas (que llega a la xenofobia) y el respeto a un derecho fundamental de las personas de gran valor convivencial.

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 de ahorro. Se precisa acometer seriamente las medidas antes esbozadas y situar el punto de corte tanto en cartera de servicios como en práctica clínica según los recursos disponibles. Después ya se considerarán las disminuciones en recaudación fiscal y el aumento en prestaciones sociales derivadas de la disminución del PIB por caída del

gasto público. Según cuáles sean las elasticidades recaudación/PIB y prestaciones sociales/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.

Conviene ser consciente de que resulta prácticamente imposible recortar casi un 10 por 100 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 por 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 y no las tijeras del responsable de presupuestos. Con profesionales autónomos y autogestionados, como los médicos de cabecera de Reino Unido, resulta posible recortar sin que el paciente se sienta afectado. Con profesionales por cuenta ajena soliviantados es bastante más 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 electiva (Solans *et al.*, 2012).

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.

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 por 100) (Puig-Junoy, 2012).

El sistema recaudatorio escogido para el copago implicará sustanciales 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 copagando 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» (López-Casasnovas, 2012).

X. CONCLUSIONES

1. La crisis económica hace que renta y educación 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.

2. No hay contradicción genérica entre Estado de bienestar y aumento de la productividad, como los países nórdicos muestran. Los problemas se originan en las ineficiencias e inequidades del Estado de bienestar en España.

3. La asignación más importante de recursos sanitarios se efectúa en las decisiones clínicas. Mejorar la eficiencia en la clínica

supone reducir la brecha entre lo que se consigue y lo que razonablemente cabe conseguir con la tecnología y recursos disponibles. Y cuando se trata de recortes hay que evitar la linealidad de las tijeras. Solo el «bisturí» con criterio clínico puede conseguir que los ciudadanos no se vean afectados.

4. Eliminar el exceso de «grasa» de nuestro sistema (hasta un 20 por 100 del gasto total) requiere una correcta comprensión de las 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.

5. La reasignación de los recursos desde procedimientos y dispositivos de bajo valor a otros de alto valor pasa simplemente por saber aprovechar el «bien público» que supone el conocimiento y la práctica de países más avanzados que España.

6. 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.

7. 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.

8. La maduración social y organizativa debería comportar una cierta desfuncionalización, una autonomía responsable de las organizaciones sanitarias y una cierta competencia por comparación entre ellas.

9. 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.

10. El RD 12/2012 inicia cambios necesarios, como la delimitación de prestaciones en una cartera de servicios y la reforma del copago, pero cabe esperar que algunas de las deficiencias señaladas en el texto mejoren en el trámite parlamentario. Asimismo, habrá que estar atentos a la independencia y transparencia de los órganos evaluadores. No valen los experimentos a prueba

de fallos como los de los seudopartenariados público-privados.

11. Los 7.000 millones de euros de ahorro del RD están gravemente sobrestimados. La reforma de copago hubiera resultado más sencilla llevando «el copago a la renta» en lugar de «la renta al copago», como se ha hecho.

12. En estos momentos de crisis importan los pronósticos y las señales realistas de esperanza, aunque puedan verse afectados los sueldos financiados públicamente. De momento, no obstante, hay que parar la tendencia al aumento indiscriminado del gasto, declarando incluso una moratoria a la incorporación de nueva tecnología.

13. En las reformas sanitarias 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 interés y la profesionalización de las funciones ejecutivas del sistema.

14. Nada de lo anterior será posible sin conseguir cambios sociales en la línea de menor partitocracia. No habrá mejor gestión pública sanitaria sin mejor política.

BIBLIOGRAFÍA

- ACEMOGLU, D., y ROBINSON, J. (2012), *Why Nations Fail*, Crown Publishers, Nueva York.
- ACERETE, B., et al. (2011), «Spanish healthcare Public-Private Partnerships: the Alzira model», *Critical perspectives on accounting*, 22(6): 533-549.
- BLOOM, N., y VAN REENEN, J. (2007), «Measuring and explaining management practices across firms and countries», *The Quarterly Journal of Economics*, 122(4): 1351-1408.

- CALLEJÓN, M.^a (2011), «Lógicas y paradojas de la innovación», *Gestión Clínica y Sanitaria*, 13(3): 87-91.
- CALLEJÓN, M.^a, y ORTÚN, V. (2009), «Buen gobierno para conciliar la discapacidad del Estado del Bienestar con la mejora de la productividad», en ORTÚN, V. (Ed.), *El buen gobierno sanitario*, Springer, Madrid.
- CAMPILLO, C., y BERNAL, E. (2012), «Reinversión en sanidad: fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas», *Gaceta Sanitaria*, en prensa.
- CHANDRA, A., y SKINNER, J. (2011), *Technology growth and expenditure growth in health care*, National Bureau of Economic Research, Working Paper n.º 16953, Cambridge, Massachusetts.
- DORGAN, S., et al. (2011), *Management in Healthcare: Why Good Practice Really Matters*, Mc Kinsey y Centre for Economic Performance, Londres.
- FOGEL, R. (2004), *The Escape from Hunger and Premature Death 1700-2100*, Cambridge University Press, Cambridge, Reino Unido.
- GÉRVAS, J., y PÉREZ, M. (2011), «Rebajas sanitarias racionales en tiempos de crisis económica», *Formación Médica Continuada*, 18(10): 615-623.
- GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. (2011), «La sanidad en tiempos de crisis», *Revista Economistas*, 126 extra (marzo): 127-134.
- (2008), «The Impact of Medical Technology on Health: A Longitudinal Analysis of Ischemic Heart Disease», *Value in Health*, 11(1): 88-96.
- HAYNES, A., et al. (2009), «A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population», *New England Journal of Medicine*, 360: 491-499.
- KOVACS, F., et al. (2011), «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*, 12: 287.
- LINDERT, P. (2004), *Growing Public. Social spending and economic growth since the eighteenth century*, Cambridge University Press, Nueva York.
- LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (2008), «Los análisis de trazo grueso en la comparativa de sistemas sólo identifican diferencias "micro" del 3 por 100», *Gestión Clínica y Sanitaria*, 10(4): 128.
- (2012), «Hay que llevar el copago a la renta y no la renta al copago», *Diario Médico*, 11 de mayo.
- MARTÍ, J. (2003), «No toda artroscopia es útil en la gonartrosis», *Gestión Clínica y Sani-*

<p><i>taria</i>, 5(3): 95. Disponible en: http://www.fundsis.org/docs/GESTION17.pdf.</p> <p>MOSELEY, B.J., et al. (2002), «A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee», <i>New England Journal of Medicine</i>, 347 (2): 81-88.</p> <p>NHS EUROPEAN OFFICE (2011), «<i>The search for low-cost integrated healthcare. The Alzira model from the region of Valencia</i>», Londres.</p> <p>OECD (varios años), <i>Health data</i>.</p> <p>ORTÚN, V. (2002), «Reforma de la Sanidad», en MUÑOZ-MACHADO, S.; GARCÍA-DELGADO, J.L.; GONZÁLEZ SEARA, L. (Eds.), <i>Las estructuras del bienestar. Propuestas de reforma y nuevos horizontes</i>, Cívitas, Madrid.</p> <p>— (2003), <i>Gestión Clínica y Sanitaria. De la práctica diaria a la academia. Ida y vuelta</i>, Elsevier-Masson, Barcelona.</p>	<p>— (2008), «Sin Semashko ni "Wild West", mejor Beveridge que Bismarck», <i>Gestión Clínica y Sanitaria</i>, 10(4): 129.</p> <p>PUIG-JUNOY, J. (2011), «¿Recortar o desinvertir?», <i>Economía y Salud</i>, 72: 2-5.</p> <p>— (2012), «Copago según renta, versión BOE», <i>Blog Pilleconomics</i>, http://pilleconomics.blogspot.com.es/2012/04/copagament-segons-renda-versio-boe.html.</p> <p>ROTHSCHILD, M., y STIGLITZ, J. (1976), «Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information», <i>Quarterly Journal of Economics</i>, 90: 626-649.</p> <p>SALA-I-MARTIN, X. (2012), «La gran convergencia», <i>La Vanguardia</i>, 2 de febrero.</p> <p>SANFÉLIX-GIMENO, G.; PEIRÓ, S., y MENEU, R. (2011), «La prescripción farmacéutica en Atención Primaria. Mucho más que un problema de gasto», en ORTÚN, V. (Dir.): <i>La refundación de la Atención Primaria</i>, Springer, Madrid. Disponible en: http://www.</p>	<p>upf.edu/catedragrunenthalsemg/publicaciones/coleccion_catedra.html.</p> <p>SAPIR, A. (2006), «Globalization and the reform of the European social models», <i>Journal of Common Market Studies</i>, 44(2): 369-390.</p> <p>SOLANS, M.; ADAM, P., y ESPALLARGUES, M. (2012), «Elaboración de un sistema de priorización universal de pacientes en lista de espera para cirugía electiva», XXXII Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud, Bilbao 16-18 de mayo 2012, <i>Gaceta Sanitaria</i>, en prensa.</p> <p>VAN DE VEN, W. (2004), «Health-Adjusted Premium Subsidies in The Netherlands», <i>Health Affairs</i>, 23(3): 45-55.</p> <p>WASGSTAFF, A. (2009), <i>Social health insurance vs. tax-financed health systems. Evidence from the OECD</i>, The World Bank, Development Research Group, Policy Research Working Paper # 4821, Washington.</p>
--	---	---