

Nuevos modelos de gestión y política sanitarias

Sánchez Bayle, M.

Portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

CAD. ATEN. PRIMARIA 2004; 11: 39-45

INTRODUCCIÓN

Analizar los denominados "nuevos modelos de gestión" (NMG) que han aparecido en el Estado español en los últimos 10 años, nos lleva necesariamente a hacer unas reflexiones previas de cual es el contexto social, político y sanitario en el que aparecen estas iniciativas. Aunque quizás merezca la pena señalar que en realidad no son tan "nuevos" y que en nuestro país, especialmente en Cataluña, existen multitud de entidades de una gran diversidad de formulas de gestión y de propiedad mas o menos pública, constituidos a principios del siglo pasado, en algún caso incluso en el siglo XIX como una respuesta a una situación de amplia presión social y de auge tanto del desarrollo industrial como del movimiento obrero. Este tipo de entidades vivieron una situación, de mayor o menor estancamiento, en el momento de expansión del Seguro Obligatorio de Enfermedad, en los años 1960 a 1980, estableciendo modelos de concertación con este, y volvieron a tener un mayor protagonismo a partir de la asunción de las transferencias sanitarias por Cataluña y la creación de la XUHP (red de hospitales de utilización pública).

No obstante, es evidente que fue el contexto internacional el que condicionó la puesta en marcha de estos NMG. Como se recordara, en los años 80 del siglo pasado se produjo el auge de las políticas neoliberales a nivel mundial, escenificadas en EEUU y Reino Unido por Ronald Reagan y Margaret Thatcher. Un análisis detallado de las mismas escapa el objeto de este artículo, pero de manera general puede decirse que la política económica neoliberal se basa en 4 premisas: el sector privado es mas eficiente en todas las esferas que el sector público y por lo tanto se debe privatizar este último; hay que disminuir el gasto público; se debe dismantelar el llamado estado del bienestar para que sean las personas de manera individual las que asuman sus propios riesgos; y por fin, y como existen situaciones de deprivación social que harían explosiva la con-

vivencia en las sociedades desarrolladas hay que fomentar la beneficiencia como un colchón que evite una conflictividad social excesiva.

Con todo, la aplicación de las políticas neoliberales será distinta según el contexto social y económico en que se apliquen, y lo mismo ocurrirá con la sanidad. En esencia existen 2 modelos sanitarios en los países desarrollados, el de los servicios nacionales de salud (SNS) y el liberal, aunque hay algunos intermedios (por ej. los de seguridad social) y en la práctica la mayoría de los países del mundo tienen una combinación mayor o menor de cada uno de ellos, aunque predomine uno de ellos, es lo que se ha denominado "modelos mixtos". La tabla I recoge las características fundamentales de cada modelo, y puede observarse que en realidad las propuestas neoliberales en Sanidad, como luego veremos, suponen la transformación de los modelos tipo SNS en modelos liberales.

TABLA I

Características de los modelos sanitarios

SERVICIO NACIONAL DE SALUD	LIBERAL
Financiación pública	Financiación privada
Cobertura universal	Elevado porcentaje de personas sin cobertura
Planificación y coordinación	Mercado y competencia
Provisión pública	Provisión privada
Integración de servicios	Servicios independientes
Integralidad asistencial	Fragmentación
Prevención y promoción	Asistencial
Política de salud	Intereses mercantiles

LAS PROPUESTAS SANITARIAS NEOLIBERALES

La concreción de las políticas neoliberales en sanidad se basa en:

- 1) Incrementar el gasto sanitario privado, partiendo de la base de que cada persona debe de asumir los riesgos derivados de sus necesidades de salud. En los sistemas sanitarios con una cobertura pública elevada o universal, se han utilizado 3 vías en este sentido:
 - a) Exclusión de prestaciones de los catálogos de la cobertura sanitaria para que las personas que preci-

sen esas prestaciones se vean obligadas a obtenerlas directamente en el sector privado.

- b) Deterioro del sistema público de manera que para obtener una calidad adecuada haya que buscar una alternativa en la provisión. Un buen ejemplo son las listas de espera que cuando alcanzan niveles inaceptable presionan a que las personas con recursos busquen una alternativa privada.
 - c) Y el establecimiento de copagos para el acceso a determinadas y/o todas las prestaciones. Es un sistema utilizado en Portugal y propugnado actualmente en Alemania.
- 2) Privatizar el aseguramiento, rompiendo los sistemas de aseguramiento único y abriendo el abanico de prestaciones.
 - 3) Privatizar la provisión, bien mediante la privatización del sector público sanitario, lo que siempre resulta conflictivo, bien mediante el favorecimiento de la provisión privada, dejando al sector público un papel residual.

En suma, se trata de mercantilizar la salud, creando un sector empresarial de negocio con la cobertura sanitaria.

LA EXPERIENCIA EN ESPAÑA

En España esta estrategia se ha concretado en una multitud de medidas que hay que considerar:

- 1) **En cuanto a la financiación:** Se han puesto en marcha mecanismos de desgravación fiscales para las empresas que contratan seguros para sus empleados, y se vive un importante deterioro del sector público que favorece el desplazamiento de una parte de la población hacia la medicina privada.
- 2) **En cuanto a la provisión:** Es probablemente donde se ha avanzado de manera más importante y donde ade-

más es más difícil de visualizar el problema. Así se han incrementado notablemente los conciertos con el sector privado (el 30% en Madrid en 2003, el 45% en Valencia para 2004); se han favorecido las externalizaciones (pruebas diagnósticas, archivos de historias clínicas, etc.); se deriva la gestión de la IT hacia las mutuas privadas a costa de los presupuestos públicos; se favorecen concesiones administrativas para empresas privadas (los casos de Alzira y Torrevieja en Valencia o las EBAS en Cataluña); y se favorece la presencia de las multinacionales en la provisión sanitaria financiada públicamente (desembarco de IDC en la Fundación Jiménez Díaz).

Estos hechos se reflejan claramente en el último informe de la OCDE de 2003, algunos de cuyos datos más relevantes se recogen en la Tabla II.

Con estos datos merece la pena hacer algunos comentarios:

1) Gasto sanitario.

A pesar del triunfalismo habitual de nuestro Gobierno, la realidad es que continuamos con un gasto sanitario bajo, tanto en % sobre el PIB como en \$ por habitante y año. En el primero de los parámetros nos situamos 0,7 puntos debajo de la media de la UE y 0,9 de la de la OCDE, si bien es cierto que estamos justo por encima del límite del IC respecto a la UE. En \$ por habitante y año estamos claramente por debajo de la media de la UE, es más de los 4 países que tienen un gasto sanitario en %PIB inferior al español, 3 de ellos nos superan en gasto por habitante y solo en un caso este es inferior (Grecia 1.399 \$). Merece la pena resaltar que el Reino Unido que tradicionalmente tenía un gasto sanitario en % sobre el PIB inferior al español, nos ha superado en 0,1 puntos (207 \$ habitante).

TABLA II

Comparación entre indicadores de España y la Unión Europea en el último informe de la OCDE.

	ESPAÑA	MEDIA UE	IC 95% PARA LA MEDIA
GASTO SANITARIO % PIB	7,5	8,26	7,58 – 8,94
GASTO SANITARIO \$ /HABITANTE	1.556	2.027	1.793 – 2.261
GASTO SANITARIO PÚBLICO % PIB	5,4	5,94	5,45 – 6,44
% GASTO SANITARIO PÚBLICO SOBRE EL TOTAL	71,4	74,45	69,87 – 79,02
% PROVISIÓN SANITARIA PÚBLICA	69,9	74,7	70 – 79,3
ALTAS HOSPITAL / 1.000 HABITANTES	113,63	168,93	136,59 – 205,61
CAMAS AGUDOS / 1.000 HABITANTES	3	4,04	3,22 – 4,86
% GASTO HOSPITALARIO SOBRE EL GASTO SANITARIO	42,3	40,07	35,13 – 45
% POBLACIÓN > 65 AÑOS	17	15,71	14,34 – 16,67
MÉDICOS / 1.000 HABITANTES	3,3	3,3	2,75 – 3,85

FIGURA 1

Tabla, Distribución del gasto sanitario individual en Estados Unidos, 1970-1987, según rango

Porcentaje de población por rango de gasto	1970	1977	1980	1987
1% Superior	26	27	29	30
2% Superior	35	38	39	41
5% Superior	50	55	55	58
10% Superior	66	70	70	72
30% Superior	88	90	90	91
50% Superior	96	97	96	97
50% Restante	4	3	4	3

Fuente: Berk, M.L.; Monjeit, A.C.: "The concentration of health expenditures an update". Health Affairs (Winter 1992), 144-149.

2) Gasto sanitario público.

En gasto sanitario público tampoco vamos bien. Estamos por debajo de la media de la UE, % sobre el PIB y en % sobre el gasto sanitario total (en este caso dentro del IC). Solo 2 países de la UE tienen un gasto sanitario menor en % sobre el PIB (Grecia y Finlandia) si bien este último país tiene un gasto sanitario público en \$ habitante superior en 146,91 \$ al español. Pero es más, así como el gasto sanitario total ha tenido un ligero crecimiento en los últimos 11 años, el % de gasto público sobre el total ha disminuido en ese mismo período (78,7% en 1990 y 71,4% en 2001), con una tendencia que por lo que se sabe continúa en descenso. Por otro lado el porcentaje de provisión sanitaria pública está también por debajo del promedio de la UE: 69,9% versus 74,4%, que como en el caso anterior ha ido disminuyendo en estos 11 años: 71,1% en 1997.

3) Actividad hospitalaria.

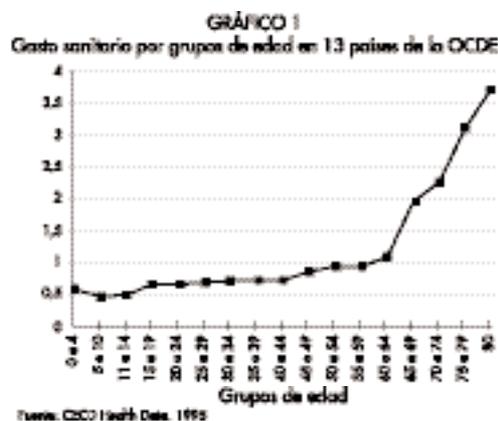
El número de camas hospitalarias es bajo, por debajo de la media de la UE. Solo 2 países tienen menos camas hospitalarias por 1.000 habitantes que España: Irlanda y Suecia, pero ambos tienen un número muy superior de camas de crónicos. El número de altas /1.000 habitantes es bajo, sólo superior a Holanda y Portugal, no pudiendo analizarse la estancia media, ya que para España los últimos datos son de 1997 (7,6 días). El porcentaje de gasto sanitario que se dedica a los hospitales es superior a la media de la UE, con solo dos países por encima (Bélgica y Holanda) y uno (Italia) con igual porcentaje.

EL MERCADO SANITARIO

Uno de los objetivos clave en las propuestas neoliberales está en la creación de un mercado sanitario, para lo que se precisa de la separación de la financiación y la provi-

sión, aunque sea de manera ficticia como ocurre hasta el presente en la mayoría de las CCAA. En la creación de este mercado los NMG cumplen un papel clave ya que fragmentan la red sanitaria pública creando microempresas que pueden competir entre sí y que van a decantar las potencialmente rentables para su posterior privatización. Desde hace tiempo se sabe que el mercado, incluso el denominado mercado interno, al que corresponderían estos NMG, tiene serios problemas en su desarrollo en el mundo sanitario, básicamente porque este se caracteriza por la denominada asimetría de información (se supone que los profesionales sanitarios, más especialmente los médicos, son los que tienen los conocimientos y la capacidad de adoptar decisiones sobre los enfermos, actuando en una relación de agencia imperfecta), la presencia de externalidades en el sistema (la salud de los demás es muchas veces tan importante como la propia, pues un entorno sano evita enfermedades, lo que es muy evidente en lo que respecta a las enfermedades infectocontagiosas: SIDA, tuberculosis, meningitis, etc.), y existe una gran incertidumbre sobre la

FIGURA 2



Para España, y de acuerdo con las estimaciones de Alonso y Hertz (1998) los datos muestran lo siguiente:

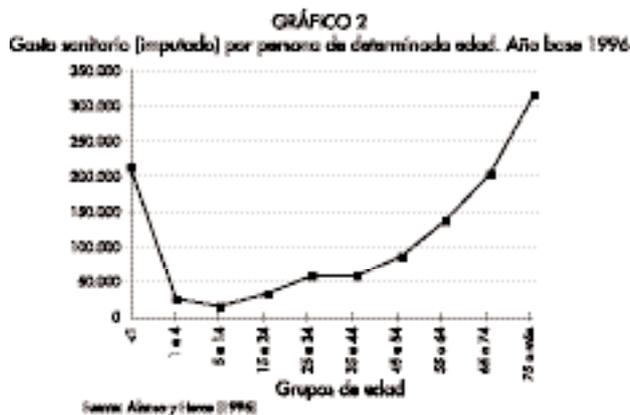
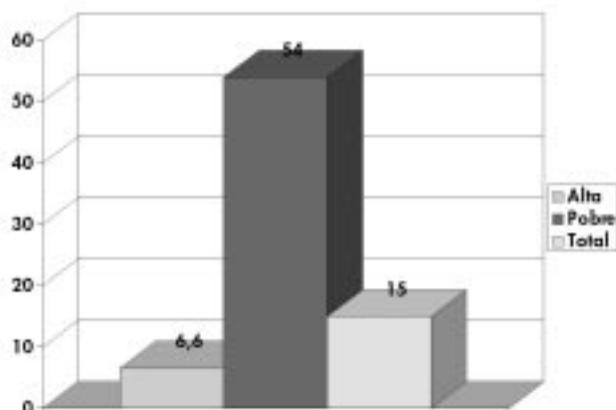


FIGURA 3

Porcentaje de enfermos según clase social



Fuente: V informe FOESSA 1994

aparición de las enfermedades y sobre la mejor manera de intervenir frente a ellas, lo que precisa de unos recursos suficientes y en períodos amplios inactivos para poder dar una respuesta adecuada cuando se producen los mayores picos de enfermedad (el ej. de la gripe o de las bronquitis asmáticas con incidencia estacional es muy claro).

La introducción del mercado presiona hacia la rentabilidad económica y la búsqueda de beneficios, que a la postre incentiva la práctica de lo que se denomina selección de riesgos, que no es sino la tendencia de los centros a especializarse en el tratamiento de las patologías rentables, en general enfermedades agudas o intervenciones quirúrgicas en personas previamente sanas, que no padecen enfermedades crónicas y que previsiblemente no van a tener complicaciones. Esta selección de riesgos puede hacerse desde la oferta (simplemente no teniendo servicios más complejos y menos rentables, como UCIs neonatales, unidades de trasplantes, de quemados, etc.) o también desde la demanda (intentando derivar a las personas que tienen estos problemas a otros centros o poniéndoles dificultades en el acceso). Naturalmente, el problema se plantea de manera importante cuando todos los centros del sistema sanitario, o su mayoría, se mueven con estos criterios, pues se aboca a la desatención de estos enfermos. Si, como ocurre hasta ahora, hay una coexistencia de ambos tipos de centros lo que se tiende es hacia un escenario en que los centros del modelo tradicional se van haciendo cada vez menos rentables al tenerse que hacer cargo de los enfermos y/o patologías que no quieren/pueden atender los centros más enfocados hacia la rentabilidad económica. Por otro lado se sabe que un porcentaje muy pequeño de la población produce la mayoría del gasto sanitario (ver figura 1), mientras

que un amplio porcentaje no produce apenas gasto, lo que genera un incentivo de las empresas en competir por atraer la atención sanitaria de los poco consumidores, que darían un elevado beneficio y evitar tratar a los muy consumidores, que generarían pérdidas. Esta selección de riesgos también puede orientarse por la edad de los pacientes, pues es bien conocido que las personas de más edad y en el primer año de vida consumen más recursos sanitarios (figura 2) o por el nivel socioeconómico (los más pobres tienen peor nivel de salud que los más ricos) (figura 3). Por supuesto las consecuencias para la equidad de estas tácticas empresariales son uno de sus principales problemas.

Una segunda cuestión a considerar tiene que ver con el tamaño de los centros sanitarios y sus relaciones con los proveedores. Es obvio que los centros de tamaño reducido no pueden acogerse a las economías de escala que podrían utilizarse en el conjunto del sistema y es llamativo que estas incursiones por la "optimización de la gestión" no hayan tenido en cuenta la posibilidad de crear una Agencia de compras del Sistema Nacional de Salud o de los Servicios Regionales, que, con criterios de gestión pública, pudieran hacer valer el carácter de consumidor mayoritario de tecnología y material sanitario de la Sanidad Pública.

Además están las dificultades que tiene un sistema desintegrado para la relación entre primaria y especializada. Uno de los objetivos centrales del sistema es asegurar la continuidad de los cuidados para el buen funcionamiento del servicio sanitario. Las personas deben de recibir una asistencia sanitaria continuada, ora en la primaria, ora en la especializada, con el único criterio de mejorar la calidad de la misma y adecuarse a las necesidades de salud. La presencia de múltiples empresas en ambos niveles genera problemas de coordinación e interés en imputar los gastos al otro.

FIGURA 4

La estrategia privatizadora



La coordinación se pierde como objetivo y la competencia, en detrimento de la mejor asistencia sanitaria, se establece como norma, lo que se vio por ej. en Gran Bretaña (The new NHS 1997). Es llamativo que hasta el sector privado esté reclamando la necesidad de una gestión unificada entre primaria y especializada (véanse las HMOs en EEUU o más cerca el caso Alzira, donde la empresa privada concesionaria ha reclamado, y conseguido de la Generalitat valenciana, un contrato que incluya a ambas).

Y por fin están los costes administrativos que generan los entornos de mercado en los que deben facturarse todas las intervenciones, y además precisan de potentes sistemas de acreditación y control cuyos costes deben detrarse de los presupuestos sanitarios. Esta es una de las explicaciones de los elevados costes de la sanidad de EEUU (13,9% del PIB de gasto sanitario) calculándose unos gastos administrativos de 209 billones de \$.

LA EXPERIENCIA INTERNACIONAL

La experiencia internacional no abona los buenos resultados de la introducción del mercado y la competencia en sanidad. En Gran Bretaña que era el paradigma de los Servicios Nacionales de Salud, los resultados de la experiencia tahcheriana se resumen, tras 5 años de experiencia, en el informe de la National Health Consultant's Association en que estas habrían producido:

- a) Aumento de los costes burocráticos.
- b) Incompatibilidad entre los planes de salud estratégicos y el mercado.
- c) Aparición de competición y confidencialidad comercial y ruptura de la cooperación.
- d) Establecimiento de distintos tipos de servicios según grupos de población.
- e) La crisis económica presiona a los cierres de centros y la reducción de prestaciones.
- f) Presiones financieras para la reducción de la cantidad y calidad de los servicios y para disminuir la investigación clínica.
- g) Desmoralización de las plantillas de profesionales.
- h) El mercado introduce de manera insidiosa la noción de que la provisión sanitaria pública es extravagante y poco práctica.
- i) La industrialización de los cuidados, condicionando las decisiones profesionales.
- j) La erosión de la salud pública.
- k) El déficit democrático.

Este diagnóstico fue corroborado por el nuevo gobierno

laborista en su informe The new NHS en 1997, que exponía los problemas que el mercado había creado al SNS en cuanto a incremento de costes burocráticos y ruptura de la cooperación entre el sistema, así como graves desigualdades en el acceso a las prestaciones asistenciales, y cuyas principales objeciones están recogidas a continuación:

- "El mercado dividió la responsabilidad de planificación y asistencia entre 100 autoridades sanitarias, 3.500 "funholders" y 400 "fruts" hospitalarios.
- Mala integración con los servicios sociales.
- Los usuarios van de un lado a otro para recibir asistencia.
- Las organizaciones se ven obligadas a seguir sus propias necesidades y no la de los pacientes.
- Originó competencia por los pacientes creando desigualdad por razones financieras.
- Se fomentó la moral competitiva frente a la ética de la justicia profesional.
- Los clínicos hospitalarios se vieron con frecuencia desautorizados, enfrentados entre ellos y con los médicos de atención primaria.
- Ocasionó una subida insostenible de los costes administrativos. El dinero se desvió de la atención a los pacientes hacia los gastos administrativos.
- Los hospitales se han convertido en "fruts" autogestionados, gestionados como negocios, centrados en las finanzas y obligados a competir por contratos a corto plazo.
- Los equipos directivos tomaban decisiones sin compartirlas, y los "fundholders" decidían la compra de servicios importantes sin consultar con la comunidad".

La OMS por su parte también señalaba que:

"En la actualidad existe un importante movimiento de vuelta de las posiciones más radicales – incentivos de mercado – a la original de coordinación y cooperación planificadas del sector público" (Oficina Regional para Europa de la OMS, 1996). "Es una lección histórica clara que el crecimiento espontáneo y carente de una gestión centralizada del sistema de salud de un país no garantiza que las mayores necesidades de sanitarias queden cubiertas satisfactoriamente" y "La intervención pública es necesaria para lograr el acceso universal"(Informe sobre la salud en el mundo 1999).

No obstante lo anterior continúan planteándose propuestas en la línea de la gestión privada y empresarial de los centros sanitarios, con resultados diversos. Por ej en el Reino Unido, mientras que en Inglaterra el gobierno quiere transformar los hospitales en fundaciones (parecidas a las españolas aunque con un mayor control externo), en Gales y

Escocia que recientemente han asumido las transferencias sanitarias se apuesta por la gestión pública e incluso se ha superado la separación entre financiación y provisión.

LOS RESULTADOS EN ESPAÑA

Los resultados en España de las fundaciones, y comparándose con los centros de gestión tradicional, pueden caracterizarse brevemente por:

- Menor personal.
- Menos recursos.
- Menos prestaciones.
- Mas derivaciones.
- Insatisfacción profesional y ciudadana.

Como en otros artículos se va a abordar el tema en profundidad no parece necesario una mayor extensión al respecto. Solo señalar que en 1999, la fundación hospital de Alcorcón de Madrid ocupó el primer puesto en número de reclamaciones del INSALUD con 13.069 reclamaciones (65,34 por 10.000 habitantes), nada menos que un 398% mas que el siguiente centro en el "ranking" (Hospital Ramón y Cajal con 16,38/10.000 habitantes). Como suele suceder con frecuencia, a partir de ahí no se dieron mas cifras oficiales sobre el tema.

LA ESTRATEGIA PRIVATIZADORA

En el fondo, el empeño en la creación de fundaciones y otros centros con los NMG responde a una estrategia de privatización del sistema sanitario que se basa primero en la ruptura del concepto de servicio público y de la salud como un bien protegido constitucionalmente y un derecho básico de las personas para transformarlo en una mercancía, por lo tanto objeto de transacción económica, es decir de mercantilización del derecho a la protección de la salud. Es un tema de eminente contenido ideológico, pero que es fundamental para el nuevo planteamiento en la provisión y financiación de los servicios sanitarios. Luego por la fragmentación del sistema sanitario en múltiples microempresas buscando su rentabilidad económica para seleccionar las que son susceptibles de privatización. La **figura 4** señala lo que puede ser el diseño de esta estrategia en la que la puesta en funcionamiento de un mercado sanitario juega un papel clave, como lo hace también la necesidad de disponer de un sector privado para ofertar unas prestaciones sanitarias en calidad y cantidad suficientes para convertirse en una alternativa al sector sanitario público.

Por eso esta estrategia, escarmentada del rechazo social que produjo el Informe Abril, tras cuyos pasos avanza, y de

las movilizaciones sociales que puede generar, ha optado por un avance a "paso de tortuga", centrándose en los aspectos mas débiles del sistema, por ej. los centros de nueva creación en los que el rechazo de la población es poco probable (al fin y al cabo se trata de un beneficio sobre la situación previa: ausencia de hospital), y buscando un deslizamiento progresivo de la situación, a la espera de conseguir una "masa critica" suficiente que haga que la situación sea de imposible o muy difícil retorno.

Por supuesto esta estrategia tiene a su favor el que es difícil de visualizar para la mayoría de la población y que sus efectos son poco notables. No obstante también tiene sus puntos débiles: el primero es que como se tiene que prolongar en el tiempo, la ciudadanía y los profesionales afectados empiezan a comprobar los inconvenientes de los NMG y se movilizan contra ellos, aparte de que la estrategia global empieza a hacerse mas visible, y por otro lado el que se pueden establecer estrategias de confrontación caso a caso, con resultados diversos, a veces positivos, y que cada éxito que se tenga en cuanto a la extensión de los NMG se estará cambiando la correlación de fuerzas y poniendo un obstáculo al desmantelamiento del mejor sistema sanitario que hemos tenido en España. Por supuesto el futuro no esta escrito y depende en gran medida de todos nosotros. Iniciativas como las Jornadas sobre Fundaciones sanitarias celebradas en Santiago de Compostela son un buen ejemplo de que existen múltiples razones de carácter técnico, profesional y social para oponerse a las fundaciones. En ello estamos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Burke K: foundations hospitals plans defeated in Lords. *BMJ*, 2003; 327:1126
2. Callejón Fornieles M, Ortún Rubio V: Empresa privada en sanidad: grado de adecuación a las diferentes funciones sanitarias. En: *El interfaz público-privado en sanidad*. Masson. Barcelona 2002.
3. Espasa R: La deriva privatizadora del modelo sanitario catalán. *Salud 2000*, 1999; 73: 14-17.
4. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Publica: La estrategia privatizadora en Sanidad. *Salud 2000*, 1996; 58: 10-16.
5. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Publica: Los hospitales que necesitamos. Madrid 2002.
6. Fisher P: El traspaso de competencias en el Reino Unido podría ser beneficioso para el Servicio Nacional de Salud. *Salud 2000*, 2003; 92:12-13.

7. Evans R: Health care reform: who's selling the market, and why?. *J Public Health Medicine* 1997;19:45-49.
8. Lorenzo Porto JA: La reforma del Servicio Nacional de Salud británico. *Salud 2000* 1998;66: 12-26
9. Martín M: La fundación de Verín o la engañosa nueva gestión sanitaria. *Salud 2000* 2000; 78: 11-13
10. NHSCA: In practice: The NHS market in the United Kingdom. *J Pub Health Policy* 1995;16:452-491.
11. Navarro V: El debate sobre la separación de las funciones de financiación y provisión de los servicios en el Estado del Bienestar y su relevancia en España. *Salud 2000*; 1996;55: 5-11
12. Pollock A, Price D, Talbot-Smith A, Mohan J: NHS and the health and social care bill: end of Bevan's vision?. *BMJ*, 2003; 327:982-985
13. Saltman RG, Figueres JM: Reformas sanitarias en Europa. Análisis de las estrategias actuales. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1997.
14. Sánchez Bayle M: Hacia el estado del malestar. Neoliberalismo y política sanitaria en España. Los libros de la Catarata. Madrid 1998
15. Sánchez Bayle M: 10 propuestas para mejorar la gestión del Sistema Nacional de Salud. *Salud 2000*, 2000; 76:17.
16. Sloan F et al: Hospital ownership and cost and quality of care: is there a dime's worth of difference?. *J Health Econ* 2001;20:1-21.
17. The new NHS. London 1997.