
Gestión del Sistema Nacional de Salud, ¿se puede?, ¿se debe?, ¿cómo?

J. Elola Somoza
CODEH Internacinal

En 1993 Francisco Sevilla, Luis Espadas y yo describíamos las políticas desarrolladas por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1991 para “gestionar” el Sistema Nacional de Salud¹ (SNS). Gestión, decíamos, “que tiene por objeto mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios sanitarios públicos”. El análisis de la eficiencia del SNS y las medidas para su mejora han sido el objeto principal de mi aportación, si es que alguna ha habido, al SNS²⁻⁴. Si ha existido otra palabra tan utilizada en mis trabajos como la de eficiencia es la de democracia^{4,5}, ambas palabras están, en mi concepción de los servicios del “estado del bienestar”, inextricablemente unidas. Tengo, sin embargo, la sensación de que “eficiencia” es un término que cotiza a la baja en el mercado de la política sanitaria de nuestro país; y en la medida que esto suceda también lo estaría un aspecto vinculado a las democracias maduras, como es la *accountability* (el dar cuenta y ser responsable por) de los políticos y gestores públicos.

El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2000⁶, aunque plagado de problemas conceptuales y metodológicos^{7,8}, ha servido, al situar a España en el séptimo lugar en “eficiencia sanitaria global” del mundo, detrás de Francia, Italia, San Marino, Andorra, Malta y Singapur, para proporcionar una coartada a políticos y gestores del SNS. El nuevo mantra se repite de forma ubicua: el principal problema del SNS no es de eficiencia sino de financiación⁽¹⁾. Al lema de “más madera” (aumento del gasto) se suele añadir también el de la necesidad de mejorar la calidad del sistema, concentrando el objetivo de este aspecto en el resbaladizo indicador de las listas de espera y, al parecer, pasando por alto que eficiencia y calidad están vinculadas entre sí⁹.

En Política Sanitaria Española señalaba, posiblemente de forma políticamente

⁽¹⁾ Entre otros: Navarro V. El claro deseo de cambio. EL PAÍS, 19 de abril de 2004.

	1990	2001	% GSP/GST
Dinamarca	7	7,1	83
España	5,3	5,4	72
Estados Unidos	4,7	6,2	
Finlandia	6,3	5,3	76
Irlanda	4,4	4,9	75
Italia	6,4	6,3	75
Noruega	6,4	6,8	
Reino Unido	5	6,2	82
Suecia	7,4	7,4	85
Media U.E.	5,97	6,18	78

GSP: gasto sanitario público; GST: gasto sanitario total; PIB: producto interior bruto; SNS: Servicios Nacionales de Salud; UE: Unión Europea. Fuente: OECD Health Data 2003; 2nd. ed.

Tabla 1. Porcentaje del gasto sanitario público/Producto interior bruto en la Unión Europea. Servicio Nacional de Salud

poco correcta, que las transformaciones que precisan los servicios públicos sólo sería posible hacerlas rechazando la propaganda electoralista (todo para todos, no importan los recursos porque se trata de la salud), abandonando maniqueísmos interesados (todo lo público, o privado, por definición, es bueno), rechazando la estupidez (gestión empresarial es un paso hacia la privatización) y, especialmente, propiciando la activa participación del mayor número posible de ciudadanos, incluyendo a los profesionales de la salud, informados. Pretendo en este trabajo perseverar en esta heterodoxa senda

para analizar los principales problemas del SNS y cómo éstos podrían ser gestionados mediante políticas públicas, si es que realmente se puede (y debe) gestionar nuestro sistema sanitario público.

Los problemas del Sistema Nacional de Salud

Baja financiación

En términos comparativos existe, probablemente, un problema de financiación del SNS⁽²⁾¹⁰. Los datos de la OCDE (tabla 1) muestran que los países de la Unión Europea con servicios nacionales de salud⁽³⁾^{11,12} tienen, como promedio, un mayor gasto sanitario público en proporción con el producto interior bruto (PIB) y una mayor participación del gasto sanitario público sobre el total. La distancia que nos separa de la media de los países seleccionados estaría en torno de los 0,7 puntos del PIB.

Estos 0,7 puntos del PIB representan unos 5.000 millones de €. Es una cantidad respetable que, sin embargo, no releva de

⁽²⁾ No existe una definición normativa sobre la financiación “adecuada” para un sistema sanitario, pues el criterio de suficiencia se basa en juicios de valor.

⁽³⁾ El “modelo” de sistema sanitario (servicio nacional de salud o sistema de seguros sociales) importa política, social y económicamente lo suficiente^{11,12} como para comparar el sistema sanitario español con países de la Unión Europea que tienen modelos similares (servicios nacionales de salud).

la necesidad de gestionar el SNS por, al menos, tres motivos: *a)* no parece probable que el incremento de financiación se produzca súbitamente, sino a lo largo de una o dos legislaturas; *b)* hay una parte importante de esta cantidad que está embalsada en la deuda oculta que el SNS tiene⁽⁴⁾, y *c)* si no se solucionan los problemas de eficiencia que más adelante se señalan, se volverá a generar déficit y no se podrán alcanzar los objetivos de mejora de la calidad. Este último motivo, más la necesidad de capitalizar el SNS, hacen que, a mi juicio, no se debería reproducir una operación más de saneamiento, sino que la financiación debería canalizarse hacia conseguir objetivos de mejora de la eficiencia (y calidad) y capitalizar el SNS.

Descapitalización del Sistema Nacional de Salud

La insuficiencia financiera del SNS es, en parte, responsable de una descapitalización del SNS. Subrayo la responsabilidad parcial porque esta restricción no

ha impedido que los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas hayan acordado aumentos salariales lineales por encima de la inflación, se haya mantenido una actitud fatalista frente al inmoderado crecimiento del gasto farmacéutico, o se hayan comprometido inversiones principalmente en “ladrillo”: más hospitales, más centros de salud, etc.

Empleo el término *descapitalización* para abarcar un conjunto de hechos que, a mi juicio, reducen el valor de los activos del SNS. En relación con este déficit citaré los tres ejemplos a mi juicio más relevantes: *a)* el bajo gasto (inversión) en formación continuada de los profesionales del SNS; *b)* la escasa inversión (incluida la reposición) en obras y equipos, así como, sobre todo, en tecnología de la información y reingeniería de procesos, y *c)* el bajo gasto en investigación y desarrollo. El gasto del SNS en estos renglones se sitúa por debajo del 5% del gasto global cuando, creo, debería duplicar esta participación porcentual o, al menos, llegar a un 8%.

El problema que puede plantearse en el inmediato futuro es si las administraciones públicas tendrán la posibilidad de endeudarse para obtener los recursos precisos para afrontar la deuda existente en el SNS y llenar la brecha de capital físico y humano del sistema. La Comunidad Autónoma de Madrid ha decidido

(4) Recientemente, la Generalitat de Catalunya estimaba su déficit presupuestario en 541 millones de euros (EL PAÍS, 30 de abril de 2004). Esta situación está probablemente generalizada en el SNS, siendo el período de rotación de pagos de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas a sus proveedores un elocuente indicador de este problema. Una estimación conservadora podría situar el déficit presupuestario del SNS en unos 3.000-3.500 millones de euros, el 60%-70% del déficit de financiación en comparación con otros países de la Unión Europea.

recurrir a la iniciativa privada para financiar y gestionar, parcialmente, su programa de inversiones hospitalarias⁽⁵⁾, y este camino está siendo evaluado por otras Comunidades Autónomas.

No se ha desarrollado una “arquitectura” del Sistema Nacional de Salud que responda al hecho transferencial

En un monográfico de la Fundación SIGNO sobre las transferencias sanitarias, publicado en 2002¹³, se señalaba que las transferencias ofrecían para el sistema sanitario público español más amenazas que oportunidades, principalmente porque no se había construido el armazón de un SNS descentralizado, así como por la escasa capacidad mostrada por las Comunidades Autónomas para racionalizar la gestión y controlar el gasto. Frente a esto, pensaba que el nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas podría conllevar una mayor disciplina en el gasto público, al devolver a cada Comunidad Autónoma la penitencia por sus pecados presupuestarios. La situación actual ha empeorado por los siguientes motivos:

I. La ley de Cohesión y Calidad no ha resuelto problemas fundamentales de

las transferencias a las Comunidades Autónomas, como son: *a)* la co-gobernación del SNS entre la Administración Central del Estado y las Comunidades Autónomas y, habría que añadir, los Ayuntamientos; *b)* el mantenimiento de estructuras de “coordinación”, que no de gestión, del SNS burocráticas, poco flexibles, que se adaptan mal a los actuales problemas, y *c)* la no vinculación entre prestaciones (incluida la farmacéutica) y financiación.

2. Desde el mismo comienzo de aplicación del sistema de financiación se produjo un asalto al principio de responsabilidad presupuestaria, firmándose convenios específicos entre la Administración Central del Estado y algunas Comunidades Autónomas para financiar infraestructuras. Este sistema, que no explicita más compromiso que el de recibir la transferencia de capital (*money for nothing*), es esencialmente arbitrario, alienta el clientelismo y es un catalizador para una catarata de reivindicaciones de mayor financiación por parte del resto de las Comunidades Autónomas.

3. Ausencia de una política estatal de salud pública⁽⁶⁾, que exigiría la co-gober-

⁽⁵⁾ El Nuevo Mapa Sanitario de la Región. EL PAÍS. Madrid. 23 de marzo, 2004.

⁽⁶⁾ A expensas de lo que resulte de la iniciativa “Salud 21”, el SNS no dispone, en la actualidad, de un referente como *The Health of the Nation* británico; última referencia: MSC. Plan de Salud. Madrid: MSC, 1995.

nación con las Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos, así como la coordinación con las políticas de la Unión Europea.

4. Falta de continuidad entre los servicios sanitarios (Atención Primaria y Especializada) y entre éstos y los servicios sociales.

5. La culminación de las transferencias del INSALUD ha llevado aparejada notables crecimientos salariales lineales, y la oferta pública de empleo ha terminado por consolidar un sistema burocrático de gestión de personal, al que son ajenos conceptos como autonomía, responsabilidad e incentivos.

6. No existe una política del SNS en investigación y desarrollo.

7. No se realiza una evaluación sistemática del SNS y la evaluación de la calidad se ha reducido a las listas de espera.

Baja eficiencia organizativa y técnica

Como en el caso de la financiación, una forma de acercarse a la eficiencia técnica de nuestro sistema es comparar indicadores de gestión con los de otros países de la Unión Europea con sistemas similares al nuestro. Probablemente la estancia media de los hospitales de agudos sea uno de los indicadores más potentes, a su vez, de eficiencia y calidad

País	Estancia media	Camas/ o habitaciones %
Dinamarca	3,8	3,3
España	7,5	3,2
Finlandia	4,4	2,4
Irlanda	6,4	3
Italia	7,0	4,3
Reino Unido	7,0	3,9
Suecia	5,0	2,4
Media U.E. SNS	5,6	3,2

SNS: Servicios Nacionales de Salud; UE: Unión Europea. Fuente: *OECD Health Data 2003; 2nd. ed.*

Tabla 2. *Camas y estancia media en hospitales de agudos. SNS. UE*

asistencial. La comparación de este indicador con otros países (tabla 2), no nos favorece⁽⁷⁾:

Además de la estancia media, existen otros datos que, a mi juicio, alertan sobre problemas de calidad y eficiencia del SNS:

1. Rígidez y barreras entre servicios sanitarios y sociales, Atención Primaria y Especializada, y barreras profesionales.

2. Insatisfacción profesional, en parte motivada por los defectos estructurales

⁽⁷⁾ Puede observarse en la tabla que, posiblemente, no existe un déficit de infraestructuras hospitalarias de agudos en comparación con otros países, aunque la obsolescencia física y tecnológica, la redistribución de la población desde las grandes ciudades hacia la periferia, y el crecimiento vegetativo de la población están impulsando un importante programa de inversiones en hospitales (nuevos y de reposición) en el SNS.

que mencionaba anteriormente: prácticamente nula autonomía y transferencia de responsabilidad, ausencia de incentivos.

3. Excesivo gasto farmacéutico⁽⁸⁾, que equivalía, sólo en recetas médicas, al 22% del gasto sanitario público total en el año 2001, siendo con seguridad superior en la actualidad.

La atónica preocupación por problemas de eficiencia del SNS contrasta con el de otros países de nuestro entorno. Muy recientemente se ha producido un intenso debate en relación con el *National Health Service* (NHS) británico provocado por un artículo que comparaba la eficiencia del NHS con la de una *Health Maintenance Organization* (HMO) del Estado de California: la Kaiser Permanente¹⁴⁻¹⁶.

Después de analizar el funcionamiento de Kaiser Permanente, Ham et al¹⁵ señalan que las diferencias fundamentales estriban en la gestión de las personas mayores con enfermedades crónicas, con tasas notablemente más bajas que el NHS de frecuentación hospitalaria y estancias medias reducidas para las condi-

ciones más frecuentes en personas mayores de 65 años⁽⁹⁾, concluyendo que “el NHS puede aprender de Kaiser desarrollando una mayor integración entre Atención Primaria y Especializada, haciendo uso de los cuidados intermedios, prestando atención a las enfermedades crónicas y su gestión efectiva, y dando prioridad al autocuidado y la utilización de pacientes y familias como co-proveedores. El NHS puede también aprender de la experiencia de Kaiser en involucrar a los médicos en el desarrollo y soporte de un modelo integrado de asistencia”.

La aproximación de Dixon et al¹⁶ al estudio del aparente éxito de Kaiser Permanente se centra en los aspectos organizativos y de gestión, señalando como claves las siguientes:

1. Las presiones competitivas entre HMO generan un incentivo para la innovación en la gestión de las enfermedades crónicas.

2. Los médicos tienen un papel importante en la gestión.

⁽⁸⁾ Los “planes” farmacéuticos se concentran en la industria farmacéutica y oficinas de farmacia; sin embargo, estos aspectos parecen no diferenciar mucho al SNS de otros países de la Unión Europea con menor porcentaje de gasto público dedicado a recetas médicas. La pregunta es si la inversión en formación de los profesionales, la evaluación de la calidad y los incentivos, todos ellos aspectos vinculados a la gestión, tienen algo que ver con el gasto farmacéutico excesivo.

⁽⁹⁾ Los antiguos chinos pagaban a su médico mientras estaban sanos. El objetivo no era recibir asistencia médica, sino evitarla. Algo se ha debido pervertir para considerar como negativos disponer de menos camas hospitalarias, menos ingresos o un menor gasto en hospitales; para este tipo de razonamiento, véase, por ejemplo: Martín M, Sánchez M. Nuevas formas de gestión y su impacto en las desigualdades. *Gaceta Sanitaria* 2004;18(Supl 1):96-101.

3. Los objetivos son consensuados entre clínicos y gestores, y existen incentivos financieros para mejorar la asistencia.

4. Las HMO identifican los pacientes de alto riesgo y les proporcionan una intensiva asistencia de enfermería para reducir el número de admisiones hospitalarias.

5. La utilización de programas multidimensionales de gestión de la enfermedad, en los cuales el autocuidado y la educación al paciente son elementos centrales.

Nótese que, a diferencia de una visión romántica sobre los automáticos beneficios de una hipotética integración vertical de servicios (“Áreas de Salud”), los aspectos de entorno (competitivo), organizativos y de gestión (participación profesional, incentivos) desempeñan un importante papel para alcanzar el objetivo último del sistema: proporcionar una asistencia de mayor calidad y más eficiente.

No hago referencia a las HMO para atraer al sistema sanitario español el modelo de competencia de seguros, cuyos problemas, incluidos los de eficiencia, he señalado en otros trabajos^{11,17}, sino para resaltar aquellos aspectos organizativos y de gestión que pudieran hacer notablemente más eficiente nuestro sistema. Si

comparamos los problemas organizativos y de gestión del SNS, señalados más arriba, con las características que informan la mayor eficiencia de las HMO nos daremos cuenta de lo lejos que estamos y, lo que es a mi juicio peor, la incapacidad estructural para reformar la organización y gestión de los servicios sanitarios públicos, en un sistema cada vez más sumergido en la cultura burocrático-administrativa. No parece que estrategias de reforma del SNS, que pudieran ser adecuadas, como la gestión clínica¹⁸, encuentren en el SNS el medio adecuado para desarrollarse.

¿Se puede gestionar el Sistema Nacional de Salud?

Como diría el gato de Cheshire de “Alicia en el País de las Maravillas”, el camino a escoger depende de dónde se quiera llegar. Si el SNS tiene los problemas mencionados: déficit de financiación, descapitalización, inadecuada arquitectura del sistema y baja eficiencia organizativa y técnica, se deberían desarrollar políticas para su corrección. “Gestionar” el SNS puede considerarse retórico o iluso, pero al amparo del Programa de Convergencia 1992-6¹⁹ se desarrollaron una serie de políticas que, vinculando la gestión al presupuesto (Contratos-Progra-

ma), tuvieron un notable efecto sobre la eficiencia y la equidad del SNS^{1,20}. El desarrollo y utilización de las unidades ponderadas de actividad, el desarrollo de los sistemas de gestión analítica en los hospitales, la creación de la base de datos estatal de CMBD son, entre otras, herramientas que adquirieron un notable desarrollo durante ese período. Muchos de estos instrumentos están relacionados con la información; el aumento de información disponible y, por tanto de transparencia del sistema, es una condición precisa para que se realice la *accountability*.

El énfasis puesto en la eficiencia durante el período 1991-1996 no fue obstáculo, sino el necesario complemento, para elaborar el primer estudio sobre desigualdades del SNS²¹, la adopción por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de un conjunto ordenado de principios de funcionamiento del SNS⁴, o la elaboración de la primera propuesta de Plan de Salud²². Frutos de esta política, que se denominó de “Consolidación del Sistema Nacional de Salud”, fueron también el Acuerdo de Financiación del Sistema Nacional de Salud para el período 1994-1997, y el Real Decreto de Ordenación de las Prestaciones del Sistema Nacional de Salud⁴. En mi opinión, la disciplina presupuestaria del

INSALUD gestión directa, consecuencia de las políticas desarrolladas, ha sido un elemento decisivo para hacer posible en 2001 su transferencia a las Comunidades Autónomas del artículo 143 de la Constitución.

Las políticas de consolidación del SNS en el período 1991-1996 fueron impulsadas desde el Ministerio de Sanidad y Consumo y debo reconocer que, en general, se produjo una importante colaboración por parte de las Comunidades Autónomas, incluidas aquellas que habían asumido la gestión del INSALUD. Por entonces, el Ministerio de Sanidad y Consumo había asumido la gestión directa del INSALUD, lo que representaba una auténtica palanca para el cambio, pues este organismo gestionaba todavía el 51% (1991) o el 38% (1996) del gasto de asistencia sanitaria de la Seguridad Social. La gestión del SNS una vez completada la transferencia del INSALUD a todas las Comunidades Autónomas exige, aun en mayor medida que en el período de Consolidación del Sistema Nacional de Salud, la co-gobernabilidad del sistema entre ambas administraciones.

El SNS, por tanto, se podría gestionar si se cumplieran, al menos, las siguientes condiciones: a) que existiera un consenso básico entre el Gobierno Central y el

de las Comunidades Autónomas para la co-gobernabilidad del SNS; b) se llegara a un acuerdo sobre los problemas que tiene el SNS y sobre las políticas para enfrentarlos, y c) existiera un compromiso para soportar solidariamente los costes políticos de desarrollar las medidas necesarias para hacer el SNS más eficiente y la inteligencia suficiente para compartir los resultados positivos.

¿Se debe gestionar el Sistema Nacional de Salud?

No es una mera pregunta retórica. La “gestión” del SNS, como cualquier otra, tiene costes, en este caso políticos. Los mensajes que habitualmente se transmiten a los ciudadanos desde la esfera política son de mayor oferta de servicios; por el contrario, existe una escasa participación ciudadana en el control de la gestión y una notable distancia en la toma de decisiones. Asimismo, el debate público es prácticamente inexistente, lo que no facilita la visualización pública del coste-oportunidad de las decisiones. Por otra parte, numerosos agentes del SNS obtienen beneficio de su ineficiencia. El resultado es que el coste derivado de la ineficiencia es secuestrado por una parte de los agentes del SNS, en detrimento del resto de los ciudadanos, cie-

gos, mudos y sordos frente a este hecho⁽¹⁰⁾²³.

Con estos ingredientes, el “utilitarismo” político aconsejaría la inacción. Esta tendencia puede ser superada cuando, como sucedió con el Programa de Convergencia de 1992, existen objetivos políticos más generales (la entrada en la Unión Monetaria) que se imponen sobre los sectoriales. Una visión, a mi juicio limitada, puede interpretar este sometimiento como una postergación de la “política social”; sin embargo, pocos analistas podrán negar que la entrada de España en el club de los países europeos con una disciplina económica ha facilitado un relativamente importante crecimiento de la riqueza en nuestro país, del que también se ha beneficiado, en menor medida de lo que probablemente hubiera requerido, la sanidad pública.

En ausencia de un imperativo político superior, confrontar los restos de gestionar el SNS depende de: a) si los problemas del SNS, los comentados más arriba u otro conjunto, adquieren relevancia política, y b) si el compromiso con el SNS se sobrepone a los costes políticos de las

⁽¹⁰⁾ Véase el concepto de “solidaridad mecánica” desarrollado por Pierre Rosanvallon como sustrato más importante de la crisis de legitimación de los sistemas del bienestar²².

reformas necesarias. La exigencia de eficiencia a los servicios públicos tiene, a mi juicio, en la democracia su principal dimensión. No es un asunto esencialmente técnico, sino político.

¿Cómo gestionar el Sistema Nacional de Salud?

De la exposición anterior creo que se podrían desprender algunas sugerencias sobre cómo podría (y debería) gestionarse el SNS, en el supuesto de que el diagnóstico expuesto en la primera parte de este trabajo sea correcto. Entiendo que no se trata de suministrar un recetario, por lo que concentraré algunas sugerencias en los aspectos más generales:

1. Aumentar la financiación del SNS, vinculando este aumento a mejoras en la eficiencia y calidad de los servicios.

2. Desarrollar una arquitectura del SNS que facilite la co-gobernabilidad del mismo por las Comunidades Autónomas y la Administración Central del Estado, sin olvidarse de los Ayuntamientos. Considero que, para ello, el Consejo Interterritorial debería tener un carácter más ejecutivo, siendo el órgano de gobierno de las “agencias” (que deberían ser flexibles, no burocráticas formas de gestión) horizontales del sistema.

3. Introducir formas de organización y gestión, incluyendo formas de participación privada en la gestión, que posibiliten:

– Capitalizar al SNS, incorporando también el capital privado (inversión, captación de recursos).

– Aumentar la transparencia del sistema, mediante una mayor disponibilidad y acceso a la información, que posibiliten la *accountability*, así como el control, informado, de las políticas y de la gestión (democratización).

– Aumentar la calidad de los servicios, incluyendo la “aparente”.

– Aumentar la capacidad de elección del paciente de médico, especialista y hospital.

– Racionalizar (mejora de la calidad) la prestación farmacéutica (recetas).

– Aumentar notablemente la eficiencia de los hospitales.

– Implicar a los profesionales en la organización y gestión de los servicios.

– Establecer un sistema de incentivos profesionales a la calidad y la eficiencia.

4. Establecer una estrecha coordinación entre el SNS y el futuro Sistema Nacional de Servicios Sociales y, en general, desarrollar modalidades asistenciales de gestión integral y continuada, especialmente para las patologías crónicas²⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Elola FJ, Sevilla F, Espadas L. Aseguramiento como gestión del Sistema Nacional de Salud. Presupuesto y Gasto Público 1993;10:149-57.
2. Elola FJ. Crisis y Reforma de la asistencia sanitaria pública en España (1983-1990). Madrid: FISSS, 1991.
3. Elola FJ. Sistema Nacional de Salud: Evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma. Barcelona: SG Editores, 1994.
4. Elola FJ. Política sanitaria española. Madrid: Díaz de Santos; 2001.
5. Elola FJ. Democracia y sistema sanitario. Gaceta Sanitaria 1989;13: 472-5.
6. The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: WHO, 2000.
7. Navarro V. The World Health Report 2000: Can health care systems be compared using a single measure of performance? Am J Pub Health 2002;92:31-4.
8. Fernández JM. El informe de la Organización Mundial de Salud 2000. Un programa de ordenador políticamente incorrecto. Gaceta Sanitaria 2001;15:453-60.
9. Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm. Washington: National Academy Press, 2001.
10. Dixon J, Harrison A, New B. Is the NHS underfunded? BMJ 1997;314: 58-61.
11. Elola J, Daponte A, Navarro V. Health indicators and the organization of health care in Western Europe. Am J Pub Health 1995;85:1397-401.
12. Elola J, Nieto FJ, Sunyer J, Daponte A. La relación entre ideología y eficiencia de los sistemas sanitarios. Unas notas de cara a la reforma del sistema sanitario español. Gaceta Sanitaria 1996;10:191-6.
13. Elola J. La culminación del proceso de transferencias sanitarias. Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios 2002; Monográfico 1:83-6.
14. Feachem RGA, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. BMJ 2002;324: 135-43.
15. Ham C, York N, Sutch S, Shaw R. Hospital based utilization in the NHS, Kaiser Permanente, and the US medicare programme: analysis of routine data. BMJ 2003;327:1257-60.
16. Dixon J, Lewis R, Rosen R, Finlayson B, Gray D. Can the NHS learn from

- US managed care organizations? BMJ 2004;328:223-5.
- 17.** Elola J. Health care system reforms in western European countries: the relevance of the health care organization. Int J Health Serv 1996;26:239-51.
- 18.** Sevilla F. La gestión clínica: la gestión de lo esencial como estrategia de reforma del Sistema Nacional de Salud. Rev Administración San 2004;4:63-83.
- 19.** Gobierno de la Nación. Programa de Convergencia 1992-6. Madrid, marzo 1992.
- 20.** González B, Pellisé L, Barber P. La financiación pública de los servicios sanitarios en España. FEDEA, Documento de trabajo 95-13.
- 21.** Comisión Científica de Estudios de Desigualdades Sociales en salud en España. Desigualdades sociales en salud en España, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.
- 22.** Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Salud (1995). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.
- 23.** Rosanvallon P. Les trois crises de l'Etat-providence. Aujourd'hui 1982;57: 29-40.
- 24.** Rodríguez Attalejo F, Banegas JR, Guallar-Castillón P, Hernández Vecino R. Los programas de gestión de enfermedades y su aplicación a la enfermedad cardiovascular. Med Clín (Barc) 1999;113:704-9.

