

# Externalización, eficiencia y calidad (primera parte). Público y privado en la sanidad

**José R. Repullo**

Departamento de Planificación y Economía de la Salud. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Correspondencia: Dr. J.R. Repullo.

Jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III.

Sinesio Delgado, 8. 28029 Madrid. España.

Correo electrónico: jrepullo@isciii.es

### Resumen

La privatización y la externalización de servicios sanitarios se analizan desde la perspectiva de la economía y la gestión, explorando desde la teoría de los costes de transacción cuatro modalidades de externalización: centros, servicios asistenciales, servicios centrales y servicios generales. Se analizan los efectos potenciales de las externalizaciones y sobre esta base se indican ventajas y riesgos, situando el debate en el contexto del Sistema Nacional de Salud español, y se concluye con algunas consideraciones finales que afectan a la agenda política y de investigación.

**Palabras clave:** Externalización. Servicios de salud. Calidad. Eficiencia. Contratos. Costes de transacción.

### Introducción

Hay pocos temas que sean tan proclives al debate político e ideológico como la privatización y la externalización de los servicios públicos. Los argumentos de eficiencia, efectividad, calidad y satisfacción son usados de forma indistinta para defender o impugnar estas políticas. Sin restar legitimidad a las preferencias sociales que finalmente determinan las decisiones, desde la perspectiva del conocimiento no todos los argumentos tienen la misma verosimilitud o validez; el enfoque académico desde las ciencias económicas y de la gestión puede aportar alguna luz a este debate, y facilitar que la discusión política se sitúe en terrenos más sólidos y coherentes para la consecución del bienestar social<sup>1</sup>.

Esta revisión trata, en su primera parte, de la intervención pública en sanidad y los conceptos y alcance de la externalización, enmarcado en la teoría de los costes de transacción. En la segunda parte, se desarrollarán y analizarán las dimensiones y los puntos críticos que vinculan la eficiencia y la calidad con la externalización.

### Público y privado en sanidad

El desarrollo del “Estado del bienestar” tras la segunda Guerra Mundial, en los países de la Europa occidental, supone un cambio histórico en el papel de los poderes públicos, al responder a necesidades de los individuos que anteriormente estaban desatendidas<sup>2</sup>. En el caso de la salud, se da el salto

### Abstract

Outsourcing and privatization of healthcare services are analyzed from management and economics perspectives, examining four types of outsourcing from the transaction costs theory: centres, clinical services, diagnostic-therapeutic support services, and ancillary services. Potential effects of outsourcing are analysed, addressing the advantages and risks, and putting it into the context of the Spanish NHS. Some final remarks are made regarding policy and research agenda.

**Key words:** Outsourcing. Healthcare. Quality. Efficiency. Contracts. Transaction costs.

desde la tradicional competencia de higiene y salubridad hacia la protección económica o prestacional de servicios de asistencia sanitaria<sup>3</sup>.

En el ámbito académico está bien conceptualizado el “intervencionismo público” en la sanidad<sup>4</sup>, que esencialmente se origina y legitima por los “fallos del mercado” (características de la sanidad que impiden que el mercado actúe correctamente en la producción y la distribución de servicios de atención a la salud, al tratarse de bienes públicos o bienes tutelares, preferentes o de mérito<sup>5,6</sup>).

La respuesta del Estado puede ser la regulación (establecimiento de los seguros obligatorios de enfermedad), el subsidio-impuesto (normas tributarias o de cotización social que recolecten los fondos sanitarios) y la provisión-prestación (creación de una red de centros y servicios públicos), o bien una combinación variable de estos tres componentes<sup>7</sup>. Pero esta respuesta también tiene imperfecciones o “fallos del Estado”<sup>8</sup>, que se han ido evidenciando según han ido creciendo los grandes aparatos del Estado de bienestar. Frente a esto, y además de las propuestas neoliberales de reducir el tamaño y el papel del Estado, se han ido articulando alternativas de modernización o “nueva gestión pública”<sup>9</sup>. Se podría afirmar que los procesos de cambio y reforma, que desde los años ochenta se han sucedido en Europa, también guardan relación con ese intento de adaptarse a las presiones del entorno y superar las insuficiencias en la respuesta pública para desempeñar su función de aseguramiento colectivo de riesgos de enfermedad<sup>10</sup>.

Si bien cabe hablar de un razonable consenso sobre la función de financiación y aseguramiento público, la provisión

pública o integrada de servicios es objeto de menor nivel de apoyo político y social (de hecho, muchos países utilizan mayoritariamente la contratación de servicios). La tendencia a externalizar y privatizar la provisión pública ha crecido a lo largo de los años ochenta y noventa. En nuestro país, en los años ochenta se extendió la contratación externa de servicios generales, y en los noventa, diversas administraciones autonómicas han optado por modelos de externalización de centros y servicios sanitarios. Revisaremos estas políticas en el punto siguiente.

### **Las políticas de externalización de centros y servicios sanitarios**

En la producción-provisión pública de servicios nos encontramos un gradiente según su naturaleza: la administración de justicia, las prisiones, la policía, el ejército, etc., son funciones nucleares del Estado, que casi siempre se prestan por la función pública en el ámbito del derecho administrativo y la gestión presupuestaria; sin embargo, vemos que a veces alguna de estas funciones se escapan a modelos organizativos de mayor autonomía, como en el caso de la Agencia Tributaria. Otras actividades se suelen alejar más o menos del paradigma de la burocracia pública: la enseñanza, la sanidad, los servicios sociales, etc., en los que encontramos tanto un nivel diverso de concurrencia-competencia entre centros públicos y privados concertados (con o sin ánimo de lucro), como también con modelos de organización de lo público que se distancian de las burocracias administrativas. El caso es muy claro en el caso del sector público empresarial (radiotelevisión, empresas o monopolios públicos de telefonía, transporte, energía, agua, tabacos, etc.), donde la naturaleza de la actividad y la comercialización en el mercado de su producción permiten cambios en la titularidad a través de compra-venta de las acciones; en España este proceso de privatización ha sido muy importante<sup>11</sup>. La entrada en la Unión Europea lleva a un proceso de privatización en España del sector público empresarial con 103 iniciativas de privatizaciones de empresas (34 entre 1986 y 1996, y 69 entre 1996 y 2006); las realizadas entre 1996 y 1997 al amparo del programa de modernización del sector público empresarial supusieron el 3% del PIB nominal.

Cabría postular que los fallos del Estado se hacen particularmente evidentes cuando los servicios producidos son complejos, su tecnología de base presenta cambios rápidos o incluso turbulentos, y las preferencias del consumidor tienen mayor relevancia (nadie espera elegir al inspector de hacienda que revisará su declaración ni el juez que ha de juzgarle, pero sí al médico que ha de atenderle). No es tanto un problema de tamaño (el ejército y la policía tienen una notable dimensión), sino de cambio y complejidad. En este sentido, los servicios sanitarios son posiblemente el ejemplo más relevante dentro de los servicios públicos que hoy tutela el Estado. Y por eso, el debate de modernización de los sistemas de gestión, o de externalización de centros y servicios, ha sido un tema central en las políticas de cambio y reforma.

Aunque puede haber alguna controversia, los cambios en la gestión pública en el sentido de otorgamiento de autonomía y de cierta capacidad de gestión empresarial, pero que no lleguen a la gestión indirecta (o contratada-concertada), no deberían ser definidos como externalización. Estas “nuevas formas de gestión”, con independencia de la valoración de su idoneidad, no suponen cambio en los derechos de propiedad de la institución, y detrás del velo de su modo organizativo aparece claramente la responsabilidad patrimonial y de gobierno de la institución pública de la que depende; la naturaleza de su contrato es imperfecta (contratos de incentivos<sup>12</sup>), y en caso de graves problemas financieros no puede suspender pagos ni ir a la quiebra, pues el propietario público aparece detrás del velo haciéndose cargo de las obligaciones económicas<sup>13</sup>.

Por lo tanto, las formas de gestión directa que utilicen en mayor o menor medida el derecho privado (fundaciones, consorcios, entes o empresas públicas, etc.) no van a ser consideradas a estos efectos como procesos de externalización, sino cambios en los modelos de gobierno y gestión públicos. Sin embargo, la gestión indirecta sí debe considerarse externalización, bien sea que se haga por modelos clásicos de contratación o concierto, por concesión de obra pública (externalización de construcción y equipamiento a cambio de un canon, también llamadas PFI –*private finance initiative*–), o por concesión administrativa (se externaliza la construcción y prestación asistencial como en los centros sanitarios de Alcira, Denia, Torrevieja o Valdemoro)<sup>14-16</sup>. Las concesiones de obra pública de hospitales no parecen gozar de una fundamentación teórica muy solvente (la financiación pública es más barata que los créditos privados y el *know-how* de la inversión hospitalaria está históricamente integrado en el sector público), por más que a algunos políticos les haya entusiasmado, bien por conveniencia (expandir un insuficiente presupuesto de inversiones) o bien por ideología; los primeros datos empíricos parecen confirmar que esta fórmula detrae recursos de los servicios públicos convencionales<sup>16</sup>.

Cabría determinar cuatro situaciones de externalización de la provisión pública que tienen interés y afectan de modo diferente a la funcionalidad del servicio público:

1. Externalización de centros: el asegurador público contrata (o concierta en términos clásicos usados en España) con un centro sanitario privado una gama amplia de servicios sanitarios para una población protegida. Este centro privado (con o sin ánimo de lucro) debe ser una entidad independiente de las administraciones públicas (detrás del velo de la forma gestora no puede estar como propietario el propio asegurador público), y el contrato que liga a ambas partes debe ser un auténtico contrato comercial, arbitrado en último término por el poder judicial.

2. Externalización de servicios asistenciales: es el caso anterior pero limitado al ámbito de unidades que prestan servicios clínicos (implica interacción directa con pacientes). La externalización podría darse también en el caso de una unidad ubicada o que operara dentro del propio centro público (a modo de intraempresas); para que fuera considerada una auténtica externalización, debería cumplir los requisitos de separación de propiedad y de auténtico contrato entre partes.

3. Externalización de servicios centrales: sólo se diferencia del anterior en que las unidades contratadas son básicamente auxiliares a la función clínica en el ámbito de técnicas diagnósticas (analítica, radiografías...) o terapéuticas (fisioterapia, farmacia, etc.). Con independencia del componente clínico que muchas especialidades sanitarias de estos ámbitos tienen, la razón de diferenciar este grupo del anterior es que la definición de procesos y productos, la posibilidad de que viajen las muestras o la imagen y la capacidad de localizar estas actividades en otro lugar o en otra escala de organización, las convierten en más atractivas para ensayar estos modelos.

4. Externalización de servicios generales: en este caso, el objeto del contrato son servicios que existen también fuera del sector sanitario, y que por lo tanto no son esencialmente específicos de éste (aunque pueda ser necesaria alguna adaptación sectorial); cafetería, limpieza, lavandería, mantenimiento, alimentación, seguridad, aparcamiento, almacenes, etc. Estos servicios son los que lógicamente más han sido objeto de procesos de externalización.

Conviene aclarar algunos términos y conceptos. Externalización (*outsourcing*, traducido como subcontratación, externalización o tercerización) en el ámbito de la empresa significa que una organización reasigna recursos y tareas, que antes realizaba directamente, a otra empresa externa a través de un contrato; incluso puede hacerlo internacionalmente trasladando estos procesos a otros países (*off-shoring* o deslocalización). Visto desde la perspectiva de una entidad pública, curiosamente la externalización no equivale necesariamente a la privatización (aunque suele implicarlo): por ejemplo, podría haber una central pública de lavandería de ropa que sirviera a hospitales y otros centros sociosanitarios (de hecho el Servicio Madrileño de Salud tiene una heredada de INSALUD en Mejorada del Campo); desde la perspectiva de los hospitales y centros, esta función estaría "externalizada" pero no privatizada. Un ejemplo más reciente es la externalización de los servicios de radiología de varios hospitales de Madrid a través de la creación de una empresa pública (la Unidad Central de Radiodiagnóstico)<sup>17</sup>.

Cuando una organización necesita incorporar bienes o servicios a su proceso productivo, puede optar por proveerlos con sus propios medios, o comprarlos o contratarlos externamente (dilema *make or buy*); si hablamos de un ámbito mayor, una empresa puede integrar diversos segmentos productivos de la "cadena de valor" (materias primas, insumos especializados, comercialización, etc.) o bien relacionarse con otras empresas que se dediquen a estas parcelas del negocio (dilema *firm or market*). En esta revisión nos referiremos fundamentalmente al primer ámbito, sin menoscabo de que dentro del segundo sería interesante explorar en qué medida aseguradoras y proveedores integran o fusionan sus "negocios", o bien el debate de integración de niveles y servicios asistenciales como reto de cambio de la organización y práctica médica, aunque excedería el propósito de este trabajo<sup>18</sup>.

Las ventajas potenciales que se obtendrían de externalizar serían de tres tipos: *a)* gerencial: facilita centrar la fun-

ción directiva en competencias y procesos nucleares y críticos; *b)* flexibilidad gestora: desde la perspectiva del comprador, ésta se obtiene al convertir un coste fijo en variable o soportar menor rigidez a la hora de modificar cantidades contratadas; desde la perspectiva de la producción, hay ganancias de agilidad y funcionalidad en la organización de los recursos y servicios, y *c)* reducción de costes, que pueden producirse porque la empresa externalizada organiza mejor la función de producción (economías de escala al prestar, para muchas empresas, servicios de distribución de productos, de seguridad o mantenimiento, o mejoras de productividad al organizar mejor el trabajo, delegar funciones o automatizar tareas) o bien es capaz de reducir costes de los factores (negociando a la baja salarios o comprando equipamiento y material a menor precio).

Sin embargo, que las ventajas potenciales se realicen en la práctica depende de al menos dos aspectos fundamentales<sup>19</sup>:

1. Priorizar bien los procesos que interesa externalizar: no hacerlo con los core o nucleares (que son los que añaden el valor esencial y distinguen las competencias propias de la organización); sólo excepcionalmente hacerlos con los procesos "críticos" (que son fundamentales para el funcionamiento, pero no específicos o distintivos), y valorarlo como posible en los procesos "auxiliares" de baja especificidad y menor prioridad en términos de valor añadido a la producción.

2. Evaluar los riesgos concretos en que se puede incurrir al externalizar: éstos pueden ser operacionales (dificultades prácticas para el funcionamiento coordinado y continuo de los servicios, por ejemplo, los que podrían darse en hospitales cuyos servicios no clínicos dependan de una empresa externalizada), o ser de tipo estructural (el problema puede ser la propia relación con la empresa contratada, por ejemplo, al crearse una dependencia estratégica, el contratado pasa a capturar contractualmente al pagador<sup>20</sup>).

El análisis más detallado de los procesos de externalización nos aconseja profundizar en el marco de la teoría de costes de transacción.

### La perspectiva de los costes de transacción

La nueva economía institucional<sup>21</sup> aporta diversas teorías que ayudan a comprender y modelizar el comportamiento de organizaciones y sistemas complejos; en este caso, la teoría de costes de transacción puede ser muy relevante para orientar el análisis. Entendemos en sentido amplio como costes de transacción (CT) los costes en que incurrimos para hacer efectiva la transferencia de un bien, servicio u obligación entre agentes económicos.

El marco teórico de los CT fue construido por Coase, Williamson y North para explicar por qué una serie de transacciones se hacían a través del mercado (guiada por los precios), pero otras se realizaban dentro de las organizaciones guiadas por el papel coordinador del empresario que dirige la producción.

La opciones de integración-desintegración (*firm vs market*) o la de internalización-externalización (*make vs buy*) se configuran como modelos alternativos<sup>22</sup>, cuyas ventajas dependen en cada caso del balance entre los costes de transacción (mercado y contratación entre agentes económicos independientes) y los costes de organización (costes de coordinar, motivar y resolver disputas de los empleados dentro de una empresa). En general, se acepta que hay dos aspectos que determinan este balance entre costes de transacción y de organización: especificidad de activos e incertidumbre<sup>23</sup> (también se cita la frecuencia o repetición de transacciones).

1. Los activos (edificio, instalaciones, tecnología, competencias y especializaciones del personal, etc.) son específicos cuando están tan ajustados a un propósito que son muy difíciles de reasignar a otro proceso productivo o sector (hospital o cirujano, frente a local comercial o administrativo). A mayor especificidad de activos mayores son los CT, y más se utilizan mecanismos jerárquicos o de alianzas<sup>24</sup>, y menos se recurre al mercado.

2. La incertidumbre se refiere a la dificultad para conocer con anticipación y suficiente detalle y seguridad las características y el resultado de las acciones o procesos objeto de posible transacción; a más incertidumbre, contratos más incompletos y mayor posibilidad de comportamiento oportunista de las partes; los costes de transacción aumentan, y los modelos jerárquicos permiten mayor adaptabilidad a la incertidumbre.

Además, cuando hay innovaciones tecnológicas disruptivas o radicales, aparecen ventajas de la integración vertical, pues los costes de transacción se tornan muy altos: están mal definidos los términos de la transacción y se dispara el coste de persuadir, negociar, coordinar y enseñar a otras empresas.

Los costes de transacción se suelen clasificar en dos bloques<sup>25</sup>: a) costes "ex-ante" (es decir antes de obligarse los agentes económicos), que incluiría los costes de búsqueda (adquirir información y enfrentar los problemas de racionalidad limitada), y los de negociación (regateo y formalización contractual), y b) costes "ex-post" (tras la firma), que contempla los costes de monitorizar el cumplimiento de las obligaciones de las partes (vigilar pero también inhibir el comportamiento oportunista), y los de hacer cumplir los contratos en caso de disputas por especificaciones incompletas (arbitrajes o recursos a autoridad judicial).

En otras palabras, el mayor problema "ex-ante" reside en la dificultad de contratos completos y detallados que dejen todo "atado y bien atado". Cuanto más fácil sea llegar a una mejor definición y especificación contractual, habrá menos costes de transacción y tendrá mayor papel el mercado<sup>26</sup>.

La perspectiva de oportunismo depende también de variables sociológicas y culturales, a las que se ha dado el nombre de "capital social", acuñado entre otros por Putnam ("redes, normas y vínculos sociales que facilitan la coordinación y la cooperación para el beneficio mutuo")<sup>27</sup>. De hecho, la promoción del capital social llevaría a reducir los costes de transacción al extender las bases de confianza en que se desenvuelven las transacciones económicas<sup>28</sup>.

En todo caso, el tema clave es la mensurabilidad o la capacidad de delimitar los atributos de los bienes y servicios intercambiados (lo cual plantea problemas en el ámbito clínico especialmente); a menor mensurabilidad, mayores costes de transacción y más papel de la jerarquía y la integración organizativa.

Los problemas de mensurabilidad tienen tres efectos negativos fundamentales, que suponen costes para el financiador-asegurador: a) el proveedor puede reducir cantidades y calidades en todo aquello que no esté especificado; b) el proveedor puede cumplir cantidades pero hacer ahorro con calidades (que en general son menos sencillas de especificar), y c) el proveedor puede instaurar acciones extraordinarias para cumplir formalmente las especificaciones contractuales, pero sin que esto suponga ganancia en cantidad o calidad de servicios (por ejemplo, el juego de codificación de DRG, para aumentar el peso del proceso facturable, llamado *DRG-creeping*).

## Bibliografía

1. López-Casasnovas G, editor. El interfaz público-privado en salud. Barcelona: Masson-Elsevier; 2003.
2. Ringen S. The possibility of politics. A study in the Political Economy of the Welfare State. Oxford: Clarendon Press; 1987.
3. Repullo JR, Segura A. Salud Pública y sostenibilidad de los sistemas públicos de salud. Rev Esp Salud Pública. 2006;80: 475-82.
4. Gimeno J. La eficiencia y los fallos del mercado: el intervencionismo público. En: Gimeno J, Rubio S, Tamayo P, editores. Economía de la salud: fundamentos. Manuales de dirección médica y gestión clínica. Madrid: Díaz de Santos; 2005. p. 143-92.
5. Rubio S. Glosario de planificación y economía sanitaria. 2.<sup>a</sup> ed. Madrid: Díaz de Santos.
6. Olmeda M. La satisfacción pública de las necesidades tutelares: un caso de provisión o regulación públicas. Ponencia presentada al III Encuentro de Economía Pública. Sevilla; 9-10 febrero, 1995 [citado Ene 2008]. Disponible en: <http://www.uv.es/%7Eolmedam/olmeda95.pdf>
7. Le Grand J, Robinson R. The economics of social problems, the market versus the State. London: MacMillan; 1990. p. 47-53.
8. Lipsey R, Harbury C. First principles of economics. London: Weidenfeld and Nicolson; 1990. p. 276-7.
9. Ortún V. Gestión pública: conceptos y métodos. Revista Asturiana de Economía. 1995;4:179-93 [citado Ene 2008]. Disponible en: <http://www.econ.upf.edu/~ortun/publicaciones/RAE95.pdf>
10. Repullo JR. Los sistemas sanitarios en transición. En: Antequera JM, Arias E, editores. Sistema sanitario y recursos humanos: Manual para gestores y profesionales. Madrid: Díaz de Santos-IAS; 2005. p. 2-32.
11. Maravall C. ¿Se puede dinamizar el sector servicios? Un análisis del sector y posibles vías de reforma. Documento de Trabajo 117/2007. Madrid: Fundación Alternativas; 2007. p. 54-6 [citado Ene 2008].

- tado Ene 2008]. Disponible en: [http://www.falternativas.org/base/download/a0e2\\_09-10-07\\_doc117.pdf](http://www.falternativas.org/base/download/a0e2_09-10-07_doc117.pdf)
12. González-Páramo JL, Onrubia J. Información, evaluación y competencia al servicio de la gestión eficiente de los servicios públicos. *Papeles de Economía Española*. 2003;95:2-23.
  13. Cabasés JM. Asistencia sanitaria pública y privada en España. En: López Casasnovas, editor. *El interfaz público-privado en sanidad*. Barcelona: Masson-Elsevier; 2003. p. 138-56.
  14. Prieto A, Arbelo A, Mengual E. El papel de la financiación público-privada en los servicios sanitarios. Documento de trabajo n.º 99, 13 diciembre 2006 [citado Ene 2008]. Madrid: Laboratorio Fundación Alternativas. Disponible en: [http://www.falternativas.org/base/download/ff71\\_13-12-06\\_Doc99.pdf](http://www.falternativas.org/base/download/ff71_13-12-06_Doc99.pdf)
  15. McKee M, Edwards N, Atun R. Public-private partnerships for hospitals. *Bulletin of the World Health Organization*; 2006, November; 84(11) [citado Dic 2008]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/84/11/06-030015.pdf>
  16. Hellowell M, Pollock AM. Private finance, public deficits. A report on the cost of PFI and its impact on health services in England. Edinburgh: The Centre for International Public Health Policy; 2007 September [citado Dic 2008]. Disponible en: [http://www.health.ed.ac.uk/CIPHP//Documents/CIPHP\\_2007\\_PrivateFinancePublicDeficits\\_Hellowell\\_000.pdf](http://www.health.ed.ac.uk/CIPHP//Documents/CIPHP_2007_PrivateFinancePublicDeficits_Hellowell_000.pdf)
  17. Ley de Medidas Fiscales y Administrativas para 2008. BOCAM n.º 40 de 27 de diciembre de 2007, artículo 14.
  18. Ibern P. Evolución de las organizaciones sanitarias: papel de la hospitalización y actividad ambulatoria. En: Ibern P, editor. *Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance*. Barcelona: Masson-Elsevier; 2006. p. 95-115.
  19. Aron R, Singh JV. Getting offshore right. *Harv Bus Rev*. 2005; 83:135-43.
  20. Arruñada B, Vazquez XM. When your contract manufacturer becomes your competitor. *Harv Bus Rev*. 2006;84:135-40.
  21. Martin-Martin J. Instituciones sanitarias y formas de gestión. En: Repullo JR, Iñesta A, editores. *Sistemas y servicios sanitarios. Manuales de dirección médica y gestión clínica*. Vol 1. Madrid: Díaz de Santos; 2006. p. 199-241.
  22. David RJ, Han SK. A systematic assessment of the empirical support for transaction cost economics. *Strategic Management Journal*. 2004;25:39-58.
  23. Jacobides MG, Winter SG. The co-evolution of capabilities and transaction costs: explaining the institutional structure of production. *Strategic Management Journal*. 2005;26:395-413.
  24. David RJ, Han SK. A systematic assessment of the empirical support for the transaction cost economics. *Strategic Management Journal*. 2004;25:29-58.
  25. Marini G, Street A. A transaction cost analysis of changing contractual relations in the English NHS. *Health Policy*. 2007; 1:17-26.
  26. Ashton T. Contracting for health services in New Zealand: a transaction cost analysis. *Social Science and Medicine*. 1998; 3:357-67.
  27. Mladovsky P, Mossialos E. A conceptual framework for community-based insurance in low-income countries: social capital and economic development. London: LSE Health; 2006.
  28. Arias-Moreira XC. Las relaciones entre descentralización y capital social: argumentos teóricos y referencia española. *Ekonomiaz*. 2005;59:118-35.