

## Sistema sanitario público/privado: equidad, eficiencia. Propuestas de sustentabilidad

Sanitary system private/ state: equity, efficiency. Proposals for sustainability

Rafael Rodríguez-Contreras Pelayo

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública y Hospital Universitario San Cecilio. Universidad de Granada, España

### Resumen

**Introducción:** El objetivo del presente trabajo es analizar los modelos sanitarios de diferentes países según nivel de desarrollo y estructura de gasto, para considerar si hay relación entre su equidad (universalidad e igualdad en el acceso, calidad y prestaciones) y eficiencia (relación entre los resultados sanitarios obtenidos en la población y los costes de los recursos movilizados para su implementación) con respecto a su financiación y gestión (pública/privada). Tras ello se realizan una serie de propuestas para conseguir su sustentabilidad.

**Material y métodos:** Se utilizan indicadores sanitarios, elaborados por el PNUD (Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo) y la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos). Se compara la posición de España con la de otros países según su clasificación por nivel de desarrollo, con los gastos sanitarios públicos y privados así como la razón entre ellos, los gastos sanitarios por habitante ajustados por paridad de poder adquisitivo, su proporción en relación al PIB, así como su capacidad de control del gasto en los últimos 10 años.

**Resultados:** España en relación a países con mejor y mayor desarrollo social, a los que debemos acercarnos: a) destina menos recursos sanitarios por habitante que ellos, b) tiene una proporción de gasto privado frente al gasto público en salud, superior a la mayoría y c) ha frenado el crecimiento del gasto en los diez últimos años con más eficacia que ellos.

**Discusión:** Se analizan dichos resultados, en relación a la equidad y eficiencia de los diversos modelos sanitarios, teniendo en cuenta tanto su posición según el Índice de Desarrollo Humano como su proporción de intervención privada y se concluye señalando cómo los modelos sanitarios públicos, si se dan determinadas condiciones, suelen ser no sólo más equitativos sino también más eficientes que los privados.

*Palabras clave:* Gasto sanitario, coste sanitario, equidad, eficiencia, gasto sanitario por habitante, sustentabilidad.

### Abstract

**Introduction:** The aim of this study was to analyze health models of different countries according to the development and expenditure structure, to determine if there is a relationship between the equity (universality and equality in access, quality and performance) and efficiency (relationship between health outcomes and costs) with respect to financing and management (public / private). According to this results a number of proposals to ensure their sustainability are suggested.

**Material and methods:** Health indicators are used, developed by the UNDP (United Nations Development Programme) and the OECD (Organization for Economic Cooperation and Development). The position of Spain with other countries as classified by level of development is compared, with public and private health expenditures as well as the ratio between them, health expenditures per capita adjusted for purchasing power parity, their proportion in relation to Gross Domestic Product (GDP), as well as their ability to control spending in the past 10 years.

**Results:** Spain, in relation to others countries with more and better social development, to which we should approach a) Spends less per capita health care resources, b) has an expensive ratio of private vs public health spending and c) has a slow spending growth in the past decade.

**Discussion:** Analyze these results, in terms of equity and efficiency of the various models of health, taking into account its position according to the human development index and its greater or lesser proportion of private speech and concludes by pointing out how health models under certain conditions, are more equitable but also more efficient than the private ones.

*Keywords:* Sanitary expense, sanitary cost, equity, efficiency, sanitary expense for inhabitant, sustainability.

## INTRODUCCIÓN

España - con un gasto sanitario por habitante menor que el de la media de los países de la OCDE, y cuyo crecimiento ha controlado con más eficacia - (1,2), está obligada, si quiere proteger su Sistema Nacional de Salud (SNS), a realizar en él reformas estructurales, que aborden seriamente la situación de la creciente, opaca y descontrolada deuda sanitaria y que mejoren su calidad, equidad y eficiencia.

Para ello se hace indispensable que las administraciones asuman el compromiso de priorizar el sistema sanitario público, a través de mejoras tanto de su dotación financiera, como sobre todo organizativa y de gestión, realizadas de forma transparente, que permitan ser evaluadas por entes independientes y cualificados, luchando para garantizar su sustentabilidad, dada su enorme importancia para mantener la estabilidad social.

Asimismo sería necesario conocer la evolución de características esenciales que definen la calidad de un sistema sanitario como son: la continuidad en la atención, la integración de los niveles asistenciales, la accesibilidad y la aceptabilidad de los usuarios.

No disponemos de información suficiente en relación a las dos primeras características. La que existe muestra que, si bien han mejorado desde el inicio de la reforma sanitaria, todavía tienen mucho camino por recorrer (3,4).

Si la hay, aunque opaca e insuficiente sobre la accesibilidad, conociéndose en relación a las listas de espera, que los enfermos quirúrgicos, tienen 76 días como tiempo medio de espera y que más del 9'8% de los pacientes deben aguardar por encima de seis meses para ser operados. Asimismo un 37% de los enfermos, sufren un retraso de más de sesenta días para acceder a las consultas del SNS (5).

Las encuestas que el Ministerio de Sanidad pone en marcha para conocer la valoración - aceptabilidad - que le otorgan los ciudadanos, nos indican que ha crecido la proporción de los que creen que dicho sistema funciona bastante bien o sólo bien pero que necesita cambios. Aunque un 28.1% de los varones y un 24% de las mujeres consideran que estos, deben ser cambios fundamentales ó que debe rehacerse por completo.

Asimismo, la mayoría prefieren, en una proporción cercana al doble, los centros públicos (hospitalización, consultas de atención primaria y urgencias) a los privados. Teniendo en la mejor tecnología y en la superior capacitación de sus profesionales, las principales razones para su elección; mientras que en la demora a la atención y en la falta de confort, las principales para su rechazo (6).

Si bien estos valores reflejan la opinión de los ciudadanos, entre los profesionales, crece el número de quienes se sienten agraviados y en muchos casos excluidos, por un modelo donde la promoción viene asociada más a la pertenencia política, que al rigor y cualificación profesional, cosa que genera ineficiencia y denota la politización de la gestión (7).

Recientemente la CEOE, señala que se ha producido en España un crecimiento desbordante, entre 2003-2009, tanto del personal como del gasto en las Comunidades Autónomas, principalmente en sanidad y educación, indicando que "los mayores incrementos no están en el aumento del número de funcionarios o en los sueldos regidos por los presupuestos, sino en el abultado crecimiento de organismos, entes, empresas y agencias públicas que han podido eludir el control del gasto público (8).

Definir el nivel óptimo del gasto total en salud, su composición público/privada, la organización del sistema y su estructura de gestión, con el fin de alcanzar los mejores resultados con iguales recursos, es tarea de gran complejidad al afectar tanto a elementos técnicos, como ideológicos, culturales y políticos de la sociedad.(9) Pero ello debe estimularnos para intentar racionalizar el análisis a partir de experiencias reales, aún a sabiendas de que la gran diversidad de los sistemas sanitarios existentes y la de los países en los que están inmersos, hará difícil alcanzar dicho objetivo, porque no permitirá eliminar completamente los sesgos inherentes.

Desde una aproximación epidemiológica de salud pública vamos intentar analizar si existe relación entre la razón del gasto sanitario público/privado y la equidad (universalidad e igualdad en el acceso, calidad y prestaciones) y la eficiencia (relación entre los resultados sanitarios obtenidos en la población y los costes de los recursos movilizados para su implementación) de los sistemas sanitarios de diversos países asociada a su nivel de desarrollo.

La Organización Mundial de la Salud (2008) (10) señala una correlación clara entre nivel de desarrollo bajo y el elevado porcentaje del gasto sanitario privado. Así, en las economías sanitarias de gasto y crecimiento bajo más del 65% del total del gasto sanitario corresponde a gasto privado, mientras que en las economías sanitarias de desarrollo elevado alrededor del 60% del total del gasto corresponde a gasto público. Señalándose como salvedad que sólo EE.UU. entre los países muy ricos, presenta un gasto sanitario privado superior al público, a semejanza de lo que ocurría entre las naciones pobres. La India presenta, como privado, cerca del 80% del total del gasto sanitario.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos de donde partimos proceden del Informe sobre Desarrollo Humano 2007-2008 del PNUD (11), de los que se consideran: su número en la clasificación según el Índice de Desarrollo Humano, el gasto sanitario público y privado expresados como porcentajes del valor del Producto Interior Bruto (PIB) y el gasto sanitario total per cápita ajustado por paridad de poder adquisitivo (para poder hacer comparaciones no sesgadas). También de las estadísticas de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) de 2011 (1, 12, 13) referidas a la estructura del gasto sanitario en 2009 - público y privado- como porcentaje del total del gasto, así como el gasto total sanitario por habitante ajustado por paridad de poder adquisitivo.

## RESULTADOS

Si analizamos los valores de España -que ocupaba el número trece de la clasificación del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en el Informe sobre desarrollo humano 2007-2008 en relación al del resto de países que ocupan los primeros veintidós lugares, nos encontramos:

1º Nuestro gasto total sanitario por habitante ajustado por paridad de poder adquisitivo (2.099 dólares), es sólo superior al de Nueva Zelanda e inferior al resto de los otros veinte. (Tabla nº 1).

2º La proporción del gasto sanitario privado frente al público en España, es superior a la de Islandia, Noruega, Irlanda, Suecia, Japón, Países Bajos, Francia, Finlandia, Dinamarca, Austria, Reino Unido, Bélgica, Luxemburgo, N. Zelanda, Italia y Alemania y sólo menor a la de Australia, Canadá, Suiza y EE.UU. (Tabla nº 1).

Si realizamos ahora comparaciones de nuestros valores, con los de las Naciones miembros de la OCDE y en base a las últimas cifras publicadas en 2011 (1, 12, 13), nos encontramos:

3º El gasto total sanitario por habitante, ajustado por paridad de poder adquisitivo, sitúa a España con 3.067 dólares, por debajo de la media de la OCDE, donde sólo Grecia, Polonia y Portugal, de entre un total de dieciocho miembros europeos, destinan menor cantidad de recursos per cápita que nosotros. (Tabla nº 2)

4º Nuestra proporción de gasto privado frente al público, es superior a la de Austria, Alemania, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Islandia, Italia, Japón, Luxemburgo, Noruega, Reino Unido y Suecia e inferior a la de Australia, Canadá, Corea, Chile, Estados Unidos, Grecia, México, Polonia, Portugal, Suiza y Turquía. (Tabla nº 2)

5º Que de entre todos los países de la OCDE, sólo México, Chile y EE.UU. (este último - el principal ejemplo del país que más apuesta por el mercado de aseguradoras privadas- tiene el gasto sanitario por habitante más elevado del mundo y una atención que deja sin seguro médico aproximadamente a 46 millones de personas), presentan gastos privados en salud superiores a los

**Tabla 1. Gasto sanitario público, privado y por habitante 2004**

Nº IDH Países	Gasto Público (% PIB) 2004	Gasto Privado (% PIB) 2004	Gasto Público/ Gasto Privado	G. per cápita (PPA \$ USA)
1. Islandia	8'3	1'6	5'18	3.294
2. Noruega	8'1	1'6	5'06	4.080
3. Australia	6'5	3'1	2'10	3.123
4. Canadá	6'8	3'0	2'27	3.173
5. Irlanda	5'7	1'5	3'80	2.618
6. Suecia	7'7	1'4	5'50	2.828
7. Suiza	6'7	4'8	1'40	4.011
8. Japón	6'3	1'5	4'20	2.293
9. Países Bajos	5'7	3'5	1'63	3.092
10. Francia	8'2	2'3	3'56	3.040
11. Finlandia	5'7	1'7	3'35	2.203
12. EE.UU.	6'9	8'5	0'81	6.096
13. España	5'7	2'4	2'38	2.099
14. Dinamarca	7'1	1'5	4'73	2.780
15. Austria	7'8	2'5	3'12	3.418
16. Reino Unido	7'0	1'1	6'36	2.560
17. Bélgica	6'9	2'8	2'46	3.133
18. Luxemburgo	7'2	0'8	9'00	5.178
19. N. Zelanda	6'5	1'9	3'42	2.081
20. Italia	6'5	2'2	2'95	2.414
21. Hong Kong	---	---	---	---
22. Alemania	8'2	2'4	3'42	3.171

**Tabla 2. Estructura del gasto sanitario y gasto por habitante. 2009**

Países OCDE	G. Público (% del total)	G. Privado (% del total)	G. Público/ Privado	G. per cápita (PPA \$ USA)
Austria	77'7	22'3	3'48	4.289
Australia (2008)	68'0	32'0	2'12	3.445
Alemania	76'9	23'1	3'33	4.218
Bélgica	75'1	24'9	3'02	3.946
Canadá	70'6	29'4	2'40	4.363
Corea	58'2	41'8	1'40	1.879
Chile	47'4	52'6	0'90	1.186
Dinamarca	84'5	15'5	5'45	4.348
España	73'6	26'4	2'79	3.067
EE.UU.	47'7	52'3	0'91	7.960
Finlandia	74'7	25'3	2'95	3.226
Francia	77'9	22'1	3'52	3.978
Grecia (2007)	60'3	39'7	1'52	2.724
Islandia	82'0	18'0	4'56	3.538
Italia	77'9	22'1	3'52	3.137
Japón (2008)	80'8	19'2	4'21	2.878
Luxemburgo	85'0	15'0	5'67	4.808
México	48'3	51'7	0'93	918
Noruega	84'1	15'9	5'29	5.352
Países Bajos	---	---	---	4.914
Polonia	72'2	27'8	2'60	1.374
Portugal (2008)	66'1	33'9	1'95	2.508
Reino Unido	84'1	15'9	5'29	3.487
Suecia	81'5	18'5	4'41	3.722
Suiza	59'7	40'3	1'48	5.144
Turquía (2008)	73'2	26'8	2'73	902
OCDE				3.223

públicos, a semejanza de lo que ocurre en la mayoría de los países de bajo desarrollo.

6º Que el crecimiento del gasto sanitario en España en los últimos 10 años fue del 2'7% anual, frente al 4'1% de promedio en la OCDE y del 7'5% en los EE.UU. (2)

Todo lo anterior nos permite afirmar que España: a) destina menos recursos sanitarios por habitante que los países a los que debemos acercarnos por su mejor y mayor desarrollo social, b) tiene una proporción de gasto privado en salud superior al de la mayoría de esos mismos países, que están más desarrollados que nosotros y c) ha frenado el crecimiento del gasto en los diez últimos años con más eficacia que ellos.

## DISCUSIÓN

La mejora de la salud de la población, principal objetivo de un sistema sanitario, ha de tener en la equidad y en la legitimidad social (universalidad, accesibilidad, satisfacción y participación) los medios indispensables para alcanzarlo. El balance entre ellos y el coste a través del que se consigue definen la eficiencia de un sistema.

La Organización Mundial de la Salud, en su "Informe sobre la salud en el mundo 2000" (14) ha señalado que "lo que parece deducirse de los estudios sobre la eficiencia relativa de los sistemas sanitarios de los países desarrollados es que lejos de existir una relación de sustitución, equidad y eficiencia, están asociadas y que los sistemas sanitarios más igualitarios son más eficientes que aquellos que se apoyan más en el mercado".

Reforzando los mismos criterios que asocian la eficacia a la equidad, el propio Banco Mundial (15) mantiene: «la experiencia de la mayor parte de los países [...] tiende a probar que los gobiernos deben jugar un papel mayor en la financiación de los cuidados de salud en apoyo de la equidad y también de la eficacia [...]; los recursos privados son a menudo grandes despilfarradores en cuidados inefectivos por falta de regulaciones o controles estatales».

De manera análoga, expresando la mayor eficiencia del sistema público en países desarrollados se han pronunciado diversos autores (16, 17, 18)

La experiencia de Canadá (en las décadas de los sesenta y setenta) del cambio de aseguradoras privadas a la seguridad social pública, permite asociar dicho proceso a una mejora en la salud de la población, a un aumento del estatus económico y a un incremento del empleo de la comunidad, habiéndose favorecido a la vez la eficacia y la equidad (19).

Refuerza esta idea el resultado de los últimos análisis llevados a cabo para valorar la eficiencia de los sistemas sanitarios de los países miembros de la OMS (14, 20) que realiza esta organización, aún con la cautela que hay que tomarla. España ocupa el lugar número séptimo de una lista que encabeza Francia y donde EE.UU. ocupa el número 37.

Por último tenemos el ejemplo de Holanda donde a partir del año 2006 desaparece el modelo tradicional que mezclaba el sector público -con una cobertura del 60% de la población- con el privado. Desde entonces el Estado se encarga sólo de fijar los límites de los servicios de salud esenciales para toda la población, quedando su gestión en manos de varias aseguradoras privadas. Al animar la competencia privada, se esperaba lograr una reducción del gasto sanitario, cosa que sin embargo no ha ocurrido sino al contrario.

Según un análisis realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública holandés (21), se pueden señalar: a) una serie de luces -mayor capacidad de elección de los usuarios- b) dudas - apenas ha mejorado la calidad ni el acceso- y c) sombras (se ha aumentado mucho el gasto sanitario que ha pasado del 9% en 2006 al 12% en 2011 del PIB: las aseguradoras señalan pérdidas en su gestión, por lo que se anuncia una reducción de las prestaciones; ha crecido mucho el número de familias que han dejado de pagar la prima del seguro y no hay suficiente información sanitaria de

calidad por parte de ellas).

El Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte holandés indica que aún es pronto para sacar conclusiones definitivas.

Lo que precede, refuerza un consenso creciente que lleva a considerar que la equidad y la eficiencia de un sistema sanitario, van frecuentemente asociadas entre sí... si se refuerzan mecanismos de transparencia, evaluación y control, se promueve un mayor desarrollo de la atención primaria de salud y se consigue una mejor integración entre niveles asistenciales. Por todo lo que precede, realizar una apuesta liberalizadora tal vez consiga que el Estado pueda reducir sus inversiones en un corto plazo y con ello disminuir sus compromisos y deudas; pero en un plazo medio y largo suponga pérdidas en la equidad y eficiencia en un elemento esencial para la estabilidad social.

Lo anteriormente expuesto exige, con el fin de garantizar el mantenimiento de nuestro Sistema Nacional de Salud, acometer un conjunto de acciones importantes o propuestas de sustentabilidad, de entre las que se detallan algunas:

1ª Debe establecerse un pacto entre partidos para garantizar su sostenibilidad, sobre la base de un documento técnico de análisis del sistema, elaborado por una comisión de profesionales de reconocido prestigio e independencia.

2ª Hay que reforzar la Atención Primaria de Salud, así como las Estrategias Poblacionales de Salud Pública, conociendo la mayor eficiencia y equidad que conllevan, y sabiendo que sólo se destina el 15% del total del gasto público a dicha Atención Primaria frente al 54% en el de la especializada y donde los servicios de salud pública reciben únicamente el 1% del total de dicho gasto. Además el crecimiento en el coste por persona protegida, en monedas constantes, ha sido más de cincuenta veces superior en la atención especializada que en la primaria, desde el inicio de la reforma sanitaria (22).

3ª Se debe garantizar la equidad entre Comunidades Autónomas, hoy rota. Con los datos para 2012 de los presupuestos sanitarios de todas la CCAA, excepto las de Castilla la Mancha, nos encontramos con una gran diferencia - el 46'84%- entre los fondos destinados a la atención por habitante en el País Vasco y los correspondientes a la comunidad valenciana (2). Esta enorme diferencia impedirá dar la misma calidad y cantidad de prestaciones. No podemos permitir que se consolide una ruptura de la equidad por razón de pertenencia a diferentes Autonomías, por contravenir lo establecido en la Constitución.

Habría que recuperar la capacidad de control y coordinación del Ministerio de Sanidad y darle al Consejo Interterritorial de Sanidad, carácter ejecutivo.

4ª Hay que desarrollar un sistema de información transparente y unificado. Este es un elemento esencial para poder evaluar tanto el funcionamiento como la calidad del Sistema Nacional de Salud. El Estado debe garantizar, una estructura independiente y profesional, que nos permita conocer las informaciones de interés y relevancia, tanto a nivel nacional como autonómico para valorar la calidad, equidad y eficiencia del Sistema. Sin él, hablar de continuidad, integración entre niveles, listas de espera y derecho a la libre elección, es poco profesional y honesto.

5ª Debemos realizar políticas de personal, transparentes, fáciles de conocer y coherentes para mejorar la eficiencia. Donde se prime la capacidad y motivación profesional de manera imparcial y se garantice una retribución en función de resultados.

6ª Hay que incrementar los recursos del SNS. Una consideración no desdeñable, pasa por conocer que el precio del tabaco en España en 2009 era un 28% más bajo que el de la media de la Europa de los 27. De igual manera lo era en un 16%, el del alcohol (23). En 2011, su precio conjunto era un 17% mas barato que el de la media europea (24), siempre con valores comparables, al ajustarse por paridad de poder de compra.

Ambos -junto a componentes presentes en la comida basura- constituyen los principales factores de riesgo para la salud, en los países desarrollados como el nuestro. Por ello incrementar sus

precios y con dicho aumento mejorar la financiación del Sistema, sería un mecanismo coherente, que gravara las conductas personales inadecuadas para la salud.

También debería analizarse con rigor el mecanismo del copago, para valorar su incorporación, utilizando todos los mecanismos correctores necesarios para proteger la equidad entre los ciudadanos.

7ª Sería necesario incrementar el número de camas de enfermos crónicos y de hospitales de día, ambos con tasas muy por debajo de los de la media de la Unión Europea (13 y 0'8 por cada 100.000 habitantes respectivamente), dado que alrededor del 20% de las camas de los hospitales de agudos están ocupadas por enfermos crónicos, lo que genera gran ineficiencia, dado que el coste de las camas de agudos es hasta seis veces superior (2).

8ª Habría que generar un organismo de evaluación independiente y único para España, que analice tanto a la industria farmacéutica, como a la de nuevas tecnologías, (integrándolas en el marco de una política estratégica de Salud Pública), dado su enorme repercusión en el aumento de los costes.

Y por último sería esencial:

9ª Someter a una evaluación, con periodicidad trianual a todos los elementos del Sistema Sanitario (usuarios, profesionales y administradores sanitarios públicos). Dicha evaluación, realizada por un órgano imparcial, constituido por profesionales de reconocida solvencia profesional e independencia partidista nos permitiría corregir deficiencias en el uso, gestión y control profesional, financiero y político del Sistema Nacional de Salud, y mejorar su legitimidad ante la población.(7)

Se ha planteado en ocasiones que lo público tiene en el funcionamiento su principal factor limitante para alcanzar la eficiencia, mientras que lo privado, lo tiene en el beneficio, por ser su principal razón de ser. Actualmente, debería pensarse en lo político como en el elemento más ineficiente de lo público, al anteponer sus privilegios, a los derechos de la sociedad a la que debieran servir.

Sólo su evaluación continuada, imparcial e independiente y la eliminación de prerrogativas que les permiten ejercer de juez y parte – con lo que se pervierte la democracia, al debilitar la igualdad ante la ley- podrán regenerar la vida pública y hacer que, con su ejemplo, se recupere el derecho a la dignidad y al compromiso como una parte esencial del espíritu de lo humano.

## REFERENCIAS

1. OECD (Organization for Economic Cooperation and Development).(2011). Profil statistique par pays : Espagne. Profils statistiques par pays: Tableaux-clés de l'OCDE., doi: 10.1787/csp-esp-table-2011-1-fr
2. Federación de Asociaciones para la defensa de la sanidad pública. La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Análisis de la situación y propuestas para asegurarla. 2011. [www.actasanitaria.com/.../doc\\_65351\\_FICHERO\\_NOTICIA\\_54511](http://www.actasanitaria.com/.../doc_65351_FICHERO_NOTICIA_54511)
3. Gastón J.L, Rodríguez-Contreras R, Aguado J. A. et al. Integración entre niveles asistenciales: propuesta de un indicador. Rev. San. Hig. Pub. 1991; 65:429-46.
4. Rodríguez-Contreras R, López R.M, Aguado J. A. et al. La continuidad inter episodios en atención primaria de salud: propuesta de un indicador. Bol. Of. Sanit. Panam. 1993; 3:114-28
5. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Sistema de información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Situación a 30 de Junio de 2012. [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadísticas/infoRecopilaciones/docs/LISTAS\\_PUBLICACION\\_CI\\_JUN\\_12\\_18122012.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadísticas/infoRecopilaciones/docs/LISTAS_PUBLICACION_CI_JUN_12_18122012.pdf)
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario 2011. Madrid; 2012. <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadísticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>
7. Consejo Andaluz de Colegios de Médicos. La sanidad pública andaluza ante el nuevo milenio. Criterios de sustentabilidad del estado de

bienestar. Editorial MAFRE S.A.: Madrid; 2001.

8. CEOE (Confederación Española de Organizaciones Empresariales). Informe: Debate de la eficiencia del sector público: una contribución en el ámbito del número y coste de personal. Departamento de Economía. Servicio de estudios. Madrid; 2011.

<http://www.ceoe.es/ceoe/contenidos.calendario.action>

9. Rodríguez-Contreras R, Gil B. El Sistema Nacional de Salud: equidad frente a eficiencia. Rev Clin Esp. 2003; 203: 296-8.

10. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008 La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Capítulo 5 (85-100pp). Ginebra; 2008.

11. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano 2007/8 La lucha contra el cambio climático: Solidaridad frente a un mundo dividido PNUD. Ed. Mundi-Prensa. Nueva York; 2009.

12. OECD (Organization for Economic Cooperation and Development). Dépenses publiques de santé En pourcentage des dépenses totales de santé. Tableaux-clés de l'OCDE - ISSN 2075-8499 - © OECD 2012. <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CSP2010&Lang=fr>

13. OECD (Organization for Economic Cooperation and Development). Dépenses totales de santé par tête À prix courants et en parité de pouvoir d'achat. Santé : Tableaux-clés de l'OCDE - ISSN 2075-8499 - © OECD 2012 StatExtracts, [www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata) 2012

14. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño sobre los sistemas de salud. Genève; 2000. Capítulo 4(83-106).

15. Banco Mundial. Strategie Sectorielle: Santé, nutrition et population. Washington; 1997

16. Hollingsworth B. The measurement of efficiency and productivity of health care delivery. Health Economics 2008;17: 1107-28.

17. Lee KH, Yang SB, Choi M. The association between hospital ownership and technical efficiency in a managed care environment. Journal of Medical Systems 2009; 33: 307-15.

18. Herr A. Cost and technical efficiency of German hospitals: does ownership matter? Health Economics 2008;17: 1057-71.

19. Gruber J, Hanratty M. The labor-market effects of introducing national health insurance: evidence from Canada. JBES 1995;13: 163-73.

20. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2010 Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Capítulo 4 (67-94). Ginebra; 2010.

21. Dutch Health Care Performance Report 2010 National Institute for Public Health and the Environment The Netherlands P.O. Box 1 | 3720. BA Bilthoven 2010.

22. Abril F. Comisión de Análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud. Informe y Recomendaciones. Informe Abril. Madrid; 1991.

23. Eurostat. [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/publications/collections/news\\_releases](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/publications/collections/news_releases) Comparaison des niveaux de prix au sein de l'UE27 en 2009.94/2010. Communiqué presse 94/2010.

24. Eurostat. [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_PUBLIC/2-22062012-AP/FR/2-22062012-AP-FR.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/2-22062012-AP/FR/2-22062012-AP-FR.PDF).2012. Communiqué presse 98/2012.