

LA RELACIÓN ENTRE IDEOLOGÍA Y EFICIENCIA DE LOS SISTEMAS SANITARIOS. UNAS NOTAS DE CARA A LA REFORMA DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

Javier Elola ^{1,2} / Javier Nieto ³ / Jordi Sunyer ^{3,4} / Antonio Daponte ¹

¹ Department of Health Policy and Management, School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University.

² Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid. ³ Department of Epidemiology, School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University. ⁴ IMIM, Universitat Autònoma de Barcelona

Resumen

El presente trabajo explora la relación entre ideología y sistema sanitario. Para ello: analiza la relación entre ideología y organización del sistema sanitario, define el concepto de eficiencia de un sistema sanitario, y revisa la relación entre organización y eficiencia de los sistemas sanitarios. A partir de ello, el trabajo resume las conclusiones relevantes de cara al debate sobre la reforma del Sistema Nacional de Salud.

Palabras clave: Sistema sanitario. Ideología. Organización. Eficiencia.

RELATION BETWEEN IDEOLOGY AND EFFICIENCY OF HEALTH CARE SYSTEMS. SOME NOTES TO THE REFORM OF THE SPANISH NATIONAL HEALTH CARE SYSTEM

Summary

This paper explores the relation between ideology and efficiency of the health care systems. In order to achieve this goal, this study: analyzes the relation between ideology and health care system organization, defines the concept of health care system efficiency, and reviews the relation between health care organization and efficiency. The last part of the paper is devoted to discuss the relevance of the conclusions of the above mentioned analyses to the debate on the reform of the Spanish National Health Care System.

Key words: Health care system. Ideology. Organization. Efficiency.

«Si se me concede que el criterio para distinguir la derecha de la izquierda es la diferente apreciación respecto a la idea de la igualdad...» (N. Bobbio)¹.

Introducción. El aumento de la eficiencia como principal objetivo de las reformas de los sistemas sanitarios

Los problemas encarados por el sistema sanitario español no son ajenos a los que afectan a los sistemas sanitarios de los países occidentales desarrollados. Las reformas impulsadas -o propuestas- en los sistemas sanitarios de estos países tratan de alcanzar simultáneamente tres objetivos, los cuales pueden parecer, en principio, contradictorios^{2,3}: a) controlar los costos; b) ha-

cer los servicios sanitarios públicos más sensibles a las demandas de sus usuarios^{4,5}, y c) preservar o aumentar la equidad global del sistema.

Para satisfacer las mencionadas demandas, las reformas de los sistemas sanitarios basados en el modelo de servicio nacional de salud tratan de dotarles de mayor flexibilidad e introducir estímulos a la eficiencia basados en la competencia^{6,7}. Estas tendencias son superponibles a las que, en busca de mayor flexibilidad dentro de una economía globalizada, han desarrollado las grandes corporaciones industriales: descentralización y creación de redes (networking)⁸, en las que estructuras jerárquicas de gobierno evolucionan hacia otras formas más flexibles de adaptación al entorno⁷.

El debate sobre la reforma del sistema sanitario español añade otra dimensión: la necesidad de democratizar el Sistema Nacional de Salud¹⁰, cuyo funcionamiento y estructura administrativa son, en

Correspondencia: Javier Elola. Lebrillo, 1; 28023, Madrid.

Este artículo fue recibido el 20 de junio de 1995 y fue aceptado, tras revisión, el 4 de diciembre de 1995.

Este trabajo ha sido financiado en parte por la Beca de Ampliación de Estudios 95/5018, y 95/5259, Fondo de Investigaciones Sanitarias.

Tabla 1. Clasificación de los sistemas sanitarios de países desarrollados. Vinculación entre sistemas socio-económicos, organización y características del sistema sanitario

Sistema económico	Capitalista/corporatista	Capitalista/corporatista	Capitalista/liberal
Régimen de bienestar	Social-demócrata	Corporatista	Liberal
Derecho a la protección de la salud	+	+	-
Acceso vinculado a la posición laboral	-	+	+
Tipo de sistema	Servicio Nacional de Salud	Seguridad Social	Privado
Financiación	Pública (impuestos)	Pública (cotizaciones)	Privada (pólizas)
Aseguramiento	Público (universal)	Público (múltiple)	Privado
Provisión	Pública	Privada	Privada

gran medida, herederos de las estructuras corporativas del franquismo¹¹.

Parece poco discutible que sea preciso mejorar la eficiencia del sistema para hacer que los servicios sanitarios sean más sensibles a las demandas de los usuarios, controlando el crecimiento del gasto. Sin embargo, no son tan evidentes los efectos que pueden tener las medidas de aumento de la eficiencia de los sistemas en relación con la equidad. Siendo, precisamente, el concepto de equidad aquel que, siguiendo a Bobbio¹, mejor diferencia las ideologías de izquierdas de las de derechas, este trabajo pretende explorar la relación entre ideología y sistema sanitario. Para ello: 1) analiza la relación entre ideología y organización del sistema sanitario; 2) define el concepto de eficiencia de un sistema sanitario; y 3) revisa la relación entre organización y eficiencia de los sistemas sanitarios. Partiendo de este análisis, el trabajo resume las conclusiones relevantes de cara al debate sobre la reforma del Sistema Nacional de Salud.

Ideología y estructura de los sistemas sanitarios

El sistema sanitario es un componente importante del estado del bienestar en los países europeos¹². Se han descrito, para los países desarrollados, tres modelos o «regímenes» de bienestar: liberal, corporatista y universal. La forma en la que se accede al beneficio social (ausencia de medios; vinculado a la relación laboral; o universal -como derecho de ciudadanía-) es la característica diferencial más importante entre los distintos regímenes de bienestar¹³.

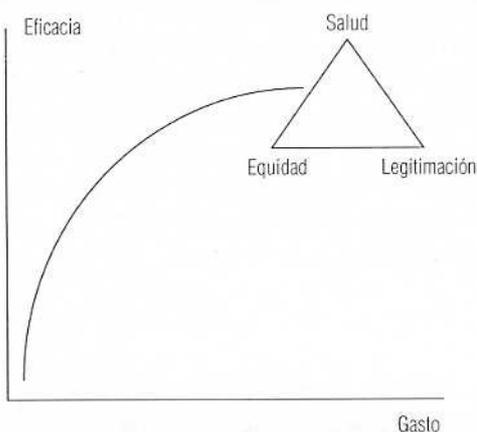
El estado del bienestar está íntimamente enraizado con las instituciones políticas y sociales del capitalismo desarrollado. Gough ha teorizado sobre la mayor capacidad de las economías capitalistas corporatistas (aquellas que descansan sobre sistemas de nego-

ciación global entre los distintos agentes sociales) para satisfacer las necesidades de la población, en contraste con sistemas económicos liberales (más basados en las fuerzas del mercado)¹⁴. Korpi¹⁵ y otros^{16,17} han relacionado la fuerza del movimiento obrero y el poder de los partidos socialdemócratas -sustentados sobre alianzas entre el movimiento obrero y las clases medias- durante la segunda mitad del siglo XX con la creación, en los países occidentales desarrollados, de sistemas universales de protección social, tales como los servicios nacionales de salud. Dentro de las economías capitalistas corporatistas, aquellas que han desarrollado sistemas universales de bienestar social parecen estar más capacitadas para satisfacer las necesidades de la población que aquéllas con regímenes corporatistas o liberales de bienestar social^{13,18}.

Es posible clasificar los sistemas sanitarios de los países occidentales desarrollados en tres grupos principales, basándose en el tipo de economía predominante, así como en el derecho al acceso a los servicios (Tabla 1): servicios nacionales de salud (universales), sistemas de seguridad social (corporatistas) y sistemas fundamentalmente privados (liberales). Esta clasificación sigue, en orden descendente, una escala de ideologías sociales, o valores sociales predominantes¹⁹, de más igualitaristas (corporatistas con sistemas universales de bienestar social) a escasamente igualitaristas (liberales con sistemas liberales de bienestar social). En relación con esta clasificación, que se corresponde básicamente con la de Roemer²⁰, se deben señalar tres aspectos.

Esta clasificación se aplica a los sistemas sanitarios, pudiendo coexistir servicios nacionales de salud con regímenes liberales de bienestar social (p.ej.: Reino Unido)¹³. En el caso de los países mediterráneos, de reciente acceso a sistemas políticos democráticos (p.ej.: España, Grecia), los servicios nacionales de salud coexisten con regímenes corporatistas -menos desarrollados que los centroeuropeos- de bienestar social.

Figura 1. Curva de eficiencia de un sistema sanitario



A diferencia de la clasificación manejada por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE)^{2,3}, la aquí utilizada no atiende primariamente a los flujos financieros y características de los proveedores de los servicios, pues su objetivo principal es establecer un vínculo entre la ideología de las instituciones socioeconómicas del capitalismo desarrollado y la estructura del sistema sanitario. Existe, sin embargo, una correlación entre tipo de sistema y los mecanismos de financiación, aseguramiento y provisión de sus servicios, tal como se resume en la tabla 1.

Por último, es un hecho que en todos los países occidentales desarrollados coexisten diferentes subsistemas sanitarios (en países con servicios nacionales de salud se proveen servicios a través del sector privado o, como en el caso de los Estados Unidos, en sistemas liberales hay espacio para programas universales -Medicare-). La clasificación de un país dentro de un tipo de sistema u otro ha de hacerse en base al subsistema sanitario predominante.

Eficiencia de los sistemas sanitarios

El aumento de la eficiencia es el principal objetivo de las reformas de los sistemas sanitarios. Para delimitar el concepto de eficiencia de un sistema es preciso:

- 1) Definir qué es un sistema sanitario.
- 2) Determinar cuáles son los principales objetivos que un sistema sanitario persigue; y
- 3) Desarrollar una aproximación razonable al problema de cómo medir su eficiencia.

White y cols. definen los sistemas sanitarios como los recursos que la sociedad moviliza y las

instituciones que organiza para responder a las condiciones y necesidades de salud de la población²¹. La especificidad de los recursos y actividades distingue, por tanto, al sistema sanitario de los sistemas de salud, los cuales comprenden todas las actividades relacionadas con la salud, aunque los recursos empleados no estén específica y directamente destinados a mejorar la salud de la población (p.ej.: educación o vivienda)²². Es, asimismo, preciso distinguir entre sistema y servicios sanitarios (hospitales, centros de salud), en la medida que el componente «asegurador» (cobertura poblacional, selección de las prestaciones, compra de servicios a los proveedores) define la actividad principal del sistema sanitario, mientras que la provisión corresponde a los servicios.

La definición de sistema sanitario, más arriba utilizada, sitúa a la mejora de la salud de la población como principal objetivo del sistema sanitario²³. Por otra parte, las reformas de los sistemas sanitarios de los países occidentales desarrollados, priorizan el resto de los objetivos perseguidos: equidad y satisfacción, así como alcanzar estos tres objetivos controlando el gasto sanitario. Es, precisamente, este balance entre objetivos del sistema (mejorar la salud, equidad y satisfacción) y costes el que conduce directamente a definir la eficiencia de un sistema sanitario. La «función de bienestar social»²⁴ de un sistema sanitario puede ser definida como la relación entre los recursos empleados por el sistema sanitario (el gasto sanitario es el indicador más agregado de estos recursos) y los objetivos alcanzados. Atendiendo a esta definición, un sistema sanitario será más eficiente que otro si, manteniendo constante el resto de los factores que influyen sobre la salud^{25,26}: a) alcanza mejores niveles de salud, equidad y satisfacción con el mismo nivel de gasto sanitario, y b) mantiene los mismos niveles de salud (y el resto de objetivos) con niveles inferiores de gasto sanitario.

La relación entre eficacia en el logro de los tres principales objetivos del sistema (mejora de la salud, equidad y legitimación) y gasto sanitario define la «curva de eficiencia» del sistema (figura).

La medición de la eficiencia de un sistema sanitario debe tomar en cuenta la existencia de múltiples factores que influyen sobre la salud de la población²⁷. Los factores de producción de salud varían en relación con los niveles de desarrollo económico de los países²⁸. Los niveles de salud de las poblaciones de países subdesarrollados y en vías de desarrollo dependen más de la distribución de la renta, educación y saneamiento, que de la actividad de los sistemas sanitarios. En los países desarrollados, la importancia del sistema sanitario para mejorar los niveles de salud de la población es relativamente

Tabla 2. Diferencias entre Servicios Nacionales de Salud y sistemas de Seguridad Social en 17 países europeos pertenecientes a la OCDE^{29,31}

Variable	Servicio Nacional de Salud (n= 10)	Seguridad Social (n= 7)
Mortalidad infantil/1000 nacidos	7,3 (1,2)	7,6 (1,1)
P.I.B. <i>per capita</i> (\$ PPC)	14738 (3092)	18568 (1930)*
Gasto sanitario <i>per capita</i> (\$ PPC)	1105 (346)	1509 (132)*
% cobertura pública	87,7 (5,7)	78 (14,8)**
Médico general refiere a especialista	80%	15%*
Pago por servicio	20%	85%*
Camas hospitalares agudos/1000 habitantes	3,9 (0,7)	5,9 (1,2)*

*p<0,05; **p<0,1.

Cifras expresadas en medias, entre paréntesis desviación estándar. PPC: poderes paritarios de compra; % cobertura pública: % población cubierta por el sistema sanitario público x % contribución del sistema público en el coste de los servicios.

Países incluidos dentro de los Servicios Nacionales de Salud: Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega, Suecia, Irlanda, Reino Unido, Grecia, Italia y España.

Países incluidos dentro de los Sistemas de Seguridad Social: Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Luxemburgo, Holanda y Suiza.

mayor. La comparación de sistemas sanitarios entre países desarrollados puede ofrecer alguna indicación sobre la eficiencia relativa de los sistemas sanitarios. Esto puede ser especialmente cierto en el caso de los países europeos occidentales, los cuales comparten no sólo estructuras políticas y económicas (países desarrollados, con sociedades democráticas y economías capitalistas corporatistas), sino también valores sociales (el derecho a la protección de la salud) y culturales.

Organización y eficiencia de los sistemas sanitarios

La relación entre organización (servicio nacional de salud, seguridad social) de los sistemas sanitarios de los países europeos desarrollados y su eficiencia en la producción de salud (indicadores de salud) ha sido el objeto de dos recientes estudios²⁹. Utilizando la base de datos de la OCDE, estos trabajos analizaron la relación entre gasto, modelo organizativo y características de los sistemas sanitarios de 17 países europeos desarrollados, con los indicadores (negativos) de salud de estos países. En otro trabajo³⁰ se han analizado los criterios de inclusión de estos 17 países en uno u otro tipo de organización. Los diez países incluidos dentro de los servicios nacionales de salud tenían, en el año de recogida de los datos, financiación pública mayoritaria a través de impuestos, tendían hacia un aseguramiento público de carácter universal, y la provisión de servicios sanitarios era mayoritariamente pública. Los siete países incluidos como sistemas de seguridad social tenían financiación pública mayoritariamente mediante cotizaciones sociales, múlti-

ples entidades aseguradoras -mayoritariamente públicas-, y provisión privada de los servicios.

Una de las conclusiones de los mencionados trabajos es que, para los países europeos desarrollados, existe una relación entre gasto sanitario y tipo de sistema y, al menos, un indicador de salud: la mortalidad infantil. Para el mismo nivel de gasto, los sistemas sanitarios tipo servicio nacional de salud son aproximadamente un 15% más eficaces en la reducción de este indicador que los sistemas de seguridad social.

Asimismo, los mencionados estudios mostraron que las características que «definen» los servicios nacionales de salud, en comparación con los sistemas de seguridad social son: mayor cobertura pública, sistemas de pago no basados principalmente en el pago por servicio, existencia de sistemas de referencia al especialista desde la atención primaria y un mayor control sobre la oferta de camas de hospitales para ingresos agudos (Tabla 2). Cuando la variable «sistema» (servicio nacional de salud o seguridad social) era sustituida por una o varias de estas características no mejoraba la capacidad de los modelos para predecir las diferencias en la mortalidad infantil. Ello podría explicarse porque las sociedades con servicios nacionales de salud tienden a ser más igualitarias y, por ello, adoptan organizaciones más eficientes.

Los servicios nacionales de salud se corresponden, como se ha mencionado en el apartado primero de este trabajo, con sociedades más igualitarias. Otros autores han señalado, para países desarrollados, asociaciones entre distribuciones más igualitarias de la renta^{31,32}, o en el acceso a la educación³³, y mejores niveles de salud.

La necesidad de confrontar, para el conjunto de la población, las necesidades de salud con los re-

cursos económicos disponibles, hace que los servicios nacionales de salud se doten de una organización más eficiente: más adecuado desarrollo de la atención primaria^{34,35}; sistemas de pago no basados en el pago por servicio (relacionado, en las comparaciones internacionales, con mayor gasto)³⁶; control sobre la oferta de recursos (regionalización, menos camas hospitalarias y equipamientos de alta tecnología³⁷), y mayor posibilidad de utilizar la evaluación tecnológica sanitaria para la toma de decisiones sobre su empleo por el sistema³⁷. Esta confrontación entre necesidades y recursos hace más explícito el proceso de toma de decisiones, mientras que este proceso está parcialmente difuminado por el mercado en sistemas sanitarios menos integrados (sistemas de seguridad social y, en especial, privados)^{38,39}. Esta interpretación encuentra apoyo argumental en los estudios econométricos, los cuales muestran una relación negativa entre el porcentaje del gasto sanitario que es público y los gastos sanitarios totales (menor gasto sanitario cuanto mayor proporción de gasto público)⁴⁰.

¿Qué sucede con el resto de los objetivos (equidad, satisfacción) de los sistemas sanitarios? A falta de indicadores disponibles para comparar desigualdades sociales en salud y en el acceso a los servicios sanitarios entre países, los servicios nacionales de salud parecen ser más igualitarios (cobertura universal) que los sistemas de seguridad social (cobertura que tiende a reproducir la estratificación social). De hecho, lo que parece deducirse de los estudios sobre la eficiencia relativa de los sistemas sanitarios de los países europeos desarrollados, es que, lejos de existir una relación de sustitución, equidad y eficiencia están asociadas; dicho de otra forma: sistemas sanitarios vinculados a ideologías igualitarias (servicios nacionales de salud) son más eficientes que aquellos (sistemas de seguridad social, o predominante privados) que descansan más en el mercado.

En relación con el tercer objetivo del sistema sanitario: la satisfacción de la población con el sistema, las encuestas de opinión señalan que, con la excepción de los Estados Unidos, los sistemas sanitarios con mayor gasto y más amplias posibilidades de libertad de elección alcanzan mayores cuotas de satisfacción^{41,42}. El sistema sanitario español obtiene, comparativamente con otros sistemas una baja valoración^{42,43}. Se podría dar, en este caso, una relación de sustitución entre eficiencia del sistema y satisfacción de la población; sin embargo, es de destacar que, entre los países europeos, Holanda -el país con sistema de seguridad social más regulado- es el que logra mayores porcentajes de satisfacción.

Conclusiones de cara a la reforma del sistema sanitario español

Existe una relación entre sistema socio-económico y la organización del sistema sanitario, y entre ésta y la eficiencia en el logro de los objetivos: mejorar la salud, equidad y satisfacción.

La Ley General de Sanidad define al Sistema Nacional de Salud como claramente igualitarista, basando su funcionamiento en el de los servicios nacionales de salud. Las reformas necesarias para aumentar su eficiencia deben tomar en cuenta las experiencias obtenidas de las comparaciones internacionales entre los países del entorno político y económico de España^{29,30}.

La equidad del Sistema Nacional de Salud no debe ser considerada un objetivo más, sino un requisito necesario para su mayor eficiencia. La evidencia empírica existente señala que no existe una relación entre equidad y eficiencia, sino que, por el contrario, sistemas sanitarios más igualitarios (servicios nacionales de salud) parecen adoptar organizaciones más eficientes en la producción de salud²⁹. Las reformas que pueden comprometer la equidad del sistema (p.ej.: competencia entre aseguradoras) podrían reducir notablemente la eficiencia del sistema sanitario español.

Otro aspecto relevante de la comparación entre sistemas sanitarios de países europeos desarrollados, es que existen unas características organizativas que distinguen a los servicios nacionales de salud de los sistemas de Seguridad Social, y que pueden explicar, en parte, la posible mayor eficiencia de los primeros en la producción de salud. Por ello, las medidas de aumento de la eficiencia, basadas en la introducción de estímulos a la competencia (ampliación de las posibilidades de elección, modificación de los sistemas de pago a los proveedores) entre servicios sanitarios, deberían respetar estas características: referencia a los especialistas desde la atención primaria³⁵, métodos de pago no basados principalmente en el pago por servicio³⁶, control efectivo sobre la oferta de recursos (p.ej.: mediante el control de las inversiones) y vinculación entre la evaluación tecnológica y la toma de decisiones en política sanitaria³⁷.

La función de eficiencia de un sistema sanitario debe incorporar la eficacia en la satisfacción de la población. Los servicios nacionales de salud tienden a alcanzar menores índices de satisfacción que los sistemas de seguridad social. El sistema sanitario español tiene bajos índices de satisfacción en comparación con los servicios nacionales de salud del Reino Unido y los países nórdicos^{42,43}. La sepa-

ración de las funciones de compra y provisión posibilita, por una parte, retener las características esenciales de los servicios nacionales de salud, aquellas que le hacen más equitativo y, por ello, más eficiente en la producción de salud (financiación a través de los ingresos del Estado, aseguramiento

universal), mientras que, por otra, permite introducir un mercado planificado de competencia entre servicios públicos gestionados conforme a derecho privado, superando algunas restricciones a la libertad de elección y haciendo que los servicios sean más sensibles a las demandas de los usuarios^{6,7,44}.

Bibliografía

1. Bobbio N. *Derecha e izquierda. Razones y significados de una distinción política*. Madrid: Taurus, 1995.
2. OECD. *The reform of health care. A comparative study of seven OECD countries*. París: OCDE, 1992.
3. OECD. *The reform of health care systems. A review of seventeen OECD countries*. París: OCDE, 1994.
4. Saltman RB. Patient choice and patient empowerment in northern European health systems: a conceptual framework. *Int J Health Serv* 1994; 24: 201-29.
5. Glennerster H, Le Grand J. *The development of quasi-markets in welfare provision*. London: London School of Economics, WSP/102, mayo 1994.
6. Le Grand J, Strein S. *Market socialism*. Oxford: Clerendon Press, 1989.
7. Saltman RB, Von Otter C. *Mercados planificados y competencia pública. Reformas estratégicas en los sistemas sanitarios de los países del norte de Europa*. Barcelona: Salud y Gestión, 1994.
8. Harrison B. Lean and mean. *The changing landscape of corporate power in the age of flexibility*. New York: Basic Books, 1994.
9. Williamson OE. Comparative economic organization: the analysis of discrete structural alternatives. *Adm Science Quart* 1991; 36: 269-96.
10. Elola J. *Sistema Nacional de Salud. Evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma*. Barcelona: Salud y Gestión, 1994.
11. Navarro V, Elola J. Análisis de las políticas sanitarias españolas. 1975-1992. *Sistema* 1995; 126: 19-39.
12. Comisión de las Comunidades Europeas. *La protección social en Europa*. Luxembourg: CCE, 1993.
13. Esping-Andersen G. *The three worlds of the welfare capitalism*. New York: Polity Press, 1990.
14. Gough I. Economic institutions and the satisfaction of human needs. *J Economic Est* 1994; 27: 25-66.
15. Korpi W. *The democratic class struggle*. London: Routledge & Kegan Paul, 1983.
16. Baldwin P. *The politics of social solidarity: class bases of the European welfare state, 1875-1975*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
17. Navarro V. Why some countries have national health insurance, others have national health services, and the United States has neither. *Int J Health Serv* 1989; 19: 383-404.
18. Doyal L, Gough I. *A theory of human need*. New York: The Guilford Press, 1991.
19. Donabedian A. Social responsibility for personal health services: an examination of basic values. *Milbank Quart* 1971; 8: 3-19.
20. Roemer MI. Health care departments and medical care - world scanning. *Am J Pub Health* 1960; 50: 154-60.
21. White KL, Frenk KJ, Ordoñez C, Paganini JM, Starfield B (dirs). Introduction. En: *Health services research. An anthology*. Washington: PAHO, 1992: xxvii-xxiv.
22. WHO. *Planning and management for health. Report of an European Conference*. Copenhagen: WHO, 1986.
23. Williams A. The role of quantitative modelling in health care. *Health Econ* 1995; 4: 1-6.
24. Feldstein MS. *Economic analysis for health service efficiency*. Amsterdam: North-Holland Pub. Co, 1967.
25. Doubilet P, Weinstein MC, McNeil BJ. Use and misuse of the term «cost effective» in medicine. *N Engl J Med* 1986; 314: 253-6.
26. McGuire A, Parkin D, Hughes D, Gerard K. Econometric analyses of national health expenditures: can positive economics help to answer normative questions? *Health Econ* 1993; 2: 113-26.
27. Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa: Information Canada, 1975.
28. Hunter SS. Levels of health development: a new tool for comparative research and policy formulation. *Soc Sci Med* 1990; 31: 433-44.
29. Elola J, Daponte A, Navarro V. Health and the organization of the health care system in western developed countries. *Am J Pub Health* 1995; 85: 1397-401.
30. Elola J. Health care systems reforms in western European countries: the relevance of the health care organization. *Int J Health Serv* (en prensa).
31. Wilkinson RG. Income and mortality. En: Wilkinson RG (dir). *Class and health*. London: Tavistock Pub, 1986: 88-114.
32. Wilkinson RG. Income distribution and life expectancy. *BMJ* 1992; 304: 165-8.
33. Knust AE, McKenbach JP. The size of mortality differences associated with educational level in nine industrialized countries. *Am J Public Health* 1994; 84: 932-7.
34. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344: 1129-33.
35. Gérvas J, Pérez M, Starfield B. Primary care, financing and gatekeeping in western Europe. *Family Practice* 1994; 11: 307-17.
36. Schroeder SA. Western European responses to physician oversupply. Lessons for the United States. *JAMA* 1984; 252: 373-84.
37. Battista RN, Banta HD, Jonsson E, Hodge M, Gelband H. Lessons from eight countries. *Health Pol* 1994; 30: 397-421.
38. Evans RG. Public health insurance: the collective purchase of individual care. *Health Pol* 1987; 7: 175-88.
39. Goldberg MA, Marmor TR, White J. The relation between universal health insurance and cost control. *N Engl J Med* 1995; 332: 742-4.
40. Gertdham U-G, Sogaard J, Anderson F, Jönsson B. An econometric analysis of health care expenditure: a cross-sectorial study of the OECD countries. *J Health Econ* 1992; 11: 63-84.
41. Blendon RJ, Leitman R, Morrison I, Donelan K. Satisfaction with health system in ten nations. *Health Aff* 1990; 9: 185-92.
42. Ferrera M. The rise and fall of democratic universalism: health care reform in Italy, 1978-1994. *J Health Pol Pol Law* 1995; 20: 275-302.
43. Blendon RJ, Donelan K, Jovell AJ, Pellisé L, Costas LE. Spain's assess their health care system. *Health Aff* 1991; 10: 216-28.
44. Segura J. *Reflexiones sobre algunos programas de protección social*. Madrid: Fundación Empresa Pública. DT9501. Programa de Investigaciones Económicas, 1994.