

El Real Decreto 16/2012 y el Cambio de Modelo Sanitario

The Royal Decree Law 16/2012 and the transformation of Spanish healthcare system

Pablo Pérez Solís (Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria)

Álvaro Díaz Álvarez (Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria)

C.S del Natahoyo. Área sanitaria V (Gijón)

*Manuscrito recibido: 23-01-2013
Manuscrito aceptado: 05-03-2013*

Cómo citar este documento

Pérez Solís P, Díaz Álvarez A. El Real Decreto 16/2012 y el cambio de modelo sanitario. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2013 Abr; 1 (2): 38-47.

Resumen

El Sistema Nacional de Salud (SNS) vigente en España desde la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1.986 se caracterizaba por tres rasgos fundamentales: era universal, público y gratuito. En los últimos meses se han venido introduciendo una serie de modificaciones en el mismo que ponen en entredicho estos tres rasgos. En el presente artículo pretendemos exponer cuales han sido esas modificaciones, los motivos por los que se pueden haber producido, y analizar sus posibles consecuencias en el modelo sanitario que hemos disfrutado (o padecido) hasta ahora.

Desarrollo

1. Gratuidad frente a copago

Cuando se publicó el **“Real Decreto 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones”¹**, lo que los medios de comunicación recogieron, y la idea principal que quedó en la población, era que los medicamentos dejaban de ser gratuitos para los pensionistas. De modo que la norma pasó a ser conocida popularmente como “el Decreto del copago”. Esta simplificación ocultaba otros aspectos más trascendentales del Decreto, cuyo desarrollo completo aún está pendiente, pero del que progresivamente van desprendiéndose nuevas medidas que acabarán conformando un sistema sanitario diferente al que hemos tenido las pasadas décadas.

Tras los cambios en la aportación de los usuarios en la prestación farmacéutica, introduciendo el pago de un porcentaje de los medicamentos por los pensionistas, vino la exclusión de la financiación pública de más de 400 fármacos y, en fechas recientes, el copago (término que utilizaremos por ser el más familiar, aunque no sea el más adecuado ²) por el transporte sanitario no urgente.

El Decreto abre más posibilidades de copagos con la creación de un modelo de cartera de servicios distribuido en varias categorías, y que supone una puerta abierta a cambios futuros que pueden ser muy relevantes. Establece una cartera común dividida en tres niveles, que debe ofertarse por igual en todo el Estado, y un cuarto nivel de servicios complementarios consistente en técnicas o procedimientos que cada comunidad autónoma podrá incorporar a su propia cartera de servicios, siempre y cuando tenga dinero para pagarlo. Así, por ejemplo, si una comunidad autónoma tiene medios económicos suficientes, podría ofrecer en su cartera de servicios tratamientos homeopáticos o de cirugía estética con cargo al sistema público. La estricta limitación presupuestaria impuesta por la aprobación del artículo 135 de la Constitución en 2011 y su “hija”, la Ley Orgánica de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera (de abril de 2012), afecta directamente a los servicios públicos prestados por las Comunidades Autónomas, y en la situación económica actual es poco probable que se desarrolle una cartera de servicios complementarios. Veremos lo que ocurre en el futuro.

Volviendo a la cartera de servicios comunes, es decir, la que será igual en toda España, se contemplan tres niveles de servicios: básicos, que comprenden todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, y que serán totalmente gratuitos; suplementarios y accesorios. En los dos últimos el paciente deberá de pagar una parte del servicio. Entre los servicios suplementarios se incluyen la prestación farmacéutica, el transporte sanitario no urgente y las prestaciones ortoprotésicas ambulatorias, para los que ya se ha establecido el copago, y los productos dietéticos, en los que se establecerá próximamente. Finalmente los servicios accesorios son aquellos “que no se consideran esenciales y/o que son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico”. Serán también “de copago”, aunque falta por establecer que servicios incluiría. Entre los “globos sonda” que se han planteado en algún momento estaría la comida de los enfermos ingresados en hospitales, pero el listado podría incluir muchas otras cosas.

No es difícil deducir que el cambio de estructura de la cartera de servicios, con la excusa de organizar y homogeneizar las prestaciones entre comunidades autónomas, establece mecanismos que permitirán sacar de la cartera “gratuita” ciertas prestaciones a conveniencia de distintos intereses y presiones, incluyendo los de las corporaciones privadas. Si algunas actividades pasan al grupo que supone aportación del usuario, o incluso salen de la cartera

común de servicios, probablemente habrá una mayor captación por proveedores privados. Si ya el copago farmacéutico fue controvertido en su origen, el Decreto contempla la posibilidad de otras medidas de gran impacto social y cuyos efectos podrán observarse a medio plazo.

2. Universalidad frente a aseguramiento

El Real Decreto 16/2012 niega la asistencia sanitaria a los extranjeros "sin papeles" excepto a los menores de 18 años, las embarazadas y las situaciones de urgencia.

Otro de los aspectos del Real Decreto 16/2012 que trascendió a los medios de comunicación cuando fue publicado, era que negaba la asistencia sanitaria a los extranjeros "sin papeles" excepto a los menores de 18 años, embarazadas y situaciones de urgencia.

Más allá de este hecho, absolutamente reprochable desde el punto de vista ético e incluso de la salud pública, lo que el Decreto estableció fue la obligatoriedad de "estar asegurado" o ser beneficiario para acceder a las prestaciones del SNS. Desde la Ley General de Sanidad y, más detalladamente, desde la aprobación de la Ley de cohesión y calidad del SNS en el año 2.003, la única condición requerida para recibir asistencia sanitaria pública en España era el ser

ciudadano español o, en el caso de los extranjeros sin recursos, estar empadronado. De la asistencia pública universal se ha pasado a una asistencia solamente a las personas aseguradas o beneficiarias. Este cambio de modelo ha sido rechazado ^{3,4} por la Federación de Asociaciones de Enfermería de Atención Primaria (FAECAP) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), entre otros colectivos científicos y profesionales.

Aunque los efectos de este cambio se han atenuado al permitir acogerse a la prestación para personas sin recursos a los que tienen unos ingresos anuales menores de 100.000 euros, y por la decisión de algunas autonomías, entre ellas Asturias, de mantener la asistencia a los "sin papeles", el cambio de filosofía que subyace en la nueva normativa es trascendental: la asistencia sanitaria pública deja de ser un derecho de todos, independientemente de su condición, para ser un derecho que se adquiere si el ciudadano cumple una serie de requisitos, o se concede si se acredita la condición de ciudadano sin recursos. Está por ver si los criterios para poder ser atendido por el SNS se restringen con el tiempo...

3. Sanidad Pública frente a Privatización

El Real Decreto no entra en consideraciones sobre quien ha de ser el proveedor de la asistencia sanitaria. Se habla del SNS, sin detallar para nada si la gestión del mismo ha de ser enteramente pública, privada o mixta. En realidad tampoco era necesario, ya que la posibilidad de gestión privada de los centros sanitarios públicos estaba contemplada en la legislación española desde la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del SNS ⁵, aprobada bajo el gobierno del Partido Popular con los votos favorables del PSOE y los partidos nacionalistas. Dicha ley se aprobó sin demasiado revuelo, probablemente por el consenso entre los partidos mayoritarios y por no provocar un impacto inmediato sobre la atención prestada a los ciudadanos. Sin embargo, es una de las piedras angulares sobre la que descansan cambios fundamentales en la organización sanitaria de este país.

Al amparo de esta ley han surgido varias experiencias de gestión privada, fundamentalmente en la Comunidad Valenciana (modelo Alzira), pero ha sido con la decisión de la Comunidad de Madrid de ofertar seis hospitales y 27 centros de salud a la gestión privada, cuando han

saltado todas las alarmas ante lo que se interpreta como una privatización progresiva del sistema sanitario, dando lugar a una movilización sin precedentes de los profesionales sanitarios que trabajan en esa comunidad. Castilla-La Mancha ya ha anunciado que cuatro de sus hospitales serán ofertados a la gestión privada a lo largo del año 2013, y todo hace pensar que otras autonomías seguirán un camino parecido, al menos aquellas gobernadas por el Partido Popular, ya que el silencio del gobierno central da a entender que aprueba estas iniciativas.

Son varios los autores que han argumentado frente a la creciente presión hacia formas de gestión privada, ya sea señalando similitudes con las reformas del sistema sanitario británico⁶ (un proceso de reformas, recortes y de incorporación de proveedores privados⁷ impulsado por David Cameron en los últimos 2 años), revisando la literatura sobre los modelos de gestión sanitaria⁸, o posicionándose como institución científica contra⁹ las políticas de privatización. Sin embargo, parece que la tendencia sigue adelante.

4. Preparando el terreno

Los cambios mencionados se han venido gestando desde años atrás, cuando nadie había previsto la crisis actual, mediante una serie de mensajes lanzados estratégicamente para crear en la sociedad, y en los responsables políticos, la idea de que la sanidad española era insostenible por la desmesura de sus gastos.

Durante años el sistema sanitario español, “universal, público y gratuito”, ha sido una de las “joyas de la corona”, siendo reconocido internacionalmente como uno de los más eficientes y de los que obtenía mayor grado de aprobación por los ciudadanos. Sin embargo, en los últimos años (desde 2005-2006 aproximadamente la presencia en los medios de comunicación es creciente), ha venido lanzándose el mensaje de que el sistema suponía un gasto que el país no se podía permitir. Esta idea ha calado tan hondo en buena parte de la población que, con la llegada de la crisis, se ha aceptado como inevitable que había que recortar prestaciones sanitarias y empezar a pagar por lo que antes era gratuito. Paralelamente se ha repetido como un mantra que una gestión privada permitiría ahorrar más y sería más eficiente que la pública, algo que no está avalado por ningún estudio comparativo riguroso en nuestro país, donde no se han hecho, y tampoco en otros países en los que sí se han hecho.

Con cifras en la mano, el gasto sanitario en España suponía en 2009 el 9.5% del PIB, y se situaba exactamente en la media de los países de la OCDE¹⁰ (**Figura 1**). De ese porcentaje el 7% era gasto público (tampoco en eso nos destacamos respecto al resto de los países de nuestro entorno) y el 2,5% era gasto privado. En los últimos tres años el porcentaje del gasto público se ha ido reduciendo, y la previsión contenida en el Programa de Estabilidad presentado por el gobierno de España a la Unión Europea, es que al final de 2.015 represente solamente el 5,1% del PIB¹¹. Como no es previsible que la sanidad sea más barata en 2.015 que en 2.009, se supone que lo que van a dejar de aportar las arcas públicas, lo tendrá que aportar el ciudadano de su bolsillo (quien pueda pagarlo, naturalmente), o se recortará en prestaciones.

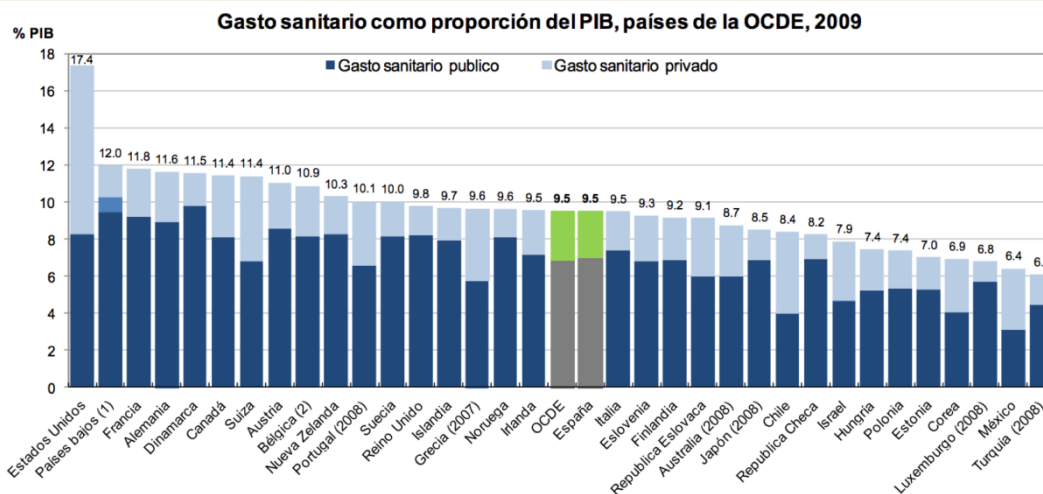


Figura 1: Gasto sanitario como proporción del PIB, países de la OCDE, 2009

Por tanto, más que ante un problema de excesivo gasto sanitario público, estamos ante un problema de insuficiente financiación. Con la caída de los ingresos como consecuencia de la crisis y la necesidad de controlar el déficit público, es fácil encontrar justificación para recortar en sanidad, que supone una buena parte de los presupuestos. Reducir prestaciones y hacer pagar parte de las mismas a los pacientes es el camino por el que se ha optado, asumiendo que ello lleva a un deterioro progresivo de la sanidad pública. Quienes se lo puedan permitir, recurrirán a la sanidad privada, que ha visto crecer sus ganancias en los últimos años a pesar de la crisis¹².

Paralelamente, surgen cada vez más presiones para que las cantidades abonadas a entidades sanitarias privadas desgraven en el impuesto sobre la renta, al igual que sucede con los planes de pensiones. Dicha medida supondría disminuir la recaudación fiscal dedicada a los servicios públicos, empeorando el problema de financiación, en favor de la provisión privada, cuyo efecto "ahorrador" de gasto sanitario público es dudoso.

5. ¿Vamos hacia un cambio de Modelo Sanitario?

A la vista de las consideraciones anteriores, parece claro que la respuesta es afirmativa, aunque si creemos a los responsables políticos de estos cambios, su intención única es preservar el sistema sanitario y mantener su carácter gratuito, público y universal. Así lo afirma el preámbulo del propio Decreto 16/2012: "se debe garantizar el mantenimiento del modelo español de SNS [...] que garantiza la protección de la salud y se sustenta con base en la financiación pública, la universalidad y la gratuidad de los servicios sanitarios".

El cambio de modelo se viene perfilando desde hace tiempo, como hemos indicado, pues algunas de las medidas legales que lo sustentan llevan en vigor más de quince años. En realidad el SNS nunca ha sido totalmente universal, ya que una parte de la población no tenía cubierta su asistencia sanitaria en la red pública. Tampoco ha sido gratuito: siempre ha habido prestaciones sanitarias y medicamentos excluidos de la financiación pública y ha existido copago farmacéutico para los no pensionistas. Además, como ya se ha mencionado, empresas privadas han gestionado centros del SNS desde hace años, en diferentes modalidades.

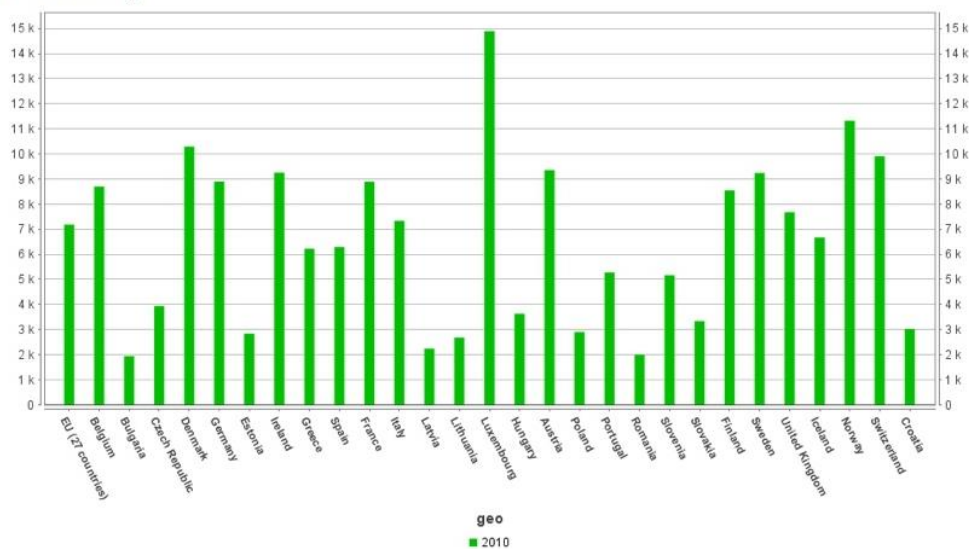
Pero nunca como ahora se habían producido cambios de tal magnitud en tan poco tiempo. La necesidad de recortar el gasto público ha sido la excusa, pero el gasto público tiene muchas

vertientes, y se ha optado por hacerlo especialmente en terrenos en los que la iniciativa privada tiene un margen considerable de mercado. Se ha optado por hacerlo, además, recortando prestaciones o cargando parte de sus costes en los ciudadanos. No eran estos los únicos caminos posibles, como luego veremos, aunque sí probablemente los más sencillos y los que más favorecen a determinados sectores empresariales.

Cuando se comprueba que medidas semejantes a las tomadas en el ámbito sanitario se han tomado también en el mundo de la educación y en la justicia, y se está asistiendo a un recorte de las prestaciones sociales, la conclusión es que no solo estamos ante un cambio en el modelo sanitario, sino en el propio modelo de estado de bienestar del que hemos disfrutado en las últimas década. Este modelo de gasto social, señalado por estar por encima de las posibilidades reales del país, gasta menos por habitante que la media de los 27 países de la Unión Europea¹³ (**Figura 2**).

Gasto en protección social por habitante

(Fuente: Eurostat)



Fuente de los datos: Eurostat

Última actualización: 14/1/2013

Fecha de acceso: 22/1/2013

Advertencia: este gráfico ha sido creado automáticamente por el software de Eurostat de acuerdo a especificaciones externas de las que Eurostat no es responsable.

Advertencia general de EC: http://europa.eu/geninfo/legal_notices_en.htm

Descripción breve: El gasto en protección social incluye: beneficios sociales, que consisten en transferencias en efectivo o en especies a hogares o individuos para protegerles de una serie de riesgos o cubrir necesidades [...].

Figura 2: Gasto sanitario medio de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos y el gasto sanitario de España

6. ¿Cómo afectan estas reformas a los ciudadanos?

Por lo pronto, afectan a sus bolsillos. Todos hemos escuchado los lamentos de pacientes con pensiones bajas, a quienes tener que adelantar el importe de su copago farmacéutico les obliga a hacer auténticos sacrificios, cuando no a prescindir de tomar algún fármaco con el consiguiente riesgo para su salud. Se han alzado voces de protesta por las consecuencias que pudiera tener el pago del transporte sanitario no urgente en pacientes que lo utilizan de modo habitual, como son los sometidos a hemodiálisis o a tratamientos oncológicos.

Aun no hay datos sobre las consecuencias, en términos de salud de la población, de los copagos instaurados, dado el escaso tiempo desde su implantación, y desconocemos si alguien se ha propuesto evaluarlos. De la experiencia de otros países sí podemos sacar conclusiones: los sistemas de copago reducen el uso de los servicios preventivos y afectan a la equidad del sistema sanitario, al perjudicar especialmente a los ancianos y enfermos crónicos^{2,14}. Además su efecto recaudatorio, o en su caso disuasorio del uso de servicios sanitarios, es muy bajo, tendiendo a desaparecer con el transcurso del tiempo.

El paso a un modelo de aseguramiento ha tenido distintas repercusiones según las comunidades autónomas, ya que en algunas de ellas se ha mantenido la atención sanitaria a emigrantes en situación ilegal, por lo que en este aspecto las consecuencias del Real Decreto han sido escasas. Sin embargo en otras comunidades se han dado múltiples casos de desatención y de supresión de tratamientos a enfermos con patologías crónicas o infección por VIH¹. En todos los casos sigue pendiente de resolver la cuestión de la prestación farmacéutica, al haberse prohibido la tramitación de tarjeta sanitaria a todos los emigrantes en situación irregular.

¿Es mejor la atención sanitaria en centros gestionados por empresas privadas que en los que mantienen la gestión pública?. No disponemos en España de estudios que comparen resultados en términos de salud, ni siquiera de grado de satisfacción por la atención recibida. En una comparación de la financiación de la provisión privada con la provisión pública realizada en Italia, los resultados en mortalidad evitable no son positivos¹⁵. Por otra parte, los estudios comparativos del desempeño de hospitales según modelos de gestión¹⁶ tienen importantes limitaciones para sacar conclusiones definitivas¹⁷.

Lo que tampoco está claro, pese a ser uno de los argumentos más repetidos por sus defensores, es que la gestión privada le resulte más barata al Estado que la pública¹⁸, con el agravante de que los beneficios de éstas empresas no revierten al conjunto de los ciudadanos.

7. ¿Habría otros modos de reducir el gasto sanitario?

Esta es una pregunta trampa. El problema del SNS, como hemos señalado, no es tanto el exceso de gasto¹⁹ como una financiación insuficiente, y la tendencia a que siga disminuyendo. Sentada esta premisa fundamental, es justo reconocer un problema de distribución o de priorización del gasto. Todos los que trabajamos en el mundo sanitario sabemos que cada día se hacen actividades innecesarias, o que se podrían realizar de otra manera, consiguiendo una mayor seguridad para el paciente y una mejora de la eficiencia. Si esto es aplicable a la actividad diaria en un hospital o centro de salud, también lo es a las decisiones de "alta política sanitaria" que se refieren a la planificación, creación y gestión de los distintos equipamientos del SNS.

Cuestionar qué funciona mal en nuestro sistema sanitario y solucionarlo, es más complejo que las medidas que se han tomado. Requiere de la participación activa de todos los protagonistas de la sanidad, desde los gestores hasta los ciudadanos y, aunque sus resultados tarden más en verse, redundarán en una mejor asistencia sanitaria.

El término que se ha puesto de moda es "desinvertir"²⁰. Consiste en dejar de financiar aquellos procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos o rehabilitadores que no hayan probado su eficacia o mostrado una mejora sobre las alternativas ya existentes y de

¹ Para más información, aconsejamos visitar la página <http://yosisanidaduniversal.net/portada.php> En ella, además de abundante información para profesionales y pacientes, existe la posibilidad de denunciar casos en que se ha negado la asistencia sanitaria.

menor coste. Y utilizar la alternativa más eficiente disponible ante cualquier problema de salud que nos enfrentemos. Para cerrar el círculo, lo ahorrado en desinversión debería destinarse a su vez a gasto sanitario.

Formulado así, es difícil que la desinversión encuentre objetores. Las discrepancias surgirían a la hora de concretar en qué deberíamos desinvertir, y por tanto hacer desaparecer de la cartera de servicios de la sanidad pública. Como ejemplo sirva mencionar algunas actividades habituales en atención primaria, pero de las que hay escasa o nula evidencia de su eficiencia: chequeos de salud periódicos, incluyendo algunos de los que forman parte del programa del niño sano; algunas vacunaciones, prevención primaria con fármacos del riesgo cardiovascular, cribados de algunos cánceres... Como dice acertadamente José Luis Repullo *“según se avanza cuestionando consensos sobre lo que comúnmente se considera como válido (que es donde todos anclamos nuestras rutinas y exhibimos nuestra identidad profesional) la gente se va distanciando y luego se va poniendo huraña y agresiva”* ²¹. Si ampliamos el espectro a la atención especializada, el margen de controversia y las implicaciones en costes se incrementarían exponencialmente.

Por tanto la desinversión es un proceso mucho más complejo en su desarrollo que en su formulación, susceptible de sufrir presiones de todo tipo (los intereses económicos y profesionales que tocaría serían enormes, y resultarían comprensibles las reticencias de la población al proponer este debate en el contexto actual) y precisa de la existencia de agencias de evaluación eficaces, y de la participación de expertos en múltiples campos, incluyendo a los ciudadanos.

Pese a estas dificultades, en España ya tenemos experiencias positivas en el terreno de la desinversión²², por lo que merece la pena continuar en este camino, más por razones de salud pública que por motivos económicos. Si evitar intervenciones de beneficios inciertos y con riesgos potenciales es una obligación ética permanente, en tiempos de crisis se convierte en algo irrenunciable.

Pero aunque lográramos la utopía de la eficiencia absoluta, probablemente resultase insuficiente para resolver el problema financiero de una sanidad con una demanda que siempre tiende al crecimiento. Por ello lo que habría que preguntarse es si nuestros políticos están dispuestos a hacer un rescate del SNS, como han hecho de la banca, garantizando una financiación suficiente y estable, o más bien optan por acelerar su deterioro retirándole recursos, al tiempo que favorecen la provisión de servicios sanitarios por empresas con ánimo de lucro.

Bibliografía

1. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado, núm 98, sec. I., pág. 31278 (24/4/2012) Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>
2. Solanas Saura P. Coordinador. Copago. Conclusiones desde la evidencia científica. SEMFYC; 2010. Serie Documentos SEMFYC: nº 29. Disponible en: <http://www.semfyc.es/biblioteca/virtual/detalle/Copago.+Conclusiones+desde+la+evidencia+cientifica/>
3. Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias [sede Web]. La FAECAP contra la nueva reforma sanitaria que rompe el principio de solidaridad y universalidad de la atención sanitaria en España [actualizado el 13 de junio de 2012; acceso el 10 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.seapaonline.org/noticias/244>

4. Sociedad Española de Medicina Familiar y comunitaria [sede Web]. Josep Basora presidente de semFYC se posiciona en El País a favor de atender a los inmigrantes sin papeles [actualizado el 27 de abril de 2012; acceso el 10 de enero de 2013]. Disponible en: http://www.samfyc.org/index.php?option=com_content&view=article&id=305:josep-basora-presidente-de-semfyc-se-posiciona-en-el-pais-a-favor-de-atender-a-los-inmigrantes-sin-papeles&catid=34:noticias&Itemid=60
5. Ley 15/1997, de 25 de abril sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, núm. 100, pág. 13449 (26/4/1997). Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1997/04/26/pdfs/A13449-13450.pdf>
6. Minué S. [blog]. Manipulando las reglas del juego [actualizado el 14 de enero de 2013, acceso el 20 de enero de 2013]. Disponible en: <http://gerentemediado.blogspot.com.es/2013/01/manipulando-las-reglas-del-juego.html>
7. Mindell JS, Reynolds L, Cohen DL, McKee . All in this together: the corporate capture of public health. BMJ. 2012; [publicado en internet el 17 de diciembre de 2012; acceso el 7 de enero de 2013]; 345. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e8082>
8. Padilla, J. [blog]. ¿Qué nos dice la evidencia sobre los modelos de gestión sanitaria? [actualizado el 28 de noviembre de 2012; acceso el 20 de enero de 2013]. Disponible en: <http://medicocritico.blogspot.com.es/2012/11/que-nos-dice-la-evidencia-sobre-los.html>
9. Sociedad Española de Salud Pública y Administración sanitaria [sede web]. Posicionamiento SESPAS sobre las políticas de privatización de la gestión de los servicios sanitarios [actualizado el 27 de noviembre de 2012; acceso el 20 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/Posicion.pdf>
10. Organization for Economic Cooperation and Development (2011). Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing [acceso el 15 de enero de 2013]. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en
11. Gobierno de España [sede web]. Actualización del programa de Estabilidad del Reino de España 2012 -2015 [acceso el 2 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/0E911A5C-F0F6-490F-8280-1AE0EDC539CE/202009/ActualizacinProgramaEstabilidad2.pdf>
12. Barciela F. La excelente salud de la sanidad privada. EL PAIS. 18 de noviembre de 2011; Sanidad [acceso el 10 de enero de 2013]. Disponible en http://economia.elpais.com/economia/2012/11/16/actualidad/1353093576_128398.html
13. Eurostat [base de datos de internet]. European System of Integrated Social Protection Statistics [acceso el 21 de enero de 2013]. Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/social_protection/data/main_tables
14. Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Can user charges make health care more efficient? BMJ. 2010 [publicado en internet el 18 de agosto de 2010]; 341: c3759. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/341/bmj.c3759>
15. Quercioli C, Messina G, Basu S, McKee M, Nante N, Stuckler D. The effect of healthcare delivery privatisation on avoidable mortality: longitudinal cross-regional results from Italy. J Epidemiol Community Health. 2013; 67(2):132-8 [publicado en internet el 26 de septiembre de 2012; acceso el 20 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://jech.bmj.com/content/early/2012/09/28/jech-2011-200640.abstract>
16. Iasist. Evaluación de los hospitales de España según su modelo de gestión. Barcelona: Iasist S.A. 2012. Disponible en: http://www.iasist.com/files/Modelos_de_gestion.pdf

17. Padilla, J. [blog]. Lectura crítica del informe IASIST [actualizado el 4 de diciembre de 2012; acceso el 20 de enero de 2013]- Disponible en: <http://medicocritico.blogspot.com.es/2012/12/lectura-critica-del-informe-iasist.html>
18. Negocio Sanitario. EL PAIS. 7 de enero de 2012; Editorial [acceso el 8 de enero de 2012]. Disponible en: http://elpais.com/elpais/2013/01/06/opinion/1357504969_541845.html
19. Simó J. ¿Gastamos demasiado... o gastamos mal? AMF. 2012; 8(4): 197-205. Disponible en: http://www.amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=961
20. Campillo-Artero, C.; Bernal-Delgado, E. Desinversión y eficiencia en sanidad: aún sin brotes verdes. Rev Calidad Asistencial. 2012; 27(3): 127-9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-calidad-asistencial-256/desinversion-eficiencia-sanidad-aun-brotes-verdes-90139041-editorial-2012>
21. Segura del Pozo J [blog]. El recorte científico de la sanidad pública [actualizado el 28 de diciembre de 2012; acceso el 8 de enero de 2013]. Comentario realizado por Repullo, J., el 30 de diciembre de 2012. Disponible en: <http://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2012/12/28/el-recorte-cientifico-de-la-sanidad-publica/>
22. Gutiérrez – Ibarlucea I. Desinversión basada en la evidencia en España. Atención Primaria. 2011; 43(1): 3-4. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en/node/2461515>