

Este documento ha sido descargado de:
This document was downloaded from:



**Portal *de* Promoción y Difusión
Pública *del* Conocimiento
Académico y Científico**

<http://nulan.mdp.edu.ar>



FACULTAD *de* CIENCIAS
ECONÓMICAS *y* SOCIALES



FACES



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Revista FACES

DIRECTOR

Esp. Mónica Mabel Biasone
Facultad de Ciencias Económicas y Sociales
Universidad Nacional de Mar del Plata.
Argentina

COMITÉ EDITORIAL

Patricia Alegre
Mariana Foutel
Elsa M. Rodríguez
Gustavo Rondi
Cristian Merlino Santesteban
Patricia Santo Mauro

SECRETARIA COMITÉ EDITORIAL

Susana E. Wilches

REVISIÓN DE VERSIONES EN INGLÉS

Alicia Streitenberger

CORRECCIÓN DE ESTILO

Prof. Analía Carrizo

DIAGRAMACIÓN Y ARMADO

Mundo Impresos,
mundoimpresos@gmail.com

Los artículos científicos fueron sometidos a referato externo.

Registrada en:

Latindex
Dialnet
ASFA (Aquatic Sciences and Fisheries Abstracts)

ISSN 0328-4050
ISSN En Línea 1852-6535

FACES, creada en 1995, es una publicación de periodicidad semestral editada por la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad Nacional de Mar del Plata. La revista publica colaboraciones relacionadas con la investigación y el desarrollo de las ciencias económicas y sociales.

Las opiniones expresadas en los trabajos son de exclusiva responsabilidad de sus autores y no necesariamente reflejan los puntos de vista de la Institución

Versión a texto completo en Portal Nulan. FCEyS UNMdP
<http://nulan.mdp.edu.ar>

Correspondencia y remisión de trabajos

FACES
FCEyS. UNMdP
CC 462. B7600 Mar del Plata, Argentina
faces@eco.mdp.edu.ar
facesmdp@gmail.com

Canje

Centro de Documentación
FCEyS. UNMdP
CC 462. B7600 Mar del Plata, Argentina
cendocu@mdp.edu.ar
<http://eco.mdp.edu.ar/cendocu>

Se permite la reproducción total o parcial de los trabajos mencionando la fuente y sin alterar su contenido. Se requiere la autorización de los editores para otros usos.

La creación de valor en el sector salud: consideraciones sobre su relación con los sistemas de pago

Value creation in health: Considerations on its relation to payment systems

Nicolás M. González

Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales
nicolasmgonzalez@ciudad.com.ar

Resumen

A partir del artículo publicado por Michael Porter, el presente estudio aborda la cuestión de la creación de valor en el sector de la salud enfocándose en los conceptos claves que condicionarían su aplicabilidad. La visión crítica de los mismos, válida con las salvedades del caso, tanto para el sistema de salud norteamericano como para otros sistemas como el argentino, nos lleva adicionalmente a considerar si un elemento clave como es el modelo de pago elegido para remunerar a los proveedores de servicios en el sector salud, puede influir de manera tal de atenuar los factores que *a priori* se constituyen en obstáculos para un desarrollo positivo de la creación de valor. En particular, se analiza el sistema de pago por capitación, sus ventajas y desventajas en relación con el propósito considerado de creación de valor como un objetivo realista y sostenible.

Palabras Clave: Creación de valor, restricciones, fragmentación, competencia, costos, viabilidad, remuneración, capitación.

Abstract

From the article by Michael Porter, the present study addresses the issue of value creation in the health sector by focusing on the key concepts that condition its applicability. The critical view thereof, valid with the exceptions of the case for both the U.S. health system and other systems like Argentina, leads us further to consider whether a key as is the chosen payment model to reward providers services in the health sector, can influence so as to mitigate the a priori factors that are obstacles to positive development of value creation. In particular, we analyze the capitation payment system, its advantages and disadvantages in relation to the purpose of creating value considered as a realistic and sustainable.

Keywords: Value creation, restrictions, fragmentation, competition, costs, remuneration, capitation viability.

1. Introducción

El presente trabajo tiene por objeto analizar un tema que recurrentemente es tratado en las organizaciones y que, particularmente, en el sector Salud asume características especiales, dado los valores sensibles que deben ser contemplados y tutelados: la creación de valor.

El punto de partida para ello será el artículo publicado por el profesor de la Universidad de Harvard, Michael Porter *What is value in Health Care?*, en el que el autor, reconocido por sus innegables contribuciones en temas como estrategia y competitividad, aborda el concepto de valor en el marco del sistema de salud de los Estados Unidos.

Esta referencia relativa al país al cual toma como eje de su trabajo, debe ser considerada como un aspecto relevante puesto que no se trata precisamente de un modelo que se caracterice por su eficiencia en términos de gastos y resultados (aspecto clave a considerar) ni tampoco en cuanto a cobertura universal de sus ciudadanos. En términos generales, podemos recordar que Estados Unidos gasta en salud un 18% de su Producto Bruto Interno (PBI), cuando la media de los países desarrollados se ubica en torno al 10%, y que cerca de 40 millones de habitantes no cuentan con cobertura médica, aún después de la reforma al Sistema de Salud impulsada por el presidente Obama en 2009¹.

Retomando la idea del trabajo sobre el concepto de valor en un sistema de salud, se establece una referencia clave que asocia el valor con el destinatario: el paciente; es decir, cuando hablamos de valor lo hacemos en referencia al paciente, como objetivo excluyente de un sistema de salud. Es en este marco que se define valor como “la relación entre los resultados obtenidos y el costo incurrido para obtener dichos resultados”, centrándolo claramente en un enfoque asociado a la eficiencia.

Desde esta perspectiva, entonces, podemos pensar que la eficiencia de un sistema puede mejorarse sobre la base de un ajuste de su “numerador” -producto- y/o de su “denominador” -recursos involucrados-. Mayores resultados para el mismo esfuerzo o el mismo resultado con un esfuerzo o consumo de recursos menor. Esto está relacionado en Salud, convencionalmente, con el volumen de prestaciones o servicios por un lado y por el otro, con las estrategias de contención o reducción de costos. El artículo de Porter intenta superar esta relación dicotómica, apuntando a un propósito de resultados, de mejora efectiva de salud del paciente, en una perspectiva más cualitativa

que la relacionada con la cantidad de servicios que recibidos por el mismo.

¿Cuáles serían entonces los conceptos claves asociados a la idea de valor para el paciente según el autor? Podemos considerar los siguientes:

Valor como eje central pero fundamentalmente, como concepto objetivizable y medible: Con la definición precedente, deviene una segunda cuestión, relacionada a la necesidad de medir el mismo, aspecto claramente complejo, dado que la perspectiva ya no es naturalmente cuantitativa, sino que pretende reflejar los resultados del tratamiento de cada condición médica o población paciente (por ejemplo, diabéticos o con cáncer de próstata) que generalmente son el producto de múltiples especialidades y diversas intervenciones -con frecuencia, interrelacionadas- generadas por los proveedores de servicio en el proceso de cuidado del paciente. Es comprensible entender que no siempre existe una correlación entre los esfuerzos y los resultados en el corto plazo, y que esta cuestión se complejiza aún más cuando hablamos de pacientes con múltiples condiciones médicas (por ejemplo, diabéticos e hipertensos), situaciones en las que debería efectuarse una medición de resultados para cada condición y luego practicarse un ajuste por riesgo. ¿Están los sistemas de información preparados para producir y medir estos resultados? ¿La fragmentación del sector no es un factor que ineludiblemente afectará de raíz la posibilidad de establecer este enfoque como algo objetivamente viable? ¿Quién sería el responsable de aglutinar los resultados, paliando en cierta forma los efectos de la fragmentación existente en el sector Salud? ¿El financiador? ¿El Estado? ¿En cuál de sus jurisdicciones? Hoy el sistema es capaz de producir información que mide fundamentalmente lo producido por cada actor y en forma global, lo que miden las instituciones prestadoras (un actor importante, pero no por ello el más relevante según sea la modalidad prestacional que se considere), por ejemplo, los hospitales trabajan con medidas de resultados de tipo global (tasas de infección intrahospitalaria, de reinternaciones, etcétera) que si bien pueden asociarse a conductas de calidad y seguridad para el paciente; no necesariamente sirven para el propósito descrito de reflejar la existencia de valor para este último. Estamos más orientados a lo cuantitativo como demostración de la calidad, claramente en un enfoque insuficiente y en esencia, contradictorio.

La fragmentación del sistema: Este es uno de los puntos críticos más relevante, que no es privativo del modelo estadounidense, sino que también en nuestro país la fragmentación, falta de coordinación y

desarticulación es una cuestión de plena vigencia. Y esto claramente se traduce en un enorme obstáculo para poder llevar adelante estrategias sistémicas que permitan generar seriamente valor para el paciente y que el mismo sea efectivamente medible y palpable. Ya no nos estamos refiriendo a un problema que afecta al sector privado, sino que también está presente en el sector público donde es pasible observar superposiciones y vacíos simultáneamente entre las distintas jurisdicciones. Tampoco es efectiva la asociación público/ privado, que debiera ser una herramienta concebida para integrar los subsistemas. La ausencia de un sistema de salud de tipo universal se convierte en obstáculo casi insalvable para conseguir estándares comparables y pisos mínimos de calidad para la atención médica que reciben los pacientes. La fragmentación es sinónimo de diversos subsectores, con insuficiente interrelación entre sí. También podemos decir que fragmentación se asocia a la idea de desigualdad, de mayor o menor intensidad. Y el objetivo de la creación de valor para el paciente está (o debería estarlo) fuertemente correlacionado con la indispensable tendencia hacia una atención que garantice a todos esos pisos mínimos de resultados.

La competencia de suma cero: Claramente vinculado con el punto anterior, aparece la cuestión de la competencia, en su faceta más negativa a juicio del autor: la competencia de **suma cero**. Si mediante la competencia en la mayoría de los sectores se consigue crear valor para el cliente y se reducen simultáneamente los costos, para el sector de la Salud la realidad es diferente al punto que “los agentes del sistema dividen el valor en vez de incrementarlo”. ¿Cómo sucede esto? Porter se refiere a las distintas formas de manifestarse:

- Derivación de costos en lugar de reducirlos (entre los participantes del sistema). Esto implica una transferencia de resultados que incrementa la ganancia de un agente, reduciendo en la misma medida la de otro. Y por qué no, entre las múltiples combinaciones que pueden originarse en el sector y dependiendo del poder de negociación de los actores, mayores ganancias para unos y mayores pérdidas para otros. El segmento que representa a Clínicas y Hospitales es un claro “perdedor” en este juego de transferencias.
- Búsqueda de una mayor capacidad de negociación en vez de mejoramiento de la asistencia.
- Limitación de la elección y el acceso a los distintos servicios.

La observación sectorial tiende a ratificar casi en su totalidad estas desviaciones no deseables derivadas de un esquema de competencia que

neutraliza o incluso que es capaz de destruir valor y no parece fácil de revertir, dado que este aspecto guarda íntima relación con el sistema de retribución de los actores que participan, aspecto éste que plantea asimismo otro juego de intereses a considerar.

La crítica al enfoque de contención de costos: También se hace referencia a los efectos negativos derivados de las políticas de reducción/contención de costos, fundamentalmente cuando las mismas se enfocan en las típicas estrategias miopes que atacan gastos de sectores con una visión sectorial o parcial, fruto en muchas ocasiones de las severas restricciones que han aplicado los financiadores del sistema o por un propósito de maximizar la rentabilidad de los operadores. Claramente las medidas convencionales del gasto en Salud -parcializadas por servicios, especialidades médicas, insumos y medicamentos- generan condiciones para que los recortes impacten sobre los costos, pero no contribuyen a analizar en simultáneo sus efectos no ya sobre la producción de servicios, sino sobre la salud del paciente, desarticulando una vez más, los esfuerzos financieros y los resultados obtenidos. Ni más ni menos que el concepto de valor para el paciente en sentido puro. Sin perjuicio de lo indicado, y siguiendo al mismo Porter, hay organizaciones que aplican el concepto de “Cadena de Valor”, que permite separar y ordenar las distintas actividades que contribuyen a la generación de un servicio. En función de la interdependencia existente entre las mismas, podemos observar los efectos de cambios en ciertos tramos de la cadena, sin perder de vista el impacto final sobre los costos globales. En este esquema las actividades se clasifican en primarias y de apoyo, cada una con sus costos asociados, permitiendo “conocer la manera en que las actividades de una organización apuntalan su ventaja competitiva.”² Esto así parece indicar que en la medida en que se visualiza la cuestión del valor como proceso integral de tratamiento del paciente, con un enfoque de costos razonable y consistente, se podría obtener verdaderos ahorros por la vía de un uso más racional de la capacidad instalada; reducción de los tiempos que implican los procesos; redistribución del gasto en diferentes servicios y eliminación de los costos que no agreguen valor, por citar algunas variantes.

En consecuencia, en una primera lectura, podría decirse que de existir altos niveles de fragmentación que potencian las debilidades propias del sistema, conflictos de intereses que traen como resultado una competencia que en lugar de crear valor lo destruye; sumando a esto estrategias recurrentes de reducción de costos asociadas a crónicas crisis de financiamiento del sistema, no es viable en términos prácticos

considerar que dicho sistema de Salud prioriza como objetivo central el valor para el paciente.

2. La creación de valor y los sistemas de remuneración

Ahora bien, planteadas las dificultades que nos alejan de la posibilidad de alcanzar el objetivo propuesto, debemos preguntarnos cómo revertir o al menos atenuar esta situación. ¿Cómo pasar de un esquema vicioso a uno virtuoso? ¿Cuánto de esto puede asociarse al sistema de remuneración empleado? ¿Es un factor relevante o se trata de una visión financiera que subestima la gravedad del problema?

Podemos considerar que en gran medida la fragmentación del sistema es alimentada por alguna forma de retribución a los agentes intervinientes en el proceso, en tanto otros no lo hacen. O al menos, su intensidad y efecto negativo es significativamente menor. Debemos observar si los modelos de pago, con sus ventajas y desventajas asociadas, pueden contribuir de manera positiva a la consecución, al menos de manera parcial de la creación de valor para el paciente. Si de alguna forma, funcionando como un disciplinador para el sistema, para acercarnos a esta mirada indiscutible desde lo teórico, pero frágil cuando pretendemos dotarla de viabilidad.

Estamos hablando de los modelos de pago que tienen que ver con la forma de retribución a los proveedores de servicios del sistema. Se dice que: “Los modelos de pago, son tal vez, los incentivos más poderosos con que cuentan los gestores de salud”. La concepción de incentivo no es otra que la de un “elemento introducido por un agente del sistema para modificar la conducta de otro agente.”³

La cuestión de los modelos o instrumentos de pago se plantea como un tema central para los modelos de financiación de la salud en los cuales existe un **tercer pagador**. Brevemente recordamos que esto representa una imperfección propia de los mercados de salud, que elimina (o en presencia de copagos o bonos moderadores a cargo de los usuarios, hace visible al menos de manera parcial) la elasticidad-precio, evitando así que la demanda de los servicios de salud no sean afectados ante variaciones en los precios de las prestaciones. Por el contrario, como ha sido analizado por abundante literatura de la economía de la salud, tiende a incentivarse una conducta abusiva por parte de los usuarios quienes demandan servicios de manera desaprensiva.

A esto debe agregarse la **relación de agencia**, otra imperfección existente en el sector de la salud, por la cual los usuarios ceden o delegan

sus decisiones sobre el consumo (utilización) en otra persona que pasa a actuar como su agente, por lo general, el médico. Dicho en otros términos, reproduciendo una cita frecuente en el ámbito de la salud: “el que gasta (o condiciona el gasto con la prescripción médica), no consume. Y el que consume (el paciente), no paga”. Esta disociación entre quien gasta, consume y paga, escapa a la lógica económica de otras actividades, eliminando barreras naturales de control del gasto en salud.

Indudablemente los modelos de retribución guardan una íntima vinculación con uno de los factores limitantes de la creación de valor, que es la contención de costos. Como citáramos anteriormente, las restricciones financieras son una constante en el sistema de salud, pero su intensidad varía, acentuándose en las etapas recesivas de la economía, máxime si el origen del financiamiento hacia los efectores proviene del sector público. Y aún cuando pueda proceder total o parcialmente del sector privado, como ocurre en nuestro país, sea del subsistema de Obras Sociales o Prepagas, la indisoluble relación con el mercado del trabajo, lo hace también vulnerable a estas oscilaciones. La menor cantidad de recursos disponibles inevitablemente se trasladará hacia los efectores, en un fenómeno adicional de transferencia de riesgo al modelo de retribución elegido.

En estas circunstancias, lamentablemente presentes con una alta frecuencia de repetición, cobran especial interés las modalidades de retribución de tipo prospectivo, con fuerte predominancia de pagos fijos, mejorando los niveles de incertidumbre para operar en dichos contextos. Quizás el modelo más reconocido dentro de este grupo, es el de capitación, ya sea de manera exclusiva o en combinación con incentivos particulares, que se utiliza tanto para la remuneración de médicos y otros profesionales, como también para hospitales e instituciones sanatorias. Sin desconocer la existencia de un amplio menú de opciones de modelos de pago -que en función de las restricciones financieras y las desventajas de los conocidos tiende a crecer-, creemos conveniente retomar el concepto de la *cápita* y evaluar su posible asociación virtuosa con nuestro propósito de creación de valor para el paciente.

3. Definición y características generales del modelo de capitación

Podemos definir a la capitación como uno de los métodos de pago prospectivos, donde se le abona a médicos y/o redes o instituciones hospitalarias, una suma fija por cada persona inscrita en un padrón, a cambio de un paquete definido de servicios, por un período de tiempo,

independientemente de que la persona reciba o no dichos servicios.

Esta modalidad de contratación ha sido emblemática en nuestro país, fundamentalmente en el principal financiador a nivel nacional el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), como también ha sido adoptada por otras instituciones y Obras Sociales, que encontraron una forma más simple de gestionar el gasto en salud de las poblaciones a su cargo y un modo de transferir, consecuentemente, el riesgo de las mismas hacia los prestadores.

Por tratarse de una forma de retribución agregada o integral, permite orientar los servicios hacia la prevención y promoción de la salud, focalizando un esfuerzo importante en el primer nivel de atención médica. Si pensamos que existe una clara transferencia de riesgo hacia el prestador (que puede ser atenuada en alguna medida por la vía del reconocimiento de tasas de uso que se ubiquen por encima de los estándares que se tomaron en cuenta para la determinación del valor de *cápita*), es fuerte el incentivo con que cuenta el mismo para fortalecer las acciones que prevengan la ocurrencia de la enfermedad, cuestión que se encuentra en la base del concepto de valor para el paciente.

De una manera más explícita y descriptiva, podemos detallar las ventajas y desventajas asociadas a este método de pago:

3.1. Ventajas:

- Establece un vínculo explícito entre el médico y el paciente, fomentando una relación de largo plazo. Adicionalmente, este puede extenderse a la institución donde se reciben los servicios.
- Fomenta la prevención y el primer nivel de atención.
- Evita el exceso de tratamiento, estudios diagnósticos y procedimientos no relevantes. El paciente es probable que sólo reciba los servicios e intervenciones que sean estrictamente necesarios.
- Promueve un enfoque de eficiencia en el cuidado del gasto médico en términos generales, evitando la sobrestimación, dado el carácter fijo de la remuneración.
- Reduce sensiblemente los gastos de administración en términos amplios, tanto para el financiador como para el prestador, desde la negociación, su gestión y control.
- Brinda seguridad y previsibilidad financiera.

3.2. Desventajas:

- Puede estimular el aumento de la cantidad de pacientes para generar mayores ingresos, propiciando una selección de aquellos que se encuentren sanos o sean de bajo riesgo (*cream skimming*) y por ende, provoquen menores erogaciones a futuro.
- El incentivo existente para el médico (o la institución) para mantener los costos bajos, puede derivar en un esquema de subprestación, que podría agravarse en la medida que no existiesen opciones o alternativas de atención (competencia entre prestadores).
- En sistemas de atención no integrada (entre el de primer nivel y los de mayor complejidad), puede verse facilitada una transferencia de pacientes hacia especialistas, con el consiguiente traspaso de costos.
- Los pacientes a menudo creen que significa un menor costo y que esto se traducirá en una prestación de menor calidad, y que los esfuerzos para reducir el costo implicarán establecer restricciones a su capacidad para recibir la atención necesaria.

Claramente podemos ver que si las desventajas de este instrumento no son corregidas o atenuadas, como sucedería con otros métodos de pago, los resultados que se lograsen se alejarían sin duda del propósito buscado. Un punto que generalmente se ha observado de la *cápita*, es que su monto suele ser insuficiente, lo que lleva a un esquema de subprestación o bien, puede dar lugar a cobros indebidos que desnaturalizan la atención. Resulta clave **establecer la cápita en niveles adecuados para proporcionar atención de buena calidad**, siendo éste uno de los desafíos que enfrentan las partes (financiador - efector), como así también el tamaño y composición del padrón para lograr una distribución del riesgo compatible con el valor acordado. Asimismo, deben existir disposiciones especiales para los casos inusuales de alto costo -pagos extra-*cápita* o exclusión de ciertas patologías del menú de prestaciones a ser cubierto por el efector-, evitando así causar problemas financieros a los proveedores que están haciendo un buen trabajo en la administración de los patologías más frecuentes, según la población cubierta.

Por otra parte, deberá existir un monitoreo no solo de la cantidad de prestaciones brindadas, sino también de los resultados alcanzados. Esto será más fácil de realizar en la medida en que los pacientes concentren su

atención en médicos/hospitales o redes de instituciones sanatoriales que compartan un ingreso determinado y deban acordar políticas de gasto, orientadas a la consecución de los objetivos que se planteen. Hablar así de monitoreo por parte del financiador, y de políticas orientadas a la mejora de la calidad en el efector, puede devenir en un círculo virtuoso que genere finalmente mejores resultados en la atención de los pacientes.

Esto requerirá que los mecanismos de selección de los prestadores sean exigentes, acordes al pago de una *cápita* suficiente y regular; que prevean la existencia de incentivos adicionales por cumplimiento de objetivos que exceden el marco de lo estrictamente cuantitativo. Premiar a los mejores, implicará avanzar en una categorización rigurosa y por qué no obligatoria, pero que deberá traducirse en un equilibrio lógico entre el esfuerzo a realizar por los efectores y los valores y condiciones de cumplimiento (en cuanto a su razonabilidad) que establezcan los financiadores. Son estas precondiciones las que evitan la justificación de la no prestación. Los gobiernos y los pagadores pueden poner en marcha un sistema de control de calidad para monitorear y mantener los niveles de las prestaciones y sus resultados.

Y si el objetivo central apunta a que la cantidad y calidad de las prestaciones que reciban los pacientes produzcan un mejor resultado, más eficaz y más eficiente, no podemos dejar fuera de este esquema a los mismos. Estimulando fuertemente la competencia entre profesionales e instituciones, permitiéndole al paciente ejercer su derecho de elección, para lo cual será necesario que exista información disponible para conocer cómo se desempeñan los efectores. El manejo y la interpretación de los datos del sector salud, pueden resultar complejos y de difícil comprensión para los usuarios del mismo, pero pareciera inevitable ir encaminados en dicha dirección.

A modo de síntesis, hemos querido analizar si el concepto de creación de valor en el sector de salud, a partir del trabajo del Prof. Michael Porter, y tomando en consideración los factores que pueden limitar su viabilidad, con las particularidades de cada país y cada sistema; puede por la vía de los sistemas de remuneración ejercer un efecto que potencie o atenúe las probabilidades de acercarnos a un desempeño satisfactorio para el paciente y, a su vez, sostenible para todos los agentes del sector.

Así, pensamos que el mecanismo de la capitación, como también podría serlo otros sistemas de pago cuasi fijos que concentren la atención de una población en médicos/instituciones o redes de prestadores que se hagan cargo de la atención del paciente y también del riesgo asociado a la misma, con valores lógicos y sustentables, con un esquema de beneficios

que combine cantidad y calidad de prestaciones, en el marco de requisitos mínimos de calidad a ser impuestos a los efectores; puede tornar más viable el objetivo de creación de valor en salud. De esta forma, los pacientes irán adquiriendo un rol más protagónico y activo, con más información, con mayor transparencia, ejercitando su capacidad de elección y hasta de calificación de los efectores en un esquema que estimule una mayor competencia.

Bibliografía:

- Tobar, Federico (2000). "Herramientas para el Análisis del Sector Salud". Disponible en:
http://www.isalud.com/htm/site/documentos/13_Archivo_largo.pdf
- Cherchiglia, Mariangela Leal. MD. (2002) "Sistemas de pago y práctica médica: teoría y evidencias empíricas". *Programa de Desarrollo de Recursos Humanos*. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Disponible en:
http://medicina.uncoma.edu.ar/download/postgrado/gestion_auditoria/bibliografia/modulo_10/sistpago_practmed.pdf
- Porter, Michael Ph.D. (2010) "What is Value in Health Care?" *The New England Journal of Medicine*. December 23, 2010. Disponible en:
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1011024>

Notas

1. Para consultar el gasto en salud (% del PBI), ver:
<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>
2. Sistemas de Salud - Diagnóstico y Planificación - De Val - Pardo Isabel y otros. Díaz de Santos.
3. Modelos de Pago en Servicios de Salud. Federico Tobar, Nicolás Rosenfeld y Armando Reale. Cuadernos Médicos Sociales. Nº 74. 1998.