

UN SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA DEL SIGLO XXI PARA VENEZUELA

La oportunidad de pensar desde cero, sin las ataduras de múltiples sistemas en funcionamiento ni la inercia que implica mantener un sistema de hospitales en operación estable, se presenta muy esporádicamente. Diseñar el sistema de salud venezolano del futuro requiere asumir riesgos calculados, innovar y hacer las cosas de manera diferente.

Raúl Aular

ES BIEN CONOCIDA la crisis operativa, financiera y de talento que sufren los servicios de atención médica en Venezuela. Las deficiencias abarcan a todos los elementos que integran el sistema de salud. Por lo tanto, cualquier esfuerzo dedicado al diseño y la puesta en marcha de una solución efectiva y sostenible deberá, forzosamente, ser concebido de modo holístico: no hay manera de resolver las deficiencias a partir de iniciativas focales.

Las políticas públicas asociadas con los servicios de atención médica parten de tres premisas:

1. Resulta imposible sostener el modelo vigente, caracterizado por su dependencia de la propiedad, la operación y la inversión pública centralizada de las infraestructuras de salud; cualquier solución requerirá una importante participación del sector privado (Aular, 2012).
2. Es necesario un modelo de gestión que permita a las fuerzas del mercado actuar y aportar soluciones de equilibrios estables y eficientes. Pero es conveniente tener presentes las bien documentadas dificultades que lastran al mercado al concebir soluciones óptimas en los servicios de atención médica (Aular, 2012).
3. Es importante que los decisores públicos tomen conciencia de que los modelos tradicionales —fundamentados en el pago por servicios prestados antes que en el valor entregado a cada paciente— no los llevarán por un buen camino. La sostenibilidad de los servicios de atención médica constituye un reto global, que implica considerar seriamente nuevos paradigmas, para no perder la oportunidad única que aporta la perspectiva de pensar «desde cero» (Aular, 2016).

A la luz de estas premisas, de las lecciones de los modelos tradicionales y de las ventajas de las tecnologías actuales, es pertinente reflexionar con respecto a seis elementos básicos para diseñar un nuevo modelo de atención médica.

1. Infraestructura y equipamiento: pasar de una infraestructura precaria y escasa (dominada por hospitales generales) a una relevante y suficiente encabezada por unidades de práctica integrada.

Raúl Aular, profesor invitado del IESA / @raulaulardr

2. Talento humano: mejorar la calidad y la disponibilidad del talento humano. Es hora de superar el cuadro actual (personal mal pagado, poco productivo y comprometido con múltiples centros) y contar con una nómina integrada por profesionales bien pagados, productivos y dedicados a un centro específico.
3. Sistemas de información: pasar a la implantación de historias clínicas electrónicas y sistemas de costeo exhaustivos de escala nacional, con uso intensivo de tecnología, interconexión y estandarización. El escaso aprovechamiento de la tecnología disponible bloquea el progreso. Una información aislada en departamentos administrativos y médicos no produce efectos benéficos para el sistema de atención.
4. Financiamiento: superar los presupuestos asignados por una autoridad central, como modelo de gestión desconectado de las realidades específicas de los distintos centros de salud, e impulsar un sistema que retribuya la productividad y el valor generado para cada paciente. Sin un presupuesto central, cada centro debe facturar sus servicios.
5. Lógica operativa: de una ausencia de correlación entre resultados y solvencia financiera pasar a un desempeño económico resultante de la calidad del servicio prestado y las preferencias de los pacientes. Una transparencia total —con indicadores clave accesibles al público— permitirá a los usuarios decidir y estimulará la búsqueda de la excelencia en los centros de salud.
6. Lógica de gobierno: adoptar un modelo descentralizado con incentivos a la iniciativa y la creatividad para cada administradora de fondos y cada centro. En los centros de salud no conviene una centralización total, sin grados de libertad ejecutiva.

En las próximas líneas se exponen estos seis elementos con mayor detalle. En algunas proyecciones (para mostrar órdenes de magnitud) se utilizan estadísticas de Colombia, debido a la afinidad cultural, la cercanía geográfica y al hecho de que —a pesar de tener muchos retos por resolver— el modelo colombiano ha logrado una significativa mejora en la calidad de los servicios prestados y la cobertura de población a partir de la Ley 100 de 1993.

Infraestructura y equipamiento

En Venezuela existe un grave déficit de camas hospitalarias. La mayoría de las que se conservan disponibles requieren un importante reacondicionamiento. Alrededor del 85 por ciento de las camas las provee el sector público (alrededor de 27.200, frente a 4.800 del sector privado), por lo que resulta previsible un gran esfuerzo de construcción y adecuación de la infraestructura hospitalaria.

El cálculo de la inversión debe comenzar por el reacondicionamiento de las camas del sector público, cuyo costo por unidad podría rondar los 100.000 dólares, para un total de 2.700 millones de dólares. Por otro lado, hace falta construir 16.000 camas nuevas, cuyo costo por unidad se aproximaría a los 200.000 dólares (3.300 millones en total). Tal esfuerzo permitiría llevar el índice de camas por mil habitantes de 0,9 a 1,5 (aproximadamente el 85 por ciento del índice actual de Colombia), con una inversión de unos 6.000 millones de dólares (OECD, 2018; OPS, 2017).

La pregunta clave es si esta inversión debe hacerse según el modelo tradicional del hospital general o si resultaría más eficiente organizar la infraestructura de salud alrededor

de otros modelos, como el de las unidades de práctica integrada (UPI). Un hospital general está organizado alrededor de las especialidades médicas, provee intervenciones o procedimientos clínicos para atender múltiples condiciones clínicas, funciona con múltiples prácticas separadas (cada una dedicada a una especialidad médica) y puede o no utilizar

Es necesario un modelo de gestión que permita a las fuerzas del mercado actuar y aportar soluciones de equilibrios estables y eficientes

una sola estructura administrativa y una logística de citas única. Ahora bien, la dedicación de la infraestructura y el equipamiento a múltiples especialidades dificulta lograr la escala necesaria (volumen de pacientes por condición clínica) para la sostenibilidad económica de la tecnología.

La UPI está organizada alrededor del paciente, provee ciclos completos de atención para una condición clínica (incluidas la educación del paciente, la atención ambulatoria e intrahospitalaria, el seguimiento y la rehabilitación), funciona con un equipo dedicado a una o varias condiciones clínicas afines, utiliza una infraestructura, una estructura administrativa y una logística de citas, y permite una escala suficiente para dar viabilidad económica a la tecnología, gracias a un manejo de grandes volúmenes de pacientes similares.

En efecto, en una ciudad promedio, a pesar de que existe un volumen de pacientes suficientemente alto por cada condición clínica, normalmente estos pacientes deben distribuirse en servicios ubicados en distintas instituciones. Esto implica que el volumen de casos por condición clínica atendidos en cada centro tiende a ser bajo. Este bajo volumen de pacientes por servicio trae como consecuencia que los médicos no puedan lograr el número crítico de casos que les permita una real especialización. Adicionalmente, la escala económica de cada servicio es pequeña (debido al bajo volumen de casos manejados) y esto hace inviables las inversiones requeridas para ofrecer a los pacientes la tecnología necesaria para darles una atención médica eficaz al menor costo posible.

La UPI emplea con mayor eficiencia los recursos y aprovecha las ventajas operativas de la especialización, porque se concentra en una o pocas condiciones clínicas. La adecuación de procesos a pocas condiciones permite lograr una eficiencia operativa superior. Además, el gran volumen de casos que maneja aumenta la exposición y la experiencia del equipo médico, con lo cual mejoran las habilidades y los resultados clínicos.

Las UPI obtienen resultados clínicos significativamente superiores y con costos menores cuando se las compara con hospitales generales tradicionales. Esto ya es evidente para algunos grandes empleadores. Un ejemplo es cómo Walmart ha comenzado a superar la ineficiencia, la variabilidad de los resultados y los altos e insostenibles costos del sistema de atención médica en Estados Unidos (Woods, Slotkin y Coleman, 2019). Walmart busca que los empleados sean atendidos en UPI con mucho volumen de pacientes y especializadas en determinadas condiciones clínicas: los «Centros de Excelencia». Para ello está dispuesto a financiar el viaje, el alojamiento y la logística que se requieren cuando la UPI está lejos del domicilio del empleado.

La lógica económica del programa es evitar la gran variabilidad de resultados entre los hospitales tradicionales y la realización de procedimientos innecesarios, que típica-

mente aumentan en la medida en que el equipo médico es menos experto en la condición clínica que enfrenta. La Clínica Martini, en Hamburgo, Alemania, especializada en cáncer de próstata (Aular 2016) y los hospitales oftalmológicos Aravind, en India, especializados en patología ocular, con una gran concentración en tratamiento de cataratas, son dos ejemplos adicionales, entre muchos, de organizaciones que producen resultados superiores y con un mejor uso de los recursos al operar como UPI.

Cualquier esfuerzo de reacondicionamiento y construcción de infraestructura hospitalaria debe destinar una buena parte de la inversión a la puesta en marcha de unidades de práctica integrada, y evitar que la provisión de servicios recaiga exclusivamente en los hospitales generales tradicionales.

Talento humano

La escasez de talento humano —como consecuencia de la emigración de médicos y enfermeros— es la mayor pérdida que el país ha sufrido en los años recientes. Es previsible que al implantarse un sistema de atención médica funcional y sostenible muchos de los profesionales que emigraron regresen al país. No es fácil predecir cuántos profesionales regresarán; sin embargo, y con la finalidad de dimensionar el problema, se puede calcular que si retorna cerca de la mitad de los médicos y enfermeros, Venezuela alcanzaría un indicador de médicos por mil habitantes similar al 85 por ciento del indicador para Colombia. Como el déficit de enfermeros ya era sumamente alto antes del fenómeno migratorio, no es posible llegar a indicadores aceptables sin un importante esfuerzo de formación de nuevos profesionales.

El regreso hipotético de los profesionales que emigraron y el incremento del número de nuevos profesionales requieren crear oportunidades atractivas que permitan un pleno desarrollo personal y profesional. Para lograrlas es fundamental un cambio radical en las relaciones de trabajo y en la capacidad de las instituciones locales para atraer y competir por el talento disponible. Es necesario crear un mercado la-

El escaso aprovechamiento de la tecnología disponible bloquea el progreso. Una información aislada en departamentos administrativos y médicos no produce efectos benéficos para el sistema de atención

boral competitivo para los profesionales de la salud, asegurar la autonomía institucional en la contratación del talento requerido, propiciar la vinculación de los profesionales con una institución (minimizar la dedicación a más de un centro), estimular la competencia entre instituciones privadas y públicas por contar con el mejor talento y eliminar el control central en las condiciones laborales.

La lógica tradicional de vinculación de los médicos con las instituciones privadas debe cambiar radicalmente. El modelo histórico de la clínica venezolana —médicos socios de la institución— debe dar paso a nuevas instituciones en las cuales el talento médico se vincula mediante una relación de tipo laboral (Aular, 2017). Esta reforma permitirá la creación de un mercado laboral competitivo para el talento médico y abrirá oportunidades a nuevos profesionales, quienes carecen de los recursos para asociarse a una clínica privada. Los hospitales deberán competir por el mejor talento y la calidad profesional será valorada.

Déficit de médicos y enfermeros en Venezuela

| | Médicos | Enfermeros |
|--|---------|------------|
| Profesionales en 2014 | 66.000 | 25.600 |
| Emigración aproximada | -22.000 | -3.000 |
| Posible repatriación (50%) | 11.000 | 1.500 |
| Profesionales después de la repatriación | 55.000 | 24.100 |
| Déficit de profesionales para llegar al 85% de los indicadores de Colombia | 0 | -18.700 |

Fuente: OECD (2018), OPS (2017), Delgado (2018), Nava (2018).

Sistemas de información

La subutilización de la tecnología de información debe dar paso a un uso masivo de los recursos informáticos, con la finalidad de mejorar la eficiencia operativa, optimizar los resultados clínicos, hacer un seguimiento administrativo riguroso y mejorar el confort en el trabajo. Cuatro elementos deben considerarse:

1. La información médica tiene que estar donde esté el paciente. Ello requiere la implantación de la historia clínica electrónica en formatos compatibles a nivel nacional. Este instrumento tiene que someterse a las adaptaciones necesarias para hacerlo operativamente óptimo en las distintas especialidades, y también en funcionalidad de captura de información codificada para la creación automática de bases de datos.
2. La información operativa y financiera tiene que ser exhaustiva, estandarizada y compatible. Se debe llegar a un grado de detalle suficiente para permitir el cálculo de los costos de atención de cada condición clínica por paciente. Es fundamental una codificación exhaustiva de procedimientos y patologías para uso general en todo el sistema. La estructura básica de las facturas debe estandarizarse. Para alcanzar el grado de detalle necesario conviene generalizar el uso de técnicas como el costeo basado en actividad (ABC, por sus siglas en inglés). Es recomendable adoptar una cultura de medición de resultados con indicadores estandarizados, que permitan diferenciar el desempeño institucional y el individual.
3. La información debe incluir la siniestralidad de cada paciente: insumo estadístico para gerenciar la cobertura del riesgo. Es una información empleada comúnmente en la industria de los seguros, pero debe adaptarse a las necesidades del nuevo sistema para pagar a los hospitales por el valor entregado al paciente más que por el número de procedimientos realizados.
4. La información médica a distancia debe vincularse con la historia clínica. Cada vez son más utilizados los dispositivos de medición de parámetros clínicos a distancia, que permiten un seguimiento remoto de los pacientes. De allí que resulte fundamental apalancarse lo más posible en estas tecnologías, para reducir costos y mejorar el confort de los pacientes.

Financiamiento

La asignación centralizada de recursos provenientes del presupuesto de la nación no ha dado resultados positivos, y en la actualidad no luce viable. Es importante asegurar la sostenibilidad del sistema sobre la base de aportes directos de los ciudadanos, para que los fondos recabados sean utilizados de

manera expresa en la cobertura de los servicios de atención médica. La sostenibilidad y el alcance del sistema dependerán de la tasa de desempleo, la magnitud de la población económicamente activa y el salario promedio nacional. Por lo tanto se requiere, como en cualquier parte del mundo, una economía pujante que permita su financiamiento.

El sistema requiere imponer una contribución obligatoria —bajo la modalidad de retenciones automáticas en la nómina o aportes directos en el caso de los trabajadores por cuenta propia— para distribuir los riesgos de manera óptima. La creación de un gran fondo de salud con controles legales restrictivos permitirá establecer la base de recursos que financiarán el sistema. La intermediación de los recursos debe recaer en compañías especializadas en la administración de fondos de salud; ellas tendrán que diseñar productos y servicios para atraer a los usuarios en distintos segmentos de mercado.

Cada usuario del sistema tendrá una cobertura mínima y libertad para aumentar su alcance con aportes individuales. Para evitar la selección intencional de grupos poblacionales de bajo riesgo, las transferencias del fondo a las administradoras de salud se harán por usuario (cada uno selecciona la administradora que prefiera); pero ajustadas actuarialmente, de acuerdo con el riesgo clínico individual, para asegurar la cobertura mínima garantizada universalmente.

Si se parte de la última tasa de actividad publicada por el Instituto Nacional de Estadística (en abril de 2016), y sin descontar el desempleo, el país debe alcanzar un ingreso promedio mensual de aproximadamente 550 dólares para llegar a un gasto anual en salud similar al de Colombia (400 dólares anuales por persona), mediante retención en nómina de un 12,5 por ciento (similar a la de Colombia). Como puede apreciarse, es fundamental la activación económica para hacer viable y sostenible cualquier sistema de atención médica. No existe atención médica «gratis» (OECD, 2018; OPS, 2017; INE, 2016).

Lógica operativa

Quizá sea la lógica operativa del sistema el ámbito donde puedan hacerse los cambios de mayor impacto; y donde la implantación de un sistema de incentivos radicalmente distinto pudiese impulsar un funcionamiento mucho más eficiente y eficaz que el observado en los sistemas de salud tradicionales, incluso en el mundo desarrollado.

Con la tecnología de información disponible es posible pasar del «pago por servicio prestado» al «pago por valor entregado al paciente». Por «valor» se entiende el conjunto de resultados de los actos médicos realizados hasta resolver una condición clínica dividido entre los costos totales de atención a cada paciente. El objetivo es que el sistema premie las intervenciones con mejores resultados y menores costos, en vez de pagar por cada procedimiento efectuado con independencia de sus resultados.

Para medir de un modo exhaustivo el «valor creado» es necesario promover una cultura de medición de resultados. Ello requiere, por una parte, implantar sistemas de información que permitan medir indicadores por paciente y costos asociados, y, por la otra, disponer de indicadores validados por autoridades médicas internacionales, ajustados por el riesgo de cada paciente y calculados de la misma forma en todos los centros de salud, con la finalidad de que los resultados sean comparables.

Existen conjuntos de indicadores estándar por condición clínica validados por autoridades médicas internacio-

nales. Los *standard sets* del Consorcio Internacional para la Medición de Resultados de Salud (ICHOM, por sus siglas en inglés) son un ejemplo del tipo de herramientas requeridas. Adicionalmente a la medición rigurosa de resultados de la intervención clínica, es necesaria una transparencia total y que los indicadores se encuentren a disposición del público.

Los afiliados al sistema —sus usuarios naturales—, deben poder elegir la institución y los profesionales con los cuales deseen atenderse. Tal elección debe basarse en indicadores objetivos inteligibles y relevantes para el paciente común y corriente. Está muy bien documentada la asimetría de información existente entre el médico y el paciente cuando interactúan durante el proceso de atención: se sabe muy

La dedicación de la infraestructura y el equipamiento a múltiples especialidades dificulta lograr la escala necesaria (volumen de pacientes por condición clínica) para la sostenibilidad económica de la tecnología

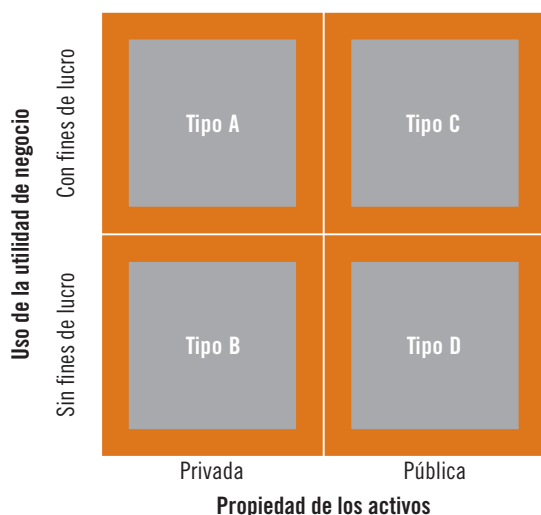
bien que la incapacidad del paciente para valorar la calidad del servicio impide que las fuerzas del mercado produzcan soluciones eficientes (Aular, 2012). En consecuencia, la medición exhaustiva de indicadores relevantes y la transparencia que permite su publicación son maneras de minimizar la asimetría de información en los servicios de atención médica y permitir que las fuerzas del mercado actúen en pro de soluciones eficientes.

Sería muy útil la creación de una oficina técnica especializada en la medición y publicación de resultados para todo el sistema. Para que esta oficina tenga la objetividad y la imparcialidad requeridas, lo mejor es constituir la con la participación de proveedores de servicios de salud, administradoras de fondos e instituciones académicas. No es posible sobrestimar la importancia de la medición de desempeño y costos, porque constituye la piedra angular para el funcionamiento del sistema. Es lo que puede permitir un avance sin precedentes, al sustituir paradigmas que no deben ser mantenidos irreflexivamente.

La medición de resultados y su importancia en la puesta en marcha de nuevos sistemas basados en el valor ya se ha reconocido como uno de los retos más importantes para otorgarle viabilidad a los servicios de atención médica. En enero de 2019 el Foro Económico Mundial lanzó la iniciativa «Coalición global por el valor en atención médica»; en su reporte de diciembre de 2018 se afirma: «Estamos en un punto crítico global para el valor en atención médica en el mundo. Los participantes en el sector necesitan codificar y diseminar la mejores prácticas, desarrollar impulsores globales para la atención médica basada en valor y crear nuevas plataformas para una colaboración más profunda» (World Economic Forum, 2018: 4).

Paradójicamente, las economías avanzadas con sistemas de salud que operan con estabilidad enfrentan grandes dificultades para superar la inercia de sus propios sistemas, con múltiples participantes, procesos, políticas e incentivos. Sin embargo, en los países en desarrollo ese tipo de barreras son menores y esto permite pensar en que es posible para las economías emergentes dar, mucho más rápidamente de lo que se cree, un gran salto en resultados y eficiencia económica, con el apoyo en estos nuevos paradigmas (Bitar, Patel, Gamper, Lamiaux y Larsson, 2016).

Tipología de instituciones de atención médica según la propiedad de los activos y la disposición de las utilidades



Tipo A

- Incentivos financieros alineados
- Total autonomía financiera y operativa en el marco regulatorio
- La mayoría de los actores deben estar en esta categoría

Tipo B

- Solo se diferencian del tipo A en que la utilidad del negocio no puede ser apropiada por los dueños de los activos
- Toda la utilidad debe reinvertirse en la institución
- Pueden recibir donaciones

Tipo C

- Solo se diferencian del tipo A en la propiedad pública de los activos

Tipo D

- Solo se diferencian del tipo B en la propiedad pública de los activos
- Deben ser operativamente autónomas y autosostenibles
- Pueden recibir donaciones privadas

Lógica de gobierno

El gobierno del sistema depende fundamentalmente de la propiedad de los activos. Cuando la mayoría de las instituciones prestadoras de atención médica son de propiedad y operación estatales actúan incentivos asociados típicamente al sector público. Si, por el contrario, la propiedad y la operación recaen en el sector privado es predecible el surgimiento de una política de incentivos construida alrededor de la competitividad y el retorno sobre el capital.

Es factible que las fuerzas del mercado propicien soluciones eficientes cuando el sistema de atención comience a operar en función del valor entregado al paciente, con medición exhaustiva de resultados y transparencia en la publicación de los indicadores relevantes. Por lo tanto, resulta razonable promover un cambio en la propiedad y la operación de los activos: un desplazamiento del sector público por parte del sector privado. Según la propiedad de los activos y el destino de la utilidad pueden identificarse cuatro tipos de instituciones:

1. Tipo A: propiedad privada de los activos y con fines de lucro
2. Tipo B: propiedad privada de los activos y sin fines de lucro
3. Tipo C: propiedad pública de los activos y con fines de lucro
4. Tipo D: propiedad pública de los activos y sin fines de lucro

La mayoría de las instituciones prestadoras de servicios de atención médica deben ser tipo A y tipo B. Una presencia mayoritaria de instituciones privadas tanto en la intermediación (administradoras de fondos) como en la provisión (centros de salud) implicará mayores grados de autonomía, libertad y estímulo a la creatividad y la innovación. Dado que cada empresa deberá competir por la preferencia de los usuarios, habrá incentivos para adoptar y expandir rápidamente las mejores prácticas.

Lo que está planteado para la Venezuela del futuro es promover las intervenciones clave para desatar el potencial de las fuerzas del mercado, aunque sin ingenuidad. Lo importante es dar poder a los usuarios, mediante el reconocimiento de su libertad de elección. La transparencia y la entrega de información pertinente harán el resto.

Un reto y una oportunidad

Este es el momento de poner sobre la mesa elementos que deben ser valorados y discutidos en el marco de un proceso

de reflexión, con el propósito de crear un sistema de atención médica sostenible, que aproveche la experiencia y utilice la tecnología disponible. En el ámbito de la salud, a pesar de los avances tecnológicos en equipos, fármacos, dispositivos, tratamientos y técnicas diagnósticas y terapéuticas, la lógica gerencial de las instituciones prestadoras de atención médica no se ha adecuado a las realidades actuales.

La oportunidad de pensar «desde cero» —sin las ataduras de múltiples sistemas en funcionamiento ni la inercia que implica mantener un sistema de hospitales en operación estable— se presenta muy esporádicamente. Diseñar el sistema de salud venezolano del futuro requiere asumir riesgos calculados, innovar y hacer las cosas de manera diferente, para evitar los errores cometidos tanto en otras latitudes como en Venezuela. ■

REFERENCIAS

- Aular, R. (2012): «Atención médica, Estado y mercado». *Debates IESA*. Vol. XVII. No. 1.
- Aular, R. (2016): «Atención médica basada en valor: ¿qué es y qué promete?». *Debates IESA*. Vol. XXI. Nos. 2, 3 y 4.
- Aular, R. (2017): «El reto de mejorar el gobierno corporativo de las clínicas venezolanas». *Debates IESA*. Vol. XXII. Nos. 1 y 2.
- Bitar, J., Patel, J., Gamper, M., Lamiaux, M. y Larsson S. (2016): «Leapfrogging: value based health care comes to emerging markets». Boston: The Boston Consulting Group. <https://www.bcg.com/publications/2016/health-care-payers-providers-leapfrogging-value-based-health-care-comes-to-emerging-markets.aspx>
- Delgado, A. M. (2018): «Los médicos se unen al éxodo, más de 22,000 ya han huido de Venezuela». *El Nuevo Herald*. 28 de marzo. <https://amp.elnuevoherald.com/noticias/mundo/america-latina/venezuela-es/article207182134.html>
- INE (2016): «Fuerza de trabajo». Caracas: Instituto Nacional de Estadística. http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=103&Itemid=40
- Nava, M. (2018): «Más de 3000 profesionales de Enfermería se fueron de Venezuela porque no tienen con qué comer». *Crónica Uno*. 15 de febrero. <http://cronica.uno/mas-de-3000-profesionales-enfermeria-se-fueron-venezuela-no-tienen-con-que-comer/>
- OECD (2018): «Health statistics». París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo y Económicos. <https://data.oecd.org/health.htm>
- OPS (2017): «Situación de salud en las Américas: indicadores básicos 2017». Washington: Organización Panamericana de la Salud. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34330>
- World Economic Forum (2018): «Value in health care, accelerating the pace of health system transformation». Ginebra: Foro Económico Mundial. http://www3.weforum.org/docs/WEF_Value_in_Healthcare_report_2018.pdf
- Woods, L., Slotkin, J. R. y Coleman, R. (2019): «How employers are fixing health care». *Harvard Business Review*. Marzo.