**Health Policy Papers Collection**

**2023 – 11**

# LA GESTIÓ IMPORTA,

# TAMBÉ LA CLÍNICA I SANITÀRIA

**Vicente Ortún**

**Centre for Research in Health and Economics (CRES)**

**Universitat Pompeu Fabra (UPF)**

The Health Policy Papers Collection includes a range of articles on Health Economics and Health Policy carried out and selected by researchers from the Centre for Research in Health and Economics of the Pompeu Fabra University (CRES-UPF).

*"This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium provided that the original work is properly attributed"*

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

**Barcelona, Desembre 2023**

**Health Policy Papers Collection 2023 – 11**

# LA GESTIÓ IMPORTA, TAMBÉ LA CLÍNICA I SANITÀRIA*

**Vicente Ortún**
Universitat Pompeu Fabra
Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)

RESUM Tenim un bon sistema sanitari però amb mal pronòstic si no es combat l'esclerosi que tenalla la gestió clínica i sanitària i s'oblida que el finançament públic és el que permet atendre segons necessitat. Caldrà un nou estat d'alarma per a no perdre les destacades posicions que ocupa la nostra sanitat pública al món? Les línies que segueixen revisen el que sabem sobre gestió i perfilen com cal un millor Estat, una millor gestió pública, no tan sols per permetre una sanitat solvent, sinó també per afrontar els altres reptes connectats amb el benestar humà des de la transició energètica, productiva i demogràfica a la democràtica.

*Paraules clau:* World Management Survey*, resposta a Covid-19, gestió clínica i sanitària, sistema sanitari Catalunya i Espanya,* Healthcare Access and Quality Index*.*

**GESTIÓ A SANITAT**

Solen distingir-se tres tipus de gestió a Sanitat: la Macro, pròpia de la política de salut, la Meso, de centres sanitaris, i la Micro, o gestió clínica.

*Macrogestió o política sanitària*: Intervenció de l'Estat per corregir disfuncions del mercat a través de:

- El finançament públic dels serveis sanitaris, que permet atendre segons necessitat i es justifica en terme d'eficiència amb una cartera de serveis cost-efectiva. Es tracta d'atendre episodis com si fos un viatge amb avió, deixant la disposició a pagar per al complement *business*.
- La regulació sobre els determinants de la salut, ambientals, socials i sanitaris.
- La informació per reduir asimetries informatives.
- De vegades, l'organització de la prestació de serveis.

*Microgestió sanitària o gestió clínica*[1]: Els clínics assignen el 70% dels recursos sanitaris en les decisions, diagnòstiques i terapèutiques, realitzades en condicions d'incertesa, en una tasca que suposa coordinar i motivar. Com s'encaixi la constatació del rol fonamental clínic en l'assignació de recursos determina l'abast de la gestió clínica a cada país, particularment el grau de descentralització que s'aconsegueixi en organitzar-se, de manera que decideixi aquell posseïdor d'un coneixement específic difícil, per costós, de transmetre per l'escala jeràrquica.

*Mesogestió sanitària o gestió de centres*, que deixem per al final per tenir una base disciplinària menys clara. Il·lustra, per altra banda, com la suma de gestió de centres moltes vegades excel·lents

*Text base de Vicente Ortún pel seu discurs d'ingrès a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, 28 de novembre 2023: https://www.youtube.com/watch?v=ovMWv0N-xUM&t=1037s

(Kaiser-Permanent, Mayo Clinic, Veterans, Cleveland Clinic, Geisinger -ara fusionada amb Kaiser-…) no resulta en un bon sistema sanitari; els Estats Units es reconeixen com el pitjor sistema sanitari entre els països desenvolupats a causa de la manca de cobertura universal bàsica finançada públicament. La despesa pública ja la té; la cobertura, no[2]. Nombrosos intents fracassats informen de la fortalesa d'uns interessos creats que no cediran fàcilment el control de més del 10% del PIB de la primera potència mundial[3].

**CIÈNCIES DE LA GESTIÓ**

Delimitar coneixements, habilitats i actituds desitjables d'un directiu és més difícil que per d'altres professions. De fet, els *headhunters* a l'hora de presentar una terna de candidats tendeixen a basar-se en l'èxit professional previ en posició semblant a la que cal cobrir. Es podria parlar de ciències de la gestió com el producte de qualsevol disciplina capaç de formular afirmacions universals contrastables sobre com coordinar i motivar les persones per assolir els objectius de l'organització (l'essència del contingut de la gestió).

Certament, les obres que ocupen prestatgeries o biblioteques virtuals a despatxos directius oscil·len entre les al·lèrgenes i Fosbury. Les primeres generen, en persones habituades a un cert rigor científic, una incapacitat per tastar literatura de gestió. Les segones, en canvi, recorden que només hi ha una manera de competir al món: com qui ho fa millor. Des que Fosbury, als Jocs Olímpics de Mèxic 1968, va establir un nou rècord en salt d'alçada abandonant la tècnica anterior de rodet i optant pel salt d'esquena, no hi ha cap altra manera de classificar-se per a uns Jocs que la Fosbury. Fosbury ha estat l'organització científica del treball (Taylor, Fayol), els experiments Hawthorne (Shewhart), els avenços en investigació operativa associats a la IIª Guerra Mundial (McNamara), el Toyotisme, etc. No hi ha cap altra manera de competir al món que tractant de fer les coses com qui millor les fa. A sanitat, sector protegit fins ara de la competència internacional, es nota menys la pressió Fosbury, cosa que està canviant i que probablement exigirà una intervenció decidida de l'Estat perquè l'atenció sanitària no sigui controlada per multinacionals tecnològiques amb poder oligopolístic i polític, qüestió a què ens referim més endavant.

**MESURA DE LA QUALITAT DE LA GESTIÓ**

Des de fa més de 20 anys s'ha estat creant una base de dades sobre qualitat de la gestió que cobreix 13.000 empreses, 4.000 escoles i centres sanitaris, i administracions públiques a 35 països: El *World Management Survey*[4].

Les mesures validades de qualitat de la gestió inclouen els temes més bàsics, des de tenir un nombre raonable d'indicadors d'acompliment, i fer-ne un seguiment regular, fins a disposar d'un sistema que permeti avaluar executòries per incentivar-les de manera conseqüent. En queden al marge aspectes com la innovació o decisions de finances, preus, màrqueting i obertura i tancament, ja que se centra en el xassís bàsic que permet que una organització tingui èxit.

Per països, la millor qualitat de la gestió es troba als EUA, el Japó, Alemanya, Suècia, França i el Regne Unit. En posició més baixa, el Mezzogiorno europeu amb Xile i Mèxic. Índia i Xina a continuació, Àfrica a la cua. En qualsevol cas, la variabilitat intrapaís entre qualitat de gestió de les empreses, fins i tot per sectors, és molt elevada.

El mètode emprat ha estat validat tant per un experiment natural -la crisi del 2008 va afectar molt menys a empreses amb bona gestió- com per un experiment dissenyat: les empreses del sector

tèxtil a l'Índia aleatòriament escollides per ser ensinistrades en millora de la seva gestió van augmentar la seva productivitat un 17% més que les no intervingudes.

Als hospitals, la millor gestió porta també a millors resultats, com ara menors taxes de mortalitat i estades mitjanes més curtes, sempre que acompanyi un bon govern (del Consell Rector, per exemple) i una acceptable qualitat institucional. La qualitat institucional és un concepte multidimensional, que es compon de diverses facetes: veu i rendició de comptes, efectivitat governamental, estabilitat política i absència de violència, qualitat reguladora, i respecte a la llei i als contractes i control de la corrupció. Els indicadors generals mostren que a Espanya persisteixen dèficits importants de qualitat institucional en els tres darrers aspectes[5] però també hi ha un marge notable de millora en participació, transparència, responsabilitat i qualitat de formulació i implementació de polítiques públiques, que conformen els dos primers.

Els factors que influeixen en la millora dels resultats clínics, financers i la satisfacció del personal, a més de la competència per comparació en qualitat, són la mida i les habilitats clíniques i gestores. Les habilitats clíniques i gestores (millor comunicació, més credibilitat i autoritat) -per aquest ordre- expliquen un comportament millor de les organitzacions sanitàries[6-7].

Finalment, allò més important: la qualitat de la gestió explica un terç de les diferències de productivitat entre països. La gestió importa.

**LA QUALITAT DEL SISTEMA SANITARI A ESPANYA**

Des de la dècada dels 70 del segle passat es mesura la qualitat d'un sistema sanitari pel que a Espanya anomenàvem mortalitat innecessàriament prematura i sanitàriament evitable[8]. En els darrers anys, l'*Institute of Health Metrics and Evaluation* publica les millors mesures tant de mortalitat evitable -aquella que no s'hauria de produir amb els coneixements i recursos disponibles, proporcionant una bona atenció clínica- com de la càrrega de malaltia evitable amb programes de salut pública i actuacions sobre els determinants de la salut. Amb dades del 2017, The Lancet publica el 2019[9] que Espanya és el sisè país del món al rànquing de mortalitat clínicament evitable, aquella més sensible a l'actuació dels serveis sanitaris. Ho fa, a més, depurant dades i ajustant les taxes de mortalitat pels riscos que no són clínicament manejables. Així, en morts per malalties diarreiques cal ajustar-se per diferències en qualitat de l'aigua entre països. En canvi, en morts per ictus no cal ajustar-se per diferències en prevalença d'hipertensió perquè són clínicament manejables.

Sisena posició mundial, darrere de Suïssa, Suècia, Noruega, Austràlia i Finlàndia, dinovena amb dades d'un any després[10], i novena amb dades del 2019, publicades el 2022[11]. Lleugers canvis de mètode i, sobretot, ordenar pel valor de l'índex, sense considerar els seus intervals de confiança, expliquen la labilitat. En qualsevol cas, proporcionen a Espanya una classificació que obté únicament en algun esport individual. On és, doncs, el problema? Al mal pronòstic, com s'ha dit fa anys[12], llevat que es redrecin algunes tendències com la de creixent esclerosi a l'oferta (Catalunya queda pràcticament com a únic reducte de la gestió pública indirecta) i la del vot amb els peus cap a l'assegurament privat. Simplificant molt el que requereix més espai[13], cal una millor gestió pública (professionalització que exigeix despolititzar així com desburocratitzar) per preservar la princesa de l'Estat de Benestar, la institució que més confiança genera en la ciutadania: la sanitat pública[14].

La pandèmia ha mostrat com una gestió àgil i resolutiva és possible encara que requereixi un estat d'alarma (com els que hi ha hagut entre el 14 de març i el 21 de juny del 2020). Tot i els problemes amb la primera onada, particularment en residències, la resposta d'Espanya -mesurada en pèrdues d'esperança de vida en néixer- va estar a l'alçada de la d'Holanda[15]. Va tenir lloc una exhibició professional per part de clínics (medicina, infermeria…), enginyers, personal de suport i gestors. Mai no s'havia conegut una gestió clínica i de centres tan resolutiva[16]. Tot i això, cap de les lliçons apreses s'ha tingut en compte.

**GESTIÓ PÚBLICA I GESTIÓ PRIVADA**

L'Estat és una organització a què es pertany sense massa elecció, que ens pot imposar obligacions sense aquiescència individual, encara que sí col·lectiva, a través dels nostres representants, la legitimitat dels quals es deriva d'un procés electoral, no de la propietat. Com a conseqüència de la responsabilitat fiduciària que regeix l'administració pública hi ha restriccions importants a la discrecionalitat amb què pot manejar els recursos. La gestió pública serà, per tant, gestió amb les limitacions derivades del seu caràcter públic. Algunes d'aquestes limitacions -visibilitat, transparència, control jurisdiccional constant, garantisme- són convenients, doncs serveixen objectius democràtics. D'altres, en canvi, no ho fan, i són limitacions mitigables per la investigació (mesura de l'impacte en el benestar de les polítiques públiques) o per l'acció (alliberar-se de captures reguladores, mecanismes de quasi-competència i mercat)[17].

La gestió pública a Espanya pot ser directa o indirecta, aquesta darrera clarament en recessió i reduïda a Catalunya, després de l'aplantament general que ha anat acabant amb l'assaig de noves formes de gestió iniciat la darrera dècada del segle passat.

Pérez-Romero *et al*[18] suggereixen que una eficiència més gran tendeix a associar-se a un marc flexible de regulació i gestió, allunyat de les limitacions autoimposades per l'Administració pública. Els resultats indiquen que el fet de disposar l'hospital de personalitat jurídica, amb independència de la propietat pública o privada, augmenta l'eficiència tècnica respecte als hospitals públics tradicionals, i que el marc de regulació i gestió de l'hospital és més rellevant que la propietat pública o privada. Es postula que la dotació de personalitat jurídica a l'hospital de l'SNS suposa sotmetre'l a un marc jurídic i de gestió molt més flexible que el que caracteritza els hospitals tradicionals, per la qual cosa es considera que és rellevant que, als hospitals analitzats, la personalitat jurídica (pública o privada) s'associï a un marc de regulació de tipus laboral i no estatutari. L'eficiència tècnica que analitza aquest estudi curiosament implica una perspectiva no tan rellevant com la de l'eficiència del conjunt del sistema, ja que igual que la qualitat d'un sistema sanitari no s'obté per la mera addició de la qualitat dels integrants, l'eficiència del conjunt tampoc no deriva necessàriament de les eficiències dels seus centres integrants (menors costos en un hospital poden no compensar l'excés de costos que provoca en altres hospitals finançats públicament). En tot cas, els pocs estudis que incorporen indicadors de resultat final i qualitat mostren que no hi ha diferències significatives entre actors públics i privats en termes d'adequació, seguretat, eficiència i efectivitat clínica[19-20].

**MILLOR ESTAT**

La gestió privada amb finalitat lucrativa (estil Amazon) és la que pot plantejar problemes en la mesura que la seva mètrica és la del retorn en recursos propis, no tant la quantitat i la qualitat de vida produïda. Diferents fallades de mercat[21] aconsellen una intervenció de l'Estat però d'un bon

Estat ja que no es tracta de substituir el dolent pel pitjor. Curiosament, tres grans problemes de la humanitat convergeixen pel que fa a la seva solució respecte a un millor Estat:

1. No hi haurà benestar humà en un planeta malalt. L'Edat dels combustibles fòssils no s'acabarà perquè el món es quedi sense combustibles fòssils (com l'Edat de Pedra no va finalitzar perquè el món es quedes sense pedres)[22].
2. Conciliar capitalisme, l'únic sistema existent[23], el govern d'uns quants, amb democràcia, el govern de tots, perquè el terme capitalisme democràtic no sigui un oxímoron[24].
3. La desigualtat creixent des dels anys 80 del segle passat amenaça la democràcia, el creixement i el benestar. Aquesta conquesta de la humanitat anomenada Estat del Benestar té a Espanya la Sanitat com a far, i ho té per raons d'eficiència, sobre les quals en principi resulta fàcil arribar a un acord, però també ho té per la capacitat redistributiva de les seves prestacions, particularment les d'atenció primària[25].

Afegim l'indispensable paper que ha de jugar l'Estat a la revolució tecnològica en curs avançat, la de la intel·ligència artificial (IA). Per tal que es generi prosperitat compartida -la qual cosa no es deriva automàticament del canvi tecnològic, que sovint ha concentrat beneficis en unes poques mans- cal canalitzar la IA perquè complementi les habilitats dels humans -en lloc de substituir-los-, regulant tant el disseny com la implementació de la IA. La història mostra, a més, que això passa quan els treballadors tenen prou poder i influència per aconseguir participar en l'augment de la productivitat que la innovació tecnològica aporti[26].

Inhibir-se no és una opció. Mentre continuem allunyats de l'imprescindible consens en qüestions bàsiques, allò que permet progressar als països, sempre queda l'ètica professional individual -es gaudeix més fent allò adequat-, la qual, per exemple, permet una reducció significativa de les taxes de mortalitat en cirurgia digestiva oncològica d'alta complexitat[27], encara que es quedi curta en relació amb allò que el necessari replantejament del terciarisme requeriria.

Un dels termes desgastats per mal ús a Espanya ha estat el de la competència per comparació en qualitat, com mostra l'experiència de l'àrea única de Madrid on els grups amb finalitat lucrativa han tingut uns incentius per atraure pacients que no han tingut els hospitals públics per la impossibilitat burocràtica d'incorporar excedents als pressupostos[28]. Les eleccions de maig de 2023 van donar la majoria absoluta als qui van rebre concorregudes protestes al carrer, cosa que permet imaginar un model que pot aparèixer si no es millora la gestió pública (despolititzar i desburocratitzar): el d'un finançament públic de grups sanitaris amb finalitat lucrativa amb gran capacitat per explotar economies d'escala i aconseguir els mercats mundials. El lucre té indicacions quan estimula la innovació, la major eficiència o compensa el major risc en mercats on hi ha competència, cosa que cada vegada està passant menys[29]. A Sanitat convé no perdre de vista la seva raó de ser: millorar el benestar amb els recursos disponibles a través de la gestió clínica i sanitària emmarcada en un bon govern. Un millor Estat, una bona gestió pública, seran imprescindibles per afrontar amb solvència i sobirania els més importants reptes actuals ja esmentats, començant per un dels pilars de l'estat de benestar que aquí s'ha considerat.

**REFERÈNCIES**

[1] *Ortún V (dir). Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. Barcelona: Elsevier-Masson, 2003.*

[2] *Einav L, Finkelstein A. We're already paying for universal health care. Why we don't have it? New York Times, 18 juliol 2023.*

[3] *The Economist. Who profits most from America's baffling health-care system. 8 d'octubre 2023.*

[4] *Scur D, Sadun R, van Reenen J, Lemos R i Bloom N. The World Management Survey at 18: lessons and the way forward. Oxford Review of Economic Policy, 2021; 37 (2): 231–258.*

[5] *Alcalá F, Jiménez F. Los costes económicos del déficit de calidad institucional y la corrupción en España. Bilbao: Fundación BBVA (2017).*

[6] *Bloom N, Propper C, Seiler S, et al. The impact of competition on management quality: evidence from public hospital. Rev Econ Stud, 2015; 82:457-89.*

[7] *C. Propper. Targets and terror. En: Garicano L, editor. Capitalism after Covid: Conversations with 21 Economists. CEPR Press; 2021, p. 111-6.*

[8] *Ortún V, Gispert R. Exploración de la mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable como guía de política sanitaria e indicador de calidad asistencial. Med Clin, 1998; 90: 399-403.*

[9] *GBD 2105 Healthcare Access and Quality Collaborators. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet, 2017; 390: 231-66.*

[10] *GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators. Assessing performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet 2018; 391: 2236-71.*

[11] *GBD 2019 Healthcare Access and Quality Collaborators. Assessing performance of the Healthcare Access and Quality Index, overall and by select age groups, for 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Glob Health, 2022; 10: e1715-43.*

[12] *Ortún V (dir). El buen gobierno sanitario. Madrid: Springer, 2009; p. IX.*

[13] *Meneu R, Ortún V, Urbanos R. La Sanitat a la cruïlla post-Covid: Finançament, organitatzió i gestió. Barcelona: Cercle de Salud i Ed Profit, 2023.*

[14] *Fundación BBVA. Estudio de Opinión Pública: Confianza en la sociedad española. Bilbao: FBBVA, 2022. Disponible a https://www.fbbva.es/noticias/estudio-opinion-publica-confianza-en-la-sociedad-espanola-2022/ Consultat el 5/10/2023.*

[15] *Schöley J et al. Life expectancy changes since Covid-19. Nature Human Behavior, 2022; 6: 1649-59.*

[16] *González López-Valcárcel B, Castellón E, Barber P, Peiró S, Pinilla J, Vallejo L. El valor del conocimiento para enfrentar la pandemia. Bilbao: Fundación BVVA, 2023.*

[17] *Ortún V. Gestión Pública. Madrid: Fundación BVV, 1993.*

[18] *Pérez-Romero C, Ortega-Díaz MI, Ocaña-Riola R, Martín-Martín JJ. Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y gestión. Gac Sanit 2019; 33: 325- 32.*

[19] *Comendeiro-Maaløe M, Ridao-López M, Gorgemans S, Benal-Delgado E. A comparative performance analysis of a renowned public private partnership for health care provision in Spain between 2003 and 2015. Health Policy, 2019; 123(4):412-8.*

[20] *Serra-Burriel M, Manganelli AG, López Casasnovas G. La aproximación empírica. La Ribera, Torrevieja y Vinalopó. En: López-Casasnovas G, del Llano-Señarís (dir): Colaboración público-privada en sanidad: El modelo Alzira. Madrid: Fundación Gaspar Casal, 2017. p. 132-231.*

[21] *Arrow K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. The American Economic Review, 1963; 53 (5): 941-73.*

[22] *Llavador H, Ortún V. Piedras, combustibles fósiles y virus zoonóticos. Blog Nada es Gratis, 6/11/2020. Accesible a https://nadaesgratis.es/admin/piedras-combustibles-fosiles-y-virus-zoonoticos, visitat el 5/10/2023.*

[23] *Milanovic B. Capitalism alone. The future of the system that rules the world. Cambridge Mass.: Harvard University Press, 2019.*

[24] *Wolf M. The crisis of democratic capitalism. Londres: Allen Lane, 2023.*

[25] *Urbanos R. La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. Gaceta Sanitaria, 2016; 30(S1): 25-30.*

[26] *Acemoglu D, Johnson S. Power and progress. Our 1.000-year strugle over technology and prosperity. Nova York: Public Affairs, 2023.*

[27] *Tebé C, Pla R, Espinàs JM et al. Hacia la concentración de la cirugía oncológica digestiva: Cambios en la actividad, las técnicas y los resultados. Revista Española de Enfermedades Digestivas, 2017; 109 (9): 634-42.*

[28] *González López-Valcárcel B. Dictamen de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica (sanidad): paso adelante y oportunidad perdida. Blog Nada es Gratis (24/07/2020). Disponible en: https://nadaesgratis.es/beatriz-gonzalez-lopez-valcarcel/dictamen-de-la-comision-de-reconstruccion-social-y-economica-sanidad-paso-adelante-y-oportunidad-perdida Consultat el 5/10/2023.*

[29] *Eeckhout J. La paradoxa del benefici. Com les empreses amb més èxit amenacen l'economia. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, 2023.*

**Últims Títols de la Col·lecció Health Policy Papers:**

López-Casasnovas, G; **"Political Economy of the Health System Reform: evidence from Spain"** Health Policy Papers Collection 2023-10_GL

Meneu, R; **"Novationes acquirendi, quo vadis?"** Health Policy Papers Collection 2023-9_RM

López-Casasnovas, G; **"Qué nos dicen las cifras de gasto sobre la eficiencia de los sistemas sanitarios"** Health Policy Papers Collection 2023-8_GL

López-Casasnovas, G., Sabater, R.; **"VIII Programa Experto en Política Sanitaria y Farmacoeconomía"** Health Policy Papers Collection 2023-7_GL_RS

Ortún, V.; "El tratado del no tan inútil combate por la universalización" Health Policy Papers Collection 2023-6_VO

López-Casasnovas, G; **"S'ha de subvencionar l'assegurament sanitari privat?"** Health Policy Papers Collection 2023-5_GL

López-Casasnovas, G; **"El debate sobre la colaboración público-privada como forma de privatización sanitaria"** Health Policy Papers Collection 2023-4_GL

Meneu, R., Ortún, V., Urbanos, R.; **"La sanidad en la encrucijada post-COVID. Financiación, organización y gestión"** Health Policy Papers Collection 2023-3_RM_VO_RU

https://www.upf.edu/web/cres/health-policy-papers

**Últims Títols de la Col·lecció Policy Papers:**

López-Casasnovas, G., **"La sequera del finançament autonòmic i la única proposta possible per intentar el reencaix"** Policy Papers Collection 2023-3_GL

López-Casasnovas, G., **"Una visión de la reforma de financiación autonómica hoy posible que ayude a encajar lo desencajado"** Policy Papers Collection 2023-2_GL

López-Casasnovas, G. & Sabater Mezquita, R., **"Renda del país i capacitat econòmica dels seus ciutadans"** Policy Papers Collection 2023-1_GL_RS

López-Casasnovas, G., **"La Subvenció pública en el món de les Arts. Teatre i economia"** Health Policy Papers Collection 2022-05_GL

López-Casasnovas, G; **"Les desigualtats socials a l'entorn urbà centre-perifèria de Barcelona"** Health Policy Papers Collection 2021-18_GL

López Casasnovas, G; "**Desigualtat, polarització i cohesió social**" Health Policy Papers Collection 2021-02_GL

https://www.upf.edu/web/cres/policy-papers