

SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y PROPUESTA DE REFORMAS: MÁS ALLÁ DEL RUIDO Y LA FURIA¹

...it is a tale

*Told by an idiot, full of sound and fury,
Signifying nothing*

...es un cuento

*relatado por un idiota, lleno de ruido y furia,
sin significado alguno*

William Shakespeare. Macbeth (Acto 5, Escena 5)

Juan Oliva

*Departamento de Análisis Económico y Seminario de Investigación en Economía y Salud. (UCLM)
Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).*

Salvador Peiró

*Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP)
Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO)
Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).*

Jaume Puig-Junoy

*Departamento de Economía y Empresa. Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES) Uni-
versitat Pompeu Fabra.*

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. LAS PROPUESTAS
 - 2.1. Reducir el despilfarro
 - 2.2. Financiar y utilizar racionalmente basándose en resultados
 - 2.3. Coordinación entre niveles y sistemas.
 - 2.4. Buen gobierno de la sanidad y complicidad de los actores.
3. CONCLUSIONES
4. REFERENCIAS EMPLEADAS

RESUMEN

El Sistema Nacional de Salud vive momentos de fuerte tensión presupuestaria ocasionada por la situación económica. Sin embargo, más allá de la crisis, desde hace tiempo se apuntaba elementos de tensión en el sistema sanitario que requerían de cambios estructurales para apuntalar su solvencia. Este escrito trata de tomar perspectiva de recientes reformas realizadas por la urgencia del momento para fijar su atención en las reformas que, en opinión de los autores, habría que acometer para garantizar la solvencia del sistema sanitario público en el medio y largo plazo. La propuesta se articula sobre cuatro grandes

¹ Este artículo se basa en un trabajo previo publicado en la revista Economistas y ha servido de hilo conductor para la conferencia inaugural del XXII Congreso Derecho y Salud.

ejos: reducir del despilfarro (infrautilización, sobreutilización, prevención de efectos adversos), avanzar en fórmulas que unan financiación y utilización a la obtención de resultados en salud (financiación selectiva de las prestaciones médicas, los medicamentos y las tecnologías, rediseño de los copagos e integración de presupuestos huyendo de compartimentos entre niveles asistenciales), avanzar en la coordinación entre niveles y sistemas (atención primaria y especializada; sistemas sanitario y de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia; salud en todas las políticas) y promover el buen gobierno de la sanidad, buscando para ello la participación y el apoyo de los principales actores del sistema.

1. INTRODUCCIÓN

La salud es uno de los pilares donde se apoya el bienestar de los individuos y las sociedades. Desde la perspectiva individual, aunque disfrutar de una buena salud no es condición suficiente para alcanzar o mantener un alto grado de bienestar y felicidad, en términos generales, es condición necesaria, como lo muestran distintos estudios sobre felicidad realizados en los últimos años (Graham, 2008). El importante volumen de recursos invertidos en la atención sanitaria por parte de los países de nuestro entorno y el nuestro propio es, sin duda, reflejo del grado de prioridad que concedemos como sociedad a la protección de la salud, financiando medidas de carácter preventivo y tratamientos para evitar o paliar, en la medida de lo posible, el dolor y el sufrimiento que ocasionan las enfermedades y los problemas de salud.

Es un tópico reiterado referir que el Sistema Nacional de Salud (SNS) español es uno de los sistemas sanitarios de mayor éxito en el mundo. Solo Japón y Francia nos superan en el indicador “mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable”, uno de los más sensibles a la actuación sanitaria

(Nolte, McKee, 2008). La sanidad es el servicio público más utilizado y el que más valoran los ciudadanos, así como el que opinan que más justifica los impuestos que pagan. Ahora bien, al mismo tiempo los ciudadanos opinan también que es aquel del que se hace peor uso (CIS, 2011) y el que tiene más margen de mejora. Ello es congruente con la identificación de rigideces y problemas de adaptación a un entorno que ha cambiado sustantivamente, y donde la negativa a acometer reformas compromete seriamente su solvencia en los años próximos (AES, 2008a).

Otro tópico, este no tan correcto, es que nuestro sistema sanitario es muy barato comparado con otros países de su entorno. Puede que lo fuera en el pasado pero en diez años, entre 1999 y 2009, el gasto sanitario público por persona ha crecido en términos reales algo más de un 49%, cuatro veces más deprisa que el PIB, pasando del 5,3% al 7% en 2009 (Puig-Junoy, 2011). Pasando a las cifras del gasto sanitario total (la suma del público y el privado), según los datos de la OCDE, en el año 2001 el porcentaje de PIB dedicado a sanidad ascendía al 7,2%. En el año 2009 alcanzó el 9,6% de nuestro PIB, consecuencia de la caída experimentada por el PIB y la inelasticidad a corto plazo de dicho gasto. En realidad, cuando comparamos el gasto sanitario per cápita español con el de otros países con fórmulas de organización del sistema similares (tipo SNS) como son Italia, el Reino Unido o Suecia, cuando estos países tenían un nivel de renta per cápita similar a la española, las cifras de gasto sanitario per cápita eran muy parejas. Esto último podría hacer creer que el sistema sanitario no se encuentra expuesto a problemas de sostenibilidad financiera. Desafortunadamente, un aspecto diferencial de la crisis en España respecto a otros países ha sido la brutal caída de los ingresos tributarios totales. Así, si observamos la evolución del producto Interior Bruto (PIB), el Gasto Sanitario Público (GSP) y los Ingresos Tributarios Totales (ITT) desde el año 2002 hasta el año 2011 (último año del cual tenemos cifras

Tabla 1. Evolución del producto Interior Bruto, Gasto Sanitario Público e Ingresos Tributarios Totales.

Año	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
PIB	100,0	107,4	115,4	124,7	135,1	144,4	149,2	143,7	143,8	145,8
GSP	100,0	111,4	120,2	131,2	144,4	156,4	173,6	182,8	179,3	175,5
ITT	100,0	105,7	114,4	130,5	145,7	163,0	140,9	117,0	129,6	131,4

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Agencia Tributaria

para el GSP y el ITT) observamos que el GSP crecía durante la primera mitad del periodo ligeramente por encima del PIB pero de manera similar a los ITT. Sin embargo, al entrar en la crisis económica, entre los años 2007 y 2009 los ingresos públicos cayeron nada menos que un 28% en términos nominales, mientras el gasto sanitario público crecía un 17% durante el mismo periodo. No ha sido hasta los años 2010 y 2011 cuando el crecimiento del GSP se ha detenido, primero, y ha caído en términos nominales el último año del periodo considerado.

A la situación descrita, brutal caída en los ingresos públicos, hay que sumar incrementos de gastos en partidas públicas sensibles a los momentos de crisis (incremento de los subsidios por desempleo), lo cual ha elevado las cifras de déficit público durante los últimos años. Este déficit ha sido financiado mediante la emisión de deuda pública. Sin embargo, la fuerte prima demandada por los mercados para la financiación de la misma está suponiendo una carga adicional para el erario público y mantiene en estado de alerta a todas las partidas presupuestarias públicas. Es necesario describir este panorama para entender por qué se han tomado recientemente duras medidas obedeciendo a la urgencia de la situación, sin entrar a valorar su idoneidad, que en otro momento no se hubieran planteado debido al coste político que pueden suponer.

Sin embargo, más allá de la actual situación de agonía financiera, la solvencia del sistema sanitario, esto es, su capacidad para responder a cambios demográficos, tecnológicos y sociales, se verá fuertemente erosionada si no se abordan una serie de cambios de tipo estructural. El objetivo de este escrito es comentar brevemente algunas de las reformas que, en opinión de los autores, precisa el SNS para garantizar la sostenibilidad financiera y la solvencia del sistema sanitario a medio plazo.

Un punto de arranque ideal para plantear una agenda de reforma sanitaria ordenada sería la puesta en marcha de un Pacto por la Salud, de carácter más general que el fallido Pacto por la Sanidad recientemente propuesto, que englobara la promoción de la salud y la autonomía personal, así como la atención a la enfermedad crónica y a la dependencia, y que contara con el mayor número posible de apoyos tanto parlamentarios como de sociedades científicas, profesionales y ciudadanas. No obstante, con o sin este acuerdo, las reformas a implementar en el seno del SNS no deben retrasarse más, so pena de quedar definitivamente relegadas ante el atisbo de recupe-

ración económica o, peor aún, de ser sustituidas por recortes indiscriminados de carácter cortoplacista. Los cuatro ejes sobre los que se propone avanzar son la reducción del despilfarro, la apuesta de unir financiación y utilización a la obtención de resultados en salud, avanzar en la coordinación entre niveles y sistemas y promover el buen gobierno de la sanidad, buscando para ello la complicidad de los principales actores del sistema.

2. LAS PROPUESTAS

2.1. Reducir el despilfarro

El primer punto a abordar para la mejora de la eficiencia en la atención sanitaria es reducir el despilfarro. Básicamente se trata de limitar los procesos, productos y servicios que no aportan valor (en términos de salud y calidad de vida) a pacientes y poblaciones, al tiempo que se salvaguardan aquellos que si lo ofrecen o cuyo valor relativo es mayor.

Un reciente trabajo aproximaba las cifras de despilfarro en el sistema sanitario estadounidense (problemas de calidad, coordinación, sobreutilización, complejidad administrativa, fraude y otros) a entre el 21 y el 34% del gasto sanitario (Berwick DM, Hackbarth, 2012). En el SNS no disponemos de información de este tipo pero diversos datos apuntan un importante derroche en medicamentos (antibióticos, inhibidores de la bomba de protones, estatinas, antiosteoporóticos, coxibs, psicótropos, etc.) no exento de efectos adversos, en pruebas diagnósticas, descoordinación de la atención a crónicos, y otros problemas que sugieren que estamos combinando el sobretratamiento en pacientes leves (gasto sin beneficios en salud) con subtratamiento en pacientes de alto riesgo (peor salud y mayor gasto por descompensaciones y complicaciones).

Por una parte, existe un problema de **subutilización** de servicios sanitarios en pacientes que no reciben pruebas, tratamientos o intervenciones que estarían indicados dada su situación clínica. En el SNS existen evidencias directas de subutilización de fármacos en la prevención del reinfarto (Sanfélix et al., 2006), de la tromboembolia en la fibrilación auricular (Barrios et al., 2012), en la insuficiencia cardiaca (Rodríguez Roca et al., 2007), en el diagnóstico y manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Miratvilles et al., 2007) así como en la hipertensión arterial, el asma, y en el manejo de

los llamados “síntomas menores”. La subutilización tiene su origen en diferentes problemas en el manejo de los pacientes, incluyendo la no indicación primaria de tratamientos o pruebas eficaces, el temor a los efectos adversos o al manejo de fármacos con rango terapéutico estrecho, la llamada inercia terapéutica, el uso de dosis subóptimas, la baja adherencia de muchos pacientes crónicos, y otros. La subutilización incrementa enormemente el fracaso terapéutico, entendido como los incrementos de morbilidad y mortalidad evitable con el adecuado manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes, lo cual se traduce en despilfarro por el gasto en hospitalizaciones y tratamientos de enfermedades y descompensaciones que se podían haber evitado. En este sentido, en el SNS existen evidencias de importantes deficiencias en resultados clínicos intermedios y factores de riesgo (nivel de hipertensión, hemoglobina glucosilada, etc.) que pueden guardar relación con las abultadas –y muy variables según territorios– cifras de “hospitalizaciones potencialmente evitables” (Abadía-Taira et al., 2011).

En el extremo contrario, la **sobreutilización** se refiere a la indicación de pruebas, tratamientos, intervenciones, visitas médicas y otras prestaciones sanitarias de forma innecesaria (sin beneficios clínicos para los pacientes). En el SNS existen evidencias directas de sobreutilización de antibióticos (entre el 6% y el 55% de los que se prescriben), hipolipemiantes (entre el 10% y el 79%), antiulcerosos (entre el 13% y el 54%), antiosteoporóticos (entre el 43% y el 92%), y psicótropos (25% de pacientes que reciben estos fármacos sin presentar desordenes mentales) (Abadía-Taira et al., 2011). La sobreutilización de pruebas diagnósticas está menos estudiada, pero algunos trabajos muestran las excesivas solicitudes de algunas pruebas de laboratorio y una extraordinaria variabilidad en las tasas poblacionales de realización de la mayor parte de las pruebas de laboratorio que sugiere un importante volumen de peticiones inadecuadas (Salinas et al., 2011). Sobre el sobreuso de pruebas de imagen un estudio reciente en atención primaria lo cifraba en torno a la cuarta parte de las exploraciones (Pérez y Guillén, 2007). Asimismo, hay que considerar también los más habituales: las propias visitas a atención primaria, actuaciones preventivas de discutible eficacia o las derivaciones a la atención especializada (Gervás et al, 2008) o la huida masiva de pacientes “no urgentes” hacia los servicios de urgencia hospitalarios (Peiró et al, 2010). La sobreutilización implica uso innecesario (consumo de recursos sin beneficios en términos de salud) y, por tanto, despilfarro directo de recursos que podrían ser

empleados en otros pacientes o en otros usos. Pero la sobreutilización también implica daño e indirectamente más despilfarro. El derivado de los falsos positivos, de la irradiación de las pruebas radiológicas, de las pruebas para descartar falsos hallazgos, tratamientos innecesarios con sus correspondientes efectos adversos evitables, etc. Y, por descontado, molestias, gastos (desplazamientos, copagos, preocupación por el etiquetado diagnóstico) y pérdidas de calidad de vida para los pacientes y sus familias y para la comunidad.

Un tercer área donde centrar la atención son los problemas de **seguridad y los efectos adversos**. En este ámbito cabe destacar los estudios promovidos en los últimos años en el área de hospitalización (estudio ENEAS), (Aranaz Andrés, 2006) en atención primaria (estudio APEAS) (Aranaz Andrés, 2006), residencias (estudio EARCAS) (Aibar Remón, 2011) y en algunos otros campos más específicos. Los resultados, como resaltan los diversos informes, no son muy diferentes a los hallados en otros países desarrollados, pero por eso mismo son muy preocupantes. Según el ENEAS, el 9,3% de los pacientes hospitalizados presentaron algún efecto adverso (EA). El 16% de estos EA eran graves y el 42,8% evitables. La aplicación de estos porcentajes a los 5,2 millones de ingresos hospitalarios que se produjeron en España en 2006 supondrían 450.000 efectos adversos hospitalarios/año (200.000 evitables); de ellos, 90.000 graves (40.000 evitables). Los resultados del APEAS no son más reconfortantes: se produjo un EA por cada 100 visitas (medicina general: 1,03; enfermería: 1,15; pediatría: 0,48), casi la mitad relacionados con medicamentos. Un 64,3% de los EA fueron leves, 30,0% moderados y 5,7% graves, y un 46% eran evitables. Si se aplican estos porcentajes a los casi 400 millones de consultas anuales estaríamos hablando de 3 millones de efectos adversos por año, de los que unos 300.000 serían graves y 1,4 millones potencialmente evitables. Estas cifras sitúan los efectos adversos como uno de los principales problemas (evitables) de salud de la población española, probablemente el más importante junto a las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

2.2. Financiar y utilizar racionalmente basándose en resultados

La credibilidad del ajuste presupuestario en la sanidad depende sobre todo de la capacidad para evolucionar en un plazo razonable hacia una **financiación selectiva de las prestaciones médicas, los medica-**

mentos y las tecnologías basada en el mejor conocimiento científico disponible. Invertir en evaluar la eficacia incremental comparada de cualquier nuevo tratamiento, o de los ya existentes en el mercado, es la forma más efectiva de garantizar la solvencia futura del sistema sanitario público. Un aspecto que requiere abordaje urgente es financiar con recursos públicos sólo aquellos medicamentos, tecnologías, prestaciones y servicios que –además de eficaces y seguras– sean eficientes. Se trata de tomar en consideración de manera clara y explícita la dimensión de la eficiencia (el balance entre el coste adicional y el valor adicional en términos relativos) en la toma de decisiones relacionadas con la financiación pública, el precio y el uso adecuado de una innovación (AES 2008b, Puig-Junoy y Peiró, 2009).

A pesar de la crisis y de los recortes, en la sanidad pública seguimos anclados en la senda de hacer “menos” de lo mismo: acabamos financiando públicamente casi cualquier nuevo medicamento o prestación tanto si el coste por resultado en salud es razonable como si es desorbitado. Pagamos precios elevados por terapias que otros países con más renta no están dispuestos a pagar. A diferencia de otros países europeos, en España el valor terapéutico o grado de innovación no parece ser un factor clave en la determinación del precio de entrada de los medicamentos nuevos. En realidad, ni siquiera sabemos el coste por año de vida ganado ajustado por calidad–AVAC– de los medicamentos que se autorizan cada mes de forma centralizada.

Dado que la literatura internacional apunta a que los principales factores que impulsan el gasto sanitario son la adopción de innovaciones sanitarias y el aumento del uso por persona, es clave para la sostenibilidad de la sanidad disponer de un procedimiento de evaluación independiente de la eficacia/efectividad incremental y la relación coste-efectividad incremental que permita adoptar decisiones de financiación selectiva y de precio según valor. No puede resultar extraño que desde Bruselas se le reclame a España que mejore la relación coste-eficacia del sector sanitario (Puig-Junoy, Trapero-Bertran, 2013).

Esto supone añadir nuevos requerimientos al proceso de decisión y exige un marco que lo haga factible, tanto en lo tocante a la normativa como en el ámbito de la gestión clínica. Implica la necesidad de dotarnos de instituciones adecuadas para informar las decisiones sobre priorización de recursos que incorporen la dimensión de la eficiencia. La experiencia europea de la última década puede sernos de extraor-

dinaria ayuda ya que un número creciente de países-Inglaterra, Suecia, Holanda, Alemania, Portugal...- han apostado por distintos modelos de los cuales podemos aprender para no adoptar acríticamente una determinada fórmula sino aquella combinación de elementos de éxito identificados en diferentes experiencias y más fácilmente adaptables a nuestro medio y estructura (Oliva et al., 2008).

Así, la introducción de la evaluación económica de medicamentos en la práctica de las decisiones europeas de reembolso o financiación ha supuesto cambios importantes que afectan la organización del sistema de salud, el propio procedimiento para conseguir el reembolso, las decisiones de reembolso y la asignación de recursos que resulta de estas decisiones. De la observación de lo sucedido en estas dos últimas décadas se pueden identificar varias dimensiones básicas sobre las que definir la manera como cada sistema de salud quiere adoptar las imprescindibles decisiones de financiación selectiva de medicamentos y prestaciones.

En primer lugar, la **organización**. La función de una agencia evaluadora puede ser reguladora -autoridad decisora- o limitarse a una función asesora -hacer recomendaciones-. Las decisiones a adoptar sobre la base de los resultados de la evaluación pueden ser las de cobertura o reembolso, o también las de precios. En general, tienen más influencia en la toma de decisiones y la práctica clínica si la agencia tiene un papel regulador. En segundo lugar, el **objetivo** buscado. La mayoría de agencias persiguen la mejora de la eficiencia, usando la relación coste-efectividad de forma explícita. Tanto las reformas recientes en Francia como en Alemania tienden a introducir también la relación coste-efectividad en la decisión o negociación del precio de los nuevos medicamentos. Tercero, su **ámbito de aplicación**. Si bien inicialmente las grandes agencias europeas se limitaban a evaluar nuevos medicamentos, en los últimos años es común expandir la evaluación a otras tecnologías y a casi cualquier intervención sanitaria. Cuarto, los **procedimientos** a aplicar. Hay varias características que distinguen y diferencian los procedimientos de evaluación que se emplean en cada país y que condicionan la aceptabilidad, transparencia y legitimidad de las decisiones basadas en los resultados de la evaluación. Sin extendernos demasiado, el grado de independencia de la agencia evaluadora; su protección frente a los conflictos de interés, los plazos del procedimiento de evaluación (explícitos y de obligado cumplimiento) y la posibilidad de que los afectados (industria, los profesionales y los pacientes) partici-

pen en el proceso, así como la existencia de reglas explícitas de apelación, son algunos de los elementos a considerar. Quinto, los **métodos de evaluación** a aplicar. La evaluación debe incluir siempre la efectividad clínica (incremental o comparada) y, con matices, el análisis coste-efectividad incremental. Sexto, los **criterios de decisión**. Las principales agencias europeas priorizan según beneficio clínico, pero no todas consideran la relación coste-efectividad de manera explícita. En este punto se sitúa el debate sobre el uso de umbrales explícitos o implícitos de disposición máxima a pagar por un Año de Vida Ajustado por Calidad y su adaptación para ciertos tratamientos, como es el caso de las terapias oncológicas. Y séptimo, la **implementación**. Aunque inicialmente fuera del ámbito de interés de las agencias de evaluación, la forma de trasladar a la práctica sus decisiones no puede quedar al margen de las agencias. En varios países se adoptan incentivos financieros y no financieros para favorecer la adopción de las decisiones en la práctica clínica.

Si realmente se desea emprender un camino más racional para que la financiación se base en la efectividad comparada y la relación coste-efectividad, conviene, a la luz de la experiencia europea, no encallarse en el “quién” debe evaluar sino centrarse en el “qué”, “cuando”, “cómo” y “para qué” evaluar. Lo que ocurra en España en el futuro próximo, más allá de las palabras y de la normativa, dependerá de la opción que se tome ante las alternativas conocidas para cada una de las anteriores dimensiones.

Por otra parte, los criterios de eficiencia deben ser usados no sólo para valorar qué nuevas tecnologías se deben incorporar a la cartera de servicios del SNS, sino también para valorar las tecnologías a retirar (Campillo-Artero y Bernal-Delgado, 2012; Repullo, 2012; Bernal-Delgado et al., 2012). Las decisiones de desinversión y reinversión deberían estar guiadas por la evidencia científica sobre la efectividad comparativa y la eficiencia relativa de las actuaciones preventivas, los tratamientos y las pruebas. En suma, decisiones de inversión y desinversión deberían ser lo suficientemente transparentes para que las partes implicadas conozcan y comprendan (aunque no las compartan) las decisiones adoptadas y puedan servir de guía a la innovación.

Otro aspecto a considerar en este epígrafe es el papel que deben jugar las aportaciones de los usuarios-los llamados **copagos**-dentro del ámbito del SNS. Si no se desea que se convierta en un impuesto sobre la enfermedad, el copago debe tener un papel

recaudatorio limitado. Sería más deseable un copago evitable y basado en criterios de efectividad, a un copago lineal y obligatorio. Si es obligatorio, como es el caso actual, lo óptimo es que sea de importe reducido para todos, que se acumule la cifra total que paga un paciente por cualquier tipo de copago, con un límite máximo de aportación (Suecia) o un porcentaje de la renta (Alemania), dejando fuera del copago, o siendo muy reducido, para pacientes con enfermedades crónicas. El coste de no seguir un tratamiento efectivo, por ejemplo, después de un infarto, es demasiado elevado como para disuadir a los pacientes imponiendo elevados copagos.

Idealmente, un buen diseño de copagos debería hacer que éstos fueran evitables en aquellos casos donde el tratamiento sea más necesario y efectivo, y el paciente pagara la diferencia hasta el precio de otros tratamientos más caros pero que aportan escaso valor para la salud. El elemento clave del diseño de copagos afinados, es que deben estar basados en el valor. Y este valor debe ser determinado por la evidencia científico-clínica (Puig-Junoy, 2012). Así se hace en muchos países europeos; por ejemplo, en Francia, donde el copago depende del grado de necesidad y de la eficacia del tratamiento (cuanto más necesario y eficaz menor es el copago), o en Alemania y Holanda con esquemas de copagos evitables. Por otra parte, no debe dejar de ser mencionado que el copago disciplina no sólo al paciente sino también al médico, ayudando a un uso más racional de los recursos.

La reforma del sistema de copago farmacéutico iniciada con las medidas adoptadas en julio de 2012 a las que se ha añadido la desfinanciación de una lista de medicamentos para síntomas menores y los intentos de aplicar tasas autonómicas sobre la prescripción requiere un rediseño importante, así como una evaluación afinada y urgente de sus consecuencias a la vista del notable efecto reductor del número de recetas. El necesario rediseño debe tener en cuenta diversos factores. En primer lugar, que cualquier copago aplicado debe ser acumulativo, sea farmacéutico o sobre otros servicios, con un límite máximo para cualquier persona, con independencia de que sea activo o pensionista. Puede tener efectos contraproducentes la aplicación de copagos importantes sin aplicar o sin saber gestionar este límite. En segundo lugar, sería bueno huir de la trampa de un copago supuestamente relacionado con la renta ya que el actual no lo está: lo que se relaciona con la renta es el porcentaje del precio de cada envase que un paciente tiene que pagar pero no el importe total

que durante un período de tiempo paga un paciente, teniendo en cuenta que el gasto se acumula en un número reducido de pacientes. Y, en tercer lugar, se debería apostar más por un copago disuasorio que no recaudatorio, evitando efectos indeseados de compensación en forma de más utilización de otros servicios sanitarios (urgencias y hospitalización de los pacientes más graves), mediante el desplazamiento hacia copagos evitables y diferenciales que sean reducidos o nulos para los tratamientos más necesarios y efectivos y más elevados para los de peor relación coste-efectividad.

El tercer gran aspecto a reseñar dentro de este epígrafe es la necesidad de superar la gestión sanitaria basada en compartimentos estancos, con mentalidad de “silo”. Los recursos de que disponemos se reparten en presupuestos compartimentados entre niveles asistenciales –atención primaria, hospitales, socio-sanitarios- y entre tipos de productos –recetas médicas, medicamentos hospitalarios, prótesis- como si fueran partidas sin relación, en lugar de repartirlos según el coste justificado de la atención integral que requiere un paciente, al margen de donde reciba esa atención. Debemos orientar los presupuestos para pagar por aquello que deseamos obtener. Por tanto, la línea de cambio es empezar a pagar en el margen por resultados en salud: pagar más por tener a los pacientes sanos que no por tener más descompensaciones de pacientes crónicos o más reingresos por complicaciones después de una intervención quirúrgica o por excesos en la cirugía electiva; pagar más por visitas resolutivas que por derivaciones de pacientes entre profesionales sin resolver sus problemas de salud. Ello requiere **integrar los presupuestos compartimentados entre niveles asistenciales** (primaria, especializada, socio-sanitaria, farmacia) mediante una financiación fija preestablecida por toda la atención de una persona según sus características (riesgos) que ayude a visualizar el coste integral de la atención a un paciente, limitando así la visión parcial y fragmentada que hoy centrifuga y encubre la falta de resolución clínica.

Frente a la actual compartimentación de niveles asistenciales, la integración de presupuestos a través de una financiación prospectiva basada en una cápita ajustada por las características de la población cubierta contribuiría a fomentar la atención integral de la salud y la dependencia y a visualizar los costes totales derivados de su atención. La integración a nivel macro debería incluir, entre otras cosas, la obligación de rendir cuentas sobre el desempeño de las organizaciones en su ámbito geográfico correspon-

diente (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, 2012), lo que a su vez favorecería la introducción de mecanismos de pago por resultados, reforzando así los incentivos a ofrecer una asistencia resolutiva y orientada a mantener una población sana y cuidada (Urbanos et al., 2012).

2.3. Coordinación entre niveles y sistemas

Las enfermedades crónicas son, con diferencia, la primera causa de morbimortalidad en España, consumiendo la mayor parte del presupuesto sanitario, además de tener un fuerte impacto en otras dimensiones económicas (Oliva-Moreno, 2012). Las enfermedades crónicas tienen características específicas que dificultan su gestión por los esquemas tradicionales de las organizaciones sanitarias, más diseñados para el abordaje de las enfermedades agudas y las infecciosas. Sus causas son múltiples y complejas. En su desarrollo intervienen numerosos factores de riesgo, están sujetas a un patrón de recurrencia y deterioro progresivo, su naturaleza es permanente, se desarrollan a lo largo de la vida, tienen una prevalencia mucho más elevada en la vejez, y tienden a producir incapacidad funcional y dependencia. Desde la perspectiva de los servicios sanitarios presentan tres características esenciales: (1) son en buena parte prevenibles a través de cambios en los estilos de vida y cambios sociales; (2) una vez sobrevenidas, es posible prevenir sus exacerbaciones y descompensaciones y mantener la calidad de vida de los pacientes reduciendo el consumo futuro de servicios sanitarios; y (3) su abordaje requiere la prestación de servicios clínicos complejos a largo plazo y a través de todo el continuo asistencial, con acceso coordinado a diferentes recursos sanitarios (fármacos, pruebas diagnósticas, cirugía, rehabilitación, prótesis, cuidados de enfermería, transporte) y, en muchos casos, extendida a los servicios sociales.

Pese a algunos avances recientes (Ollero Baturo y Orozco Beltrán, 2011; Gobierno Vasco, 2010; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012) la atención a las enfermedades crónicas permanece centrada en torno al manejo de sus exacerbaciones agudas. Todos los sistemas sanitarios de los países desarrollados, incluyendo el SNS, buscan fórmulas para **mejorar la atención a los pacientes crónicos** al tiempo que reducen el gasto derivado de sus frecuentes exacerbaciones y descompensaciones. El llamado Chronic Care Model (Wagner et al, 2001) –basado en la promoción de los autocuidados, el rediseño de la organización, los sistemas de información

clínicos y los recursos comunitarios, especialmente de atención primaria- es la aproximación más visible en nuestro entorno, pero el consenso general sobre sus ventajas no reduce la incertidumbre sobre su implementación y desarrollo en el contexto del SNS, un sistema extremadamente jerarquizado y con fuertes barreras entre niveles asistenciales y dentro de los propios niveles. Se trata de un aspecto esencial de cuya resolución depende buena parte de la estabilidad financiera del SNS pero también la efectividad y calidad de los cuidados que presta, un aspecto esencial de su solvencia.

Para responder al anterior reto, se precisa de una **mayor coordinación intersistemas**. Es decir, entre el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales. El aspecto esencial sobre el que avanzar es tender puentes que permitan ir construyendo una cultura de la cooperación entre ambos sistemas. Para ello se ha de ser consciente de que la verdadera solución integral a los problemas crónicos de salud de las personas sólo podrá alcanzarse incluyendo en el diseño de sus programas asistenciales la experiencia y conocimiento de ambos sistemas. Sin embargo, esta coordinación se debe armar o propiciar. No surgirá de manera espontánea. En este sentido, los aspectos a reforzar sobremanera es considerar que las políticas de salud deben ir más allá de los aspectos exclusivamente sanitarios y que la promoción de la autonomía personal no es meramente la atención a las personas en situación de dependencia (SESPAS, 2011; Oliva et al., 2011). Para vertebrar ambos elementos, el papel de la Salud Pública como elemento cohesionador de la coordinación entre atención sanitaria y a la atención social es clave. Si el objetivo de la Salud Pública es garantizar que las personas vivan en condiciones saludables, entonces su ámbito de actuación, debe trascender el ámbito sanitario e identificar y actuar sobre los determinantes de la salud presentes en ámbitos no sanitarios como la atención social, la educación, el mercado laboral, el urbanismo o las políticas de fiscales, por citar algunas, en los que se generan o transmiten desigualdades sociales y de salud (**Salud en todas las Políticas**) (Artacoz et al, 2010; González López-Valcárcel y Ortún, 2011). Mirando a dos o tres décadas vista, un elemento clave para la sostenibilidad del Estado de Bienestar será el estado de salud de las personas de 65 y más años. Pero dicho estado no dependerá de las inversiones sanitarias realizadas en ese momento, sino de las inversiones realizadas a lo largo de la vida de las personas, desde la infancia (o incluso antes, con el cuidado prenatal), la juventud y la madurez, siendo dichas inversiones en gran medida de carácter no sanitario. Muchas de estas inversiones transitan por acuerdos entre agentes

sociales (piénsese en la reducción de sal en las comidas preparadas), contenidos curriculares a incorporar en los planes educativos de población en edad infantil y joven o del desarrollo de investigación aplicada que identifique políticas de éxito en otros países (fiscales, de coordinación entre sistemas,...) y, por tanto, no requieren de grandes dotaciones presupuestarias para su implementación. Se ha de ser consciente de que las inversiones que tratan de modificar hábitos individuales, comportamientos sociales o de crear entornos favorables para la salud sólo tienen retornos en el largo plazo. Sin embargo, no por ello son menos necesarias de acometer.

Un último aspecto a considerar dentro del apartado de coordinación es el plantearnos los escenarios de desarrollo de la **colaboración público-privada en sanidad** y, en concreto, sobre las **fórmulas de gestión de los servicios sanitarios**. En este sentido, la propuesta de nuevos planteamientos o el ahondar en estrategias ya implementadas deberían, en teoría, partir de la combinación de los puntos fuertes de cada sistema en su aplicación real, con especial énfasis en la búsqueda de la rentabilidad social pero sin dejar de diseñar esquemas eficientes de incentivos apoyados en elementos de comparación y competencia. Durante las dos últimas décadas en España hemos experimentado con todo tipo de fórmulas de gestión y cambios de formas organizativas dentro de la gestión sanitaria, tanto en el campo de la gestión directa (pública) como indirecta (privada) (al lector interesado en los detalles de las fórmulas de gestión se le remite a Abellán et al., 2012). En estos años deberíamos haber acumulado información relevante sobre la fortalezas y la debilidades detectadas de cada una de las fórmulas elegidas. Sin embargo, resulta triste constatar que no existen evaluaciones independientes realizadas en nuestro medio sobre esta cuestión. La opacidad en los resultados de las experiencias implementadas conlleva una falta de conocimiento que propicia recelo y desconfianza sobre las mismas y lastra el desarrollo de nuevos escenarios.

Para obtener algún conocimiento sobre la cuestión debemos recurrir a la literatura internacional (Hellowell y Pollock, 2009; Vecchi et al, 2010; Mason et al., 2010; Cooper et al., 2012). La principal conclusión de la reciente experiencia británica, bandera en experimentos de colaboración público-privada, es que la gestión privada de los servicios sanitarios no es necesariamente mejor que la gestión pública...ni al contrario. Factores tales como el entorno administrativo e institucional, la cultura de los centros, las condiciones de los contratos y la adecua-

da supervisión por parte del financiador de la calidad del servicio prestado son los elementos a tener en cuenta cuando se analizan estos casos. En cambio, sí parece claro que el fomento de la comparación y la competencia entre centros (con independencia de la forma jurídica de gestión) sí puede ayudar a mejorar sus resultados, tanto en términos de eficiencia como de calidad clínica.

2.4. Buen gobierno de la sanidad y complicidad de los actores

El cuarto eje es el más complejo de abordar ya que supone un cambio cultural profundo dentro del SNS e incluso trasciende a este ámbito. Una buena gobernanza influye positivamente en todas las funciones del sistema sanitario, mejorando su desempeño y, en última instancia, los resultados de salud (Council of Europe, 2010). La buena gobernanza de los sistemas sanitarios debe apoyarse en valores fundamentales como son los derechos humanos, el cumplimiento de las leyes y la democracia; y en principios rectores a los que responde la sanidad pública: universalidad, equidad, y solidaridad. Pero las anteriores normas deben ser complementadas por otros principios de buen gobierno como serían construir un sistema mucho más transparente en la información proporcionada a usuarios, profesionales y ciudadanos; buscar fórmulas de participación en la toma de decisiones con los profesionales sanitarios y con la ciudadanía; desarrollar normas y estructuras concretas para que las personas responsables de la toma de decisiones rindan cuentas de las mismas y justificar las anteriores basándose en criterios explícitos de efectividad, eficiencia y calidad en todos los niveles del sistema sanitario. Complementariamente se debería promover, primero, y defender, a continuación, una cultura de integridad, buenas prácticas y de ética profesional a todos los niveles, códigos de conducta, atención a los conflictos de interés y prevención y detección del fraude y la corrupción.

La complicidad de los principales actores en el mantenimiento de la solvencia del SNS no será posible sin avanzar hacia normas de buen gobierno. Los profesionales sanitarios poseen motivación intrínseca, alto nivel de formación, elevado nivel intelectual, la relevancia social de su desempeño es enorme...y, sin embargo, uno de los colectivos profesionales con mayores índices de “burn out”. Ello debe hacer pensar en el rediseño de los actuales sistema de incentivos (Berdud, 2012): invertir en capital motivacional, retribución adecuada, profesionalizar la gestión, ca-

pacidad de discriminar el desempeño, y mayor grado de autonomía en éste, reconocimiento, tiempo para la formación e investigación, una mayor participación en las decisiones, desarrollo de la carrera profesional basada en elementos de mérito y desempeño profesional claros y explícitos. A cambio de ello, también debe ser exigible la aplicación de los mismos criterios generales propuestos: transparencia y rendición de cuentas en el desempeño.

Asimismo, la solvencia del sistema sanitario no será viable sin la corresponsabilidad de los usuarios con el sistema sanitario y con su salud. Partiendo de la visión de la economía de la salud sobre la producción de salud-quien produce salud no son los profesionales, no son las tecnologías empleadas, no son los gobiernos: son las personas -ciudadanos bien informados, competentes y comprometidos en la promoción y cuidado de su propia salud y bien formados en las ventajas y riesgos de la utilización de los servicios sanitarios. Ello supone incorporar a la ciudadanía como agente clave en la participación de la planificación de la coordinación asistencial y la coordinación intersistemas. Esto implica, por una parte, retos importantes para la cultura organizativa y profesional, puesto que se debe facilitar el acceso a la información, a su comprensión y a su valoración por parte del ciudadano, como parte de un proceso donde se incrementa su capacidad de elección. Por otra, aumentan las obligaciones y responsabilidades de éste, toda vez que nos alejamos de la idea del paciente pasivo para subrayar los valores de participación y responsabilidad dentro de un marco responsable de uso de los servicios sanitarios y de la promoción y cuidado de la propia salud y autonomía personal (Cullen, 2004).

Sin embargo, para poder involucrar al resto de profesionales y agentes sociales debe existir un compromiso que se traduzca en la declaración de reglas claras por parte de los decisores de más alto nivel (representantes de la ciudadanía) y en un alto grado de exigencia ética (buen gobierno). Aunque el desempeño no sea sencillo, afortunadamente contamos con acertadas indicaciones para ayudarnos en el mismo (Meneu R; Ortún, 2011; Gobierno Vasco, 2011) y con la reciente experiencia de países de nuestro entorno que han apostado decididamente por dotar a su sistema sanitario de este tipo de normas en sus procesos (Department of Health, 2012).

3. CONCLUSIONES

El Sistema Nacional de Salud está siendo uno de los estabilizadores sociales clave en España para que

la crisis económica no derive en una crisis social de gran magnitud. El que los ciudadanos tengan acceso, hasta hace poco tiempo prácticamente universal, a la sanidad pública es un logro y un derecho del que disfrutamos, pero es un elemento de cohesión social y de protección de la salud que está mostrando todo su valor en los más duros momentos de esta crisis.

En poco tiempo, buena parte de los mensajes políticos han pasado de un discurso acrítico hacia nuestro SNS, aludiendo únicamente a sus bondades, a mutar en mensajes catastrofistas, a veces dirigidos por las mismas personas, que aluden a imágenes de despilfarro general, desmotivados profesionales que persiguen más su interés propio que el bien general, ciudadanos que hacen un uso inadecuado de los recursos sanitarios y un sistema sanitario público que, en suma, resulta financieramente insostenible. Sin embargo, tan ficticio era el primer discurso-cualquier sistema, por brillante que sea, siempre tiene margen de mejora y ha de responder a nuevos retos-como este segundo-que oculta deliberada y torticeramente las fortalezas del SNS.

Sí parece claro, y no habría que engañarse en ello, que en un contexto de ingresos públicos reducidos y con escaso o nulo margen para incrementar la deuda, parece un imperativo del que será difícil escapar el lograr un mejor desempeño con menos recursos disponibles. Los cuatro ejes señalados marcan una agenda a desarrollar, en el entendimiento de que los mismos no sólo son complementarios entre sí, sino que difícilmente pueden entenderse por separado y que el éxito de avanzar en una propuesta de estas características exigiría que se acometieran conjuntamente.

Expresado en términos más concretos, la solvencia del Sistema Nacional de Salud y la posibilidad de desarrollar políticas de salud intersectoriales que amortigüen los efectos de la crisis económica sobre la salud de los ciudadanos pasarán necesariamente por conjugar la gestión eficiente de los recursos con un especial énfasis en la equidad de las políticas implementadas. Para ello, condiciones necesarias, aunque no suficientes, serán apoyarnos en las fortalezas de nuestro sistema, pero también identificar bolsas de ineficiencia, aprender de experiencias ajenas aplicándolas con inteligencia en nuestro medio, apelar al liderazgo y compromiso de los profesionales sanitarios y favorecer la participación ciudadana, tomar decisiones informadas y cultivar la evaluación de nuestras políticas no como una herramienta relativamente útil, sino como parte del cambio cultural necesario

para que nuestro sistema sanitario continúe manteniendo y mejorando el bienestar social.

La impasividad, las medidas centradas exclusivamente en el corto plazo y las decisiones alejadas del conocimiento científico-técnico, conllevan una erosión de la calidad del sistema y arriesgan la desafección del ciudadano hacia el sistema sanitario público y hacia sus representantes. Un mantra repetido hasta la saciedad en los últimos tiempos es que hay que tomar decisiones valientes. Sin duda. Pero quienes firmamos estas líneas opinamos que las decisiones deben ser sobre todo inteligentes, bien informadas por pruebas científicas, justificadas ante los ciudadanos, legitimadas por normas de buen gobierno y que repartan los sacrificios entre los agentes implicados. Lo demás no serán sino cuentos lleno de ruido y de furia, sin significado alguno.

4. REFERENCIAS EMPLEADAS (POR ORDEN ALFABÉTICO):

- Abellán Perpiñán JM, Martínez Pérez JE, Méndez Martínez I, Sánchez Martínez FI, Garrido García S (2012). Financiación y eficiencia del sistema sanitario público de la Región de Murcia. Consejo Económico y Social de la Región de Murcia.
- Abadía-Taira MB, Martínez-Lizaga N, García-Armesto S, Ridao-López M, Yañez F, Seral-Rodríguez M, et al. (2011). Variabilidad en las hospitalizaciones potencialmente evitables relacionadas con la reagudización de enfermedades crónicas. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud*; 4:345-63.
- Agencia Tributaria. Informes Anuales de Recaudación Tributaria. Varios años. [consultado 15/11/2012]. Disponible en: http://www.agenciatributaria.es/AEAT.internet/Inicio_es_ES/La_Agencia_Tributaria/Memorias_y_estadisticas_tributarias/_Estadisticas_tributarias/_Estadisticas_tributarias_.shtml
- Aibar Remón C, Dir. Estudio EARCAS - Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios (2011). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. [consultado 28/12/2012]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EARCAS.pdf>

- Aranaz Andrés JM, Dir (2006). Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización, ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. [consultado 28/12/2012]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
- Aranaz Andrés JM, Dir. (2006) Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud (APEAS). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. [consultado 28/12/2012]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/LibroAPEAS.pdf>
- Artacoiz L, Oliva J, Escrivá V, Zurriaga G. (2010). La salud en todas las políticas, un reto para la salud pública en España. Informe SES-PAS/Gaceta Sanitaria; 24 (Suppl 1):1-6
- Asociación de Economía de la Salud (AES) (2008a). Aportaciones al diagnóstico sobre el SNS español para un Pacto por la Sanidad. Barcelona: Asociación de Economía de la Salud; 2008. [consultado 28/12/2012]. Disponible en: <http://www.aes.es/Publicaciones/sintesispactoMSC.pdf>
- Asociación de Economía de la Salud (2008b) Posición de la Asociación de Economía de la Salud en relación a la necesidad de un mayor uso de la evaluación económica en las decisiones que afectan a la financiación pública de las prestaciones y tecnologías en el Sistema Nacional de Salud. [consultado 28/12/2012]. Disponible en: <http://www.aes.es/Publicaciones/AESEE2.pdf>
- Barrios V, Calderón A, Escobar C, de la Figuera M (2012). **Primary Care Group in the Clinical Cardiology Section of the Spanish Society of Cardiology.** Pacientes con fibrilación auricular asistidos en consultas de atención primaria. Estudio Val-FAAP. Rev Esp Cardiol;65(1):47-53.
- Berdud M, Cabasés JM, Nieto J (2012). Motivational Capital and Incentives in Health Care Organisations. D.T.1209. Universidad Pública de Navarra.
- Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Campillo-Artero C (2012). ¿Sirven los estudios de variabilidad geográfica de la práctica para informar de la desinversión? Varias cautelas y algunas reflexiones. Gac Sanit. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.02.004>
- Berwick DM, Hackbarth AD (2012). Eliminating waste in US health care. JAMA;307:1513-6
- Campillo-Artero C, Bernal-Delgado E (2012). Reinversión en sanidad: fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas. Gac Sanit. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.01.010>
- Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (2011). Calidad de los servicios públicos, VI. Distribuciones marginales. Estudio nº 2.908. Junio-Julio.
- Cooper Z, Gibbons S, Jones S, McGuire A (2012) Does Competition Improve Public Hospitals' Efficiency? Evidence from a Quasi-Experiment in the English National Health Service. Centre for Economic Performance Discussion Paper No 1125. London School of Economics and Political Science.
- Council of Europe (2010). Recommendation CM/Rec (2010)6 of the Committee of Ministers to member states on good governance in health systems.
- Cullen R. (2004). Empowering patients through health information literacy training. World Library and Information Congress: 70 IFLA general Conference and Council 22-27 August. Buenos Aires <http://www.archive.ifla.org>
- Department of Health (2012). The Mandate. A mandate from the Government to the NHS Commissioning Board: April 2013 to March 2015. Presented to Parliament pursuant to Section 13A(1) of the National Health Service Act 2006. [consultado 15/11/2012]. Disponible en: <http://mandate.dh.gov.uk/>
- Gérvas J, García Olmos LM, Simó J, Peiró S; (2008) [Paradoxes in referral from primary to specialist care]. Aten Primaria; 40(5):253-5.
- Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad y Consumo (2010). Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. [consultado 15/11/2012]. Disponible en: <http://cronicidad.blog.euskadi.net/descargas/plan/EstrategiaCronicidad.pdf>
- Gobierno Vasco, Consejería de Salud y Consumo (2011). Recomendaciones del Consejo

Asesor sobre el Código de Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca. consultado 15/11/2012. Disponible en: <http://www.irekia.euskadi.net/es/news/5158-buen-gobierno-sanidad-publica-vasca?t=1>

- González López-Valcárcel B, Ortún V (2010). Putting health in all welfare policies: is it warranted? A Southern European perspective. *J Epidemiol Community Health*; 64:497-9.

- Graham. C (2008). Happiness And Health: Lessons-and Questions-For Public Policy. *Health Affairs*; 27, 1.

- Hellowell M, Pollock AM (2009). The private financing of NHS hospitals: politics, policy and practice. *Economic Affairs*, 29.1: 13-19.

- Mason A, Street A, Verzulli R (2010). Private sector treatment centres are treating less complex patients than the NHS. *J R Soc Med*. 2010 Aug 1;103(8):322-31.

- Meneu R; Ortún V (2011). Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis- *Gac Sanit*;25 (4):333-8.

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [consultado 12/12/2012]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDADpdf

- Miravittles M, de la Roza C, Naberan K, Lamban M, Gobartt E, Martin A (2007). Use of spirometry and patterns of prescribing in COPD in primary care. *Respir Med*;101(8):1753-60.

- Nolte E, McKee CM (2008). Measuring the health of nations: updating an earlier analysis. *Health Aff (Millwood)*. 27(1):58-71.

- Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Quart informe. Àmbit hospitalari. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2012.

- Oliva J, Antoñanzas F, Rivero-Arias O (2008). Evaluación económica y la toma de decisiones en salud. El papel de la evaluación económica

en la adopción y difusión de tecnologías sanitarias. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit*. 2008;22 Suppl 1:137-42.

- Oliva-Moreno J. “Loss of Labour Productivity Caused by Disease and Health Problems: What is the Magnitude of its Effect on Spain’s Economy?” *Eur J Health Econ*. 2012 Oct;13(5):605-14

- Oliva J, Zunzunegui V, García-Gómez P, Herrera E (editores) (2011). Desafíos en la autonomía y la atención a la dependencia de la población mayor. Síntesis. *Gaceta Sanitaria* 25 Suppl 2:1-4.

- Ollero Baturone M, Orozco Beltrán D, eds. (2011). Documento de consenso - Conferencia Nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. Sevilla: Mergablum; [consultado 28/12/2012]. Disponible en: http://www.opimec.org/media/files/Enfermedades_Cronicas_V02.pdf

- Peiró S, Librero J, Ridao M, Bernal-Delgado E; Grupo de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud (2010). [Variability in Spanish National Health System hospital emergency services utilization]. *Gac Sanit*. 24(1):6-12.

- Pérez I, Guillén F (2007). [Unnecessary radiology in primary care]. *An Sist Sanit Navar*;30(1):53-60.

- Puig-Junoy J, Peiró S (2009). [From the therapeutic utility to the added therapeutic value and the incremental cost-effectiveness ratio]. *Rev Esp Salud Publica*. 2009;83(1):59-70..

- Puig-Junoy J (2011). ¿Recortar o desinvertir? *Economía y Salud*. N° 72. Diciembre.

- Puig-Junoy J (2012). ¿Quién teme al copago? El papel de los precios en nuestras decisiones sanitarias. Barcelona: Libros del Lince.

- Puig-Junoy J, Trapero-Bertran M (2013). El factor de sostenibilidad de la sanidad pública: una agenda. *Diario El País*, 31 de mayo.

- Repullo JR (2012). Taxonomía práctica de la «desinversión sanitaria» en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. *Rev Calid Asist*;27:130-8.

- Rodríguez Roca GC, Barrios Alonso V, Aznar Costa J, Llisterri Caro JL, Alonso Moreno FJ, Escobar Cervantes C, et al. (2007). Características clínicas de los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardiaca crónica asistidos en Atención Primaria. Estudio CARDIOPRES. *Rev Clin Esp*; 207(7):337-40.
- Salinas M, López-Garrigós M, Díaz J, Ortuño M, Yago M, Laíz B, et al (2011). Regional variations in test requiring patterns of general practitioners in Spain. *Ups J Med Sci*;116(4):247-51.
- Sanfélix G, Peiró S, Gosalbes Soler V, Cervera Casino P (2006). La prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en España. Una revisión sistemática de los estudios observacionales. *Aten Primaria*;38:250-7.
- Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) (2011). Declaración de Toledo. Consultado 15/11/2012. Disponible en: <http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/02.pdf>
- Urbanos R, González B, Puig-Junoy J(2012),La crisis económica llega a la sanidad pública, *Economistas* 131:158-16
- Vecchi V, Hellowell M, Longo F (2010). Are Italian healthcare organizations paying too much for their public-private partnerships? *Public Money & Management*, 30(2): 125-132.
- Wagner EH, Austin BT, Davis C, et al. (2001) Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*;20:64-78.