

Capítulo II. Organización y gestión de la asistencia sanitaria

2.1. Introducción

En este capítulo se abordan la organización y la gestión de la asistencia sanitaria desde la perspectiva de los distintos niveles asistenciales y se analiza el entramado actual de la colaboración público-privada desde la vertiente de sus vínculos con la gestión sanitaria. Asimismo, se revisan los aspectos actuales más prominentes de la gestión de recursos humanos y el profesionalismo en el marco del Sistema Nacional de Salud (SNS), subrayando el riesgo que afronta el SNS de perder capital profesional y abogando por el profesionalismo. Cierran este apartado unas reflexiones sobre los sistemas de información sanitaria y la necesidad de medir, evaluar y rendir cuentas a la sociedad puntualmente y con meridiana transparencia del funcionamiento del SNS en todas sus facetas.

Disponemos de suficientes análisis de situación y propuestas de reformas para afrontar los problemas de gestión de la atención primaria, la especializada y su coordinación en el SNS, y existe acuerdo en la necesidad de avanzar en la identificación de aplicaciones prácticas, innovación y generalización de experiencias exitosas.

AES ha recogido en documentos recientes (AES 2008; Bernal et al. 2011) análisis de situación muy aproximados a la realidad de la organización y gestión del SNS. La necesidad de acometer reformas estructurales del sistema sanitario y, por extensión, de su organización y gestión, no proviene del momento en que se reconoce la existencia de la crisis. Esta no ha sido sino su catalizador. La negativa a emprender reformas previamente ha provocado que se ponga en duda la solvencia del sistema sanitario público y que se hable de propuestas de *rescate*.

Conviene subrayar que en la aplicación reciente de ajustes se han omitido la óptica clínica y el profesionalismo. No se ha pedido la opinión a quien sabe medicina sobre cómo deberían asignarse unos recursos siempre limitados y ahora recortados minimizando los efectos sobre la salud, y se ha obviado que los criterios clínicos deben ser una piedra angular de las decisiones en los recortes para evitar el riesgo de deslegitimar el sistema sanitario (Ortún y Callejón 2012).

Lo anterior no debe impedir reconocer las bolsas de ineficiencia que a veces se crean por mala gestión, algunos comportamientos corporativistas o sobrevaloraciones de intereses profesionales que se anteponen a los de los pacientes. Este es un escollo para reducir procesos no efectivos y mejorar la eficiencia en la asignación y organización de recursos. Por otra parte, ante restricciones importantes hay que mantener e incluso mejorar la calidad de la atención. Teniendo en cuenta la primera premisa y optando por conseguir la segunda, los profesionales sanitarios deben ser capaces de “hacer más con menos” y convertirse en despiadados reductores de todo lo inefectivo, lo sobrante y lo que no aporta valor en salud.

2.2. Atención primaria y hospitalaria

Muchos conocen los problemas específicos de cada ámbito asistencial: hospitalocentrismo, necesidad de reformar la atención primaria, integración vertical, autonomía de gestión y, recientemente, colaboración público-privada (Del Llano, 2010). Sin embargo, continúa sin asumirse la necesidad ineludible de coordinar niveles pese a que se usan términos para expresar la necesidad de fomentar la atención integral de la salud y de la dependencia, coordinarse con los servicios sociales y usar la salud pública como elemento cohesionador (Oliva et al. 2013; Peiró 2011). Para dar respuesta a estas necesidades, es imprescindible aceptar como determinantes de la eficiencia global del sistema la combinación de recursos y la organización del proceso asistencial (y social).

La brecha entre eficacia y efectividad tiene un claro exponente en la atención primaria y su reducción exige una aproximación multifactorial que incida en el papel del médico, enfermería, los servicios de admisión, los servicios sociales, las TIC, la atención domiciliaria, la educación del paciente y los copagos moduladores de demanda no justificada (Ortún et al. 2011). Desde esta óptica “integral”, redefinir el papel de la atención primaria obliga a creer que su papel es primordial en la sostenibilidad y solvencia del sistema sanitario (Ortún, 2011). Frente al agotamiento del modelo y la necesidad de aire fresco (Gené et al. 2009), si se consigue tener una gestión autónoma, profesionales motivados, una cartera de servicios claramente definida y cargas de trabajo acordes con el perfil de cada profesional, se añadirán pluses de eficiencia al sistema sanitario que contribuirán a su sostenibilidad (Ferrán, 2011).

A ello deben añadirse incentivos especiales para la atención primaria (relacionados con retribuciones y condiciones laborales, pero especialmente con elementos de identificación con el sistema y motivación profesional). España es de los pocos países de nuestro entorno cuyos profesionales de atención primaria son asalariados que trabajan para y en dependencias que son propiedad de la Administración. La estructura actual ha de reorientarse hacia un modelo no integrado verticalmente en la producción pública, donde agrupaciones de profesionales de la salud oferten la prestación de sus servicios al financiador asumiendo los riesgos económicos derivados de su mayor o menor eficiencia como resultado de su gestión clínica.

El enfoque de la sanidad debe trasladarse desde una organización que piensa en la curación a otra que reconozca que la carga asistencial se encuentra en la gestión de las enfermedades crónicas, pacientes pluripatológicos, frágiles y terminales, elementos todos ellos que repercuten sobre todo en el primer nivel asistencial (MSSSI, 2012). Ello obligaría, entre otras cosas, a reducir el papel del hospital en todo lo que pueda realizar otro agente menos complejo estructural y organizativamente y menos costoso. La lógica de esta simplificación de la intervención sanitaria reside en un principio: el nivel de especialización del profesional que atiende al paciente tiene que ser el menor necesario para prestarle una atención de calidad. Para ello, es condición indispensable que actualice sus conocimientos y mejore su capacidad resolutoria. El domicilio es un objetivo claro de actuación.

El papel del hospital de agudos es prestar atención efectiva, segura, eficiente y de complejidad acorde con su nivel, así como introducir y retirar tecnologías conforme a criterios de seguridad, efectividad, calidad y coste-efectividad incremental. No es asumir la atención de la cronicidad. No obstante, sus principales argumentos siguen siendo el prestigio, la novedad tecnológica, la investigación y la docencia, lo cual impide que aquellas funciones estén alineadas con el beneficio en salud y la eficiencia globales del sistema.

En este contexto, la calidad de la atención hospitalaria es otro reto que se sigue afrontando en la actualidad. No solo debería ser objeto de preocupación el importante presupuesto que debe manejar un hospital, sino su fracción relacionada con los recursos dirigidos a solventar eventos adversos evitables. Mejorar la adecuación de la actividad hospitalaria puede significar en muchos casos reducir la cantidad, aumentar la calidad y destinar los recursos adecuados para cada nivel de atención (Cots et al. 2012a).

Otro aspecto fundamental en la organización de los servicios sanitarios es la redefinición y actualización de la cartera de servicios (incorporación y reinversión en prestaciones), tarea actualmente en manos del Consejo Interterritorial que incluye entre otras muchas funciones reformular el papel de las unidades de alta especialización. Una acción clara de mejora sería crear o reforzar las estructuras de redes territoriales donde los profesionales se sientan partícipes de lo que le ocurre al paciente, independientemente del lugar donde se preste la atención integral.

Para alcanzar este fin, todas las CC. AA. tienen que pactar reglas del juego con criterios de priorización explícitos para el conjunto del SNS en la planificación de recursos sanitarios de alta tecnología y grandes infraestructuras. Los planes de infraestructuras deberían mantenerse al margen de plazos electorales y las decisiones basarse en criterios de necesidad de recursos con condicionantes de eficiencia.

También se debe avanzar en la coordinación e integración de niveles asistenciales sobre la base de criterios de continuidad asistencial, eficiencia y calidad. En la práctica existen numerosas formas de integración (funcional, clínica, profesional, vertical) que comparten la definición de ser “un proceso mediante el cual una sola organización asume y gestiona el conjunto de procesos directivos, administrativos y asistenciales que se generan en los niveles de atención primaria y especializada en el ámbito de un territorio” (SEDAP, 2010). Sin embargo, en los últimos años se ha alertado sobre la imposición de modificaciones organizativas dirigidas a la integración vertical entre atención hospitalaria y atención primaria realizadas sin evaluación, comparación ni consenso entre profesionales y sociedad (Tamborero 2012; Vargas 2007; Pou-Bordoy et al. 2006), que han acabado, en algunos casos, revirtiéndose con un elevado coste a fondo perdido tanto económico como de credibilidad frente a los profesionales.

No parece ser la mejor solución entregar al hospital la gestión integral del área sin antes evaluar experiencias disponibles. Tampoco lo es escudarse en la coordinación

para integrar verticalmente por intervencionismo de los agentes públicos administrativos: compradores públicos, interventores, consejerías de economía. Debe evitarse que, en aras de la mejora de la coordinación de la atención, se destruya el modelo de separación de funciones de provisión y compra. Aprovechar la necesidad de coordinar la atención del paciente crónico para intervenir directamente en la gestión de las entidades proveedoras es una tentación palpable. Los contratos de gestión no deben confundirse con el control burocrático excesivo que recorte los márgenes de gestión de los proveedores y los aleje de una gestión eficiente y equitativa de los recursos disponibles.

Para mejorar la coordinación entre niveles es de gran ayuda ir abandonando la gestión sanitaria basada en compartimentos estancos con mentalidad de “silo” y presupuesto asignado rígidamente para cada partida predefinida (atención primaria, hospitales, socio-sanitarios, y, entre tipos de productos, recetas médicas, medicamentos hospitalarios, prótesis) y orientar los recursos según el coste justificado de la atención integral que requiere un paciente, al margen de dónde la reciba.

En otras palabras, los presupuestos tienen que reorientarse para pagar por aquello que se desea obtener: resultados en salud. Pagar más por tener a las personas sanas, no por atender más pacientes crónicos con descompensaciones o más reingresos por complicaciones tras una intervención quirúrgica; 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 mediante una financiación fija preestablecida por toda la atención de una persona según sus características (riesgos) que ayude a conocer el coste integral de la atención y limitar así la visión parcial y fragmentada que hoy encubre la falta de resolución clínica (Oliva et al. 2013).

Esta integración debería incluir, entre otras cosas, la obligación de rendir cuentas sobre el desempeño de las organizaciones en su ámbito geográfico correspondiente, lo que a su vez favorecería la introducción de mecanismos de pago por resultados, reforzando así los incentivos para ofrecer una asistencia resolutiva y orientada a mantener una población sana y cuidada (Urbanos et al. 2012). La cronicidad define en buena medida la utilización de servicios. Por consiguiente, el sistema ha de adecuarse a ella bajo premisas de coordinación, integración, longitudinalidad, eficiencia y equidad que se defienden en este documento (Gervás et al. 2012).

Propuestas

- P35. Aumentar la resolución de los servicios asistenciales, teniendo en cuenta que el potencial de mejora en resolución más que en cada nivel asistencial es en términos del conjunto del sistema; por tanto el foco se centra en la relación entre las partes.

- P36. Avanzar en la gestión de la cronicidad. Ello no supone necesariamente crear nuevos recursos o estructuras ni es una suma de experiencias. Es una reorientación que afecta a todo el sistema, con información y gestión proactiva según las necesidades de pacientes.
- P37. Evaluar resultados en salud, compararlos y trasladarlos a la toma de decisiones (véase el Capítulo IV del documento) y observar los principios de transparencia y rendición de cuentas.
- P38. Utilizar decididamente los sistemas de información sanitaria con niveles en función de los ámbitos de toma de decisiones. Para realizar un análisis de necesidades, planificación y evaluación de políticas públicas se requiere poder comparar en el espacio y el tiempo; por consiguiente, se necesita estandarización, interoperabilidad y agregación (a escala nacional mejor que regional; a escala europea, mejor que nacional).
- P39. Aplicar el conocimiento global a condiciones y entornos concretos (función de asesoramiento para agencias, con agenda gestionable no dominada por la elaboración “bien pagada” de guías de práctica clínica).
- P40. En el ámbito de la cartera de servicios (como catálogo de servicios y prestaciones de cobertura pública) se debe regular el qué, para quién y en qué condiciones. Este enfoque tridimensional, aplicando criterios de coste-efectividad, necesidad y capacidad financiera, puede ayudar a superar la demagogia del todo para todos y gratis.
- P41. Integrar la visión de los ciudadanos, los profesionales y los gestores para alinear objetivos y valores del sistema. La oferta sanitaria debe seguir al paciente de manera que se maximice la atención domiciliaria. Ello supone relajar pesadas estructuras y apostar por una mayor cercanía al paciente.
- P42. Deberían potenciarse las estrategias de enlace entre atención primaria y especializada, con apoyo de medicina interna y desarrollo de nuevos servicios de gestión de casos y de gestión de enfermedades.
- P43. Coordinar los servicios sanitarios y sociales entre sí, y estos con las estructuras de salud pública.
- P44. Abrir el hospital en un doble sentido: a redes hospitalarias subregionales, donde grandes hospitales ejerzan una función nodriza sobre pequeños centros de proximidad y hagan viable técnicamente su función; y a redes regionales de unidades de alta especialización, donde circulen pacientes y médicos para beneficiarse de la concentración de casos y destrezas. En estas redes regionales pueden establecerse servicios compartidos (generales, centrales y clínicos), que aporten eficiencia sin mermar calidad o disponibilidad local de conocimiento experto.
- P45. El pago por resultados debería aplicarse también a la financiación de los centros: pagar más por tener a los pacientes sanos, no por tener más descompensaciones de pacientes crónicos con escasa adherencia al tratamiento farmacológico; pagar más por visitas resolutivas.
- P46. Pagar por resultados 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, comorbilidad) que ayude a visualizar el coste integral de la atención (Bernal et al. 2011).

2.3. Atención sociosanitaria

El sistema sanitario es responsable de proteger la salud de la población (no solo la atención de la enfermedad) y el sistema social, de promover la autonomía personal (no solo la atención de la dependencia). Ambos sistemas comparten objetivos que se beneficiarían de una visión y acción coordinada. Por ello, hay que fomentar una cultura de cooperación basada en el aprendizaje mutuo, en la cual la salud pública desempeña un papel central y cohesionador entre ambos sistemas (Oliva et al. 2011).

El Sistema de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SAAD) nació con mala estrella. Se diseñó en época de bonanza económica, vio la luz poco antes del estallido de la crisis y corre el riesgo de languidecer en el seno de la profunda recesión de la economía española (Jiménez-Martín y Oliva 2012).

Sin embargo, la necesidad puede generar la solución. Muchos son ya los gobiernos autonómicos que han unificado salud y servicios sociales en una única consejería o departamento, el punto de partida requerido. Resta reducir incertidumbre y justificar con pruebas científicas las decisiones. La situación es propicia para abordar desde el prisma de la salud y los servicios sociales la cronicidad, la dependencia, los grupos de riesgo de exclusión social y la mortalidad relacionada con las desigualdades sociales. Se trata de incorporar la dimensión social a las necesidades de la población, de modo que se dé coherencia a las decisiones, se responda a las necesidades sociales y mejore la eficiencia del sistema (Bunt, 2009).

Es necesario integrar los presupuestos compartimentados entre niveles asistenciales en una financiación per cápita ajustada en función del riesgo individual para integrar la atención. Los servicios sociales se deberían estructurar bajo esa misma premisa. Se lleva hablando mucho tiempo y con poco éxito de la integración de servicios sanitarios y sociales; es hora de poner en marcha estrategias reales. El interrogante central es cómo crear y coordinar equipos multidisciplinares articulados por protocolos de actuación conjunta, que, salvo en casos de gran dependencia o ausencia de apoyo familiar, centren la atención en el domicilio del paciente.

La coordinación de los sistemas de información de los servicios sociales y la atención sanitaria no es una opción de los planificadores públicos; es una necesidad imperiosa (Jiménez-Martín et al. 2011). Su integración, en cambio, es una opción de los planificadores, porque demanda cubrir al menos tres etapas: integración de la información, de la gestión y de la prestación efectiva de servicios.

Aunque estas etapas se acometan simultáneamente, su complejidad aconseja prudencia. Entre las diversas opciones de coordinación e integración hay posibilidades intermedias. Por ejemplo, integrar sistemas de información manteniendo la gestión de servicios coordinada pero separada o no considerar coordinación e integración en el plano sistémico, sino en función del tipo de paciente que necesita atención.

La atención primaria y la salud pública, por eficiencia del sistema, de accesibilidad y por vocación comunitaria, deberían ser un resorte clave de la coordinación de los recursos sociosanitarios. Los ciudadanos tienen que percibir que sus problemas, con distintas dimensiones, son atendidos de forma integral (Palomo, 2012), y los gestores y decisores de mayor nivel, los costes totales derivados de su integración.

Para alcanzar este fin se necesita más coordinación entre niveles, impulsar la cultura de cooperación y ofrecer respuestas integrales a las personas con necesidades en salud y en servicios sanitarios (AES, 2008). Esta forma de trabajar no surgirá de forma espontánea; debe galvanizarse.

No obstante, una mayor coordinación-integración en este caso no ha de interpretarse como un secuestro del sistema de cuidados sociales por el sistema sanitario, sino como verdadera gestión multidisciplinar de una necesidad conformada a partir de distintos elementos y con varios retos: distintas culturas de ambos sectores, marcadas diferencias organizativas territoriales, niveles competenciales muy dispares, sistemas de financiación alejados entre sí, estructuras y procesos asistenciales separados y a veces incluso paralelos, y sistemas de información que hoy no permiten compartir análisis intersectoriales (Herrera-Molina 2012; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad 2011).

Al diseñar programas y políticas centrados en la coordinación entre sistemas han de identificarse experiencias de éxito y fracasos de otros países y el propio. Pero en España es difícil saber en qué medida se han llevado a cabo los planes y programas de diferentes organismos (planes de atención sociosanitaria promovidos por el Ministerio de Sanidad y Política Social y por Consejerías de Bienestar Social, Asuntos Sociales, en sus diferentes terminologías) y, menos aún, sus resultados (Jiménez et al. 2011). Apenas existen estudios centrados en analizar desigualdades en la prestación de servicios sociales. Una excepción notable es el de Hernández-Quevedo y Jiménez-Rubio (2011), que mostró que las personas de niveles socioeconómicos más bajos concentran en mayor grado las necesidades no satisfechas y que los patrones de inequidad horizontal percibida varían en función del sexo y la edad, así como de la prestación específica y de las razones que motivan dicha necesidad no cubierta. En el contexto internacional, el aspecto clave que destaca en las experiencias en integración de servicios sociales y sanitarios de mayor éxito es enfatizar el valor de la coordinación de servicios de naturaleza muy distinta y promover la cooperación entre proveedores para prestar una asistencia continuada de calidad (Beland y Hollander 2011).

Dada la complejidad del diseño y de la aplicación de políticas de coordinación entre servicios sanitarios, sociales y familiares, y la incertidumbre sobre sus resultados, una senda por la que apenas se ha transitado en España, es la elaboración de mini-políticas y la realización de proyectos piloto cuasiexperimentales en los cuales, antes de aplicar grandes reformas a grupos amplios de población, se efectúe un ensayo de antemano en una población más reducida, para contrastar la validez del cambio con un uso más moderado de recursos e identificar fortalezas y debilidades de la política propuesta para adaptarla o descartarla (véase el Capítulo III. Políticas de salud, epígrafe de Evaluación de políticas). Se trata, en suma, de aplicar la lógica de los ensayos clínicos a las políticas sociales, y considerar su evaluación ex ante, durante y ex post como consustancial a la propia política.

Otro aspecto esencial de la coordinación es la red de apoyo familiar y de voluntariado, que debería incorporarse como elemento adicional de la atención sociosanitaria. Como el cuidador principal de la persona dependiente desempeña una función crucial, es necesario atenderlo, formarlo, cuidarlo y hacerle partícipe de las decisiones del continuum asistencial (López-Gil, 2009). Cualquier programa que soslaye la importancia de la red de apoyo afectivo (fundamentalmente familiar, pero no exclusivamente) en España o el papel de las asociaciones de pacientes, producirá ineficiencias e inequidades que dañarán gravemente al SAAD y erosionarán el bienestar (García Gómez et al. 2011).

Una perversión de los primeros años del SAAD ha sido centrar casi la mitad de las prestaciones concedidas en ayudas económicas para cuidados en el entorno familiar. La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia preceptuaba que estas prestaciones se concederían con carácter excepcional (el coste de estas ayudas es menor que el de otros programas en especie, incluidos los de apoyo a cuidadores no profesionales). No es menos cierto que la Ley de dependencia contemplaba la creación de un programa de dotación de servicios profesionales, incluso de nuevos puestos de trabajo, que no podrá demostrar su potencialidad en este escenario. La fuerte recesión económica pide prudencia al tomar decisiones radicales en este sentido, pero a medio plazo se debería consensuar la reducción progresiva de la prestación económica a casos excepcionales e irla sustituyendo por la prestación en especie o por prestaciones monetarias para la contratación de cuidados formales.

También debe realizarse un profundo análisis de los efectos de los distintos copagos en funcionamiento sobre los servicios sociales. Tras la aplicación de la Ley de dependencia han aparecido sistemas de contribución distintos que no favorecen a priori la equidad territorial. Asimismo, habrá que analizar la influencia de las medidas adoptadas al amparo de los RDL de medidas urgentes 2012, como el cambio en el calendario de implantación del SAAD, la reducción del número de horas de atención a domicilio, los cambios en las cuantías de las prestaciones económicas vinculadas al servicio y de asistencia personal, así como las prestaciones para cuidados en el entorno familiar o, sin agotar la lista, a los nuevos sistemas de copago implantados (RDL 16/2012; RDL

20/2012).

Cabe resaltar, por último, que tanto la promulgación de la Ley de dependencia como la creación del SAAD surgieron como respuesta al envejecimiento de la población que avanzaban las proyecciones demográficas. Ello, aunado a los cambios sociales de las últimas décadas (reducción del tamaño familiar, incorporación creciente de las mujeres al mercado laboral), supone un riesgo para la sostenibilidad del tradicional sistema de cuidado de personas con limitaciones en su autonomía, centrado fundamentalmente en la familia como prestadora directa o financiadora de los cuidados. La urgencia impuesta por la crisis ha cambiado las prioridades, pero el cambio de modelo se ha de producir lo antes posible.

Propuestas

- P47. Unificar la financiación de los servicios sanitarios y los servicios sociales como elemento vertebrador de la integración entre sistemas, siguiendo un modelo capitativo y ajustado por riesgos.
- P48. Avanzar en la convergencia de ambos sistemas en aspectos como los copagos, las condiciones laborales de los profesionales, sistemas de información comunes o la creación de supra estructuras únicas como un Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y Servicios Sociales.
- P49. Proponer una cartera de servicios sanitarios y sociales común. Desarrollar una política de RRHH común, que ponga en contacto directo a profesionales de ambos medios, y diseñar programas de formación de gestores que aprendan de las experiencias de ambos sistemas.
- P50. Introducir la evaluación económica en la atención a la dependencia como herramienta de gestión para el planificador de políticas. Esto pasa por incorporar en los análisis económicos los costes sociales (atención social, pérdidas laborales, cuidados informales-familiares).
- P51. Avanzar en programas piloto de naturaleza cuasiexperimental que permitan evaluar las fortalezas y debilidades de programas de coordinación fuerte o de integración entre servicios sanitarios y sociales en escenarios controlados antes de aplicar grandes reformas.
- P52. Crear equipos multidisciplinares de atención sociosanitaria y diseñar puertas únicas de entrada a ambos sistemas para el ciudadano.
- P53. Reunir toda la información sanitaria y social en torno a la Tarjeta Sanitaria Individual del SNS.
- P54. Mejorar la información existente sobre (in)equidad en la prestación de servicios sociales y sanitarios a personas con limitaciones en su autonomía, así como su financiación (pública y privada).

2.4. Equidad en el acceso y en la utilización de los servicios sanitarios

Un aspecto clave de cualquier política sanitaria es su preocupación por la equidad del sistema sanitario (Sen 2007; Sen 1979). Según la Ley General de Sanidad (artículo 12), los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades en salud y garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio español, según lo dispuesto en los artículos 9.2 y 158.1 de la Constitución. Y según el artículo 16, las normas de utilización de los servicios sanitarios serán iguales para todos, independientemente de la condición con que se acceda a los mismos. La Ley de Cohesión y Calidad (2003) en su articulado alude en varias ocasiones a la reducción de las desigualdades en salud, pero no concreta la dimensión clave para la medición de las aludidas desigualdades.

Por tanto, el SNS, de cobertura universal y de prestaciones sanitarias gratuitas, en su mayoría, en el momento de consumo, incluye entre sus principios fundamentales garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios y, como objetivo menos nítido, la corrección de las desigualdades en salud. Ello lleva a apostillar que el sistema sanitario público debe contribuir a reducir las desigualdades en salud, favoreciendo un acceso igualitario a las prestaciones sanitarias a aquellas personas más desfavorecidas y en mayor riesgo de exclusión social (parados de larga duración, inmigrantes, drogodependientes, algunos niños y mayores).

Más allá de la letra de la Ley, ¿es equitativo el sistema sanitario español? Las pruebas empíricas revelan que la utilización y el acceso a los servicios de atención primaria del sistema público son relativamente congruentes con el principio de equidad horizontal –definida como igual tratamiento a individuos con igual necesidad, independientemente de sus características socioeconómicas, como, por ejemplo, su capacidad de pago o su renta– (OECD 2009; Abásolo et al. 2001). No se puede afirmar lo mismo, cuando menos de forma inequívoca, respecto a las consultas de atención especializada y las hospitalizaciones no urgentes, donde se observa cierta inequidad que favorece a los individuos con mayor poder adquisitivo (García-Gómez y López-Nicolás 2007; González y Clavero 2006; Regidor et al. 2006; Urbanos 2001).

Conviene explicar que estos resultados se deben, en parte, a que la mayoría de los estudios analizan estas prestaciones sin distinguir sector público y privado. Un porcentaje relevante de la población española, concentrado entre las clases más favorecidas, dispone de algún tipo de seguro médico privado que le da acceso a algunas prestaciones insuficientemente cubiertas por el sistema público o a los especialistas de forma directa y rápida.

Poseer un seguro sanitario privado se traduce en un aumento de la desigualdad en la distribución del acceso y la utilización del conjunto de servicios sanitarios (Regidor et al. 2008; García-Gómez y López-Nicolás 2007; Rodríguez y Stoyanova 2004) y contribuye, además, a generar desigualdades en las prestaciones no cubiertas por el sistema sanitario público. Este es el caso, por ejemplo, de la atención bucodental, que se

realiza fundamentalmente a través del sistema privado y se determina por la capacidad de pago de las personas, dado que las prestaciones del sector público se limitan al diagnóstico y las extracciones en casos de urgencia. De hecho, hay pruebas que demuestran la existencia de inequidad en la distribución de dicha atención, especialmente en los tratamientos preventivos, la atención básica de restauración y los servicios estéticos, que claramente favorece a los segmentos con mayor capacidad económica (Stoyanova, 2005).

Por el contrario, la información sobre la equidad territorial es escasa, es decir, la (des)igual distribución de la utilización de los servicios sanitarios según la comunidad autónoma de residencia (Costa-Font y Gil 2009; López-Casasnovas et al. 2005). Ello es “especialmente preocupante, ya que es a nivel autonómico donde se lleva a cabo la ejecución de los derechos reconocidos” (Urbanos y Meneu 2008).

En los últimos años se ha intensificado la investigación de las desigualdades en salud y en la utilización de los servicios sanitarios desde la perspectiva de género, como consecuencia de la mayor relevancia social y económica de la mujer y de las crecientes reivindicaciones de plena igualdad entre sexos, que han cobrado fuerza de ley en nuestro país a través de la Ley Orgánica 3/2007, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. En su artículo 27 se establecen los principios de igualdad en la política de salud y de igualdad de trato entre hombres y mujeres, “evitando que por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre unas y otros” (Urbanos, 2011).

Otras pruebas empíricas revelan un desigual trato a hombres que a mujeres por parte del sistema sanitario. Por ejemplo, a las mujeres se les realiza cirugía de revascularización coronaria en un estado mucho más avanzado de la enfermedad que a los hombres (Aguilar et al. 2002). Las tasas de hospitalización por infarto agudo de miocardio son más bajas en las mujeres, que además ingresan en estado más grave y presentan tasas de complicaciones y letalidad ajustada por edad mayores que los hombres (Larrañaga et al. 2002; Segura et al. 2002). En general, los hombres suelen ser usuarios de los servicios hospitalarios con mayor intensidad que las mujeres (Ruíz-Cantero et al. 2004). También se han observado importantes diferencias en el consumo de medicamentos entre hombres y mujeres, especialmente pronunciadas de psicofármacos (Velasco 2009; Ruiz-Cantero et al. 2004). Un análisis de la equidad de género en el acceso de los servicios sanitarios públicos muestra que los hombres utilizan menos los servicios de atención primaria, pero tienen mayor probabilidad de ser hospitalizados que las mujeres, lo que apunta a la presencia de inequidad por género en la utilización de este tipo de servicios (Urbanos, 2011).

Las siguientes propuestas permitirían entender y reducir las desigualdades contrastadas, y sus efectos que, a buen seguro, trascienden el ámbito de la salud (Urbanos, 2011).

Propuestas

- P55. Promover estudios longitudinales que permitan conocer los efectos en la salud de las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios de toda la población, con especial énfasis en grupos desfavorecidos.
- P56. Fomentar una mayor coordinación interregional para evitar problemas en el acceso a servicios sanitarios de la población desplazada.
- P57. Adaptar las bases de datos a las necesidades específicas de las investigaciones de desigualdades en el acceso y utilización de servicios sanitarios.
- P58. Reducir las exposiciones a riesgos y la vulnerabilidad a enfermar derivadas de los condicionantes de género.
- P59. Abordar las dimensiones estructurales de la desigualdad de género en el acceso y la utilización de los servicios sanitarios.
- P60. Identificar las barreras en el acceso (información, sesgos de los profesionales sanitarios, monetarias, lingüísticas) que determinan la existencia de inequidades en la utilización de recursos sanitarios para diseñar políticas adecuadas.
- P61. Evaluar el efecto de cualquier reforma o política sanitaria en la inequidad en el acceso.

2.5. Gestión público-privada de los servicios sanitarios públicos

Un aluvión de afirmaciones contrapuestas y de aparentes paradojas inunda el debate colectivo en torno a la gestión de los centros sanitarios en nuestro país. La mezcla de intensos tintes apriorísticos e ideológicos de las controversias desatadas en los últimos meses ofusca a la opinión pública. Tal parece como si, de la noche a la mañana, se haya pasado de defender que la sanidad era el servicio público de mayor calidad y mejor valorado en España a considerarla —sin solución de continuidad— como un sistema a todas luces ineficiente, insolvente e insostenible. De afirmar que, gracias a sus principios de universalidad, solidaridad y equidad, contamos con uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo (por sus bajos costes y excelentes resultados en salud), se están empezando a configurar predicciones catastrofistas.

Al calor de dicho debate, la puesta en marcha de concesiones administrativas sanitarias en varias Comunidades Autónomas, si bien el caso de la Comunidad de Madrid es paradigmático por varios motivos, ha abierto una caja de truenos cuyo estruendo se ha intensificado con argumentos muy alejados de criterios técnicos y científicos. Algunos justifican estas y otras iniciativas de privatización de la gestión de centros sanitarios afirmando sin titubeos la *superioridad* y *mayor eficiencia* de la gestión privada sobre la pública (Sánchez et al. 2013; Abellán y Sánchez 2012; SESPAS 2012; Acerete et al. 2011).

Poniendo algo de sosiego en el debate, se debe recordar que la experiencia en la incorporación de nuevas formas de gestión de los centros sanitarios ni es reciente ni es escasa en España. Un claro exponente son los conciertos con el sector privado. Sobre el papel, todas las fórmulas ensayadas responden al intento de mejorar la eficiencia de los servicios sanitarios, reducir los rígidos controles administrativos y presupuestarios y las cargas burocráticas de la Administración por medio de cambios en su organización y gestión, así como de ampliar los márgenes de su autonomía mediante la aplicación de regímenes jurídicos mercantiles y laborales propios del ámbito privado (Sánchez et al. 2013; Abellán et al. 2012; González 2012; SESPAS 2012).

La nueva gestión directa (en la cual la Administración Pública gestiona directamente los servicios a través de entidades de titularidad pública sometidas a derecho privado) desde hace años se realiza con tres tipos de entidades: empresas públicas, consorcios y fundaciones público-sanitarias (Minué y Martín 2013; Sánchez 2013; SESPAS 2012). Los modelos de gestión más recientes se han introducido en la modalidad de gestión indirecta. En ella el sector privado participa en la producción de servicios sanitarios mediante entidades privadas con ánimo de lucro (pequeñas empresas, grandes corporaciones) o sin él (ONG, religiosas, caritativas, de base comunitaria) con arreglo a diferentes tipos de contratos. Esta modalidad engloba la externalización (*outsourcing*), en la cual el sector privado realiza algunas de las actividades del proceso productivo público, y el partenariado público-privado (PPP). Bajo estas siglas se encuentran las concesiones de obra pública (PFI o *private finance initiative*), las concesiones administrativas sanitarias y las entidades de base asociativa (EBAs) (Minué y Martín 2013; Sánchez et al. 2013; SESPAS 2012).

El telón de fondo de la controversia sobre la superioridad o no de la gestión privada de centros sanitarios es la ausencia de pruebas que avalen uno u otro supuesto. Se carece de ellas porque en España no se han llevado a cabo evaluaciones rigurosas, objetivas e independientes de la eficiencia de los distintos tipos de fórmulas con los que se ha gestionado, de manera directa e indirecta, los centros que prestan los servicios sanitarios. Salvo algunas excepciones, los escasos estudios realizados son parciales y de baja calidad metodológica (Minué et al. 2013; Sánchez et al. 2013; SESPAS 2012). Por tanto, no parece que el interés de los decisores en experimentar con distintas fórmulas de gestión se haya visto acompañado de una preocupación similar por evaluar la idoneidad (o no) de las propuestas adoptadas frente a otras alternativas (para una continuación sobre justificación de políticas y su evaluación, véase el Capítulo IV).

Además, no se dispone de los datos ni de la información pública necesarios que permitan realizar dichas evaluaciones. La falta de acceso de la ciudadanía a los datos de rendimiento y resultados en salud de la provisión de servicios de salud públicos en España traduce, cuando menos, tres graves deficiencias estructurales de nuestro sistema democrático: (i) se viola el derecho de los ciudadanos a la información; (ii) la dejación de los responsables públicos de su obligación de rendir cuentas de los resultados de su gestión a la sociedad, y (iii) se infringe el contrato social —que reflejan

los programas electorales— acordado entre los ciudadanos y sus representantes políticos (Sánchez et al. 2013; SESPAS 2012).

Dada la situación, debemos acudir a la experiencia internacional para saber los puntos fuertes y las debilidades que se han identificado en otros países en las experiencias de colaboraciones público-privadas en este ámbito. Las conclusiones observadas en el contexto internacional nos indican que no se ha demostrado empírica e incontestablemente que la gestión privada de centros de titularidad pública en el ámbito sanitario arroje mejores resultados clínicos y sea más eficiente que la pública (tampoco se ha demostrado que sea cierto lo contrario). Una comparación del desempeño y los costes de la aseguradora estadounidense Kaiser Permanente con el National Health Service del Reino Unido, las evaluaciones de las fórmulas de colaboración público-privada en el Reino Unido, las de las concesiones de obra pública en Italia, de hospitales privados con y sin ánimo de lucro en Alemania o de hospitales públicos franceses de tamaño grande y mediano o no demuestran en rigor superioridad de la gestión indirecta o las ventajas de una u otra fórmula se circunscriben a muy escasos aspectos de la eficiencia o los costes, o sus resultados globales son marcadamente limitados y, por tanto, no concluyentes (Minué y Martín 2013; Sánchez et al. 2013; Acerete 2011; NHS GLOBAL 2011; Ham 2003).

A todo ello se añan las voces que alertan sobre otros riesgos del proceso, no siendo uno menor la posibilidad de que tras la polémica señalada estén actuando el fenómeno de la puerta giratoria (*revolving door*: el tránsito periódico de altos cargos del sector público a empresas privadas y viceversa) y una de sus posibles consecuencias, el de la captura del regulador (*regulatory capture*: un fallo de gobierno que se produce cuando las agencias reguladoras, en lugar de actuar en aras del interés público, lo hacen en respuesta a intereses de grupos privados que dominan el sector o la industria que ellas deberían regular) (Sánchez et al. 2013; González et al. 2012; SESPAS 2012; Viscusi 1995).

Ante este panorama, la necesidad de rendir cuentas oportunamente a la sociedad y con transparencia y la de evaluar los resultados de las actuaciones que se derivan de las políticas de salud se convierten en un imperativo inexcusable. No es admisible adoptar medidas de profundo calado desde el ámbito público con iniciativas de gestión sobre la base de supuestos no contrastados empíricamente. Tampoco lo es incurrir en el craso e ingenuo error de reducir a un cambio de titularidad de la gestión de los servicios sanitarios la solución de sus deficiencias actuales, máxime cuando en ocasiones los destinatarios de las concesiones podrían ser empresas de capital riesgo ajenas al sector sanitario (Sánchez et al. 2013; González et al. 2012; SESPAS 2012).

Los juicios a este respecto deben emitirse luego de haber considerado, además, las ventajas competitivas de ambos tipos de gestión en sus distintas modalidades. En ausencia de información que lo avale inequívocamente, también carece de fundamento defender un supuesto interés general o público en contra de la gestión privada de centros públicos asistenciales.

El interrogante de quién tiene que gestionar la sanidad pública no tiene respuesta normativa; sí la tiene la provisión pública y la privatización (López Casanovas, 2013). La clave reside en quién regula, financia y supervisa, no en la mera titularidad de los centros. Media un abismo entre cambiar titularidades de forma opaca y sin fundamento técnico-científico y emprender la mejora de la gestión aplicando medidas notorias de probada efectividad como, por citar algunos ejemplos, la separación real de las funciones de financiación y compra de servicios y su gestión (abandonando los *de facto* virtuales contratos de gestión, evaluados a conveniencia y con afeites), la retribución por resultados en salud y no por actividad, la sustitución de los presupuestos históricos por financiación capitativa ajustada por riesgo de la población cubierta, el fomento de la competencia entre proveedores sanitarios, la integración de los niveles de atención o la concentración de pacientes complejos, que demandan mucha pericia en centros de alta especialización, y siempre contando con la opinión y la experiencia de los profesionales, no haciéndolo al socaire de ellos (Bernal et al. 2011; SESPAS 2011). También media una firme linde entre la gestión privada de centros públicos y su privatización, entendiendo esta última como el desvanecimiento de la responsabilidad pública en la provisión de los servicios para la salud (López Casanovas, 2013).

Propuestas

- P62. Evaluar con imparcialidad y rigor las ventajas e inconvenientes de las experiencias de gestión privada de centros sanitarios de titularidad pública iniciadas hace años, con indicadores de efectividad, seguridad y eficiencia, considerando estructura, proceso y resultados de sus actuaciones y haciendo públicos los resultados de las distintas modalidades de gestión de los centros sanitarios.
- P63. Dar acceso público a la información utilizada en la evaluación de las experiencias de gestión, de modo que cualquier investigador pueda replicarla.
- P64. A partir de la información anterior, se debe fomentar el aprendizaje y habilitar mecanismos ágiles y permanentes de corrección y mejora.
- P65. Hacer cumplir los principios de buen gobierno en los procesos de colaboración público-privada, haciendo especial hincapié en la justificación de las políticas, el rendimiento de cuentas a la ciudadanía, la eficiencia en las medidas adoptadas, la calidad regulatoria y el control de la corrupción (véase el Capítulo IV).

2.6. Recursos humanos

Los efectos globales de la crisis actual en la sociedad española, sus consecuencias a escala macro, meso y micro en el SNS y las interacciones entre ambos están afectando las condiciones y el clima laborales de los profesionales sanitarios. A las reducciones

salariales se suman recortes a veces lineales e indiscriminados (reducciones de personal contratado, no renovación de contratos y jubilaciones anticipadas), que pueden menoscabar su confianza en el sistema y su fidelización con las instituciones. Los problemas estructurales previos a la crisis y la ausencia de un plan rector inequívoco son agravantes. El profesionalismo está amenazado. Los viciados y variopintos incentivos instalados durante años se fisuran y sus efectos –deseados e indeseados– cambian consiguientemente.

La crisis está afectando a todas las estructuras del SNS y es en materia de RRHH donde las medidas implantadas de reducción del gasto han tenido un impacto mayor. Tras la congelación de las inversiones en infraestructuras y del gasto en medicamentos, el turno ha recaído en los capítulos de gastos de personal. Estos recortes han hecho que pasemos en poco menos cinco años de una situación con déficit global de personal médico y de enfermería a ver cómo ha aumentado la falta de trabajo en estos colectivos, sobre todo por lo que respecta a enfermería.

En 2008 la migración de nuestros profesionales a países europeos descendía, la demanda de profesionales por parte de las CC. AA. estaba marcando la regulación de la oferta por encima del papel del Ministerio, quedaban vacantes plazas de formación MIR, el mercado no era suficientemente flexible para adaptarse a corto plazo a los cambios en las necesidades de profesionales, y el sector privado atraía profesionales (personal médico y de enfermería) con mejores condiciones laborales en algunas especialidades concretas que agudizaban el déficit específico de especialidades en el SNS (AES, 2008).

La situación se ha revertido: en la actualidad, los profesionales buscan salidas laborales en el extranjero ante la falta de perspectivas en España. La pregunta importante que late es si el sistema sanitario puede permitirse esta fuga de capital humano. El impacto en las razones poblacionales de personal médico y de enfermería en otros países del entorno se hará notar a medio plazo. Puesto que las bajas se producen más en el sector de enfermería que en el médico, es previsible que el desequilibrio estructural de la dotación de enfermería respecto al médico se agrave (González et al. 2012) y que, en lugar de solucionar el problema de una función de producción de asistencia sanitaria en España desequilibrada por la intensidad en trabajo del médico (que no es lo mismo que trabajo médico), este se agrave.

La reorganización de tareas propuesta como medida de mejora y eficiencia tiene que sustentarse en una sólida estructura de enfermería y de técnicos sanitarios que asuman esa parte de tareas que no corresponde al médico. Junto a esta redefinición de funciones, los médicos generalistas (atención primaria, geriatras e internistas) tienen que ocupar más espacio y aumentar su capacidad resolutoria, para poder mejorar en capacidad productiva.

El esquema general sobre el que discurre buena parte de este documento se repite: transparencia, rendición de cuentas en el desempeño, implicación y compromiso.

Puede afirmarse, sin caer en tópicos, que los profesionales sanitarios del SNS poseen un alto nivel de formación, motivación interna, relevancia social, elevado nivel intelectual (Gervás, 2012) y, sin embargo, algo está fallando cuando la intensidad de *burnout* entre el colectivo es muy elevado, no son partícipes sino sufridores de las políticas sanitarias cortoplacistas y se extiende el convencimiento de que el sistema funciona merced al compromiso individual.

La calidad del capital humano, su identificación con los objetivos y fines del sistema y su grado de motivación son fundamentales para que este funcione. Arrastramos carencias y una falta de cambios necesarios desde hace años, que no se han sabido o querido implantar y se han asumido incluso en la exposición de motivos del RDL 16/2012 de medidas urgentes: aplicación de la troncalidad en la formación de especialistas del SNS, creación de áreas de capacitación específica, disponer de un registro estatal de profesionales sanitarios, y garantizar la movilidad de los profesionales.

La retribución es importante, los profesionales sanitarios cobran por lo general menos que lo habitual en otros sistemas de salud comparables. Sin embargo, la solución no puede pasar por aumentar por igual a todos la retribución; hay que vincular estas mejoras a la evaluación del rendimiento y al reforzamiento de una casi carente cultura meritocrática en la función pública (Ortún et al. 2011). Una carrera profesional que pretende retribuir en función del escalafón y la antigüedad y no del mérito (la capacidad y el rendimiento) está condenada a fracasar y a no avanzar en la mejora del bienestar social sino en la de los menos implicados con el sistema. Las retribuciones de los empleados públicos mantienen escasa relación con su productividad (Del Llano, 2010) y el cambio de esta dinámica de retribuciones y reconocimiento de méritos profesionales es uno de los ejes fundamentales de mejora de las políticas de recursos humanos en el medio sanitario.

Por otra parte, la funcionarización de los profesionales sanitarios es una característica peculiar del SNS español frente a otros países europeos, con la salvedad de Cataluña donde una parte no despreciable de la red asistencial de utilización pública se rige por la contratación laboral y convenios colectivos.

Para superar los efectos de esta crisis deben introducirse numerosas medidas y realizar los cambios estructurales necesarios. Uno de ellos consiste en iniciar un proceso no traumático y gradual de desfuncionarización de los profesionales sanitarios, en particular y en principio de los médicos, que se acompañe de otras medidas: financiación capitativa ajustada por riesgo de la población cubierta, introducción prudente de pagos por resultados y rendimiento, desaparición de pagos por acto, habilitación de sistemas de información que aporten los datos necesarios y fiables para monitorizar y evaluar dichos cambios, revisión de las reglas de juego y reorientación de los incentivos institucionales.

Si la pretendida superioridad de la gestión privada sobre la pública se asienta básicamente en las ventajas de un marco jurídico más flexible que propicia unos menores costes de personal y aprovisionamiento (Abellán y Sánchez 2013), es necesario entonces avanzar en modelos de gestión directa (pública) de regulación más flexible para el personal sanitario, la contratación de servicios (Del Llano, 2013) y la recompensa del mérito profesional.

En el Capítulo IV de este documento se tratan en profundidad aspectos relacionados con el profesionalismo de la gestión y la participación de los profesionales en la gestión eficiente del sistema de salud que complementan lo descrito en este apartado.

Propuestas

- P66. Dotar a la red sanitaria pública de incentivos extrínsecos definitivamente bien alineados y robustos, así como de instrumentos de gestión de recursos humanos que le confieran flexibilidad y adaptabilidad suficientes para afrontar la situación actual y responder debidamente a las necesidades de salud de la población.
- P67. En situaciones donde las restricciones económicas actuales o futuras aconsejan el ajuste de las plantillas, deben evitarse las reglas fijas uniformizantes y las que impliquen despedir o no renovar puestos aplicando exclusivamente el criterio de antigüedad. Antes habría que planificar, reestructurar, implantar, hacer explícitos, medir correctamente y consolidar apoyándose en criterios de efectividad, productividad y valor añadido para la red sanitaria pública y el ciudadano, así como instaurar un modelo de evaluación periódico basado en estos criterios.
- P68. La red asistencial pública debería vincular los incentivos a los profesionales sanitarios con los objetivos de salud del sistema o, en su defecto, con el esfuerzo para conseguirlos.
- P69. Evitar las “peonadas”, como modelo de pago por acto, porque suponen un coste adicional para el sistema que incentiva la pérdida de productividad en horario regular y tiende a aumentar el número de pacientes sometidos a intervenciones innecesarias.
- P70. Explotar las competencias profesionales, con criterio de ventaja comparativa que puede aportar cada perfil profesional.
- P71. Agilizar la gestión de los recursos humanos, para favorecer la implicación de los profesionales, apelando al profesionalismo e incorporar el rendimiento y la fidelización hacia el sistema en la carrera profesional. Además, delegar responsabilidad utilizando contratos personalizados vinculados al rendimiento.
- P72. Dinamizar el marco de aplicación de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias para permeabilizar la relación entre especialidades, evitar el crecimiento difícilmente reversible de compartimentos estancos, y promover áreas de capacitación específica que combinen las ventajas de la subespecialización con las de la cooperación entre especialidades.

- P73. Apostar por la reorganización de los servicios de especialidad del hospital para agregarlos en áreas de gestión clínica e introducir los acuerdos o contratos de gestión clínica como mecanismo responsable de descentralización y rendición de cuentas.

2.7. Profesionalismo

Los cambios económicos, políticos, sociales y tecnológicos acontecidos en las dos últimas décadas, en general, y los de los sistemas sanitarios, en particular, están transformando las condiciones que han albergado la práctica médica. Presiones de variada naturaleza y procedencia, que escapan del control individual, configuran paulatinamente una nueva encrucijada, y obligan a los profesionales de la medicina a reconsiderar los fundamentos y compromisos de su profesión.

La organización social del trabajo responde a las fuerzas del mercado, la gestión de las organizaciones (públicas y privadas), las reglas de juego y el profesionalismo. Las tres primeras se consideran las grandes opciones genéricas para mejorar la eficiencia. El profesionalismo es, a su vez, el pilar en que asienta el contrato de la medicina y las ciencias de la salud con la sociedad. Un contrato que desde su concepción exige anteponer los intereses del paciente y del ciudadano a los del profesional sanitario, establecer y mantener normas de integridad y de competencia profesionales y ofrecer asesoramiento experto a la sociedad sobre la salud y la enfermedad. Su esencia arraiga en la confianza que la sociedad deposita en los profesionales sanitarios. Y dicha confianza depende de la integridad y de la competencia profesional de cada individuo y de la profesión en conjunto (ABIM 2002; Freidson 2002).

A los cambios globales señalados se añaden los que obran en el seno de las profesiones sanitarias en numerosos países: agudización de la tensión entre profesionalismo médico e ideología de mercado; necesidad de algunas entidades proveedoras de servicios sin fines de lucro de actuar con fines de lucro para sobrevivir en el mercado; tendencia —creciente en España— a la gestión privada de servicios; pérdida de atractivo de la atención primaria como especialidad a resultas, entre otras causas, de la superespecialización y la fascinación tecnológica; renuencia pertinaz de los profesionales a notificar errores médicos y transgresiones de la ética y a emprender acciones para evitarlas, o dependencia de la formación continuada de la industria privada, sin pretender agotar la lista (Ibern 2012; Ibern 2011; Relman 2007).

La fuerte sinergia entre estos cambios hace tambalear y puede llegar a socavar los pilares del profesionalismo. Primero, el de la *primacía del bienestar del paciente*. En torno al altruismo gravita la confianza que vertebra la relación médico-paciente. Ni las fuerzas de mercado, ni intereses particulares, ni exigencias administrativas han de poder alterarla (Relman 2007; ABIM 2002).

Segundo, el de la *autonomía del paciente*. Respetar su autonomía, ser honesto con él, ofrecerle la información veraz necesaria para que decida informado y libremente son

los imperativos de dicha autonomía, a menos que las decisiones de un paciente se contrapongan a la ética o traduzcan una demanda de atención inadecuada (Relman 2007; ABIM 2002).

Tercero, el de la *justicia social*. Los profesionales sanitarios deben contribuir con su parte alícuota a una justa distribución de los recursos sanitarios y del bienestar e impedir la discriminación por razón de raza, sexo, religión o nivel socioeconómico (Relman 2007; ABIM 2002).

La profesión médica y la sociedad deben entender cabalmente dichos principios y responsabilidades. Y han de hacerlo en varios frentes, pero especialmente en el de la reducción de la sobreutilización injustificada de recursos. Injustificada desde el punto de vista clínico, porque no responde a una necesidad médica, puede causar y causar daño al paciente, y porque es refractaria a la consideración del coste de oportunidad de las decisiones clínicas: consume recursos cuya asignación justificada hubiese aportado beneficios clínicos o mayor bienestar social a otras personas (ABIM, 2002).

Los conflictos de intereses, los estragos de la crisis económica, la corrupción, la polarización política, la desafección por esta última o la crispación social entorpecen la reflexión e impiden mantener debates públicos racionales y sosegados. La sociedad y la profesión médica han de contribuir a cambiar el decurso y paliar los efectos de la actual situación en beneficio de los pacientes.

Voces esquivas a este debate traducen la llamada al profesionalismo como intrusismo y amenaza a la autonomía del ejercicio de las profesiones sanitarias, a su derecho a tomar libérrimamente decisiones médicas y de asignación de recursos. Esto desemboca en una tergiversación franca —o cuando menos confusión en toda regla— de los verdaderos papeles, funciones y significados del profesionalismo. Mediante aquel contrato la sociedad confiere a las profesiones sanitarias un privilegio legal, moral e institucional, y estas deben preservarlo respetando principios y cumpliendo responsabilidades: ser altruista; garantizar la confidencialidad; comprometerse a ampliar conocimiento; aceptar la revisión por pares y el escrutinio externo justo y objetivo; rendir cuentas a la sociedad; contribuir a mejorar la calidad de la atención y la eficiencia social; facilitar el acceso a la atención médica, y gestionar adecuadamente conflictos de interés (Relman 2007; ABIM 2002).

El reto que hoy arrostran la sociedad y las profesiones sanitarias es reforzar su contrato social, no debilitarlo paulatinamente, por más que aumenten las dificultades para cumplirlo. Ambos han de garantizar que los sistemas de salud y los profesionales que en ellos trabajan sigan observando aquellos principios y cumpliendo los compromisos de la profesión. Alejarse de ese contrato es retroceder hacia el *estado de naturaleza*, aquel que imperaba antes que existieran gobiernos. La resistencia frente a la implantación de mentalidades corporativistas, mercantilistas y a otras fuerzas que dañan el bienestar del paciente y social se inicia afianzando los principios del profesionalismo. La mejora de la eficiencia y la equidad se consigue aprovechando la complementariedad y

conjugando en sus debidas proporciones mercado, Estado y profesionalismo, sin incurrir en el craso error de concebirlas como fuerzas contrapuestas y mutuamente excluyentes de la sociedad actual (Ibern 2012; Ibern 2011; Relman 2007).

Propuestas

- P74. Consolidar paulatinamente el debilitado contrato entre la sociedad y las profesiones sanitarias, sobre todo en lo que atañe a la integridad y la competencia profesionales.
- P75. Reforzar sin excusa los pilares del profesionalismo: primacía del bienestar del paciente, su autonomía y la obligación alícuota que corresponde a los profesionales de contribuir a una distribución justa de los recursos disponibles y del bienestar e impedir la discriminación.
- P76. Atacar de raíz los conflictos de intereses y la corrupción y exigir activamente la notificación pública y oportuna de los indicadores adecuados de estructura, proceso y resultados en salud del SNS, incluida la de eventos adversos de las actuaciones clínicas.
- P77. Contrarrestar los efectos deletéreos para el SNS de las mentalidades corporativistas y mercantilistas, así como de todas aquellas actuaciones que desde la esfera de la sanidad reduzcan el bienestar.
- P78. Incentivar la incorporación del coste de oportunidad en las decisiones clínicas y asumir la complementariedad –que no contraposición– del mercado, el Estado y el profesionalismo como parámetros de la organización social del trabajo y vehículos de mejora de la eficiencia.

2.8. Sistemas de información sanitaria

Un modo de perfilar la frontera de producción de los sistemas de información sanitaria es trazando la línea en la cual la información que ofrecen permite tomar decisiones informadas en los planos macro, meso y micro de todos los sectores vinculados con la salud de la población. Si se aceptan los modelos de los determinantes de la salud y la iniciativa de *la Salud en todas las políticas* –huyendo de enfoques reduccionistas sin fundamento sobre la salud y la enfermedad– se necesita información fiable de procedencia intersectorial (Urbanos 2010; Campillo-Artero 2008).

La frontera de producción actual indica que se han introducido notables mejoras en los sistemas de información en numerosas parcelas de los servicios de salud, aunque menos en las de salud pública, y que aún son limitadas la explotación de la existente y la disponibilidad de información intersectorial necesaria para sustentar actuaciones integrales e integradas en la esfera de la salud de la población.

El lastre que se arrastra, a despecho de los avances observados en la última década, afecta, como mínimo, a cuatro facetas: a) la integración de la información en y entre

servicios de salud y salud pública; b) la integración de los sistemas de salud autonómicos en uno robusto del SNS; c) la fiabilidad e integridad de la información que contienen (entendida esta última como la disponibilidad de la información mínima necesaria para tomar decisiones), y d) la transparencia y accesibilidad pública de la información (Bernal et al. 2011; Campillo-Artero 2012a).

En primer lugar, la última década ha presenciado mejoras sustanciales en los sistemas de información sanitaria, pero la frecuentemente comentada separación entre información de servicios de salud y de salud pública sigue vigente. Predomina la información sobre servicios de salud y se subvaloran las acciones de alcance comunitario y poblacional, y especialmente las preventivas. En el seno de los servicios de salud todavía es amplio el margen de integración entre información sobre actividad, gasto, farmacia, rendimiento o gestión.

En segundo lugar, se han realizado impresionantes inversiones en sistemas de información en España, sobre todo en aparataje y programas, pero apenas se han destinado recursos a mejorar la estructura, la integridad y la homogeneidad de los sistemas de información existentes. Desde el prisma del SNS, las innegables ventajas de la descentralización continúan encorsetadas por el contrapunto que marca la desvertebración en sistemas de información autonómicos. La falta de transparencia y de evaluación agrava sus efectos. Su homogenización respecto a contenidos (campos, variables, servicios, prestaciones, intervenciones, programas, proyectos...) y su interoperatividad (aún insuficiente) continúan siendo asignaturas pendientes. Las migraciones aún son virtualmente impracticables. Dos botones de muestra son la ausencia de una cartera de servicios completa y actualizada y de un CMBD actualizado del SNS (Bernal et al. 2011).

El coste social de esa carencia es notorio y notable, ejerce efectos insidiosos en la toma de decisiones en políticas de salud y lastra la realización de evaluaciones. Las iniciativas privadas que intentan rellenar los huecos cumplen apenas función de parche venal que no mitiga las consecuencias de estas rémoras. La variabilidad geográfica injustificada en este particular es lesiva para el SNS y la generosidad espléndida prodigada por algunos en denunciar la situación y proponer soluciones se ha visto contrarrestada por la inacción institucional, salvo honrosas excepciones.

En tercer lugar, si bien se ha avanzado en interoperatividad, no se ha invertido en mejorar la calidad de los datos y la información que contienen ni en los procedimientos para garantizarla. En otras palabras, se ha reforzado el continente, pero no el contenido. Los sistemas de información se han beneficiado de la incorporación de innovaciones externas (potentes servidores, redes inalámbricas, gran capacidad de almacenaje de datos) y se ha mantenido por inercia información relativa a estructura y proceso de la atención, pero la disponibilidad ágil, fiable y oportuna de información sobre resultados en salud sigue siendo escasa.

A la postre, cuanto menor es el valor de la información disponible para tomar decisiones en salud, tanto mayor es el coste de oportunidad (oculto casi siempre) de estas decisiones. Tres formas de ilustrar las consecuencias de la carencia de información y de las decisiones basadas en información de escaso valor son: la pérdida de beneficio en salud por prestar servicios inefectivos o excluir efectivos, la iatrogenia evitable (morbimortalidad y discapacidad) y la ineficiencia derivada de la adopción de tecnologías ineficientes (Campillo 2012a; Griffin 2011; Claxton et al. 2009; Eckermann 2007).

Parte de la información asistencial disponible se ha acopiado más por voluntarismo y en horas extras *gratis et amore* que por planificación e inversión institucional en mantenimiento de registros. Se dejan de registrar datos y de convertir datos en información por permanecer insatisfecha la necesidad de disponer de gestores de bases de datos y los presupuestos previstos continúan omitiendo esta partida.

En cuarto, y último lugar, ha sido notable la mejora en preservar la confidencialidad de los datos personales, si bien ha servido como engañosa excusa para no difundir información relevante y no sensible. Salvo excepciones, se evita poner a disposición de la ciudadanía a escala nacional y autonómica información detallada sobre financiación, gestión, rendimiento y, sobre todo, resultados en salud del SNS. Seguimos sin contar con información que permita poder elegir profesionales, valorar centros asistenciales, evaluar la efectividad de las intervenciones y las políticas de salud —mucho menos de las que incluyen actuaciones intersectoriales—. Carecemos de espacios para compartir y analizar experiencias en sistemas de información y aprovechar las sinergias de la puesta en común para idear conjuntamente soluciones y mejoras (Bernal et al. 2011)

En definitiva, se han hecho avances notables en los sistemas de información del SNS (algunos de ellos merced a impulsos europeos, que no domésticos), pero quedan como tareas pendientes primordiales, que la inacción prolongada ha convertido en perentorias, cuando menos, las siguientes:

Propuestas

- P79. Redefinir los objetivos estratégicos y operativos de los sistemas de información del SNS para adaptarlos a las condiciones y necesidades actuales.
- P80. Interconectar los sistemas de información específicos de todos los sectores vinculados con actuaciones sanitarias (sanidad, servicios sociales, alimentación, medio ambiente, educación, economía, comercio, actividad legislativa, medidas fiscales, urbanismo).
- P81. Establecer definitivamente una identificación única de personas y pacientes, como unidad nuclear de los sistemas de información.
- P82. Completar, homogeneizar y consolidar la historia clínica, las bases de datos administrativas, de costes y de actividad asistencial, junto con las de

salud pública, como fuentes de información y registros primarios de los sistemas de información sanitarios, y asegurar que incluyen todas las funcionalidades necesarias.

- P83. Ordenar, homogeneizar y estandarizar un conjunto mínimo de campos, variables, indicadores y prestaciones que integren la cartera de servicios del SNS actualizada permanentemente y asegurar la disponibilidad puntal del CMBD nacional.
- P84. Garantizar la fiabilidad, seguridad, confidencialidad y calidad de los sistemas de información sanitaria.
- P85. Habilitar mecanismos de depuración periódicos y dotar al sistema de los recursos humanos necesarios para cubrir este objetivo, de forma que se preserven el rigor en la recogida, mecanización, registro, explotación, análisis, depuración y migración de datos, y el mantenimiento de programas informáticos, bases de datos, registros y aparatos.
- P86. Alcanzar un consenso y compromiso nacionales sobre los requisitos y funcionalidades mínimos y obligatorios que ha de reunir por ley cualquier sistema de información sanitario público y privado.
- P87. Obligar a garantizar la transparencia de los sistemas de información sanitaria, penalizar su incumplimiento y fomentar la evaluación del rendimiento de los dispositivos asistenciales, los resultados en salud, la gestión de servicios, las políticas de salud en general y la incorporación de las pruebas científicas en la toma de decisiones.

2.9. Medición y evaluación de la provisión sanitaria

Las dos limitaciones más prominentes y comunes de la información disponible sobre desempeño de la provisión sanitaria, eficacia, efectividad, seguridad y eficiencia de las tecnologías médicas, las intervenciones en salud pública y las políticas de salud, sectoriales e intersectoriales, son su insuficiencia para informar decisiones y la baja calidad de los estudios que la proporcionan.

La insuficiencia es la resultante de la escasez perenne de estudios y evaluaciones realizados en determinados temas y de la poca explotación de los datos disponibles. Esta rémora se ha puesto de manifiesto de forma reiterada (IOM 2012; IOM 2010a; IOM 2010b). A la necesidad de investigar y evaluar más y mejor servicios de salud, intervenciones sanitarias y políticas se añade la de asignar definitivamente los recursos necesarios para hacerlo y crear estructuras estables adecuadas que reúnan masa crítica suficiente. Debe llegar el día en que los recursos necesarios instalados para investigación y evaluación estén garantizados y dejen de ser objeto de demanda social.

La baja calidad de los estudios responde básicamente a cuatro causas: baja calidad de los datos disponibles, errores en la formulación de objetivos, selección de diseños,

análisis e interpretación de resultados, y deficiencias –intencionadas o no– de su notificación (Campillo-Artero, 2012a).

Dejando al margen las dos primeras causas –analizadas profusamente en la bibliografía– cabe hacer hincapié en las peculiaridades de las intervenciones en salud pública (y algunas de otros sectores) que dificultan la medición: a diferencia de las clínicas y al igual que las políticas de salud, su objeto no suelen ser individuos, sino grupos de ellos y poblaciones, lo cual limita la utilización de ensayos clínicos. Como acostumbra ser actuaciones complejas, multifacéticas y con diversos ámbitos de intervención, la cifra de estudios y revisiones de la bibliografía realizados y la idoneidad de los análisis son menores. Por consiguiente, es más difícil discernir entre efectos atribuibles a las actuaciones, a factores contextuales y a interacciones entre ellos (Pearson et al. 2012).

La complejidad de la medición y la posibilidad de controlar sesgos y factores de confusión aumentan por la virtual imposibilidad de aleatorizar y la frecuente ausencia de grupo control, así como por tratarse de intervenciones que incluyen modificación de comportamientos en poblaciones o grupos de población heterogéneos. No obstante, se dispone de herramientas de diseño y análisis infrautilizadas, como los ensayos por conglomerados, los pragmáticos, la panoplia de estudios cuasiexperimentales, las series temporales interrumpidas o los datos de panel, que pueden usarse para paliar las limitaciones intrínsecas señaladas (Mansky 2013; Pearson 2012; IOM 2012; Campillo-Artero 2012b; Griffin 2011; Faggiano 2006).

Por su parte, la efectividad comparada es una estrategia que, junto con los ensayos pragmáticos, está ofreciendo, y puede ofrecer si se difunde adecuadamente y se superan sus limitaciones, vías de avance para reducir la brecha entre eficacia y efectividad y convertir información y conocimiento experimentales en cambios deseables de la práctica clínica (Timbie et al. 2012; Chandra et al. 2011; Weinstein y Skinner 2010).

En análisis y evaluación de políticas destacan varios retos, que se describen a continuación junto con propuestas de líneas de mejora.

Propuestas

- P88. Sustituir los supuestos únicos e inciertos –que a menudo son el único punto de partida de estudios observacionales, predictivos o explicativos, incluidos los de políticas de salud– por varios supuestos alternativos con distinto grado de incertidumbre y dar resultados de análisis de sensibilidad, lo cual se aproxima más a la realidad y expresa el reconocimiento de nuestra incertidumbre.
- P89. Acomodar la fuerza de las conclusiones y recomendaciones a la calidad de las pruebas que las sustentan, pues la frecuente violación de este principio

(concluir con más fuerza o más allá de lo que legitiman los diseños y los resultados obtenidos) desemboca en pérdida de credibilidad social en la ciencia y las políticas.

- P90. Evitar las extrapolaciones injustificadas y los supuestos de invariabilidad y aceptar que la credibilidad de los análisis depende tanto de su validez interna como externa, sin preponderancia de la primera.
- P91. En todo tipo de evaluaciones deben abandonarse la selección premeditada de las variables primarias y secundarias que más favorezcan la demostración de superioridad de las alternativas que más interese favorecer, el uso de variables sustitutivas cuya asociación con las de resultado no se haya comprobado y la de variables compuestas sin revelar los efectos de las que las componen, así como la notificación selectiva de los resultados que más convengan.
- P92. Adoptar todas las medidas efectivas conocidas para evitar sesgos de publicación en sus diferentes manifestaciones (pre, intra y postpublicación) y, cuando se sospechan, estimar y notificar su magnitud y efecto en los resultados.
- P93. Intensificar y reforzar el uso de la vigilancia postcomercialización (tanto de medicamentos, como de biomarcadores, aparatos médicos y cirugía), los estudios de seguimiento y las evaluaciones de intervenciones y políticas de salud para ofrecer información sólida de efectividad, seguridad y eficiencia de tecnologías, intervenciones y políticas a la toma de decisiones clínicas, de salud pública o regulatorias, intersectoriales o no, verdaderamente informadas.
- P94. Potenciar las aprobaciones de comercialización, financiación (selectiva o no) o autorización provisionales cuando no se disponga de pruebas suficientes y rigurosas de eficacia y seguridad, y condicionar la financiación de prestaciones a la obtención oportuna de la información necesaria acordada previamente. Con esta finalidad, utilizar los contratos de riesgo compartido, adecuadamente dotados y monitorizados, y previendo los obstáculos y peligros conocidos en su despliegue, pueden ser útiles para esta finalidad.
- P95. No centrar exclusivamente el problema en la metodología ni olvidar las fuentes de datos primarias. No hablar de análisis de coste-efectividad o de evaluación de la eficiencia sin contar con información de costes y resultados reales de la actividad asistencial. Potenciar la interoperabilidad y el uso de protocolos de utilización correctos para aglutinar suficiente información y disponer de bases sólidas para la evaluación (Cots et al. 2012b).
- P96. Realizar más ensayos pragmáticos y con análisis por intención de tratar (estimación de efecto más aproximada a la esperable en clínica), junto con los análisis por protocolo (estimación de la máxima eficacia esperable) y hacer públicos todos sus resultados.
- P97. Destinar recursos e incentivos para realizar estudios de efectividad comparada en todos los ámbitos, y hacerlo tomando las debidas precauciones para maximizar la aún reducida capacidad de sus resultados para modificar la atención sanitaria, la práctica clínica o los comportamientos y estilos de vida no saludables.

- P98. Garantizar la congruencia de los incentivos vigentes con las acciones que se emprendan para trasladar las pruebas científicas a las políticas de salud, a las decisiones regulatorias, a la gestión de servicios de salud y a la práctica clínica.
- P99. Evitar presentar resultados ambiguos y extrapolaciones injustificadas de las investigaciones y minimizar los efectos de sesgos cognitivos y no (pre)juzgar como superiores las nuevas tecnologías frente a las adoptadas.
- P100. Utilizar más y mejor las herramientas de apoyo a la toma de decisiones, prestar más atención a las características y necesidades de los destinatarios finales de la información que arrojen los estudios de efectividad comparada, y coordinar de antemano a todos los agentes participantes en ella para superar las barreras enumeradas.
- P101. Avanzar en la creación de bases de datos longitudinales (datos de panel), mucho más útiles para generar información que repetidas encuestas transversales.
- P102. Aprovechar el amplio margen de explotación de bases de datos administrativas ya creadas que están infrautilizadas, respetando los principios de confidencialidad y el anonimato de los individuos.

Referencias y normativa citada

Abásolo I, Manning R, Jones A (2001). Equity in utilisation of and access to public-sector GPs in Spain. *Applied Economics*, 33(3): 349-364.

Abellán JM, Sánchez FI (2013). ¿Por qué lo llaman gestión privada cuando quieren decir "desfuncionarización"? Fedeblogs, 27 de enero. Disponible en: <http://www.fedeablogs.net/econoia/?p=27975>.

Abellán JM, Martínez JE, Méndez I, et al. (2012). *Financiación y eficiencia del sistema sanitario público de la Región de Murcia*. Estudios No. 32. Murcia: Consejo Económico y Social. Disponible en: http://www.cesmurcia.com/estudios/estudios_32/0_Estudio_32.pdf.

ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine (2002). Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Annals of Internal Medicine*, 136(3): 243-246.

Acerete B, Stafford A, Stapleton P (2011). *Spanish healthcare Public Private Partnerships: the 'Alzira model' Critical Perspectives on Accounting*, 22(6): 533-49. Disponible en: https://research.mbs.ac.uk/accountingfinance/Portals/0/docs/Spanish_healthcare%20PublicPrivatePartnershipstheAlziramodel.pdf.

Aguilar MD, Lázaro P, Fitch K, et al. (2002). Gender differences in clinical status at time of coronary revascularisation in Spain. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(7): 555-559.

Asociación de Economía de la Salud (2008). *Aportaciones al diagnóstico sobre el SNS español para un Pacto por la Sanidad*. Barcelona: AES. Disponible en: <http://aes.es/Publicaciones/sintesispactoMSC.pdf>.

Asociación de Empresas Constructoras de Ámbito Nacional (2011). *Documento SEOPAN: Escrito de su Presidente al Consejero de Sanidad de la CAM, 13 de abril 2011. Anexo sobre "Ajuste de volumen por incremento de actividad"*. Madrid: Disponible en: <http://estaticos.elmundo.es/documentos/2011/05/06/cartahospitales.pdf>.

Beland F, Hollander MJ (2011). Integrated Models of Care Delivery for the Frail Elderly: International Perspectives. *Gaceta Sanitaria*, 25(Supl 2): 138-146.

Bernal E, Campillo C, González López-Valcárcel B, et al. (2011). *La sanidad pública ante la crisis. Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable*. Barcelona: Asociación de Economía de la Salud. Disponible en: http://aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO_DEBATE_SNS_AES.pdf.

Bunt L, Harris M (2009). *The Human Factor. How transforming healthcare to involve the public can save money and save lives*. London: Nesta. Disponible en: <http://www.nesta.org.uk/library/documents/the-human-factor.pdf>.

Campillo-Artero C (2012). Sesgos de publicación, valor de la información y su efecto en las políticas de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(Supl): 714-724. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol38_5_12/sup05512.htm.

Campillo-Artero C (2012). When health technologies do not reach their effectiveness potential: A health services research perspective. *Health Policy*, 104(1): 92-98.

Campillo-Artero C (2008). Integración de la información para las intervenciones sanitarias: de los datos a la información; de la información a la acción. *Gaceta Sanitaria*, 8;22(Supl 1): 14-18.

Claxton K, Longo R, Longworth L, et al. (2009). *The value of innovation*. York: University of York.

Consejo General de Colegios de Médicos (2012). *Profesión médica y reforma sanitaria. Propuestas para una acción inmediata*. Madrid: CGCM. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/profesion_medica_reforma_sanitaria.pdf.

Costa-Font J, Gil J (2009). Exploring the pathways of inequity in health, health care access and financing in decentralized Spain. *Journal of European Social Policy*, 19(5): 449-458.

Cots F, Chiarello P, Raidao M, et al. (2012). *Proyecto de Costes de No Calidad en España (CoNoCE) en Red Española de Costes Hospitalarios (RECH)*. Disponible en: <http://rechosp.org/rech/cms/es/vision/1155/1>.

Cots F, Chiarello P, Carreras M, et al. (2012). Red Española de Costes Hospitalarios (RECH): bases para una gestión clínica basada en la evidencia. *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios*, 13(3): 369-383.

Chandra A, Jena AB, Skinner JS (2011). The pragmatist's guide to comparative effectiveness research. *Journal of Economic Perspectives*, 25(2): 27-46.

Del Llano J (2013). A propósito de lo público y lo privado en la asistencia sanitaria. Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/02/25/actualidad/1361801499_158005.html.

Del Llano J (2010). *Interfaz público privada y prestación de servicios sanitarios*. Madrid. Fundación Gaspar Casal. Disponible en: http://www.fgcasal.org/fgcasal/publicaciones/gestion_en_nutricion_clinica.pdf.

Eckermann S, Willan AR (2007). Expected value of information and decision making in HTA. *Health Economics*, 16(2): 195-209.

Faggiano F, Vigna-Taglianti F (2006). Systematic reviews of effectiveness of Public Health practice. *Italian Journal of Public Health*, 3(2): 29-33.

Ferrán M (2011). Crisis y atención primaria. Otra gestión es posible. *Atención Primaria*, 43(12): 627-628.

Freidson E (2001). *Professionalism. The third logic*. Chicago: The University of Chicago Press.

García Gómez P, Jiménez Martín S, Oliva J, et al. (2011). Cuidados no profesionales y atención a la dependencia: los cuidados informales. *Papeles de Economía Española*, No. 129: 83-97.

García-Gómez P, López-Nicolás A (2007). *The Evolution of Inequity in Access to Health Care in Spain*. Documentos de Trabajo de la Fundación BBVA. Madrid: Fundación BBVA. Disponible en: http://www.fbbva.es/TLFU/dat/DT_2007_10.pdf.

Gené J, Contel JC, Jodar G (2009). Yes, we can. *Atención Primaria*, 41(4): 181-183.

Gervás J, Pérez M, Sánchez RJ (2012). Longitudinalidad, prestigio, buena reputación (social y profesional) y medicina general/de familia. Aspectos clínicos y de Salud Pública. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26(Supl): 52-56.

González-Álvarez ML, Clavero A (2006). La contribución de variables socioeconómicas a la desigualdad en utilización de servicios sanitarios. *Estadística Española*, 20(162): 359-396.

González López-Valcárcel B (2012). La privatización supone ponernos en manos de empresas de capital riesgo. *El Mundo*, 20 de diciembre. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2012/12/14/noticias/1355505057.html>.

González-López-Valcárcel B, Barber P (2012). Planificación y formación de profesionales sanitarios con foco en la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26(S): 46-51.

Griffin SC, Claxton KP, Palmer SJ, et al. (2011). Dangerous omissions: the consequences of ignoring decision uncertainty. *Health Economics*, 20(2): 212-224.

Ham C, York N, Sutch S, Shaw R (2003). Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data. *British Medical Journal*, 327(7426): 1257-1261.

Hernández Quevedo C, Jiménez Rubio D (2011). Inequidad en la utilización de servicios sociosanitarios. *Gaceta Sanitaria*, 25(Supl 2): 85-92.

Herrera-Molina E (2012). Coordinación entre el Sistema Sanitario y los Servicios Sociales; una senda definida como parte de la solución. *Actas de la Dependencia*, No. 6, pp. 51-63.

Ibern P (2012). El professionalisme en la seva màxima expressió. ECONSALUT, 3 de mayo. Disponible en: <http://econsalut.blogspot.com/search/label/Professionalisme>.

Ibern P (2011). Els horitzons del professionalisme en medicina. ECONSALUT, 3 de octubre. Disponible en: <http://econsalut.blogspot.com/2011/10/els-horitzons-del-professionalisme-en.html>

Institute of Medicine (2012). Envisioning a transformed clinical trials enterprise in the United States: establishing an agenda for 2020. Washington, DC; The National Academies Press.

Institute of Medicine (2010). Building a national framework for the establishment of regulatory science for drug development: Workshop summary. Washington, DC: The National Academies Press.

Institute of Medicine (2010). Redesigning the clinical effectiveness research. Paradigm: innovation and practice-based. Washington, DC: The National Academies Press.

Jiménez-Martín S, Oliva J, Vilaplana C (coords.) (2012). *Sanidad y dependencia; matrimonio o divorcio. (Atención sanitaria y servicios sociales: ¿una cuestión de integración o solo de coordinación?)*. Madrid: Círculo de la Sanidad.

Jiménez-Martín S, Oliva Moreno J (2012). Introducción a la monografía sobre Reforma del Sistema de Dependencia, costes y financiación. *Actas de la Dependencia*, (6): 5-10.

Larrañaga N, Baterretxea M (2002). Infarto agudo de miocardio con ingreso hospitalario en Gipuzkoa. *Gaceta Sanitaria*, 16(Supl 1): 90.

López-Casasnovas G (2013). *Buscando los términos justos apropiados del debate sanidad pública-sanidad privada*. Barcelona: Fundació Grifols. (Informe mimeografiado.)

López-Casasnovas G, Costa-Font J, Planas I (2005). Diversity and regional inequalities in the Spanish 'system of health care services'. *Health Economics*, 14(Suppl 1): s221-s235.

López-Gil MJ, Orueta-Sánchez R, Gómez-Caro S, et al. (2009). El rol del cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7): 332-334.

Mansky CF (2013). *Public Policy in an uncertain world. Analysis and decisions*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: MSSSI. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011). *Libro Blanco para la coordinación socio-sanitaria en España*. Madrid: MSSSI.

Minué S, Martín JJ (2013). Gestión privada: ¿más eficiente? *Actualización en Medicina de Familia*, 9(1): 15-23.

NHS GLOBAL (2011). *The search for low-cost integrated healthcare: The Alzira model from the region of Valencia*. Brussels: The NHS Confederation. Disponible en:

http://www.nhsconfed.org/Publications/Documents/Integrated_healthcare_141211.pdf.

Oliva J, Peiró S, Puig-Junoy J (2013). Horizontes de cambio en el Sistema nacional de Salud: agenda para una reforma sanitaria ordenada. *Economistas*, (136): 6-14.

Oliva J, Zunzunegui MV, García-Gómez P, et al. (eds.) (2011). Desafíos en la autonomía y la atención a la dependencia de la población mayor. *Gaceta Sanitaria*, 25(Supl 2): 1-4.

Organisation for Economic Cooperation and Development (2009). *Health at a glance*. Paris: OECD.

Ortún V (2011). *Atención Primaria y gestión: pleonismo conceptual y oxímoron práctico*. Barcelona: Cátedra UPF-SEMG-Grünenthal de Medicina de Familia y Economía de la Salud. Disponible en: <http://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/actualitat/informecatedra2.html>.

Ortún V (dir.) (2011). *La refundación de la atención primaria. Colección Economía de la salud y gestión sanitaria*. Madrid: Springer Healthcare.

Ortún V, Callejón M (2012). La reforma sanitaria. *Papeles de Economía Española*, (133): 128-129.

Palomo L, Gené-Badia J, Rodríguez-Sendín JJ (2012). La reforma de la atención primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la información. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26(Supl): 14-19.

Pearson M, Peters J (2012). Outcome reporting bias in evaluations of public health interventions: evidence of impact and the potential role of a study register. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(4): 286-189.

Peiró S, Artells JJ, Meneu R (2011). Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 25(2): 95-105.

Pou-Bordoy J, Gené-Badia J, De la Cámara-González C, et al. (2006). Gerencia única: una ilusión sin evidencia. *Atención Primaria*, 37(4): 231-234.

Regidor E, Martínez D, Calle ME, et al. (2008). Socioeconomic patterns in the use of public and private health services and equity in health care. *BMC Health Services Research*, 14(8): 183.

Regidor E, Calle ME, Astasio P, et al. (2006). Asociación de los ingresos económicos con la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios en España al inicio del siglo XXI. *Gaceta Sanitaria*, 20(5): 352-359.

Relman AS (2008). Medical professionalism in a commercialized health care market. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 75(Suppl 6): s33-s36.

Rodríguez M, Stoyanova A (2004). La influencia del tipo de seguro y la educación en los patrones de utilización de los servicios sanitarios. *Gaceta Sanitaria*, 8(Supl 1): 102-111.

Ruiz-Cantero MT, Verdú-Delgado M (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl 1): 118-125.

Sánchez FI, Abellán JM, Oliva J (2013). *Gestión pública y gestión privada de servicios sanitario público: más allá del ruido y de la furia*. Documento de trabajo de la Fundación Elcano. Madrid: Fundación Elcano.

Segura A, Zurriaga O, Rohlf I, et al. (2002). Estudio IBÉRICA (2002). *Gaceta Sanitaria*, 16(Supl 1): 90.

Sen G, Östlin P, George A (2007). *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it*. Stockholm: Karolinska Institutet.

Sen A (1980). Equality of What? In: McMurrin S (ed.). *Tanner Lectures on Human Values*. Vol 1. Cambridge: Cambridge University Press.

Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (2010). *Integración Asistencial: ¿Cuestión de Modelos? Claves para un Debate*. Informe de la SEDAP. Madrid: SEDAP.

Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (2012). *Posicionamiento de SESPAS sobre las políticas de privatización de los servicios sanitarios*. Barcelona: SESPAS.

Stoyanova A (2005). Equity and utilisation of primary, specialist and dental health services in Spain. PhD Dissertation. Barcelona: Universitat de Barcelona.

Tamborero G (2012). Integración entre atención primaria y atención hospitalaria, ¿La panacea de la coordinación entre niveles asistenciales? *Boletín Economía y Salud*, No. 74. Disponible en: <http://www.aes.es/boletines/news.php?idB=15&idN=132>.

Timbie JW, Schneider EC, Van Busum K, et al. (2012). Five reasons that many comparative effectiveness studies fail to change patient care and clinical practice. *Health Affairs*, 31(10): 2168-2175.

Urbanos R (2010). La salud en todas las políticas. Tiempo de crisis, ¿tiempo de oportunidades? *Gaceta Sanitaria*, 24(Supl 1): 7-11.

Urbanos R (2001). Explaining inequality in the use of public health care services: evidence from Spain. *Health Care Management Science*, 4(2): 143-157.

Urbanos R (2001). Determinantes de salud y utilización de servicios sanitarios: un análisis de desigualdad desde la perspectiva de género. *Presupuesto y Gasto Público*, 64(3): 117-130.

Urbanos R, González B, Puig-Junoy J (2012). La crisis económica llega a la sanidad pública. *Economistas*, (131): 158-161.

Urbanos R, Meneu R (2008). La investigación sobre desigualdades en utilización de servicios sanitarios. En: Rodríguez M, Urbanos R. (eds.) *Desigualdades sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción*. Barcelona: Elsevier Masson.

Vargas I, Vázquez ML (2007). Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones integradas en Catalunya. *Gaceta Sanitaria*, 21(2): 114-123.

Velasco S (2009). *Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género*. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer, Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Viscusi WK, Vernon JM, Harrington JE (1995). *Economics of regulation and antitrust*. Boston: MIT Press.

Weinstein MC, Skinner JA (2010). Comparative effectiveness and health care spending – Implications for reform. *New England Journal of Medicine*, 362(5): 460-465.