

Políticas sanitarias y gestión sanitaria en España

Francisco Javier Elola Somoza. Ponencia presentada en el XXVI Seminario Interdisciplinar de la Cátedra de Bioética de la Universidad Pontificia de Comillas. Salamanca, 21 abril 2012.

Medicina es una ciencia social, y política
es medicina a gran escala.
Virchow (1848).

Antes de desarrollar esta ponencia quiero agradecer a Javier de la Torre su deferencia por invitarme a participar en el XXVI Seminario Interdisciplinar de la Cátedra de Bioética de la Universidad Pontificia de Comillas, que ha sido para mí una experiencia muy enriquecedora, así como a Manuel de los Reyes por presentarme ante las personas que acudieron al Seminario, las cuales aúnan un elevado nivel intelectual y científico con un notable compromiso ético.

1. ¿Responsabilidad penal o “accountability”?

Me parece necesario, antes de adentrarme en el análisis de la política y gestión sanitaria en nuestro país, hacer una breve referencia a dos formas de enfocar la responsabilidad de los gestores públicos, incluyendo dentro de esta acepción a los políticos con responsabilidades de gestión de recursos públicos.

En el marco de una crisis económica que obliga a revisar qué se ha hecho para llegar a la situación actual, ha surgido una tendencia que reclama legislar para exigir responsabilidades penales a los malos gestores públicos⁽¹⁾. Frente a esta posición propongo la de introducir en nuestra sociedad el concepto de “accountability”⁽²⁾, extendido en el gobierno de los recursos públicos en países como los Estados Unidos o el Reino Unido, y que significa “que alguien es responsable y puede dar una explicación razonable de lo que sucede”.

La responsabilidad de los gestores de los recursos públicos debería decantarse, a mi juicio, por el concepto de “accountability”, dejando para el código penal las conductas delictivas que probablemente ya están suficientemente tipificadas. Sin embargo, para que la responsabilidad de los gestores públicos sea eficaz precisa que se den las siguientes condiciones:

1. Que se haya producido una **descentralización** de la responsabilidad de gestión en instituciones y personas. Esto implica transferir capacidad de gestión (pérdida de poder de quien descentraliza) y, paralelamente, de riesgo y de la posibilidad de apropiación parcial o completa de los beneficios que el nuevo gestor genere.
2. Que se hayan definido y acordado por el ente que descentraliza y el que asume la gestión los **objetivos** a alcanzar, lo que implica asimismo su formalización mediante un contrato, convenio o instrumento similar.

⁽¹⁾ No malgastarás dinero público. El País, 9 de febrero de 2012.

⁽²⁾ Nos lo ocultan, ¿por qué?. El País, 18 de marzo de 2012.

3. Que se haya desarrollado un sistema de **información** que posibilite a ambas partes conocer cómo se está desarrollando la gestión y, en su caso, si se producen modificaciones en el entorno o internas que puedan modificar las condiciones de la descentralización.
4. Que la información sea **transparente** para todos los agentes interesados (recuérdese que en gestión pública los “accionistas” son los ciudadanos).
5. Que existan vías de **participación y control público de la gestión**.
6. Que se haya desarrollado un sistema objetivo de **evaluación**, que permita evaluar el desempeño de la institución descentralizada y del propio gestor.

La gestión pública derivada del poder político que los ciudadanos otorgamos precisa, por tanto, de una estructura organizativa y de gestión que posibilite su evaluación. Como insistiré a lo largo de la ponencia, **la organización y gestión de los servicios públicos, tienen relevancia política, así como social**. En relación con los servicios sanitarios podemos afirmar, recurriendo a la hipérbole, que la organización mata o cura.

Una sociedad enfocada a la eficiencia, responsable, participativa, que mide y evalúa los resultados y, en función de todo ello, toma decisiones, sería una sociedad deseable, no sirviéndole de consuelo alguno mandar a la hoguera a los “malos” gestores si se carece de instrumentos adecuados (entre ellos, información y evaluación) para analizar los problemas y enderezar la situación.

2. Marco para el análisis de las políticas sanitarias

Analizar las políticas y la gestión sanitaria en España requiere, si se desea evitar una mera descripción de la que no sea posible obtener experiencia de cara al futuro, dotarse de un marco teórico que permita su evaluación. Entre otros aspectos, se debe situar a nuestro sistema sanitario en relación con el de otros países occidentales desarrollados y desarrollar una clasificación de sistemas que posibilite una comparación suficientemente homogénea entre países. Asimismo demanda disponer de los datos y dotarse de los criterios para evaluar la eficiencia (la relación entre el consumo de recursos y resultados en la práctica) relativa de los sistemas.

En un análisis de la eficiencia relativa de los sistemas sanitarios, restringir la comparación del sistema sanitario español a los sistemas de los países occidentales desarrollados, se debe a que, dentro de los determinantes de la salud¹: biología, estilos de vida, entorno (social y medioambiental) y asistencia sanitaria, como determinantes de la salud^{(3),2,3,4}, el entorno y los estilos de vida son muy dependientes del nivel de desarrollo de cada país^{5,6}, siendo más relevante la influencia de la asistencia sanitaria sobre la salud de las personas en los países más desarrollados, en los que se ha demostrado la eficacia de la asistencia sanitaria en la reducción de la mortalidad^{7,8}.

⁽³⁾ <http://www.cdc.gov/socialdeterminants/FAQ.html>

La ideología y los valores configuran, como se ha señalado en el Seminario⁽⁴⁾, el tipo de sistema sanitario del que se dotan los estados. Tomando como referencia el seminal trabajo de Roemer⁹, así como el análisis de los “regímenes” de los estados del bienestar desarrollado por Sping-Andersen¹⁰, propusimos una clasificación de sistemas sanitarios en países occidentales desarrollados basada en el modelo económico, tipología del estado del bienestar e ideología que lo sustentaba en cada país¹¹. La tabla 1 recoge esta clasificación, la aplica a algunos países occidentales desarrollados que pueden ser paradigmáticos para cada modelo y muestra algunos datos obtenidos de la base de la OCDE. De estos datos parece que se puede seguir manteniendo la tesis que sostiene que los sistemas sanitarios más igualitarios son, a su vez, los más eficientes.

Tabla 1. Sistemas sanitarios

Tipología de sistema sanitario	Servicio Nacional de Salud	Seguros Sociales	Servicio Nacional de Salud "liberal"	Liberal	
Países paradigmáticos	Reino Unido Suecia	Alemania Francia	Canadá	EE.UU.	España
% Gasto sanitario PIB	9,8-10	11,6-11,8	11,3	17,4	9,5
% Gasto público	81,5-84,1%	76,9-77,9%	70%	47,7%	73,6%
% Gasto público / PIB	8,2	9,1	7,9	8,3	7,0
Mortalidad infantil	2,5-4,3	3,5-3,7	5,1	6,5	3,3
Esperanza de vida al nacer (ambos sexos)	80,4-81,5	80,3-81,5	80,7	78,2	81,8
Médicos ‰	2,7-3,7	3,3-3,6	2,4	2,4	3,8
Enfermeras ‰	9,5-11	8,5-11	9,4	10,8	4,9
Camas agudos ‰	2-2,7	3,5-5,7	1,8	2,7	2,5
Estancia media en hospital de agudos	4,5-6,8	5,2-7,5	7,7	5,4	6,4
Angioplastias ‰000	175-178	194-582	105	377	134

Fuente: OECD Health Data 2011, November 2011

Eficiencia del sistema sanitario sería, de conformidad con este análisis, la relación entre gasto y resultados en salud, equidad y legitimación social^{12,13}, aproximándose al planteamiento de Keynes (1926): “*el problema político de la humanidad consiste en combinar tres cosas: eficiencia económica, justicia social y libertad individual*”¹⁴.

El análisis de los sistemas sanitarios basado en la evaluación de la eficiencia debe ser complementado desde la perspectiva política, evaluando su capacidad para dar respuesta a otras aspiraciones sociales, además de su eficacia y eficiencia. En el análisis de la política sanitaria española durante 1983-1990 realizado en mi primer libro¹⁵ recurría al marco conceptual desarrollado por Rosanvallon de las “tres crisis del Estado del Bienestar”¹⁶, existiendo a mi juicio en aquél período tres dimensiones de la crisis: “fiscal” (financiera), de “racionalidad” (de eficiencia, eficacia y ausencia de evaluación) y de legitimación (rechazo de los ciudadanos y de los profesionales al sistema sanitario del régimen anterior).

(4) Véanse las ponencias del Dr. Jesús Conill “Teorías de la justicia y recursos limitados” y del Dr. Raúl González Fabre “Economía y justicia. Economía y salud”.

3. Evolución de las políticas sanitarias en España

Las políticas sanitarias en España se pueden enmarcar en un largo y, por el momento, inconcluso proceso de evolución desde un sistema de seguros sociales a un servicio nacional de salud, en donde a mi juicio las políticas de búsqueda de la eficiencia se han desarrollado en los períodos de crecimiento lento o negativo de la economía mientras que las épocas de “vacas gordas” han alimentado un crecimiento de los costes salariales y de la inversión, principalmente en “ladrillo”, con notables pérdidas en la productividad y eficiencia. Propongo la siguiente división en etapas de las políticas sanitarias, señalando a continuación, enumerándolos (salvo excepciones), los rasgos y eventos más relevantes:

- 1978-1986. Crisis y reforma.
- 1986-1991. Desencanto.
- 1991-1994. Brisa empresarial.
- 1996-2000. Segunda brisa empresarial.
- 2000-2009. Centrifugación del Sistema Nacional de Salud.
- 2009-actualidad. Crisis ¿y reforma?.

1978-1986. Crisis y reforma

Esta etapa se inicia con los “Pactos de la Moncloa” (finales de 1977) y la aprobación de la Constitución Española, siendo a mi juicio los elementos más destacados los siguientes¹⁵:

- La crisis del Instituto Nacional de Previsión, vinculada a la del modelo político y económico anterior -”Estado corporativo”-.
- Intentos reformistas de la UCD (sistema MIR, especialidad de Medicina de Familia, etc.).
- Transferencias del INSALUD a las Comunidades Autónomas de Cataluña (1981), Andalucía y País Vasco (1984).
- Debate sobre el modelo de sistema sanitario (seguros sociales o servicio nacional de salud).
- Primer Gobierno socialista y aprobación de la Ley General de Sanidad, como camino hacia un “Sistema Nacional de Salud”: servicio nacional de salud con gestión descentralizada en las Comunidades Autónomas.
- Intento de ordenar la gestión y controlar el gasto del INSALUD.

1986-1990. Desencanto

Esta etapa se inicia con la aprobación de la Ley General de Sanidad y termina con la publicación del “Informe Abril”, siendo elementos destacados los siguientes^{15,17}:

- La ambigüedad de la Ley General de Sanidad, que mantuvo los regímenes especiales de funcionarios y otros sistemas de aseguramiento típicos del modelo de seguros sociales, como es la no inclusión de la salud laboral. Otros elementos de la falta de concreción de la Ley de Sanidad fueron la ausencia de previsiones

presupuestarias; la ausencia de personalidad jurídica del Sistema Nacional de Salud y el régimen “estatutario” (lo que, ante la ausencia de desarrollo específico devino en funcionarial) del personal del sistema sanitario público.

- Las transferencias del INSALUD a Valencia (1987), Galicia y Navarra (1990)
- La huelga de médicos (1987) y la huelga general (1988).
- En 1989 la asistencia sanitaria de la Seguridad Social pasa a financiarse mayoritariamente por impuestos y, paralelamente, se realiza una extensión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a personas sin recursos económicos (Real Decreto 1088/89).
- Descontrol del gasto sanitario público con aumento de financiación.
- Publicación del “Informe Abril”¹⁸.

Se debe dedicar un breve análisis al “Informe Abril”, por la repercusión que ha tenido en la política sanitaria española. El Informe Abril contenía 64 recomendaciones, muchas de las cuales eran compartidas por un amplio espectro de agentes vinculados con la gestión sanitaria, como las relativas a mejoras en la gestión: dotar de autonomía de gestión a los hospitales, concebidos como empresas públicas, o financiar los centros en función de su actividad. Asimismo incluía recomendaciones polémicas y algunas claramente rechazables: sesgo hacia la gestión privada del aseguramiento (un cambio de modelo sanitario); contribución del usuario; participación de los pensionistas en el coste de las recetas; limitar las prestaciones públicas a las existentes cuando se aprobó la Ley de Sanidad (1986); o que el desarrollo tecnológico sanitario fuera gestionado por el sector privado. Es posible que si el Ministerio de Sanidad se hubiera distanciado de las propuestas más polémicas (como la contribución del usuario) e insostenibles (retrotraer las prestaciones a 1986) pudieran haber tenido algún éxito las propuestas de mejora de la gestión.

El Informe Abril se publicó unos meses más tarde que mi primer libro, en el que coincidía básicamente con las propuestas de mejora de la gestión, y pronosticaba algunas posibles respuestas a la crisis del sistema manifestadas durante la etapa de desencanto, en función del análisis que hicieran los responsables políticos¹⁵. Así:

- El **catastrofismo** (llegar a la conclusión de que el sistema sanitario no se podía gestionar mejor) podía llevar a la inhibición (no intentar su mejora); a la transferencia no ordenada del INSALUD a las Comunidades Autónomas; y a la privatización empresarial de su gestión.
- La **convergencia de sistemas** (la integración en Europa conllevaría una homogenización de los sistemas sanitarios) podía llevar, nuevamente a la inhibición (en Europa nos lo arreglarían) o a asumir, como habían hecho otros países con servicios nacionales de salud, como el Reino Unido y Suecia, la necesidad de impulsar reformas.
- Por último, los responsables políticos podía optar por una actitud **reformista**.

Veremos más adelante, con la perspectiva de 2012, en qué medida se han producido estas diferentes respuestas.

1991-1994. Brisa empresarial

Esta etapa se inicia con la publicación del “Informe Abril” y languidece tras la dimisión del Ministro García Valverde al frente del Ministerio de Sanidad, siendo elementos destacados los siguientes¹⁷:

- Disciplina presupuestaria en un período de importante restricción de recursos.
- Introducción de los contratos-programa en el INSALUD (aumento de la eficiencia).
- Introducción de la base de datos de CMBD del Sistema Nacional de Salud.
- Desarrollo de la contabilidad analítica en los centros sanitarios.
- Propuesta (fracasada) de reforma del INSALUD (transformación en una “agencia” similar a lo que se realizó con la Agencia Tributaria, autonomía de gestión de los centros).
- Cartera de servicios del SNS (los trabajos culminan con la publicación del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud).
- Transferencia del INSALUD a la Comunidad Autónoma de Canarias (1994).

El fracaso de la reforma impulsada por García Valverde (en parte debido a la resistencia a la misma desde el PSOE) no fue el de la tecnocracia reformista frente a un supuesto progresismo político, pues como escribí por esas fechas: “descentralización, flexibilidad, competencia y participación son líneas estratégicas de reforma que, al redistribuir el poder en el SNS, ... implica **democratizar** el sistema sanitario”¹³ y, en todo caso, hacer que el Sistema Nacional de Salud sea económica sostenible es una de las principales aportaciones que puede hacer la gestión pública para preservarlo.

1996-2000. 2ª Brisa empresarial

Esta etapa se inicia con la llegada del primer gobierno del PP y al inicio de su segunda legislatura, siendo elementos destacados los siguientes¹⁷:

- Disciplina presupuestaria con aumento de financiación (Acuerdos de Financiación para el Sistema Nacional de Salud 1994-1997;1998-2001).
- Creación de la Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Mejora del Sistema Nacional de Salud (1996-1997).
- Desaparición de las cotizaciones sociales como fuente de ingresos del SNS (1999).
- Plan Estratégico del INSALUD (1998). Propuesta de autonomía de gestión de hospitales y áreas de salud.
- Ley 15/1997, sobre “nuevas formas de gestión” del SNS.
- Hospital de Alzira (primera forma de gestión indirecta) (1999).

- Fundaciones Sanitarias Públicas (1999), Real Decreto sobre nuevas formas de gestión del INSALUD (2000) y desarrollo de los “Institutos de Gestión Sanitaria”, todas ellas formas de gestión directa con muy escasa autonomía.

2001-2009. Centrifugación del Sistema Nacional de Salud

Esta etapa se inicia con la segunda legislatura del PP termina cuando la crisis económica española se hace evidente, siendo elementos destacados los siguientes:

- Ley 16/2001, de consolidación de empleo del personal estatutario del SNS.
- LOFCA 2001 (el presupuesto de INSALUD deja de ser referencia).
- Transferencia del INSALUD al resto de CC.AA. (2002).
- Crecimiento del gasto y descontrol presupuestario (incrementos salariales, de personal e inversiones –con fuerte presencia del “ladrillo”-).
- Leyes de Cohesión, Estatuto-Marco, LOPS (2003).
- Extensión del modelo Alzira en las C.A. de Valencia y Madrid y modelos “PFI” (colaboración público-privada).
- Ley de Dependencia (2006) sin relación con Sanidad.

Todos estos elementos configuran un Sistema Nacional de Salud, que todavía no es un “servicio nacional de salud” al persistir un fraccionamiento del aseguramiento, descentralizado en las Comunidades Autónomas, con una muy escasa capacidad de cohesión del sistema por parte de la Administración Central o del Consejo Interterritorial, por ello define mejor a esta etapa el término “centrifugación” que “descentralización”. Esta configuración no se compadece con la desarrollada por otros países con servicios nacionales de salud, incluso en aquellos con descentralización en entes territoriales con capacidad política, como en Suecia, donde el Consejo de Salud y Bienestar Social y la *Swedish Association of Local Authorities and Regions* (SALAR) tienen un papel relevante en la cohesión del sistema sanitario.

He señalado que la etapa de centrifugación se ha acompañado de un importante crecimiento del gasto y descontrol presupuestario. La tabla siguiente, elaborada a partir de estimaciones propias, ilustra esta afirmación:

Tabla 2. Evolución del gasto sanitario 2002-2009

	2002	2009*	Δ	Indicador
Gasto SNS/ PIB (%)	5,3%	6,7%	26,2%	Δ 2009/2002
Crecimiento / año anterior (%)			9,0%	Δ 2009/2002
Gasto p.p.p.	922	1.505	63,3%	Δ 2009/2002
Crecimiento del gasto pp			7,3%	Promedio Interanual
Crecimiento del gasto deflactado p.p.p. / año anterior			4,5%	Promedio Interanual
* : provisional				

A pesar del notable crecimiento de la financiación, se estimaba, en 2009, que la deuda acumulada, principalmente con la industria farmacéutica, de dispositivos y

equipamiento médico era de unos 15 mil millones de euros, aproximadamente el 20% del total de gasto sanitario público.

¿Por qué se centrifuga el INSALUD?. No por razones basadas en la eficiencia del sistema, pues a pesar de que existían (como ahora) apologetas de la bondad de la gestión descentralizada por el mero hecho de que no fuera centralizada, los escasos indicadores disponibles no mostraban diferencias a favor de las Comunidades Autónomas con INSALUD transferido y, en ocasiones, eran mejores los de gestión centralizada del INSALUD¹⁷.

La insuficiente prudencia de los políticos como administradores de los recursos públicos en esta etapa de bondad económica se ha traducido en una grave situación de crisis fiscal (de sostenibilidad) para el Sistema Nacional de Salud, pero ¿era tan imprevisible?. A mi juicio no, por dos razones. La primera razón es la obligación ética, en cualquier circunstancia, de buscar la mayor rentabilidad social (eficiencia) a los recursos que los ciudadanos (recursos públicos) ponen en manos de las administraciones a través de las exacciones obligatorias, ajustándose al presupuesto. La segunda es que no era tan imprevisible; en 2007 puse en duda, en la Revista de Administración Sanitaria, que fuera a ser tan halagüeño como hasta entonces el marco económico para los Consejeros de Sanidad que asumían el cargo porque “el informe del FMI de marzo de 2007 señalaba que existían “algunas nubes” en el escenario macroeconómico de nuestro país. Una de estas nubes -el endeudamiento privado, en este caso el de las familias a través de sus hipotecas- ha empezado a descargar en los Estados Unidos en agosto de 2007...”¹⁹. Otras razones para hacer una llamada a la prudencia eran las deudas con los proveedores; las importantes inversiones realizadas, que arrastraban –cuando se pusieran en funcionamiento- gastos corrientes; el haber desarrollado una Ley de Dependencia al margen del sistema sanitario; el crecimiento y envejecimiento poblacional; y la pérdida de competitividad del sector público.

La exigencia de un mayor rigor se acompañaba, a mi juicio, de la necesidad de una mayor cohesión en el Sistema Nacional de Salud: “Tras una legislatura en la que ha existido un predominio del desarrollo autónomo de los Servicios de Salud frente a la profundización en formas de coordinación, puede que el Gobierno central y los Gobiernos de las Comunidades Autónomas deban explorar conjuntamente los caminos de la cohesión sanitaria durante el próximo período 2008-2011”¹⁹.

4. Análisis de la crisis actual y respuestas a la misma

Una economía en recesión con un gasto sanitario público descontrolado pone en grave riesgo al Sistema Nacional de Salud, situando la política sanitaria española actual en dos grandes dilemas: 1. cambio de modelo sanitario o reformas en el actual; y 2. recortes o mejora de la eficiencia. Antes de tratar de prever el inmediato futuro puede ser conveniente analizar las fortalezas y debilidades de la sanidad española.

- Fortalezas:

- Muy buenos indicadores de salud (esperanza de vida; mortalidad perinatal e infantil; mortalidad evitable por atención médica).
 - Bajo gasto sanitario público (7% PIB frente al 8,2% del Reino Unido y Suecia).
 - Elevado nivel de equidad en el acceso a los servicios sanitarios.
 - Alto nivel de eficiencia “macro”
 - Elevada legitimación social: 69,2% funciona bien, 73,3% necesita cambios (Barómetro Sanitario).
 - Muy buen nivel de formación de los profesionales, a través del sistema MIR.
 - Cobertura de servicios amplia y buena dotación de recursos asistenciales.
- Debilidades:
- Aseguramiento: no universal (98,3%) y segmentado (4,82% mutualismo).
 - Gasto sanitario con tasas de crecimiento elevadas y economía en recesión.
 - 15.000 millones de € de deuda estimada (puede que sea superior) con los proveedores.
 - Desigualdades entre Comunidades Autónomas en tiempos de garantía, reconocimiento del derecho, prestaciones, calendario vacunal, etc. y fronteras sanitarias para los ciudadanos.
 - Probablemente importantes desigualdades en calidad entre centros y Comunidades Autónomas^{(5),20,21}.
 - Segmentación geográfica del mercado laboral
 - Crisis de un modelo asistencial centrado en el episodio más que en el proceso.
 - Escasa información, práctica ausencia de evaluación y casi nula transparencia
 - Puesto 21 del *Euro Health Consumer Index* (con muy bajas calificaciones en derechos e información).
 - Baja eficiencia y productividad en centros sanitarios. No existe ni autonomía ni transferencia de responsabilidad a los centros y profesionales (gestión burocrático-administrativa).
 - Formación continuada e incentivos profesionales vehiculados de forma relevante por la industria del sector, con escasa transparencia en las relaciones entre ésta y los profesionales.
 - No existe una auténtica profesionalización de la gestión, y probablemente hay una excesiva contaminación de la política en la gestión⁽⁶⁾.

⁽⁵⁾ Se citan como ejemplo dos estudios, ambos realizados en España, en uno se demostró que existía un 30% mayor riesgo de mortalidad por bypass aorto-coronario si el hospital realiza menos de 150 intervenciones al año. En otro, se demostró aumento en la duración de la estancia y mayor mortalidad por ingresar en viernes en lugar de otro día laborable.

⁽⁶⁾ La sanidad española ante la crisis del profesionalismo y el buen gobierno. El País, 8 de septiembre de 2006.

Posibles respuestas. Crisis y ¿Reforma?

Retornando al esquema de análisis de las respuestas a la crisis utilizado en 1991, podemos esquematizar la respuesta a la crisis actual en función de tres actitudes políticas:

- **Catastrofismo.** El repaso de la evolución de las políticas sanitarias en España muestra que se ha recurrido a las tres respuestas lógicas a esta posición: 1. no ha habido reformas estructurales para la mejora del Sistema Nacional de Salud; 2. se ha realizado una transferencia no ordenada del INSALUD a las Comunidades Autónomas; y 3. existen tendencias a la privatización empresarial de su gestión.

Si en el momento actual también se concluye que no es posible abordar la reforma del Sistema Nacional de Salud la derivada puede ser, además de profundizar en la tendencia a la privatización de su gestión, plantear un cambio de modelo, dando mayor entrada a la iniciativa privada en la gestión del aseguramiento sanitario público, utilizando la “rendija” que el mutualismo administrativo ha mantenido⁽⁷⁾. Por el momento, además de la privatización de la gestión están predominando las medidas de recortes (en precios, salarios, inversión, copago y listas de espera) sobre las de mejora de la eficiencia.

- Existe suficiente experiencia como para prever que se tienda a una **convergencia de sistemas** con los países de la Unión Europea. Sin embargo, de una forma lenta pero progresiva se están desarrollando reglas de funcionamiento en la Unión Europea (entre ellas la Directiva de Asistencia Sanitaria Transfronteriza⁽⁸⁾) que a mi juicio obligan a introducir reformas en el Sistema Nacional de Salud si no se quiere que compita en desventaja con los sistemas sanitarios de los países de la Unión.
- Si, a pesar de los antecedentes, nuestra sociedad fuera capaz de enfrentarse honestamente al análisis de la precaria situación de nuestro sistema sanitario público y los importantes problemas a los que se enfrenta, y trabajara unida en la búsqueda de las mejores soluciones para el interés general, los responsables políticos (y los restantes agentes de la política sanitaria) deberían adoptar una actitud **reformista**.

Existen numerosas propuestas de reforma del Sistema Nacional de Salud, que abarcan desde el mantenimiento del mismo básicamente como en la actualidad hasta un cambio de modelo sanitario, privatizando el aseguramiento^{22,23,24,25,26,27}. Institucionalizar este debate desde las administraciones públicas -especialmente desde el Ministerio de

⁽⁷⁾ El mantenimiento de estos regímenes, así como el haber avanzado la universalización por la vía de la extensión del aseguramiento de la Seguridad Social (incluyendo la Ley 33/2011), vincula el derecho a la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud a la relación laboral o -en su defecto- la insuficiencia de medios, en lugar de configurarlo como un derecho de ciudadanía (universal).

⁽⁸⁾ Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.

Sanidad-, haciéndolo transparente y participativo es, desde mi punto de vista, una necesidad. En el último apartado de esta ponencia desarrollaré los ámbitos y medidas de reforma que me parecen más relevantes y para ello me centraré en los aspectos relativos a la asistencia sanitaria, no abordando las políticas de salud pública pendientes del desarrollo de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Tampoco analizaré las medidas aprobadas por Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, al no disponer de suficiente tiempo (fue publicado días después de presentar la ponencia), ni espacio para ello.

5. La reforma del Sistema Nacional de Salud

Recortes o mejora de la eficiencia y calidad

La crisis fiscal del sistema sanitario español, el desajuste entre recursos disponibles en los presupuestos públicos y la dinámica de gasto del Sistema Nacional de Salud, es un hecho que se debe afrontar. Quiero dejar aparte el debate sobre la “mejora” de la financiación del Sistema Nacional de Salud mediante, por ejemplo, un incremento de la presión fiscal, en primer lugar porque aunque el sistema sanitario público dispusiera de una mayor financiación ésta probablemente se dirigiría a pagar las deudas con los proveedores. En segundo lugar -y esto me parece que es más relevante- no eludiría el imperativo ético de utilizar con la máxima eficiencia los recursos disponibles. Por último, frente al servicio sanitario existen otras prioridades de gasto que competirían en la captación de los posibles recursos adicionales, desde la amortización de parte de la deuda soberana (disminución de costes financieros) a otros servicios sociales peor tratados (en términos comparativos con otros países de la Unión Europea) que la sanidad, como son la dependencia o las ayudas a las familias, la educación o la investigación y desarrollo. No parece razonable, por tanto, prever un escenario de mayores recursos para sanidad a medio plazo, por lo que las alternativas son o mejorar la eficiencia (hacer lo mismo o mejor con menos) o reducir los costes sin que aumente la eficiencia (recortes), lo que se traduce en una pérdida de calidad.

Las propuestas siguientes dan prioridad a aquellas medidas que, aumentando la calidad, disminuyen los costes, prescindiendo no sólo de lo innecesario sino también de aquello que, generando gasto, compromete la calidad. Las reformas que se proponen están dirigidas al gobierno del Sistema Nacional de Salud, al modelo asistencial y a la gestión de los servicios. La exposición de las reformas para cada uno de estos ámbitos requeriría una ponencia, por lo que se expondrán de forma muy resumida, estando resumidas en la Tabla 3.

Tabla 3. Reformas del Sistema Nacional de Salud para mejorar la eficiencia y la calidad

Ámbito	Reformas	Efectos perseguidos
--------	----------	---------------------

Ámbito	Reformas	Efectos perseguidos
Gobierno del sistema	Federar en un ente común a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (similar a SALAR en Suecia) la negociación laboral y de compra de bienes y servicios para el Sistema Nacional de Salud	Mejora de la capacidad de negociación de salarios y precios de bienes y servicios
	Crear agencias (de calidad, de evaluación, de acreditación, etc.) autónomas, profesionalizadas, comunes para el conjunto del Sistema Nacional de Salud	Reducción de costes, aumento de calidad, homogenización de criterios
Modelo asistencial	Regionalización de servicios	Mejora de la calidad. Aumento de la eficiencia. Reducción de costes (recursos humanos, guardias, equipamiento, mantenimiento)
	Adecuación del modelo asistencial, especialmente en la atención a los pacientes crónicos	Mejora de la calidad. Aumento de la eficiencia. Disminución de ingresos hospitalarios, consultas de urgencia y consumo de medicamentos
	Crear redes asistenciales: de laboratorios clínicos, anillos radiológicos, urgencias (infarto agudo de miocardio, ictus, politraumatismos, urgencias quirúrgicas); integrar hospitales locales en complejos multihospitalarios con hospitales de Área de Salud	Mejora de la calidad. Aumento de la eficiencia. Reducción de costes (recursos humanos, guardias, equipamiento, mantenimiento)
	Impulsar la atención multidisciplinar en enfermedades complejas	Mejora de la calidad. Aumento de la eficiencia. Disminución de consultas y exploraciones
Gestión de los servicios	Gestión empresarial de los hospitales	Aumento de la eficiencia
	Relación laboral / de servicios de los médicos y resto del personal de salud	
	Externalización de los servicios no clínicos	Aumento de la productividad
	Descentralización de la gestión a las unidades de gestión clínica	Disminución de costes

Reforma del gobierno del Sistema Nacional de Salud

En un Informe elaborado por un grupo de expertos para el Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la cohesión sanitaria en Europa²⁸, en el que se analizaban las estructuras de gobierno para la cohesión en 10 países de la Unión Europea, además de España, se concluía que “en relación con la gestión del sistema, existe una poderosa tendencia hacia la centralización de la regulación y dirección de los sistemas sanitarios, así como a la descentralización de la gestión de sus servicios, incluso en aquellos países con servicios nacionales de salud descentralizados en entes territoriales con autonomía política”. Esta tendencia es coherente con las conclusiones de un estudio del Fondo Monetario Internacional que mostraba un mejor control del gasto sanitario en aquellos países con gestión descentralizada en entes territoriales en los que se mantenía la supervisión del Estado²⁹. Por el contrario, los instrumentos de cohesión del Sistema Nacional de Salud son extraordinariamente débiles.

En relación con las estructuras de gobierno para la cohesión, el análisis comparado de los sistemas sanitarios de los países analizados en el mencionado informe aportaba

algunos elementos que pueden tener relevancia para el desarrollo de la arquitectura de la cohesión en el SNS:

- En los países con servicios nacionales de salud el estado, como garante último, es el que ha desarrollado las instituciones de cohesión.
- Uno de los rasgos que más nítidamente se destacaba del estudio de las instituciones de cohesión en los países analizados es la búsqueda de una legitimación política que preserve el funcionamiento de estas instituciones de los intereses partidistas inmediatos.
- La autonomía de las agencias de cohesión⁽⁹⁾ se traduce en diferentes formas de autonomía institucional (agencias, fundaciones, empresas públicas) que posibilitan establecer: unos objetivos concretos y una financiación determinada, que se relacionan entre sí mediante instrumentos como acuerdos o contratos-programa, lo que permite la evaluación externa de sus rendimientos y gestión financiera (auditorías), así como desarrollar instrumentos de gestión empresarial (planes de empresa, planes estratégicos).
- Otro aspecto relevante en relación con la estructura organizativa y de gestión de las agencias de cohesión, en especial aquellas que tienen actividades con contenido científico, es la generalizada presencia de un Comité Científico con reconocida solvencia de sus integrantes.

El referido informe²⁸ señalaba asimismo que en todos los países estudiados con servicios nacionales de salud descentralizados en entes territoriales con autonomía política, se habían desarrollado instrumentos de cooperación entre ellos para negociar las condiciones laborales del personal de salud. Un ejemplo en el sistema sanitario sueco es la *Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR)*⁽¹⁰⁾.

El informe sobre cohesión sanitaria en Europa recomendaba que, dentro de la concepción y configuración del Sistema Nacional de Salud que el informe propugnaba, se establecieran los derechos de todos los ciudadanos en relación con el sistema sanitario. Estos derechos deberían ser subjetivos y exigibles, y deberían alcanzar, con amplitud suficiente, para garantizar la “igualdad efectiva”²⁸.

La reforma del gobierno del Sistema Nacional de Salud en el sentido apuntado tiende a mejorar la calidad y reducir el gasto. Probablemente no se hubiera producido la espiral de crecimiento de los costes salariales a partir de 2002 si el Sistema Nacional de Salud hubiera dispuesto de un instrumento similar a SALAR (Suecia). La unificación de la capacidad de negociación y compra de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas aumentaría la capacidad de lograr mejores (y más homogéneas) condiciones laborales y mejores precios de los suministros. Asimismo, seguro que es más económico y eficiente si las distintas agencias de evaluación de las tecnologías, de

⁽⁹⁾ Existen múltiples ejemplos de este tipo de agencias. Por citar dos en países con servicios nacionales de salud: el *National Institute for Health and Clinical Excellence -NICE-* (www.nice.org.uk/), para el Reino Unido; y el *National Board of Health and Welfare* (www.socialstyrelsen.se) en Suecia.

⁽¹⁰⁾ english.skl.se

calidad, de información, etc. que han proliferado en las Comunidades Autónomas fueran comunes para el conjunto del sistema.

Reforma del modelo asistencial

El modelo asistencial actual es el que incorporó la Ley General de Sanidad, basado en la separación de niveles (atención primaria y asistencia especializada) y centrado en la atención al “episodio” asistencial (en contraposición al proceso) precisa ser adaptado a los cambios demográficos, epidemiológicos, socioculturales y tecnológicos que se han producido en nuestro país (como en otros países occidentales desarrollados) los últimos veinticinco años. Entre los cambios que se deberían introducir señalo cuatro:

- Regionalización de servicios.
- Adecuar el modelo de prestación de servicios al proceso asistencial.
- Crear redes asistenciales, para que el paciente sea tratado en cada fase de su proceso asistencial en el servicio más adecuado (calidad y eficiencia).
- Potenciar la atención multidisciplinar.

La **regionalización de servicios** obedece a criterios de aseguramiento de la calidad asistencial³⁰, existiendo suficiente evidencia científica para establecer una relación entre mortalidad y morbilidad y volumen de actividad de hospitales y profesionales para determinados procedimientos médicos y quirúrgicos. Esta relación se ha demostrado también para procesos frecuentes como el parto³¹, el infarto de miocardio, la insuficiencia cardiaca y la neumonía³². Asimismo, consideraciones de eficiencia pueden justificar decisiones de regionalización (por ejemplo, número de profesionales para mantener un sistema atención continuada las 24 horas, 365 días al año; número de estudios para obtener el óptimo rendimiento de un equipamiento). Muchos servicios de cirugía cardiovascular del Sistema Nacional de Salud no alcanzan las 600 intervenciones quirúrgicas mayores por año que recomienda la Sociedad Española de Cirugía Torácica y Cardiovascular y lo mismo sucede en relación con otros servicios de referencia, como la cirugía pediátrica, cirugía torácica, neurocirugía, salas de hemodinámica y otros servicios del Sistema Nacional de Salud que no tienen un ámbito poblacional de referencia suficiente para garantizar un volumen asistencial adecuado⁽¹¹⁾. La regionalización de servicios reduciría los coste del sistema con una más que probable ganancia en calidad.

La necesidad de reformar el **modelo asistencial** del Sistema Nacional de Salud deriva del cambio de perfil epidemiológico de la población española. La mayor carga asistencial para los hospitales generales de agudos está generada por los episodios agudos de pacientes con enfermedades crónicas complejas, que requieren un manejo integral, sistemático y continuado en el tiempo para lo que se precisa de una red asistencial basada en la estrecha colaboración entre atención primaria y especializada, así como con otros recursos sociosanitarios y sociales. La gestión conjunta de estos

⁽¹¹⁾ Es posible que servicios que hacen un volumen relativamente bajo de procedimientos obtengan muy buenos resultados, pero se carece de información comparativa de resultados entre los hospitales del Sistema Nacional de Salud.

pacientes por la atención especializada y primaria, la introducción de enfermeras gestoras de casos y el desarrollo de sistemas de información y gestión basados en el proceso integral de atención en lugar del episodio, introducidos para el manejo de los pacientes crónicos complejos por la *Kaiser Permanente*^{33, 34, 35} y otras *Health Maintenance Organizations* de los Estados Unidos han sido adoptados por otros países (Reino Unido^{36,37}, en España las unidades de pacientes pluripatológicos³⁸). Las experiencias con este modelo de atención señalan importantes reducciones de los ingresos no programados, consultas urgentes y consumo de medicamentos. En otras palabras, el desarrollo de un modelo asistencial adecuado a las necesidades de los pacientes crónicos mejora la calidad disminuyendo el gasto.

La creación de **redes asistenciales** es otro de los instrumentos de mejora del modelo asistencial que mejora la calidad, reduciendo costes. Probablemente las redes más obvias en este sentido son la creación de las redes integradas de laboratorios clínicos, los “anillos” radiológicos o las redes de urgencias para el infarto agudo de miocardio, el ictus, la cirugía urgente o los politraumatismos, que permiten concentrar y optimizar los rendimientos de los equipos y compartir el conocimiento. Otros ejemplos serían la creación de redes multihospitalarias, integrando los hospitales locales (que han proliferado en el período 2002-2009) con los hospitales de Área de Salud; o el desarrollo de las unidades satélites (por ejemplo, de hemodinámica o hemodiálisis).

Otro elemento relevante de reforma del modelo asistencial vigente en el Sistema Nacional de Salud, y no exento de problemas por la rigidez del propio sistema, es el desarrollo de una atención multidisciplinar en patologías complejas como, por ejemplo, el cáncer. El desarrollo de unidades multidisciplinarias además, de mejorar la calidad, puede reducir el número de consultas y exploraciones innecesarias.

Reforma de la gestión de los servicios^{22,(12)}

Los instrumentos de la administración burocrática son un lastre para la gestión eficiente del sistema sanitario. La cada vez mayor penetración de este tipo de gestión, alimentada en ocasiones por el razonamiento de que un mayor control administrativo puede controlar el inmoderado crecimiento del gasto sanitario, ha mostrado su ineficacia. Este fracaso es debido a numerosas razones, siendo probablemente la esencial que la naturaleza del servicio no se compadece en nada con la burocracia administrativa (norma, competencia, órgano, control), pues su núcleo es profesional (estado del conocimiento científico y técnico, competencia profesional -conocimiento, técnica y actitud-, puesto de trabajo, revisión por pares) y, por tanto, sus instrumentos de selección, mantenimiento y capacitación de los recursos humanos diferentes. En el núcleo de la asistencia las normas no las dicta la Administración sino que la práctica correcta es definida por el estado del arte del conocimiento científico y técnico a través de las entidades científicas y sus órganos de expresión (revistas científicas), las guías de buena práctica profesional, etc. La forma de establecer la vinculación entre objetivos del sistema y desempeño profesional no puede ser, por tanto, un nombramiento (que

⁽¹²⁾ Este apartado ha sido adaptado de la publicación de referencia.

establece una relación jerárquica imposible) sino un contrato. En la medida que la actividad asistencial se desarrolla en el seno de equipos multidisciplinares los contratos debieran contemplar esta dimensión colectiva o de integración en un equipo.

En ocasiones parece que se quiere establecer una incompatibilidad entre un Sistema Nacional de Salud universal y público con una relación no funcionarial de los profesionales con el sistema. La experiencia en países con servicios nacionales de salud de más larga trayectoria, como los del Reino Unido o Suecia, demuestra lo contrario. La relación funcionarial de los profesionales con el Sistema Nacional de Salud es la notable excepción, y no la regla. Proponer la revisión de este relevante aspecto para garantizar, no solo la sostenibilidad, sino también la calidad y eficiencia del sistema, no puede ser un atentado contra los derechos de los trabajadores, sino su defensa, pues el Sistema Nacional de Salud es una garantía de asistencia sanitaria de calidad especialmente para los grupos de población menos favorecidos.

Aunque no se corresponda con el núcleo de la actividad, carece de fundamento que las relaciones del personal auxiliar (administrativos, celadores, personal de cocina, lavandería, limpieza, mantenimiento, etc.) con el sistema sanitario público tengan un carácter funcionarial, así como que el sistema sanitario público deba gestionar directamente los servicios de soporte no clínico, si bien este aspecto está generalmente asumido, existiendo una tendencia hacia la “externalización” de este tipo de servicios⁽¹³⁾.

El razonamiento empleado respecto de los profesionales sanitarios es aplicable a la vinculación entre el sistema sanitario y los gestores. Para profesionalizar la gestión es preciso, además de promover su reconocimiento social (incluyendo los aspectos retributivos, carrera profesional, etc.), que los gestores de los centros no sean “nombrados” sino que sean “contratados”, estableciendo unos objetivos explícitos y que sean evaluados en función del cumplimiento de los mismos.

El alejamiento de la administración burocrática de la gestión del sistema sanitario se ha tildado de “huida” del derecho administrativo y “privatización” del sistema. Ninguna de las dos imputaciones se sostiene. Las fórmulas contractuales que se desarrollen deberán estar, necesariamente, dentro de las previstas en la Ley de Contratos del Sector Público y no existe incompatibilidad alguna -como lo muestran los “*Foundation Trusts*” en el Reino Unido— entre devolución de autonomía y responsabilidad a los centros y la naturaleza pública, control social y evaluación y control por el *National Health Service*.

Las iniciativas en el sentido de “desburocratizar” la gestión del sistema sanitario público, aunque puedan ser competencia de las Comunidades Autónomas, son difícilmente viables en ausencia de un consenso en el ámbito del Estado, por lo que se sugiere que sea un tema a incluir en la agenda de debate nacional.

⁽¹³⁾ Aunque se asume que la externalización de este tipo de servicios es más eficiente que la gestión propia existe poca evidencia empírica y ninguna en un contexto de gestión empresarial real del sector público.

El desarrollo de las unidades de gestión clínica, propiciado por muchos Servicios de Salud, es, dentro del marco vigente, una vía para descentralizar progresivamente las decisiones sobre la gestión de los recursos utilizados en la práctica clínica y dotar a las unidades asistenciales de la capacidad e instrumentos para planificar y gestionar sus actividades y promocionar su autonomía y responsabilidad. Los documentos de estándares y recomendaciones de unidades asistenciales, editados por el Ministerio de Sanidad con la colaboración de las Sociedades Científicas, son una buena muestra de un amplio conjunto de recomendaciones, avaladas por la evidencia científica disponible, para mejorar la calidad de la asistencia y, en numerosas ocasiones, reducir su coste^{39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52}. La no aplicación en el Sistema Nacional de Salud de medidas de mejora de la eficiencia y calidad y la resistencia a su introducción no proviene de una falta de conocimiento teórico por parte de los clínicos sino del mencionado hecho de que el Sistema Nacional de Salud está dotado de unas potentes reglas de organización y funcionamiento para hacerlo ineficiente. Una alternativa sería desarrollar la gestión empresarial de unidades clínicas, otorgando al profesional médico un papel central en la gestión asistencial.

Cómo hacer las reformas

Las reformas necesarias precisan de honestidad, altura de miras, generosidad y capacidad de integración y diálogo. La sociedad civil, en especial las entidades profesionales deberían propiciar un cambio en la forma en la que se abordan los problemas, desarrollando un sistema de análisis y propuesta de soluciones que abandone la senda de los alineamientos partidarios y el corporativismo y se sustente en la mejor evidencia disponible. Permítaseme, como cierre de esta ponencia, recordar algo que escribí hace más de 10 años y que me parece aplica a la situación actual¹⁷: “Las reformas necesarias serán posible hacerlas: 1. rechazando la propaganda política (todo para todos, no importan los recursos porque se trata de la salud); 2. abandonando maniqueísmos interesados (todo lo público -o privado-, por definición, es bueno o malo); 3. rechazando la estupidez (gestión empresarial es un paso hacia la privatización); y 4. propiciando la activa participación del mayor número posible de ciudadanos –incluyendo a los profesionales de la salud- informados.

Referencias

- 1 M LALONDE. *A new perspective on the health of the Canadinas*. Ottawa, Canada: 1975.
- 2 DENVER, G.E.A. *An Epidemiological Model for Healt Policy Analysis*. Soc. Ind. Res 1976;2:453-466.
- 3 RG WILKINSON, M MARMOT. *Social determinants of health. Social determinants of health. The solid facts*. WHO Regional Office for Europe:Danemark. 2003.
- 4 TARLOV, A.R. *Public Policy Frameworks for Improving Population Health*. Annals of the New York Academy of Sciences, 1999;896: 281-293.
- 5 HUNTER SS. *Levels of health development: a new tool for comparative research and policy formulation*. Spc Sci Med 1990;31:4343-44.
- 6 KIM K, MOODY PM. *More resources better health. A cross-national perspective*. Soc Sci Med 1992;34:837-42.
- 7 I JOUMARD, C. ANDRÉ AND C. NICQ. *Health Care Systems: Efficiency and Institutions*, OECD Economics. Department Working Papers, No. 769, OECD Publishing. 2010.
- 8 E NOLTE, M MCKEE M. *Does health care save lives?. Avoidable mortality revisited*. The Nuffield Trust, 2004.
- 9 ROEMER MI. *Health departments and medical care – A world scanning*. Am J Pub Health 19670;50:154-60.
- 10 G ESPING-ANDERSEN. *The three worlds of the welfare capitalism*. New York:Polity Press. 1990.
- 11 ELOLA J, NIETO FJ, SUNYER J, DAPONTE A. *La relación entre ideología y eficiencia de los sistemas sanitarios. Unas notas de cara a la reforma del sistema sanitario español*. Gaceta Sanitaria 1996;10:191-6.
- 12 ELOLA J, DAPONTE A, NAVARRO V. *Health and the organization of health care systems in western European countries*. Am J Pub Health 1995;85:1397-1401.
- 13 J ELOLA. *Sistema Nacional de Salud. Evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma*. Salud y Gestión. Barcelona. 1994.
- 14 JM KEYNES. *Liberalismo o laborismo. Ensayos de persuasión*. Barcelona:Folio. 1997.
- 15 J ELOLA. *Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España (1983-1990)*. Madrid. FISSS. 1991.
- 16 ROSANVALLON P. *Les trois crises de l'Etat-providence*. Aujourd'hui 1982;57:29-40.

-
- 17 J ELOLA. *Política Sanitaria Española*. Díaz de Santos. Madrid. 2001.
- 18 COMISIÓN DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. *Informe y Recomendaciones*. Madrid. Julio, 1991.
- 19 ELOLA J. *La sanidad española en la nueva legislatura autonómica (2007-2011)*. Revista de Administración Sanitaria Pública 2007;635-42.
- 20 E BERNAL (Coord.). *Variabilidad en el riesgo de morir por cardiopatía isquémica en hospitales del Sistema Nacional de Salud*. Documento de trabajo 1-2007
- 21 BARBA R, LOSA JE, VELASCO M, GUIJARRO C, GARCÍA DE CASASOLA G, ZAPATERO A. *Mortality among adult patients admitted to the hospital on weekends*. European Journal of Internal Medicine 2006;17:322-324.
- 22 J ELOLA. *Futuro del sistema sanitario público en Asturias*. Consejo Económico y Social del Principado de Asturias, 2010
- 23 LA OTEO. *Buen Gobierno para la Sostenibilidad del Sistema Sanitario Español. Informe: Desarrollo Autonómico, Competitividad y Cohesión Social en el Sistema Sanitario*. Consejo Económico y Social. 2010.
- 24 *La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Análisis de la situación y propuestas para asegurarla*. FADSP. Junio, 2011.
- 25 *Diez Temas Candentes de la Sanidad Española para 2011. El momento de hacer más con menos*. PWC, 2011.
- 26 I RODRÍGUEZ-PARA (Coord.). *El Modelo de Futuro de Gestión de la Salud. Propuestas para un Debate*. Fundación Bamberg. 25 de abril de 2011.
- 27 BELTRÁN A, FORN R, GARICANO L, MARTÍNEZ M, VÁZQUEZ P. *Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario*. McKinsey. FEDEA. 2009. (www.cambioposible.es/sanidad).
- 28 J ELOLA (Dir). *Informe sobre Cohesión Sanitaria en Europa*. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- 29 CLEMENTS B, COADY D. *Macro-Fiscal Implications of Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies. Prepared by the Fiscal Affairs Department. Approved by Carlo Cottarelli*. December 28, 2010.
- 30 LUFT HS, BUNKER JP, ENTHOVEN AC. *Should operations be regionalized?. The empirical relation between surgical volume and mortality*. N Eng J Med 1979;301:1364-1369.
- 31 I PALANCA (DIR), R SANTAMARÍA (COORD. CIENTIF.), FJ ELOLA (DIR), JL BERNAL (COMIT. REDAC.), JL PANIAGUA JL (COMIT. REDAC.), GRUPO DE EXPERTOS. *Atención*

Hospitalaria al Parto. Maternidades Hospitalarias. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>

32 ROSS JS, NORMAND ST, WANG Y, KO DT, CHEN J, DRYE EE, KEENAN PS, LICHTMAN JH, BUENO H, SCHREINER GC, KRUMHOLZ HM. *Hospital Volume and 30-Day Mortality for Three Common Medical Conditions*. N Eng J Med 2010;362:1110-1118.

33 FEACHEM R, SEKHRI N, WHITE K. *Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente*. BMJ 2002;324:135-43.

34 HAM C, YORK N, SUTCH S, SHAW R. *Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data*. BMJ 2003;327:1257.

35 DIXON J, LEWIS R, ROSEN R, FINLAYSON B, GRAY D. *Can the NHS learn from US managed care organisations?*. BMJ 2004;328:223-225 .

36 *Improving Chronic Disease Management*. Department of Health. 3 March 2004.

37 NHS. MODERNISATION AGENCY. *Learning distillation of Chronic Disease. Management programmes in the UK*. July 2004 (www.natpact.nhs.uk).

38 I PALANCA (DIR), J MEDINA (COORD. CIENTIF.), FJ ELOLA (DIR), JL BERNAL (COMIT. REDAC.), JL PANIAGUA JL (COMIT. REDAC.), GRUPO DE EXPERTOS. *Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones*. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf

39 I PALANCA (DIR), J COLOMER (COORD. CIENTIF.), FJ ELOLA (DIR), JL BERNAL (COMIT. REDAC.), JL PANIAGUA JL (COMIT. REDAC.), GRUPO DE EXPERTOS. *Unidades Asistenciales del Aparato Digestivo. Estándares y recomendaciones*. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. En elaboración.

40 I PALANCA (DIR), J MATÍAS-GUIU J (COORD. CIENTIF.), FJ ELOLA (DIR), JL BERNAL (COMIT. REDAC.), JL PANIAGUA JL (COMIT. REDAC.), GRUPO DE EXPERTOS. *Unidades Asistenciales del Área de Neurociencias. Estándares y recomendaciones*. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. En elaboración.

41 I PALANCA (DIR), JM BORRÁS (COORD. CIENTIF.), FJ ELOLA (DIR), JL BERNAL (COMIT. REDAC.), JL PANIAGUA JL (COMIT. REDAC.), GRUPO DE EXPERTOS. *Unidades Asistenciales del Área del Cáncer. Estándares y recomendaciones*. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. En elaboración.

42 I PALANCA (DIR), A CASTRO (COORD. CIENTIF.), C MACAYA (COORD. CIENTIF.), FJ ELOLA (DIR), JL BERNAL (COMIT. REDAC.), JL PANIAGUA JL (COMIT. REDAC.), GRUPO DE EXPERTOS. *Unidades asistenciales del área del corazón. Estándares y recomendaciones*. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2011.

43 I PALANCA (DIR), J COLOMER (COORD. CIENTIF.), FJ ELOLA (DIR), JL BERNAL (COMIT. REDAC.), JL PANIAGUA JL (COMIT. REDAC.), GRUPO DE EXPERTOS. *Bloque quirúrgico. Estándares y recomendaciones*. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/BQ.pdf>

44 I PALANCA (DIR), FJ ELOLA (DIR), JL BERNAL (COMIT. REDAC.), JL PANIAGUA JL (COMIT. REDAC.), GRUPO DE EXPERTOS. *Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y Recomendaciones*. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf>

45 I PALANCA (DIR), JA ESTEBAN DE LA TORRE (COORD. CIENTIF.), FJ ELOLA (DIR), JL BERNAL (COMIT. REDAC.), JL PANIAGUA JL (COMIT. REDAC.), GRUPO DE EXPERTOS. *Grupo de Expertos. Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones*. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>

46 I PALANCA (DIR), J CONDE (COORD. CIENTIF.), FJ ELOLA (DIR), JL BERNAL (COMIT. REDAC.), JL PANIAGUA JL (COMIT. REDAC.), GRUPO DE EXPERTOS *Unidades de Depuración extrarrenal. Estándares y recomendaciones*. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2009.

47 I PALANCA (DIR), G MADRID (COORD. CIENTIF.), FJ ELOLA (DIR), JL BERNAL (COMIT. REDAC.), JL PANIAGUA JL (COMIT. REDAC.), GRUPO DE EXPERTOS *Unidades de Diagnóstico y Tratamiento por la Imagen. Estándares y recomendaciones*. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. En elaboración.

48 I PALANCA (DIR), L GONZÁLEZ (COORD. CIENTIF.), FJ ELOLA (DIR), JL BERNAL (COMIT. REDAC.), JL PANIAGUA JL (COMIT. REDAC.), GRUPO DE EXPERTOS *Unidad de enfermería de hospitalización polivalente de agudos. Estándares y recomendaciones*. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UEH.pdf>

49 I PALANCA (DIR), FJ ELOLA (DIR), JL BERNAL (COMIT. REDAC.), JL PANIAGUA JL (COMIT. REDAC.), GRUPO DE EXPERTOS *Unidad de Hospitalización de Día. Estándares y Recomendaciones*. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2008.

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UnidadHospitalDia.pdf>

50 I PALANCA (DIR), E MIRAVALLS (COORD. CIENTIF.), FJ ELOLA (DIR), JL BERNAL (COMIT. REDAC.), JL PANIAGUA JL (COMIT. REDAC.), GRUPO DE EXPERTOS. *Laboratorio Clínico Central. Estándares y recomendaciones*. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. En elaboración.

51 I PALANCA (DIR), J MEDINA (COORD. CIENTIF.), FJ ELOLA (DIR), JL BERNAL (COMIT. REDAC.), JL PANIAGUA JL (COMIT. REDAC.), GRUPO DE EXPERTOS *Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones*. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf

52 I PALANCA (DIR), F MEJÍA (COORD. CIENTIF.), FJ ELOLA (DIR), JL BERNAL (COMIT. REDAC.), JL PANIAGUA JL (COMIT. REDAC.), GRUPO DE EXPERTOS *Unidad de urgencias hospitalarias. Estándares y recomendaciones*. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>