



ASOCIACION
DE ECONOMIA
DE LA SALUD

Aportaciones al diagnóstico sobre el SNS español para un Pacto por la Sanidad

Barcelona, diciembre 2008

Autoría y descargos

Los socios de AES consultados para la elaboración de este documento han sido: José M^a Abellán, Fernando Antoñanzas, Patricia Barber, Rafael Bengoa, Juan Cabasés, David Cantarero, Paloma Fernández Cano, Ana Gil, Beatriz González, Guillem López Casanovas, Javier Mar, Ricard Meneu, Salvador Peiró, Jaime Pinilla, Jaume Puig-Junoy, José Ramón Repullo, Fernando Ignacio Sánchez, Antonio Sarriá, Oriol Solá-Morales y Rosa M^a Urbanos

Aunque el documento elaborado busca sintetizar la respuesta aportada por los socios, su contenido final es responsabilidad de la Junta Directiva de la Asociación de Economía de la Salud, compuesta por Enrique Bernal, Ignacio Abásolo, Manuel García Goñi, Josep Fusté, Ángel López, Francisco Martos, Juan Oliva, Berta Ribera y Marta Trapero.

Prefacio

El presente documento constituye una síntesis de las aportaciones de varios socios de AES a los que la Junta Directiva solicitó un diagnóstico somero de la situación actual de la política sanitaria del país, propuestas de mejora y lagunas de conocimiento.

Este texto recoge **60 reflexiones y 17 lagunas de conocimiento** sobre el estado actual de Sistema Nacional de Salud español, y sobre potenciales elementos a considerar en la estructura de un eventual Pacto por la Sanidad. Las reflexiones se agrupan en torno a las áreas consideradas estratégicas a saber, Recursos Humanos, Racionalización del Gasto Sanitario, Cartera Común de Servicios Sanitarios, Calidad e Innovación, Salud Pública y Salud en el ámbito de las Drogas.

Se trata de un documento de diagnóstico que se fundamenta en el **conocimiento empírico o científico existente, y señala algunas lagunas relevantes para emitir juicios sobre bases de información y conocimientos objetivos.** Se adjunta al final del documento la bibliografía utilizada en su elaboración.

El objetivo de la Junta de AES es compartir este diagnóstico preliminar con el conjunto de socios para dar opinión de manera democrática a todos los socios sobre el documento elaborado y, en una fase subsiguiente, elaborar de forma consensuada las líneas de acción o las políticas que debieran ser objeto de Pacto.

Consideraciones previas

El ámbito sanitario es un determinante más de la Salud de las poblaciones. Aclarar, a priori, el alcance del Pacto por la Sanidad será relevante a la hora de proponer políticas concretas. Así por ejemplo, en nuestra opinión, en lo referente a la Salud Pública, las Políticas sobre las Drogas o la Atención Sociosanitaria, el Pacto debería ser cuidadoso en considerar aspectos no puramente sanitarios y evitar circunscribirse exclusivamente al actual campo competencial del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Los instrumentos legales (Ley de Cohesión y Calidad, por ejemplo) y acuerdos institucionales disponibles (Conferencia de Presidentes), así como las iniciativas de ámbito estatal, como el Plan de Calidad, o de ámbito autonómico, Agencias de Evaluación de Tecnologías, tienen una historia pasada y una dinámica presente, con sus luces y sus sombras, que no pueden ser ignoradas de cara al presente Pacto. De llevarse a buen término, dicho Pacto requeriría con toda probabilidad incluir un reenfoque de las Agendas y Procedimientos de estas iniciativas si se quiere propiciar un cambio real.

La mayor parte de las reflexiones se hacen sobre la base de estudios parciales, locales y fragmentados. En su conjunto el SNS carece de información relevante para decidir qué políticas se deben implementar, para evaluar los resultados de la implementación de políticas sobre Recursos Humanos, Cartera de Servicios Común, Calidad e Innovación, o Salud Pública; en definitiva, para el gobierno inteligente del mismo.

Una recomendación general para el éxito del Pacto consistiría, con independencia del número de problemas diagnosticados en esta fase, en tratar de huir de un listado inmanejable de cuestiones a pactar, centrándose en aquéllas que más valor añadido puedan suponer para la salud de la población y más consenso generen entre los distintos agentes implicados.

SOBRE POLITICA DE RECURSOS HUMANOS

1. Contexto internacional: Déficit global de médicos y enfermeras en el mundo, con trasvase de países pobres a ricos. Movilidad creciente de profesionales, también dentro de la UE. Las fuerzas que atraen a los profesionales españoles desde países europeos desarrollados (particularmente, el Reino Unido) están en descenso. Por el contrario, existe un gran potencial de oferta de médicos de Latinoamérica y en Europa del Este.
2. Marco institucional: competencias repartidas entre las CCAA y el gobierno central (MSC, MICINN). Las CCAA son demandantes de empleo de profesionales, el gobierno central tiene un papel importante, aunque no exclusivo, en la regulación de la oferta (*numerus clausus*, convocatorias plazas de especialización). Ambos niveles de la Administración son demandantes de profesionales para el sistema de I+D+I.
3. El *numerus clausus* de medicina se ha mantenido estable desde 1979 hasta el curso 2006-07. El número de plazas MIR convocadas cada año excede en más de dos mil plazas al número de nuevos licenciados en Medicina en España. La inmigración de médicos extranjeros que vienen a España a especializarse palia parcialmente este desequilibrio. Con todo, se quedan vacantes plazas de formación MIR, unas de entrada y otras que se abandonan para cambiar de plaza o especialidad.
4. A corto plazo hay déficit de médicos en algunas especialidades. El mercado no es suficientemente flexible para adaptarse a corto plazo a los cambios en las necesidades de profesionales. Los nuevos hospitales y centros de especialidades abiertos o a punto de abrirse en algunas CCAA de sanidad transferida en 2002 agudizan el déficit. La demanda de profesionales, médicos y enfermeras, por el sector privado ha propulsado el déficit, particularmente en algunas especialidades de alta demanda privada como pediatría, obstetricia y ginecología, y muchas de las especialidades quirúrgicas. Las especialidades de elasticidad renta alta, algunas ligadas al bienestar mas que a la salud (estética, por ejemplo) han experimentado aumentos de demanda importantes. El déficit de especialistas en MFyC es especialmente preocupante, tanto por ser resultado de un exceso de demanda como también por ser fruto de una reducción sistemática de la oferta (plazas MIR sin adjudicar, abandono de la especialidad una vez iniciada, etc.).
5. El déficit de médicos afecta particularmente a zonas rurales, a pequeñas ciudades, a hospitales comarcales y a las islas, sobre todo las menores.

6. Comparando ratios poblacionales de médicos con otros países del entorno, España ocupa una posición intermedia-alta en el ranking de médicos colegiados y de especialistas hospitalarios, más en unas especialidades que en otras. No obstante, el número, y ratio, de enfermeras por 1000 habitantes es menor en España. Esto puede estar indicando que hay diferente reparto de tareas entre médicos y enfermeras y que la función de producción de asistencia sanitaria en España es muy intensiva en trabajo *del médico*, que no es lo mismo que trabajo médico. Una reorganización de tareas, eliminando las burocrático-administrativas, podría reducir la necesidad de médicos sin que la calidad asistencial se resintiera.

7. La presión de la demanda, y el escaso acierto en el diseño y aplicación de las políticas de recursos humanos, exacerba comportamientos oportunistas ya presentes por otras causas (contratos incompletos, fallos del sector público,...), y un clima laboral inadecuado, que afecta muy directamente a la profesionales sanitarios más dedicados, lo que redundaría en un agravamiento de los problemas de eficiencia conocidos en los servicios sanitarios.

SOBRE POLÍTICAS DE FINANCIACIÓN Y RACIONALIZACIÓN DEL GASTO SANITARIO

Evolución de financiación y gasto en Sanidad

8. En nuestro sistema, el brusco y elevado incremento de la población ha conllevado un significativo incremento de la demanda en los últimos años. Hasta hace poco tiempo, el proceso de absorción de los incrementos de población no requirió prácticamente una ampliación de la estructura de la oferta de atención sanitaria. Pero hoy se hace necesaria una adaptación de la oferta a la nueva demanda que, además, muestra características específicas en la composición de la población demandante, incluidas especificidades etáreas y culturales.
9. La financiación territorial sanitaria sigue siendo el canal de transmisión de cualquier propuesta de racionalización del gasto en España. El modelo vigente desde 2002 mostró algunas carencias en su diseño y en su aplicación, que tratan de resolverse en el nuevo modelo que ahora se discute. La aprobación y discusión de las reformas de estatutos de autonomía debe estimular el debate de los aspectos que afectarán al modelo vigente en materia de corresponsabilidad fiscal y de la estimación de necesidad relativa.
10. El gasto sanitario en España ha aumentado de manera sostenida en la última década, tanto en valor absoluto como en términos relativos (porcentaje del PIB). Sin embargo, la comparación con los Estados Miembros de la Unión Europea de las cifras de gasto sanitario total y público sobre el PIB indica que el gasto destinado a la sanidad es relativamente menor que la media europea (OECD Health Data 2008).
11. El diferencial de gasto entre CCAA por persona protegida ha crecido. Dado el menor peso de los fondos estatales de solidaridad y el peligro del aumento del poder disgregante del SNS en el futuro es de esperar que siga incrementándose la variación en los gastos sanitarios capitativos por CCAA.
12. El aumento de la factura farmacéutica y la espiral creciente de gasto en personal pueden condicionar las inversiones públicas en un contexto de menor crecimiento económico y rigidez presupuestaria.

Modelo de Atención Sanitaria

13. La combinación de recursos y la organización del proceso asistencial para dar respuesta a las necesidades de la población, es un determinante de la eficiencia global del sistema.
14. La Atención Primaria hoy día cubre necesidades médicas, pero también sociales, necesidades que no tienen un cauce alternativo suficiente, con la consiguiente utilización ineficiente de recursos públicos.
15. Existe una deficiente coordinación entre los niveles de atención primaria y especializada lo que se traduce en una atención sanitaria de peor calidad y sobre-utilización de recursos sanitarios inapropiados.
16. La evidencia sobre utilización inapropiada de estancias e ingresos hospitalarios y de medicamentos o el escaso traslado de riesgo a los gestores son una fuente importante de ineficiencia

Profesionales sanitarios

17. La sanidad está organizada pensando en la curación de las enfermedades agudas, y no tanto de las enfermedades crónicas. El equilibrio entre médicos y personal de enfermería no está adecuada a los patrones actuales de morbilidad.
18. Sin embargo, los repartos de funciones, tareas y responsabilidades clínicas entre especialidades médicas, y en menor medida entre médicos y enfermeras, dependen del contexto organizativo y cambian en el tiempo. Los incentivos, también, aunque en general el sistema tiende a ponderar en exceso los componentes fijos de la retribución y distribuir la parte variable con criterios volátiles y poco o nada relacionados con la calidad de la atención o la salud.
19. Aunque en teoría los sistemas regionales de salud son autónomos para definir sus reglas del juego –retribuciones, condiciones de trabajo, incentivos a los profesionales- en la práctica los logros de unas CCAA se contagian a otras, y la propagación de la tensión alcista es rápida. Emulación de máximos logros en las negociaciones colectivas, presiones sindicales que inciden en derechos y menos en deberes, etc. Y ello en un contexto donde la funcionarización de los profesionales sanitarios es una característica peculiar del SNS español frente a otros países europeos.

20. La insuficiente formación de los profesionales en materia de gestión y economía de la salud hace que la racionalidad clínica no pueda complementarse con la necesaria racionalidad económica. La falta de conciencia de las consecuencias económicas del comportamiento del profesional contribuye a un aumento ineficiente del gasto público sanitario.

Regulación de precios en el "mercado" de medicamentos

21. Pese a la existencia de numerosas evidencias, teóricas y empíricas, que aconsejan reducir la intervención pública sobre los precios en el mercado de medicamentos con patente expirada, la nueva Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios continúa mostrando una exagerada preferencia por la regulación de precios frente al fomento de la competencia, y todo ello en lugar de una apuesta decidida por mejorar la gestión de la prescripción (recuérdese que en la actualidad el gasto farmacéutico parece más dirigido por el número de recetas que por el precio).

Financiación pública de nuevas tecnologías sanitarias

22. La decisión sobre la financiación pública de nuevas prestaciones sanitarias no está fundamentada en criterios de eficiencia (coste-efectividad)

Corresponsabilidad financiera del paciente

23. Tomando como referencia el ámbito de la Unión Europea se observa que en las prestaciones de atención primaria aproximadamente la mitad de los Estados miembros establecen algún tipo de participación en el coste para los usuarios, ya sea en forma de un pago fijo por consulta o prueba diagnóstica o bien como un porcentaje del coste total. En el ámbito de la prestación de asistencia especializada, los Estados que no ofrecen asistencia gratuita han registrado incrementos significativos en las cuantías fijadas para los co-pagos.
24. El sistema actual de copago de farmacia no contribuye a mejorar la eficiencia (exceso de consumo); existen serias dudas sobre su contribución a la equidad (igualdad de acceso a los medicamentos para una misma necesidad); y tampoco contribuye a asegurar la viabilidad de la financiación de los medicamentos en el SNS. La actual exención en la aplicación de copagos farmacéuticos basada en la condición de pensionista puede suponer una captura del gasto farmacéutico en favor de mayores

de edad de clase media generando precisamente desigualdad de acceso a esta prestación.

SOBRE CARTERA DE SERVICIOS

Incorporación de nuevas tecnologías

25. Como norma general, las decisiones sobre nuevas prestaciones (o sobre la introducción de cualquier tipo de tecnología sanitaria) deben apoyarse en criterios de eficiencia (balance coste-efectividad). Ello no sólo añade transparencia al proceso, sino que ayuda a generar una cultura evaluativa que puede transmitirse entre distintos niveles asistenciales y de decisión. La práctica totalidad de las decisiones se realiza sin considerar este criterio.
26. En relación con la financiación pública de los medicamentos innovadores y protegidos por una patente, ésta debe estar guiada por criterios objetivos relacionados con la aportación marginal del fármaco a la mejora del estado de salud y a la relación coste-efectividad incremental. En este sentido, España es uno de los pocos países europeos que no está aplicando estos métodos o herramientas en el proceso de toma de decisiones.
27. Las decisiones de autorización y comercialización (seguridad, eficacia y calidad) debieran ser independientes de las de financiación pública (efectividad marginal relativa y relación coste/efectividad incremental). En términos generales, debiera distinguirse el tratamiento regulatorio, a efectos de la financiación pública, de las innovaciones con una elevada efectividad marginal (establecida cada vez más en el ámbito europeo por la EMEA) del resto (muy numerosas, con una reducida efectividad marginal y con una elevada relación coste/efectividad incremental).
28. En el momento de autorizar y decidir cobertura y precio, la información es generalmente muy escasa, lo cual requiere otras fórmulas de evaluación (contratos de riesgo compartido, impacto presupuestario, etc.) y revisión de las decisiones a lo largo del tiempo.

Descentralización y eficiencia/equidad

29. La descentralización del SNS dificulta el aprovechamiento de economías de escala en distintos ámbitos (construcción de infraestructuras, compra de suministros), e induce procesos de competencia entre CC.AA. que conducen a una mayor ineficiencia.
30. Pese a las mejoras promovidas en los últimos años, existen aún limitaciones para contar con un adecuado sistema de información ágil y útil en la práctica, hay ausencia de mecanismos

de control que garanticen efectivamente la igualdad de acceso, problemas de coordinación ante la falta de un sistema de sanciones en caso de incumplimiento y dificultades relacionadas con la puesta en práctica del principio de la lealtad institucional.

31. La igualdad de acceso interterritorial a los servicios, en el caso de determinadas patologías, técnicas o procedimientos que requieran de una concentración de los recursos diagnósticos y terapéuticos se pretende garantizar mediante la designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) del SNS. Aunque ha sido un gran avance, deberían revisarse los criterios para la selección de CSUR y, en particular, la utilización del número de casos atendidos como criterio para designar centros de referencia, en tanto que puede suponer una desincentivación para los servicios, unidades o centros que, no obstante su acreditado cumplimiento de los criterios de calidad exigidos en cada caso, atiendan a un menor volumen de población protegida, cuando esto no condicione objetivamente la calidad en los resultados.

Utilización de los servicios

32. Aún teniendo una cartera de servicios común, las diferencias en utilización pueden ser muy importantes y no justificables por variaciones en la epidemiología de las poblaciones cubiertas. Pese a que sobre el papel la cartera parece ser común para todos los ciudadanos en la práctica la utilización de la misma varía enormemente;
33. Las diferencias en la práctica médica no son únicamente interregionales, sino también, y fundamentalmente, también intrarregionales;
34. El tiempo de espera en atención especializada ambulatoria y pruebas diagnósticas (no sólo en intervenciones quirúrgicas) es un grave problema actual que genera desigualdades interpersonales/grupales importantes en la medida que la disponibilidad o no de aseguramiento alternativo o capacidad de pago se convierte en el elemento fundamental de acceso a tiempo.
35. El pago por acto para reducir listas de espera quirúrgicas, incentiva comportamientos oportunistas que tienen como consecuencia el incremento innecesaria de los tiempos de espera y el riesgo de intervenir a personas que no lo precisan.

Atención sociosanitaria

36. La regulación de la Cartera de Servicios del SNS (RD 1030/2006) no contempla las prestaciones de atención socio-sanitaria pese a su previsión en la Ley de Cohesión y Calidad (Ley 16/2003). La Ley estipula que las prestaciones sociosanitarias incluirán los cuidados de larga duración, la convalecencia y la rehabilitación.
37. La continuidad de los cuidados en el ámbito social se presenta de manera vaga en el ámbito de prestación, apelando a la "coordinación de las administraciones públicas correspondientes de los servicios sanitarios y sociales".
38. Pese a que la Ley 16/2003 concreta las prestaciones de esta naturaleza referidas al ámbito estrictamente sanitario, la situación actual es que la asistencia sociosanitaria en las diferentes CCAA depende en gran medida del tipo de programas de cuidados de larga duración disponible en cada territorio.

SOBRE CALIDAD E INNOVACION

39. La abundante literatura médica española (usualmente en un centro, un territorio, unos pocos centros o algunos estudios promovidos por sociedades científicas) identifica problemas de calidad importantes. Los estudios encargados por el propio Ministerio de Sanidad en los últimos años (ENEAS, APEAS, etc) confirman la existencia de déficits de calidad de suficiente importancia y, sobre todo, que afectan a un considerable volumen de pacientes. Esto contrasta con la escasa implementación de estrategias globales de mejora.
40. También contrasta con la insuficiente información sistemática para “diagnosticar” la calidad de la asistencia sanitaria que se presta. Aunque con frecuencia se utilizan los indicadores de salud (esperanza de vida, mortalidad cardiovascular global, y similares) para inferir sobre la calidad asistencial, este tipo de indicadores depende más de la estructura de la población, hábitos y estilos de vida que de la calidad asistencial.
41. De hecho, las intervenciones de mejora de la calidad se basan esencialmente en la intuición y en el conocimiento anecdótico o implícito de cómo introducir cambios en las conductas de los profesionales o en la organización de los servicios de salud.
42. Sobre la efectividad del sistema, se da la paradoja de valorar la calidad técnica (clínica) del sistema sanitario español de forma favorable, cuando la realidad es que existen muy pocos estudios de resultados en salud. La mayor parte de los estudios del desempeño del sistema sanitario miden el parámetro actividad.
43. La mayor parte de los procesos de mejora de la calidad se plantean desde la perspectiva de los profesionales y del sistema, sin incorporar a los pacientes en estos procesos.
44. De hecho, el paciente como centro de la atención sanitaria es un concepto relativamente nuevo en nuestro país y que aún no se sabe bien cómo abordar en la práctica, si bien se admite como elemento fundamental de la calidad. Así:
- La continuidad asistencial no está siempre asegurada para el paciente agudo y menos aún para el crónico y pluripatológico.
 - Apenas existen iniciativas para cambiar la relación del paciente crónico con el sistema sanitario, en las que el paciente (o sus allegados) se conviertan en el principal gestor de la enfermedad apoyados por el sistema sociosanitario.
 - No existe información sobre la calidad de los distintos centros, lo que dificulta la capacidad de elección.

- Salvo algunos programas de educación enfermera en algunas patologías muy concretas, apenas existe educación estructurada en su enfermedad para pacientes.
 - La información que reciben los pacientes, expresado por ellos, es un parámetro que puntúa sistemáticamente bajo (Barómetro).
 - La actividad con Escuelas de Pacientes o programas de Paciente Experto es incipiente.
 - No se hace suficiente uso de las nuevas tecnologías para comunicarse con el paciente (teléfono, internet, SMS, telemedicina).
 - El paciente participa poco en las decisiones sobre su tratamiento y tiene pocas posibilidades de elegir.
 - Apenas existen experiencias de participación de los pacientes en la gestión, con lo que se limitan las oportunidades de mejora de la calidad.
 - No se dispone de mecanismos para informar a los ciudadanos y/o pacientes sobre autocuidados, hábitos saludables, derechos, calidad e innovación, reformas y prestaciones, y ayudarle a elegir y diseñar su atención sanitaria.
45. A la escasez de información sistemática, fragmentada, y a las barreras a la transparencia, hay que añadir que seguimos sin reconocernos en la cultura de aprender de los errores y los éxitos.

SOBRE SALUD PÚBLICA

46. Asumir los principios de Salud en Todas las Políticas implica enfocar los colectivos destinatarios y no los ámbitos competenciales. Sin olvidar este detalle, el MSC puede ejercer un papel de cohesión de gran relevancia en la coordinación de Políticas de Salud Pública con otros Ministerios en los ámbitos de salud medioambiental, salud laboral, seguridad vial, etc.
47. Operativamente esto fuerza a la transversalidad en las políticas y a asumir *ex ante* las tensiones derivadas de incorporar la idea de coste de oportunidad en el debate presupuestario. En definitiva, el debate sobre el valor marginal de un mayor esfuerzo presupuestario en carreteras comparado con dicho esfuerzo en más tecnología en hospitales comarcales.
48. Por otra parte, medido el impacto en estados de salud ha de permitir recuperar el discurso de la prevención como forma de inversión para la que sus rendimientos mediatos no son sino la

mejoría en el bienestar social. Este sin duda ha de ser interpretable distintamente entre autoridades sanitarias regionales, separando el "assessment" de la evaluación a su 'appraisal' de aplicación al caso concreto, siempre bajo supuestos de desviaciones imputables a la responsabilidad individual o colectiva de las comunidades afectadas.

49. Es previsible que en las actuaciones de Salud Pública dominen aún más las acciones regulatorias que las intervenciones directas más tradicionales (educación sanitaria, por ejemplo). En este modelo se actúa tanto en presencia como en ausencia de certidumbre sobre los beneficios de la medida: a) en ausencia de beneficios completamente ciertos o conocidos derivables de la normativa, prevenir el peor de los resultados justificaría dicha forma de acción de la política pública; b) si los costes de la intervención son ciertos es mejor forzar su internalización al causante del daño a evitar también por la vía de la regulación, forzando a que se incorporen a la decisión el coste que representa en términos de precios, primas o sanciones.
50. En este sentido, es probable que se acabe abriendo paso la vía fiscal de más impuestos que graven las adicciones, comportamientos poco saludables, comidas hipercalóricas, etc. Del mismo modo, también es previsible una cada vez mayor relevancia de las deducciones fiscales, incentivos compensatorios en favor de comportamientos saludables, que pueden llegar a incluir una reducción de cotizaciones a empresas que comprometan recursos en materia de salud ocupacional y hábitos saludables.
51. Ambos aspectos, más regulación y más impuestos indirectos, tienen sus beneficios pero también sus 'contras'. Regulación sin evidencia probada es mala receta. Más investigación, y diseminación, de sus resultados puede tener un coste –beneficio superior a una normativa que imponga políticas con una evidencia suficiente. Por lo demás, los impuestos sobre los "pecados" no dejan de ser tributos indirectos, regresivos que, en el mejor de los casos previene la entrada de nuevos consumidores a costa de penalizar a los más adictos (un efecto de nuevo intergeneracional). Conviene recordar por lo demás que la información y la educación, de corte más liberal y menos paternalista, suele tener a corto plazo un impacto redistributivo regresivo, siendo los más educados, más ricos son más sensibles a la información.
52. En el lado de las acciones clásicas de promoción de salud parece observarse cierta tendencia a asumir el "paternalismo

libertario". Se trata de una forma de paternalismo en el que mejor y mayor conocimiento de lo que mayor interés tienen para el ciudadano en términos de salud, pero sin impedir que una acción emprendida por éste, soportando un coste determinado, le permita una opción diferente. El intervencionismo público se atempera de este modo ante esta nueva forma 'apoderamiento' ciudadano, a cambio de un esfuerzo adicional (no necesariamente monetario, pudiendo consistir simplemente en la necesidad de argumentar en sentido contrario a la opción elegida de modo subsidiario por la administración pública).

53. Lo anteriormente expuesto lleva a tres premisas que deben actuar en las Políticas de Salud Pública planteadas. La primera es que, respetando las decisiones individuales, los responsables públicos tienen el deber de informar a los ciudadanos de las consecuencias de sus acciones y crear entornos propicios para que la población desarrolle hábitos saludables. La segunda es que, dado el carácter transversal de la mayoría de Políticas de Salud Pública posibles, las medidas de actuación concretas deben llevarse a cabo mediante el consenso de los principales actores implicados, fomentando la participación de éstos a lo largo del proceso, y adecuarse al momento preciso donde su probabilidad de éxito sea más elevada (como ejemplo reciente tenemos la respuesta social y de grupos de presión ante cambios en la normativa del consumo de tabaco y del consumo de alcohol). La tercera es que, dado el casi ilimitado menú de medidas concretas donde elegir, pero también considerando la limitación en los recursos existentes, cada una de las políticas que se implementen deberían ser evaluadas para obtener información útil sobre su potencial beneficio o fracaso, y las razones de ello, de tal modo que ello oriente mejoras en las futuras políticas.

SOBRE POLITICAS DE SALUD EN EL ÁMBITO DEL CONSUMO DE DROGAS

54. En el trabajo más actual con datos españoles (Comunidad Gallega), se estiman unos costes sociales imputables al consumo de drogas ilegales, muy superiores a los estrictamente sanitarios.
55. En lo que respecta al consumo de drogas ilegales, hay que tener presente la importancia del precio de las mismas. El precio de las drogas presenta una doble dimensión. El precio de adquisición o compra de la droga, sobre el cuál sólo se puede actuar directamente si el producto es legal (alcohol, tabaco), y el precio del castigo (pena) que las autoridades imponen a quienes consumen o trafican con drogas. El análisis económico insiste en que los actos individuales son menos mecánicos de lo que parecen a primera vista, y son afectados por incentivos muy concretos.
56. Hay que considerar que la sensibilidad de la demanda al precio (para los individuos consumidores y la propia sociedad) serán distintos para diferentes sub-poblaciones y drogas distintas.
57. En este sentido, resulta especialmente preocupante 1) la caída en el precio monetario de las drogas (especialmente de las sintéticas, adquiribles a bajo precio); 2) la baja percepción del riesgo de la drogodependencia en España. De acuerdo con un estudio de 2006 de la Fundación de Ayuda a la Drogadicción, sobre 1.700 individuos encuestados, un elevado porcentaje considera el cannabis "algo natural" y la cocaína "glamourosa", además de no calificar como drogas el alcohol o el tabaco. Los tabúes entre el paso de unas drogas a otras se han evaporado. En botellones, aparcamientos de discotecas, festivales, y salidas colectivas, las drogas son habituales. El sentido de lo que se entiende por "ocio" entre nuestros jóvenes, las relaciones sociales en la calle y una tendencia hacia el exceso y la permisividad social, bastante normalizadas en nuestro país, facilita los inicios en el consumo de estas sustancias por la población joven. Otra encuesta de la Universidad de Málaga muestra que 2 de cada 3 encuestados se consideran perfectamente informados y aunque 1 de cada 2 creen que es peligroso probarlas, el 10% consideran que las drogas son un objeto de consumo como otro cualquiera, el 3,6% piensan que las drogas se deberían probar y el 14% considera que si tomaran drogas lo controlarían.
58. La prevención del consumo de drogas es una estrategia crítica en las políticas sobre drogas. Ejemplos de acciones de prevención importantes son las que evitan el inicio en el consumo (tabaquismo), o lo dificultan (alcohol), además de proporcionar

una mejor educación del ocio (drogas ilegales). Pero no es menos importante el tratamiento coordinado de las dependencias, utilizando recursos asistenciales y sociales. Los déficits en este terreno han sido ya analizados en la sección de Cartera de Servicios.

59. En el caso del alcohol, pese a que desde diversos foros de la salud pública se insiste en las consecuencias negativas para la salud derivadas de su consumo, en los medios de comunicación los anunciantes potencian su consumo, no siendo el sector turístico ajeno a la oferta de estas mercancías. Ello, en un contexto, donde los valores del impuesto especial fijados en España nos sitúan, en general, como el país con impuestos más bajos en todas las gamas de productos alcohólicos. Por tanto, existe margen para incrementar los impuestos sobre el alcohol, más teniendo en cuenta que debido a la naturaleza de su consumo, un incremento en los impuestos del alcohol puede evitar simultáneamente el inicio en el consumo de alcohol y tabaco, dado su carácter complementario.
60. No obstante, en el caso de las políticas para reducir el consumo de alcohol, se recuerda lo comentado en el apartado de Políticas de Salud Pública. Hay que apostar por intervenciones de carácter transversal, elegir cuidadosamente el tipo de medidas y el momento óptimo para su implementación, contando a lo largo del proceso con los actores implicados y creando, sin demora pero sin precipitaciones, la cultura adecuada sobre la necesidad de intervención en un problema relevante de salud. En este sentido, de la comparación del proceso seguido para los cambios normativos producidos en el consumo de tabaco en lugares públicos y el intento de propiciar cambios en el consumo de alcohol, el MSC debe obtener importantes conclusiones.

LAGUNAS DE CONOCIMIENTO

1. Registro de profesionales. De momento, al menos información fidedigna y detallada de empleo público.
2. Transparencia de los flujos de información entre las CCAA, homogeneizando un conjunto de indicadores mínimos y comunes del SNS.
3. Una revisión reciente no muestra una evidencia empírica sólida acerca de que el envejecimiento de la población sea uno de los principales determinantes del gasto sanitario y factores como el progreso tecnológico, la cercanía a la muerte y la descentralización territorial de la Sanidad cobran cada vez mayor importancia en el desarrollo de modelos explicativos del gasto sanitario en España.
4. Se podría intentar modelizar el impacto del cambio tecnológico sobre el gasto sanitario, lo cual no deja de tener su dificultad (Seshamani y Gray, 2004a y b) al ser entendido como un cambio en el stock de conocimiento relativo a los tratamientos asistenciales que puede tener un doble efecto: por un lado, si las nuevas técnicas abaratan el coste de los tratamientos podrían producirse reducciones en los costes sanitarios asociados al cambio tecnológico (Cutler *et al.*, 1998); por otro, si aparecen mayores gastos relativos a los nuevos tratamientos, el cambio tecnológico estaría asociado con unos mayores gastos sanitarios.
5. Convendría estudiar en profundidad el papel que la responsabilidad financiera del usuario puede jugar en la racionalización del gasto sanitario, no tanto con un fin recaudatorio, sino como elemento racionalizador en la utilización de servicios sanitarios. El fin último sería disponer de un sistema de corresponsabilidad más equitativo y eficiente que el esquema actual. En particular, se debería analizar y evaluar la medida en la que copagos de baja intensidad, con límites individuales máximos y fijados a partir de un importe fijo por servicio pudieran tener un papel moderador del exceso de consumo cuando éste tiene su origen en las demandas de los pacientes
6. A los nuevos medicamentos y tecnologías médicas hay que pedirles no sólo eficacia respecto del placebo sino eficacia relativa respecto de los medicamentos o tecnologías con los que va competir o que va a sustituir. La evidencia disponible indica que en muchos casos la aportación marginal es muy pequeña, pero, a cambio, el coste es mucho más elevado. La estandarización de los procedimientos de evaluación económica, el requerimiento y realización en condiciones de transparencia e independencia de este tipo de estudios para las innovaciones (alejamiento del

marketing científico) y el establecimiento de un umbral indicativo del coste máximo por AVAC que no se debiera superar (por ejemplo, una especie de "guía" situada alrededor de los €30.000 por AVAC o un valor análogo mejor fundamentado y flexible pero representativo de la disposición social a pagar) serían actuaciones en la línea de determinar la disposición pública a pagar en función del valor adicional del medicamento y en la de proporcionar indicaciones eficientes a la actividad investigadora. La utilización de umbrales indicativos del coste por AVAC debe ser flexible y matizada por el impacto presupuestario, y sobretodo debe ser sensible a los problemas de incertidumbre sobre los parámetros y los modelos de las evaluaciones.

7. Está pendiente la cuestión de cómo incorporar las preferencias/opiniones de los pacientes y de los ciudadanos, en general, en la elaboración-renovación de la Cartera de Servicios de SNS. El Barómetro Sanitario de 2007 revelaba que los ciudadanos se sienten insuficientemente informados.
8. Existe información insuficiente y escasamente representativa sobre morbilidad y mortalidad asociadas al sistema, acceso equitativo o satisfacción de los profesionales. Las encuestas que se realizan tienen un tamaño muestral tan pequeño que no permiten desagregar por áreas sanitarias (eje sobre el que pivota nuestro sistema) o patologías.
9. Existe muy poca información sobre la efectividad, en términos de resultados en salud, de muchas de las políticas de salud y de las intervenciones sanitarias.
10. No existe capacidad para determinar si la incorporación y difusión de innovaciones organizativas pueden moderar el gasto y mejorar la calidad (por ejemplo, el pago por desempeño, la redistribución de tareas, la incorporación de TICs, etc).
11. En un sistema "centrado en el paciente" habría que saber más sobre la experiencia del paciente en términos de calidad y seguridad (patient experience). No se conoce con certeza si un sistema de transparencia dirigido al ciudadano con informes regulares sobre la calidad de centros y profesionales tiene efectos positivos y ayuda a generar una cultura de calidad.
12. La investigación en servicios sanitarios (incluyendo la investigación en calidad, la economía de la salud y algunas áreas de la epidemiología clínica) es esencial para orientar la mejora de calidad, pero el SNS tiene estructuras de investigación muy

precarias en éste área que difícilmente podrán producir ni una pequeña parte del conocimiento necesario.

13. En el campo del diagnóstico de la calidad en el SNS, resultan prioritarios los estudios de variaciones en la práctica médica, adecuación, y descriptivos de seguridad/calidad y las causas de la baja calidad parecen los mas prioritarios.
14. En el terreno de la investigación evaluativa, la valoración de la efectividad e impacto de las actuaciones de seguridad de los pacientes, de las actuaciones que influyen en la modificación de los estilos de práctica médica, la validación de indicadores, la evaluación de intervenciones organizativas y políticas, y los desarrollos de evaluación económica para la toma de decisiones organizativas y estrategias asistenciales, serían los más urgentes para apoyar la toma de decisiones sobre que estrategias desarrollar.
15. Se precisan estudios que aborden la percepción del riesgo per se. Resulta de especial interés el análisis de los “beneficios” percibidos por los consumidores de drogas en lugar de los costes que supone el consumo.
16. Para poder responder a las urgentes demandas por parte de los médicos, los pacientes, las familias y la comunidad, de un tratamiento adecuado para la dependencia de cocaína u otras drogas, deben diseñarse investigaciones aleatorias de gran tamaño que aporten datos para permitir la comparación de resultados entre los estudios, en este tipo de poblaciones.
17. La disposición de bases de datos ricas en información ayudarían significativamente a cubrir las lagunas de conocimiento. Pero no sólo el diseño del cuestionario es fundamental para la aplicación empírica, sino también la estructura de la encuesta. Si bien, por ejemplo, la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar y la Encuesta sobre Salud y Hábitos Sexuales (Ministerio de Sanidad y Consumo) compilan información relevante y extensa sobre los comportamientos de riesgo, su estructura de corte transversal dificulta el control de la heterogeneidad no observada, lo cual limita la fiabilidad de las estimaciones. Este problema se solucionaría considerando encuestas con estructura de datos de panel, tal que se encuestase a un mismo individuo en distintos momentos de tiempo.

Referencias utilizadas

RECURSOS HUMANOS

Buchan J, European Health Observatory WHO. Migration of Health Workers in Europe: Policy Problem or Policy Solution? Human Resources for Health in Europe; 2006.

Gonzalez Lopez-Valcarcel B, Barber Perez P. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España 2006-2030. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2007 Marzo 2007.

Gonzalez-Lopez-Valcarcel B, Barber P. Los recursos humanos y sus desequilibrios mitigables Gaceta Sanitaria. 2006;en prensa(Informe SESPAS 2006).

Global Atlas of the Health Workforce [database on the Internet]. WHO. 2008 [cited 05/12/2008]. Available from: www.who.int/globalatlas/autologin/hrh_login.asp.

Martin J. El gobierno de las organizaciones sanitarias en el estado español. Por un nuevo contrato social en el Sistema Nacional de Salud

Maynard A. Does it matter that medical graduates don't get jobs as doctors? No. BMJ. 2008 May 3;336(7651):991.

Ortun V, Gonzalez Lopez-Valcarcel B, Barber Perez P. [Determinants of physician compensation]. Med Clin (Barc). 2008 Jul 5;131(5):180-3.

Winyard G. Does it matter that medical graduates don't get jobs as doctors? Yes. BMJ. 2008 May 3;336(7651):990.

FINANCIACIÓN Y RACIONALIZACIÓN DEL GASTO SANITARIO

Banting KG, Corbett S Health Policy and Federalism. A Comparative perspective on multi-level governance, Kingston, McGill-Queen's University Press; 2002

Borraz S, Pou V. Razones para una reforma de la financiación del gasto sanitario , Cuadernos de Información Económica 2005; 188: 51-61.

Cabases JM, Cantarero D El sistema de financiación del gasto en sanidad: análisis del caso español . Panorama Social, 2008; nº 7, Madrid.

Cantarero, D. Análisis del gasto sanitario autonómico y su nueva financiación en España . Investigaciones, nº 8/03, Instituto de Estudios Fiscales, Madrid.

Crivelli L, Filippini M, Mosca I Federalism and regional health care expenditure: an empirical analysis for the Swiss cantons . Health Economics Letters 2006; 10(1): 20-26.

Di Matteo, L The income elasticity of health care spending: a comparison of parametric and non-parametric approaches . European Journal of Health Economics 2003; 4: 20-29.

Martín JJ, López del Amo MP, Cano MD Revisión de la literatura de los determinantes del gasto sanitario. 2008 (Mimeo)

Organization for the Economic Cooperation and Development. OECD HEALTH DATA FILE, OECD, Paris, 2008

Seshamani M, Gray A Ageing and health-care expenditure: the red herring argument revisited . Health Economics 2004; 13: 303-314.

Seshamani M, Gray A Time to death and health expenditure: an improved model for the impact of demographic change on health care costs . Age Ageing 2004; 33: 56-61.

López-Casasnovas G, Puig-Junoy J. Review of the literature on reference pricing. Health Policy 2000; 54(2):87-123.

Puig-Junoy J et al. La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Disponible en: http://www.fundaciocampalans.com/ficha_informes.asp?Id=1

CARTERA DE SERVICIOS

Abellán JM, Sánchez FI, Martínez JE. Evaluación económica de tecnologías sanitarias: ¿valen lo que cuestan? Cuadernos Económicos de ICE 2008; 75: 189-208.

Abellán Perpiñán JM; Sánchez Martínez FI; Martínez Pérez JE ¿Cómo incorporar las utilidades de los pacientes a las decisiones clínicas? Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008; 22(Supl 1):179-85.

Aizpuru F, Latorre K, Ibáñez B, Pérez de Arriba J, Fernando Mosquera, Bernal-Delgado E por el Grupo Atlas-VPM. Variabilidad en la tasa de hospitalizaciones por problemas de Salud Mental en centros hospitalarios de agudos. Atlas Var Prac Med Sist Nac Salud 2008; 3(1): 199-218

Akerlof GA, Kranton RE Identity and the Economics of Organizations. Working Paper, Princeton University. September 22; 2003

Antoñanzas F Pinillos. Equidad y variabilidad en el uso de las tecnologías médicas. Revista Española de Cardiología. 2006;59(12);1217-1220.

Asociación Economía de la Salud (AES). Posición de la Asociación de Economía de la Salud en relación a la necesidad de un mayor uso de la evaluación económica en las decisiones que afectan a la financiación pública de las prestaciones y tecnologías en el Sistema Nacional de Salud [consultado 26-11-2008]: Disponible en: <http://www.aes.es/Publicaciones/AESEE.pdf>.

Béland F, Bergman H, Lebel P, Dallaire L, Fletcher J, Contandriopoulos AP, et al. Integrated services for frail elders (SIPA): a trial of a model for Canada. Can J Aging. 2006;25:5-42. 12.

Béland F, Bergman H, Lebel P, Clarfield AM, Tousignant P, Contandriopoulos AP, et al. A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2006;61:367-73.

Comité Mixto de Evaluación de Nuevos Medicamentos. Procedimiento normalizado de trabajo del comité mixto de evaluación de nuevos medicamentos de Andalucía, País Vasco, Instituto Catalán de la Salud, Aragón y Navarra. 7ª versión. Septiembre, 2005.

Chappell NL, Dlitt BH, Hollander MJ, Miller JA, McWilliam C. Comparative costs of home care and residential care. Gerontologist. 2004;44:389-400.

Del Llano J, Pinto JL, Abellán JM. Eficiencia y Medicamentos: Revisión de las Guías de Evaluación Económica. La Cuarta Garantía. 2008. Sanofi-Aventis: Barcelona.

Fernando I Sánchez Martínez, José María Abellán Perpiñán, Jorge E Martínez Pérez ¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008;22:126-36.

Fitch-Warner K, García de Yébenes MJ, Lázaro P, Belaza-Santurde J. Variabilidad entre CCAA en el uso de tres tecnologías cardiovasculares. Rev Esp Cardiol.2006;59:1232-43.

Freemantle N. Does the UK National Health Service need a fourth hurdle for pharmaceutical reimbursement to encourage the more efficient prescribing of pharmaceuticals? Health Policy, 1999; 46: 255-265.

González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España. Documento de trabajo 90/2006, 2006. Fundación Alternativas.

Juárez C, Antoñanzas F. Impact of the studies of economic evaluation in healthcare decision-making. En: «Avances en Gestión Sanitaria» [(Antoñanzas F, Fuster J, Castaño E (coord.))] (XX Jornadas de Economía de la Salud, Palma de Mallorca); 2000.

Litaker D, Tomolo A, Liberatore V, Stange KC, Aron D. Using Complexity Theory to Build Interventions that Improve Health Care Delivery in Primary Care. J GEN INTERN MED 2006; 21:S30–34.

Márquez-Calderón S, Jiménez A, Perea-Milla E, Briones E, Aguayo E, Reina A, Aguado MJ, Rivas F, Rodríguez MM, Buzón ML, por el Grupo de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud (Grupo VPM-SNS). Variaciones en la hospitalización por problemas y procedimientos cardiovasculares en el Sistema Nacional de Salud Atlas Var Prac Med Sist Nac Salud 2006; 2(2): 151-74

Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Economía y Hacienda. Análisis del Gasto Sanitario Público. 2005. Segunda Conferencia de Presidentes (2004).

Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud Español. 2004.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, 2006; 178.

O'Malley SP. The Australian experiment: the use of evidence based medicine for the reimbursement of surgical and diagnostic procedures (1998-2004). Aust New Zealand Health Policy. 2006 May 10; 3: 3.

Oliva J, del Llano J, Antoñanzas F, Juárez C, Rovira J, Figueras M, Gervás J (2001). Impacto de los estudios de evaluación económica en la toma de decisiones en atención primaria .

Oliva J, Antoñanzas F, Rivero-Arias O. Evaluación económica y la toma de decisiones en salud. El papel de la evaluación económica en la adopción y difusión de tecnologías sanitarias, en González López-Varcárcel B (coordinadora) Informe SESPAS 2008: Mejorando la efectividad de las intervenciones públicas sobre la salud.

Oterino de la Fuente D, Castaño E, Librero J, Peiró S, Bernal-Delgado E, Martínez N, Ridao M, Rivas F y Grupo VPM-SNS. Variaciones en hospitalizaciones pediátricas por todas las causas Atlas Var Prac Med Sist Nac Salud 2006; 2(1): 101-16.

Peiro S. Desde las variaciones en la práctica médica a la toma de decisiones compartida y la atención centrada en el paciente. Semergen. 2003; 29: 285-9.

Pinto JL, Abellán JM. Farmacoeconomía: el gran reto de la sanidad pública. Humanitas, 2008; nº 32: 11-21.

Rovira J, Rodríguez R, Antoñanzas F (2003). Conjuntos de prestaciones de salud: objetivos, diseño y aplicación. OPS, Washington. ISBN 927532443-3.

Sacristán JA, Dilla T, Pinto JL, Antoñanzas F. Evaluación económica de medicamentos: experiencias y vías de avance. Gaceta Sanitaria, 2008; 22(4): 354-7.

Sacristán JA, Ortún V, Rovira J, Prieto L, García-Alonso F. Evaluación económica en medicina, 2004; 122(10): 379-82.

Sánchez, FI, Abellán, JM, Martínez, JE. ¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales. Gaceta Sanitaria, 2008; 22, 126-136.

Sarria-Santamera A, Sandin-Vazquez M. Vacuna de la gripe: seguimos publicando, pero no mejoramos las coberturas. Gac Sanit. 2008;22: 291

Schreyögg J, Stargardt T, Velasco-Garrido M, Busse R. Defining the Health Benefit Basket in nine European countries. Eur J Health Econ, 2005 [Suppl 1]; 6:2-10.

Shojania KG, Grimshaw JM. Evidence-Based Quality Improvement: The State Of The Science. Health Affairs 2005; 24:138-150

Soto Álvarez J. Evaluación económica en la era de la farmacogenética y farmacogenómica: ¿un rayo de luz en la oscuridad?. Medicina Clinica, 2006; 127(17):657-9.

Tourigny A, Druand P, Bonin L, Hébert R, Rochette L. Quasiexperimental study of the effectiveness of an integrated service delivery network for the frail elderly. Can J Aging. 2004; 23:231-46.

Yáñez Cadena D, Sarría Santamera A, García Lizana F. ¿Podemos mejorar el tratamiento y el control de las enfermedades crónicas? Aten Primaria 2006; 37: 221-230

Zunzunegui Pastora MV; Lázaro y de Mercado P. Integración y fronteras entre la atención sanitaria y social. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008;22(Supl 1):156-62.

CALIDAD, INNOVACIÓN

Aizpuru F, Latorre K, Ibáñez B, Pérez de Arriba J, Fernando Mosquera, Bernal-Delgado E por el Grupo Atlas-VPM. Variabilidad en la tasa de hospitalizaciones por problemas de Salud Mental en centros hospitalarios de agudos. Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud. 2008; 3(1): 199-216

Aranaz Andrés JM, Aibar Remón C, Vitaller Burillo J, Ruiz López P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.

Aranaz Andrés JM, dir. Madrid. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

Arós F, Cuñat J, Loma-Osorio A, Torrado E, Bosch X, Rodríguez JJ, et al. [Management of myocardial infarction in Spain in the year 2000. The PRIAMHO II study. Rev Esp Cardiol. 2003;56(12):1165-73.

Arroyo MP, Jimbert J. [Anticoagulation in atrial fibrillation and antiplatelet in diabetes mellitus type 2. How do we do it?]. An Sist Sanit Navar. 2007;30(1):37-44.

Barca Fernández I, Parejo Míguez R, Gutiérrez Martín P, Fernández Alarcón F, Alejandro Lázaro G, López de Castro F. [Information given to patients and their participation in clinical decision-making]. Aten Primaria. 2004; 33(7):361-4.

Barrios Alonso V, Peña Pérez G, González Juanatey JR, Alegría Ezquerro E, Lozano Vidal JV, Llisterri Caro JL, et al. [Hypertension and heart failure in Primary Care and Cardiology consultations of in Spain]. Rev Clin Esp. 2003;203(7):334-42.

Caminal J, Rovira J. Antibiotic prescription in primary health care: clinical and economic perspectives (Catalonia, Spain). Eur J Public Health. 2005;15(3):276-81.

Climent C, Font-Noguera I, Poveda Andrés JL, López Briz E, Peiró S. [Medication errors in a tertiary hospital with three different drug delivery systems]. Farm Hosp. 2008;32(1):18-24.

Clua Espuny JL, Dalmau Llorca MR, Aguilar Martín C; Grupo de Trabajo. [Characteristics of oral anti-coagulation treatment in high-risk chronic auricular fibrillation]. Aten Primaria. 2004;34(8):414-9.

Cubero-Caballero S, Torres-Murillo, Campos-Pérez MA, Gómez del Río S, Calleja-Hernández MA. [Drug-related problems in the emergency department observation area of a third-level hospital]. Farm Hosp. 2006;30(3):187-92.

División JA, de Rivas B, Márquez-Contreras E, Sobreviela E, Luque M; investigadores del Estudio HICAP. [Clinical characteristics and management of hypertense patients diagnosed of heart failure in primary health care in Spain. HICAP Study]. Rev Clin Esp. 2008;208(3):124-9.

Fernández Lisón LC, Barón Franco B, Vázquez Domínguez B, Martínez García T, Urendes Haro JJ, Pujol de la Llave E. [Medication errors and

non-compliance in polymedicated elderly patients]. *Farm Hosp.* 2006;30(5):280-3.

Ferreira-González I, Permanyer-Miralda G, Marrugat J, Heras M, Cuñat J, Civeira E, et al. MASCARA (Manejo del Síndrome Coronario Agudo. Registro Actualizado) study. General findings. *Rev Esp Cardiol.* 2008;61(8):803-16.

Ferreira-González I, Permanyer-Miralda G, Heras M, Cuñat J, Civeira E, Arós F, et al. Patterns of use and effectiveness of early invasive strategy in non-ST-segment elevation acute coronary syndromes: an assessment by propensity score. *Am Heart J.* 2008;156(5):946-53,

Flor Escriche X, Rodríguez Mas M, Gallego Alvarez L, Alvarez Luque I, Juvanteny Gorgals J, Fraga Martínez MM, et al. [Do our asthma patients still use inhalers incorrectly?]. *Aten Primaria.* 2003;32(5):269-74.

Gavilán Moral E, Morales Suárez-Varela MT, Hoyos Esteban JA, Pérez Suanes AM. [Inappropriate multiple medication and prescribing of drugs immobile elderly patients living in the community]. *Aten Primaria.* 2006;38(9):476-80.

Gayoso Diz P, Calle Custodio R, Prieto Maroto A, Herrera Calvo D, Sala López AI, Gómez Mosquera MD. [Auricular fibrillation as a risk factor of cerebrovascular events in the over-65s. Is clinical practice in anticoagulant prophylaxis adequate?]. *Aten Primaria.* 2005;36(4):198-203.

González-Juanatey JR, Alegría Ezquerro E, Bertoméu Martínez V, Conthe Gutiérrez P, de Santiago Nocito A, Zsolt Fradera I. [Heart failure in outpatients: comorbidities and management by different specialists. The EPISERVE Study]. *Rev Esp Cardiol.* 2008;61(6):611-9.

González JM, de Castro FJ, Barrueco M, Cordovilla R, Fernández JL, Gómez FP, Moreno de Vega B, Ramos J, Serrano AR. [Delays in the diagnosis of lung cancer]. *Arch Bronconeumol.* 2003;39(10):437-41

Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Variaciones en cirugía ortopédica y traumatología en el Sistema Nacional de Salud. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud.* 2005; 1:17-36

Gutiérrez Paúls L, González Alvarez I, Requena Caturra T, Fernández Capitán MC. [Prescription errors in patients admitted to an internal

medicine department from the emergency room]. *Fam Hosp.* 2006;30(2):85-91.

Leal Hernández M, Abellán Alemán J, Casa Pina MT, Martínez Crespo J. [Patients on multiple medication: do they know the right doses? Do they take their medications correctly?]. *Aten Primaria.* 2004;33(8):451-6

Librero J, Peiró S, Bernal-Delgado E, Rivas F, Martínez N, Sotoca R, et al. Variaciones en intervenciones de cirugía general en el Sistema Nacional de Salud. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud.* 2005; 1(2):63-81

Llor C, Cots JM, Boada A, Bjerrum L, Gahrn-Hansen B, Munck A, et al. [Variability of antibiotic prescribing for respiratory tract infections in two European countries]. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2005;23(10):598-604.

López de la Iglesia J, Martínez Ramos E, Pardo Franco L, Escudero Alvarez S, Cañón de la Parra RI, Costas Mira MT. [Questionnaire for patients with ischaemic cardiopathy on their reaction to various alarm symptoms]. *Aten Primaria.* 2003; 31(4):239-47.

Márquez-Calderón S, Villegas Portero R, Briones Pérez de la Blanca E, Sarmiento González-Nieto V, Reina Sánchez M, Sáinz Hidalgo I, et al. [Incorporation of cardiac rehabilitation programs and their characteristics in the Spanish National Health Service]. *Rev Esp Cardiol.* 2003;56(8):775-82.

Márquez-Calderón S, Jiménez A, Perea-Milla E, Briones E, Aguayo E, Reina A, Aguado MJ, Rivas F, Rodríguez MM, Buzón ML, por el Grupo de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud (Grupo VPM-SNS). Variaciones en la hospitalización por problemas y procedimientos cardiovasculares en el Sistema Nacional de Salud. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud.* 2007; 2(2): 151-174

Martín MT, Codina C, Tuset M, Carné X, Nogué S, Ribas J. [Drug related problems as a cause of hospital admission]. *Med Clin (Barc).* 2002;118(6):205-10.

Martínez MA, Inglada L, Ochoa C, Villagrasa JR, The Spanish Study Group On Antibiotic Treatments. Assessment of antibiotic prescription in acute urinary tract infections in adults. *J Infect.* 2007;54(3):235-44.

Mosquera Pérez I, Muñiz García J, Freire Castroseiros E, García Castelo A, Castro-Beiras A; Grupo de trabajo del estudio INCARGAL.

[Use of anticoagulation at the time of discharge in patients with heart failure and atrial fibrillation]. *Rev Esp Cardiol*. 2003;56(9):880-7.

Ochoa Sangrador C, Vilela Fernández M, Cueto Baelo M, Eiros Bouza JM, Inglada Galiana L; Grupo Español de Estudios de los Tratamientos Antibióticos. [Appropriateness of treatment of acute pharyngotonsillitis according to the scientific evidence]. *An Pediatr (Barc)*. 2003;59(1):31-40.

Oterino de la Fuente D, Castaño E, Librero J, Peiró S, Bernal-Delgado E, Martínez N, Ridao M, Rivas F, Atienza Merino G, y Grupo VPM-SNS. Variaciones en hospitalizaciones pediátricas por procedimientos quirúrgicos y diagnósticos seleccionados. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud*. 2006; 2(1): 101-16

Oterino de la Fuente D, Castaño E, Librero J, Peiró S, Bernal-Delgado E, Martínez N, Ridao M, Rivas F, y Grupo VPM-SNS . Variaciones en hospitalizaciones pediátricas por todas las causas. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud*. 2006; 2(1): 117-128

Otero MJ, dir. Evaluación de la seguridad de los sistemas de utilización de medicamentos en los hospitales españoles (2007). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

Otero-Raviña F, Grigorian-Shamagian L, Fransi-Galiana L, Názara-Otero C, Fernández-Villaverde JM, del Alamo-Alonso A, et al. [Galician study of heart failure in primary care (GALICAP Study)]. *Rev Esp Cardiol*. 2007;60(4):373-83.

Otero-López MJ, Alonso-Hernández P, Maderuelo-Fernández JA, Garrido-Corro B, Domínguez-Gil A, Sánchez-Rodríguez A. [Preventable adverse drug events in hospitalized patients]. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(3):81-7.

Ramos Martínez A, Cornide Santos I, Marcos García R, Calvo Corbella E. [Antibiotic prescription quality at a hospital emergency service]. *An Med Interna*. 2005;22(6):266-70.

Reig Mollá B, Bisbal Andrés E, Sanfélix Genovés J, Pereiró Berenguer I, Esparza Pedrol MJ, Martín González RM. [Evaluation of the quality of inter-clinic documents. Does their proper filling out by the family doctor affect the reply obtained from the specialist?]. *Aten Primaria*. 2004; 34(6):300-5.

Rivera Casares F, Serra Cerdá M, Carretero Sastre A, Uribes Fillol R, Bonías Pérez-Fuster MD, Barrera Requeni I. [Characteristics of diagnoses of malignant neoplasms in primary care]. *Aten Primaria*. 2002; 29(7):407-13.

Rodríguez Roca GC, Barrios Alonso V, Aznar Costa J, Llisterri Caro JL, Alonso Moreno FJ, Escobar Cervantes C, et al. [Clinical characteristics of patients diagnosed of chronic heart failure attended in Primary Care. The CARDIOPRES study]. *Rev Clin Esp.* 2007;207(7):337-40.

Romera Fernández I, de Dios del Valle R, García de Francisco A, González Rubio Y, Lenza Alonso C, Salinero Fort MA. [How suitable is thromboembolism prophylaxis for patients with chronic auricular fibrillation at 3 primary care centers]. *Aten Primaria.* 2004;33(4):188-92.

Rotaeché del Campo R, Vicente Anza D, Mozo Avellaneda C, Etxeberria Agirre A, López Navares L, Olasagasti Caballero C, et al. [Suitability of antibiotic prescription in primary care in the Basque Autonomous Community]. *Aten Primaria.* 2001; 27(9):642-8

Ruiz-Torrejón A, Ramos-Monserrat M, Llobera-Cánaves J. [Family practice and diagnosis of cancer]. *Aten Primaria.* 2006;37(1):16-21.

Sanfélix G, Peiró S, Gosalbes Soler V, Cervera Casino P. [The secondary prevention of ischaemic heart disease in Spain. A systematic review of observational studies]. *Aten Primaria.* 2006;38(5):250-7.

Sanz EJ, Hernández MA, Ratchina S, Stratchounsky L, Peiré MA, Mestre ML, et al. Prescribers' indications for drugs in childhood: a survey of five European countries (Spain, France, Bulgaria, Slovakia and Russia). *Acta Paediatr.* 2005;94(12):1784-90.

Vallano Ferraz A, Danés Carreras I, Ochoa Sangrador C; Grupo Español de Estudio de los Tratamientos Antibióticos. [Antimicrobial treatment of bronchial infections in hospital emergency rooms]. *An Pediatr (Barc).* 2004;61(2):143-9.

Vilà A, San José A, Roure C, Armadans L, Vilardell M; Grupo para el estudio de las Reacciones Adversas a Medicamentos en pacientes mayores hospitalizados. [Prospective multicenter study of adverse drug reactions in hospitalized elderly patients]. *Med Clin (Barc).* 2003;120(16):613-8.

SALUD PUBLICA

Bernal-Delgado E. ¿Cómo mejorar la efectividad (calidad) reduciendo la brecha de la investigación a la acción? Informe SESPAS 2008 *Gac Sanit* 2008; 22:19-26.

Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization. CSDH (2008).

González López-Valcárcel B, Hernández Aguado I, Meneu de Guillerna R, Urbanos Garrido R, Vázquez Navarrete ML. Síntesis final y recomendaciones para las políticas. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008; 22:244-53.

Informe SESPAS 2008. Mejorando la efectividad de las intervenciones públicas sobre la salud. Editores: Beatriz González López-Valcárcel, Ildelfonso Hernández Aguado, Ricard Meneu de Guillerna, Rosa María Urbanos Garrido y María Luisa Vázquez Navarrete. Gaceta Sanitaria 2008 (22 Supl.1)

Le Grand J: The Other Invisible Hand 2007, by Princeton University Press. <http://press.princeton.edu/chapters/i8541.pdf>

Oliva J, González L, Labeaga JM, Álvarez Dardet C. Salud pública, economía y obesidad: el bueno, el feo y el malo. Gac Sanit. 2008; 22:507-10.

Victora CG, Santos IS. Los siete pecados capitales de la evaluación del impacto. Informe SESPAS 2008 Gac Sanit. 2008; 22:1-7.

SALUD Y DROGAS

Antoñanzas Villar F, Martínez-Zárate MP, Pradas Velasco R Las bebidas alcohólicas en España: salud y economía. Gac Sanit 2008; 22:175-8.

Bachman J, Johnston LI, O'Malley P Smoking, drinking, and drug use among American high school students: correlates and trends, 1975-1979 . American Journal of Public Health 1981; 71: 59-69.

Bask M, Melkersson M Rationally addicted to drinking and smoking? . Umeå University Working Paper; 2001

Bellis MA, Hughes K, et al Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: A cross sectional study of young people in nine European cities. Public Health 2008; 8:155.

Bretteville-Jensen, A Gender, heroin consumption and economic behaviour . Health Economics 1999; 8: 379-389.

Cameron L, Williams J Alcohol, cannabis and Tobacco. Substitutes or complements? *Economic Record* 2001; 77: 19-34.

Chaloupka F, Laixuthai A Do youths substitute alcohol and marijuana? Some Econometric Evidence. *Eastern Economic Journal* 1997; 23: 253-276.

Chaloupka F, Pacula R, Farrelly M, O'Malley P, Bray J Do higher cigarette prices encourage youth to use marihuana?. NBER Working Paper 1999

Encuesta Domiciliaria sobre consumo de Alcohol y otras Drogas 2007/08. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, noviembre de 2008.

DiNardo J, Lemieux T Alcohol, marijuana, and American youth: the unintended effects of government regulation . NBER Working Paper n. 4212; 1992

Douglas S Hariharan G The hazard of starting smoking: estimates from a split population duration model . *Journal of Health Economics* 1994; 13: 213-220.

Fundación de Ayuda a la Drogadicción, FAD (2006). La percepción social de los problemas de drogas en España. Madrid.

Glied S Youth tobacco control: reconciling theory and empirical evidence . *Journal of Health Economics* 2002; 21: 117-135.

Gruber J. Risky behaviour among youths: an economic analysis. Editado por NBER y University of Chicago Press: Chicago. 2001

Hernán M, Fernández A, Ramos M La salud de los jóvenes. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18: 47-55.

Hser Y, Anglin D, Grella C, Longshore D, Prendergast M Drug treatment careers. A conceptual framework and existing research findings. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1999; 14: 543-558.

Informe del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2008

Jones, A A systems approach to the demand for alcohol and Tobacco . *Bulletin of Economic Research* 1989; 41: 85-105.

Kenkel D, Mathios A, Pacula R Economics of youth drug use, addiction and gateway effects. *Addiction* 2001; 96: 151-164.

Lakdawalla D, Bhattacharya J, Goldman D Are the young becoming more disabled? Working Paper NBER n° 8247; 2001

Oliva J, Rivera B Los costes sociales del consumo de drogas ilegales en la Comunidad de Galicia. Presupuesto y Gasto Público 2006; 44: 105-131

Pacula R Does increasing the beer tax reduce marijuana consumption? Journal of Health Economics 1998; 17: 557-585.

Pacula R Adolescent alcohol and marijuana consumption: is there really a gateway effect? NBER Working Paper n. 6348. 1998

Robin L The natural history of adolescent drug use . American Journal of Public Health 1984; 59: 656-657

Saffer H Chaloupka F Demographic differentials in the demand for alcohol and illicit drugs. NBER Working Paper n. 6432. 1998

Swadi H Drug and substance use among a population of 3,333 London adolescents. British Journal of Addiction 1988; 83: 935-942.

Villalbí JR De las propuestas del movimiento de prevención al consenso político: la ley de medidas sanitarias contra el tabaquismo. Gaceta Sanitaria 2006; 20(1):1-3

Williams J, Pacula R, Chaloupka F, Wechsler Alcohol and marijuana use among college students: economic complements or substitutes? NBER Working Paper n. 8401. 2001