

Políticas en salud pública

La calidad del Sistema Nacional de Salud: base de su deseabilidad y sostenibilidad

The quality of the National Health System: basis for its desirability and sustainability

Enrique Bernal-Delgado^{a,*} y Vicente Ortún-Rubio^b

^a Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza, España

^b Centre de Recerca en Economia i Salut, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de octubre de 2009

Aceptado el 7 de diciembre de 2009

On-line el 15 de marzo de 2010

Introducción

Puede afirmarse que entre los objetivos fundacionales del Sistema Nacional de Salud (SNS) español—aseveración que asume el discurso público dominante—destacan la universalidad, la provisión gratuita en el momento de uso y la asistencia de calidad, eficiente y equitativa. Aunque la prelación de estos rasgos pueda variar en función de quien los enuncie, en general el lugar común de todo el debate es la complacencia por un sistema de salud construido por todos.

Esta complacencia *aparentemente informada* contrasta, sin embargo, con la escasa tradición en monitorizar el cumplimiento de estos objetivos, exacerbada por la fragmentada configuración autonómica del sistema. El hecho de puntuar alto en indicadores macroscópicos, como la supervivencia ajustada por discapacidad o la mortalidad prematura y sanitariamente evitable (entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE] ocupamos la cuarta posición¹), no debe ocultar los árboles que componen un bosque con múltiples miradas sobre el objetivo de atender a las personas y las poblaciones según sus necesidades, con las herramientas apropiadas, a tiempo y con pericia.

Los días 24 y 25 de agosto de 2009, 30 profesionales relacionados con el SNS debatieron sobre «Calidad del Sistema Nacional de Salud» en Santander, en el marco de los Cursos de Verano organizados por *LEscuela d'Estiu de Salut Pública de Maó* y la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (el programa de dicho encuentro está disponible en <http://www.emsp.cime.es/>). En este artículo reflexionamos acerca de las innumerables ideas vertidas durante el encuentro. Así, en primer lugar, volvemos a considerar la idea de «calidad asistencial» (dónde estamos y dónde podríamos estar) ofreciendo algunas pruebas de que las cosas podrían ir mejor; en segundo lugar, aceptando la premisa general de que tenemos un «buen sistema», trataremos de argumentar que en nuestra opinión tiene un mal pronóstico; y finalmente propondremos algunas alternativas para procurar una mejor orientación del sistema al objetivo señalado: atender a las personas y las poblaciones según sus necesidades, con las herramientas apropiadas, a tiempo y con pericia.

Calidad como diferencia entre lo que se consigue y lo que puede conseguirse

Una definición operativa podría descansar en que los sistemas, las organizaciones sanitarias, tienen una frontera tecnológica o un *óptimo de calidad* al cual deberían poder llegar. La distancia entre su desempeño habitual y dicha frontera es el camino a recorrer para ganar en calidad.

Definir la frontera tecnológica de un servicio cuyo objetivo sea prescribir un antihipertensivo es relativamente simple; la eficacia y la seguridad probadas del mejor de los fármacos para el tipo de pacientes apropiado sería dicha frontera. Sin embargo, problemas de la vida real de las organizaciones, como la selección del paciente apropiado, la inapropiada prescripción de dosis, no considerar la interacción con otros fármacos, o no atender al cumplimiento de los pacientes, hacen que ese fármaco esté ofreciendo cifras de efectividad muy inferiores a las posibles (es un problema descrito de manera elegante por Tugwell et al² hace unos años y que con frecuencia se ha utilizado al explicar las diferencias en la efectividad de las vacunas en un país con un sistema desarrollado o en un país cuyo tejido formal o informal de cuidados está insuficientemente preparado para una vacunación poblacional).

Es más complejo, en cambio, definir la frontera tecnológica de un sistema sanitario como el nuestro, en el cual tanto los actos sanitarios como los proveedores (profesionales y organizaciones sanitarias) son numerosísimos. Pero la idea esencial es seguir a quien mejor lo hace: desde 1968, solo el salto *Fosbury* permite competir en altura. La constatación de amplias variaciones no justificadas en la utilización y los resultados en los servicios sanitarios del país debe interpelarnos sobre la distancia que nos queda por recorrer. Y es que, en España, para poblaciones o pacientes parecidos, los servicios que se proveen en cantidad y calidad son a menudo extraordinariamente distintos. Algunos ejemplos nos permitirán apuntalar esta aseveración.

En el terreno de las *variaciones geográficas injustificadas*, comparando áreas sanitarias se observan diferencias de hasta 5 veces en los ingresos por artroplastia de rodilla³ y hasta 8 veces en hospitalizaciones por complicaciones agudas de la diabetes⁴. En cuanto a *uso inadecuado de los servicios*, la tasa de inadecuación en

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ebernal.iacs@aragon.es (E. Bernal-Delgado).

las indicaciones de colonoscopia en un hospital terciario alcanzaba el 27% de los casos⁵. En Atención Primaria, el 32% de las prescripciones de antibióticos fueron inadecuadas⁶, el 55% de las faringoamigdalitis fueron inapropiadamente tratadas⁷ y el 53% de los tratamientos para la osteoporosis estaban mal indicados⁸. En cuanto a *resultados sanitarios*, el 8% de los ingresos y el 10 por mil de las consultas sufrieron algún tipo de evento adverso (alrededor del 45% de los efectos adversos eran evitables^{9,10}), y el 12% fueron ingresos por problemas con la medicación (el 50% relacionados con efectos adversos, el 44% de ellos evitables)¹¹. La mortalidad en grupos relacionados con el diagnóstico (DRG) para los que se espera una baja mortalidad varió hasta 3 veces entre hospitales, y en una de cada 500 intervenciones apareció una tromboembolia postoperatoria evitable¹². Hablando de *equidad*, se observan desigualdades por renta en el uso de determinados tipos de servicios especializados¹³ o en el uso de cirugía conservadora de mama en mujeres con cáncer¹⁴. En el terreno del *empoderamiento de pacientes*, sólo un 16% de los que sufren cardiopatía isquémica actuaron de forma adecuada ante un dolor torácico¹⁵ más de la mitad de los pacientes utilizaron incorrectamente los inhaladores¹⁶. Finalmente, son importantes las *ausencias de información*, como las relacionadas con listas de espera o tipos de pacientes (gravedad-necesidad) que se encuentran en ellas, o con lo que pasa después del alta hospitalaria, o en el continuo asistencial entre Primaria y Especializada.

Más que ofrecer una foto fija, necesariamente sesgada por tratarse de una muestra de ejemplos tomados para el debate, la reflexión que propone esta serie de casos enfatiza el concepto de brecha (abismo) entre lo que se hace (y se obtiene) y lo que se podría hacer (y lograr). Aquí deberíamos centrar el debate, sin menoscabo de los logros atribuibles al sistema sanitario en los últimos tiempos (no en vano las «tecnologías» utilizadas para abordar la cardiopatía isquémica han reducido la mortalidad en el país desde la década de 1980)¹⁷.

Lo señalado mueve el foco, por tanto, desde los indicadores macro, que pueden indicar que España tiene un sistema de alta calidad, hacia un enfoque más micro, que muestra la distancia que queda por recorrer y que lo diagnostica como un buen sistema con mal pronóstico, salvo que se enderecen algunas tendencias.

Buen sistema, mal pronóstico

Este capítulo analiza los factores que están propiciando el progresivo deterioro del *statu quo*, aquellos que nos hacen pensar que el sistema tiene un mal pronóstico. La línea argumental descansa en la idea de que la utilización desbocada en un contexto de oferta esclerótica (con poca capacidad de adaptación a las circunstancias cambiantes) es causa y consecuencia de un deterioro institucional (estancamiento como mínimo), y de la incapacidad para gobernar el sistema en el sentido marcado por sus objetivos fundacionales.

Utilización desbocada en un contexto de oferta esclerótica

Como indicativo de utilización desbocada sirva la cifra de 9,5 consultas médico/año por habitante, un 50% más que en Francia y el doble que en Reino Unido. Es cierto que muchas son para renovar medicación, confirmar bajas, realizar volantes, ver niños sanos o controlar si las personas con enfermedades crónicas siguen el tratamiento; actividades todas ellas impropias de médicos. Preocupa, no obstante, que se visualice la frecuentación de las consultas como se hace con la meteorología: algo exógeno sobre lo que no puede influirse, cuando la realidad es la contraria. Las visitas a Atención Primaria constituyen una variable endógena siempre que haya una mínima capacidad de organizarse y distribuir tareas entre

diversos profesionales (particularmente enfermería)¹⁸. Puede ser modulada de la misma forma que la frecuentación hospitalaria en urgencias puede ser controlada por parte de los directores médicos con los debidos filtros técnicos de acceso (médico experimentado en puerta) y respaldo jurídico-político para no ser víctima de los cazafortunas ni cabeza de turco propiciatoria ante la opinión pública.

Como indicativo de oferta esclerótica, baste la comparación con el SNS de referencia, el de Reino Unido. Con un porcentaje de financiación pública menor que el británico, el SNS español presenta, en cambio, una proporción más elevada de producción pública de servicios sanitarios, explicada fundamentalmente por el hecho de que en España la Atención Primaria corre a cargo de funcionarios (estatutarios) que trabajan en instalaciones públicas.

Una producción pública elevada de servicios sanitarios, estilo antiguos países del este de Europa, se convierte en un problema cuando—según los indicadores de buen gobierno elaborados por el Banco Mundial—España exhibe en las dimensiones de «efectividad gubernamental» y «control de la corrupción» una calificación peor que la de nuestros socios. No sirve de consuelo superar a Grecia e Italia.

La composición de la oferta (profesionales, dotaciones y articulaciones entre ellos) se adapta con extrema lentitud a los cambios en demografía, tecnología y formas de vivir. El carácter funcional, el igualitarismo mal entendido e injusto, así como las inercias presupuestarias que no redirigen los flujos de financiación hacia quienes mejor lo hacen, están en la base del problema.

Al igual que con la utilización desbocada, se conocen aquí también las soluciones técnicas precisas para que la oferta sea sensible a los cambios en necesidad, cuya atención justifica precisamente el SNS. En el terreno de los profesionales hay que redistribuir tareas, como se ha dicho; recertificar para acabar con la polarización profesionales excelentes/profesionales deprimentes; introducir la troncalidad en la formación de los médicos residentes y pasarelas entre especialidades; permitir la jubilación voluntaria graduando sueldo y dedicación; flexibilizar horarios y jornadas; procurar un recorrido profesional más variado en cuanto a funciones (asistencial, docente, investigadora y gestora), y sobre todo más “viajado”; acabar con la segmentación excesiva (funcional y geográfica) de los mercados profesionales; e individualizar las condiciones de trabajo (sin que ello implique renuncia a la negociación colectiva) en función de la formación, la experiencia requerida, la exigencia intelectual y física, el impacto de la actuación, el horario, el emplazamiento, los efectivos existentes, etc¹⁹.

En relación a las organizaciones, cabe el trabajo clínico asociado por cuenta propia en algunas áreas, pero sobre todo se debe acabar con la garantía de inmortalidad. Tanto las carreras individuales como la trayectoria de las organizaciones deberían depender de los resultados de salud que ofrezcan. La financiación ha de repartirse, aunque sea mínimamente, según el funcionamiento relativo. No se precisa de mercado alguno para comparar comparables y actuar en consecuencia. Hace décadas que se admite que sólo una autonomía responsable puede acabar con el uniformismo inane. No perdamos de vista que en el continuo de Estados Unidos, Suiza, Holanda, Francia, Reino Unido y Cuba estamos entre Reino Unido y Cuba, pero sin la efectividad gubernamental ni el control de la corrupción del país que realizó la primera transición a la democracia en el mundo y erigió un imperio sobre una burocracia pública profesional.

Deterioro institucional

La oferta esclerosada y la utilización sanitaria desbocada en un país de producción pública dominante necesitan de una calidad institucional (de reglas sociales de juego, formales e informales) encomiable. España recuperó muchos puestos en

décadas recientes en las ordenaciones institucionales que atienden a la calidad regulatoria, imperio de la ley, estabilidad política, voz y rendición de cuentas, efectividad gubernamental y control de la corrupción; pero parece que últimamente nos hayamos apeado del mundo. España ha perdido posiciones en la ordenación de *Transparency International* (Chile y Uruguay quedan por delante, aunque con solapamiento de los intervalos de confianza), y para los más fiables baremos del Banco Mundial sólo estamos mejor que Italia y Grecia. La situación todavía no es pésima, pero ahora toca frenar el deterioro institucional con un mejor gobierno público.

España parece haber evolucionado hacia una partitocracia, el gobierno de partidos sin militantes pero con funcionarios cuyo futuro vital y laboral depende del propio partido, y para los cuales la conquista del poder no implica tanto disponer del instrumento de la Administración Pública para la implantación de políticas como conseguir un botín para repartir, primero, y acceder al poder económico y social, después²⁰.

El problema ahora no pasa por encontrar un nuevo Laureano López Rodó, y menos aún por aborrecer la política. Sólo con una mejor política habrá una mejor gestión pública (sanitaria incluida, claro), pero difícilmente habrá mejor política sin acabar con la financiación irregular de los partidos políticos, sin mayor democracia interna, sin una mejora de la ley electoral y sin una nueva normativa de los medios públicos de comunicación.

España dedica el 8,5% de su producto interior bruto a gasto sanitario, y la innovación tecnológica (tanto en lo que representa como innovación en sí como en lo que implica en el incremento del número de intervenciones sanitarias por asegurado) continuará siendo el principal factor explicativo de la expansión del gasto, y no el envejecimiento de la población. Se trata de ir configurando la cartera de servicios de manera que la cantidad y la calidad de vida que éstos produzcan justifiquen lo que cuestan. Y aquí la perspectiva válida es la de los ciudadanos (no los pacientes actuales ni los profesionales ni la industria farmacéutica o aseguradora); en ellos radica la soberanía decisoria. Difícilmente podrá esperarse la denegación de una prestación "popular". Se produce una inconsistencia entre lo que la sociedad necesita (a medio y largo plazo) y lo que aconseja la miopía electoral.

No convendría que la sanidad siguiera el camino de la educación. ¿Cuántos líderes políticos envían a sus hijos a institutos públicos? Un estado de bienestar para "pobres" es un pobre estado de bienestar, y la mediocridad es contagiosa, pues la excelencia se desalienta y emigra. Al fin y al cabo, siempre habrá una extraordinaria disposición individual a pagar por la mínima mejora real o imaginaria, disposición tanto mayor cuanto más rico sea un individuo y más cercana su muerte. Se trata de mantener un estado de bienestar cuyas prestaciones sean deseables por toda la población, la única garantía de disposición social a pagar (impuestos), la que permite incorporar tecnología efectiva sin la dualización social que supondría que el acceso a ésta dependiera de la capacidad individual de pago.

Propuestas para mejorar la calidad: consolidar el estado de bienestar y reducir la brecha simultáneamente aumentar la productividad

El SNS constituye uno de los exponentes del estado de bienestar, una de las mayores conquistas de la humanidad. La sostenibilidad del estado de bienestar depende de un buen funcionamiento que le proporcione legitimidad social y asegure la voluntad colectiva de financiarlo según la capacidad de pago individual, para que los ciudadanos puedan ser atendidos en función de su necesidad. Ha de preocupar, no obstante, que el

estado de bienestar de España aparezca, en el marco europeo, como poco eficiente y poco equitativo²¹. Hay que rectificar y aprender de las políticas efectivas de los países escandinavos y Holanda, que consolidan su estado de bienestar al mismo tiempo que aumentan la productividad en sus economías²².

Revertir el deterioro, estancamiento como mínimo, del SNS exige actuaciones diversas, desde la eliminación de las brechas de calidad hasta la consecución de una mejor política, pues sólo con una mejor política se conseguirá una mejor gestión sanitaria. Como trasfondo, la preocupación por el buen gobierno, entendido como las tradiciones e instituciones que determinan cómo se ejerce la autoridad en un país. Hay que consolidar el estado de bienestar al mismo tiempo que se mejora la productividad de la economía. En este capítulo argumentaremos desde lo macro hacia lo micro, sin por eso sugerir ningún orden de prelación.

Mejorar el gobierno: propuesta de un «banco de bienestar»

El factor con mayor responsabilidad en los próximos años en el crecimiento del gasto sanitario continuará siendo la prestación real media, seguido del factor demográfico²³. De ahí la importancia de los estudios de coste-efectividad incremental de las prestaciones sanitarias (comparando con las alternativas reales, no con placebos). La cuestión es si los aumentos del gasto sanitario valen lo que cuestan. Se trataría de financiar, sin dualizar la sociedad entre quienes podrían y quienes no podrían pagarlas, aquellas innovaciones tecnológicas y organizativas cuyo impacto en el bienestar social sea mayor que su coste, así como eliminar las perjudiciales.

Sabemos que en estos momentos, al margen de que tengamos más agencias de evaluación de tecnologías que cualquier país del mundo, las decisiones sobre fármacos, instrumentos, tecnología en general, instalaciones y profesionales no pasan el mínimo cedazo de impacto favorable en el bienestar²⁴. Son decisiones cada vez más políticas. Mal pronóstico para la deseabilidad (sostenibilidad) del estado de bienestar en España.

Aquí entra una propuesta sobre buen gobierno en relación al punto anterior. No siempre ha habido bancos centrales, pues solían ser los gobiernos los que manejaban políticas monetarias y fiscales. En años electorales se producían hemorragias de liquidez, con la consecuente inflación desatada. Sólo cuando los gobiernos se ataron al mástil y encargaron a unos bancos centrales independientes el control de la inflación se consiguió este objetivo. En España tenemos entes que se llamaban independientes, como RTVE, pero que no lo son, y agencias que dependen de ministerios. Dejemos las denominaciones de momento. Hablemos del «banco de bienestar» para significar claramente el grado de independencia requerido: como el del Banco de España²⁵.

El mandato genérico de este banco de bienestar sería consolidar y mejorar el estado de bienestar de manera compatible con el imprescindible aumento de la productividad de la economía española, contemplando la globalidad de todas las políticas sociales y el impacto de éstas a lo largo del ciclo vital de los individuos. Exactamente lo que, como se ha dicho, vienen haciendo los países escandinavos en las últimas décadas: mejorar la productividad y perfeccionar el estado de bienestar manteniéndose abiertos a la competencia internacional y con una flexibilidad que no desestime la responsabilidad individual ni la necesidad de trabajar.

En el campo sanitario, el banco de bienestar, admitiendo que la cobertura universal figura en su mandato, debería perfilar cuidadosamente la cartera de servicios e incorporar las prestaciones socialmente beneficiosas, y solo esas, como un *National*

Institute for Clinical Excellence pero vinculante para todas las administraciones.

El banco de bienestar sería un garante extraordinario para la vigilancia de pactos como el de Toledo sobre las pensiones; podría incluso incorporar ciertos automatismos consensuados que, funcionando administrativamente con independencia de la política, permitieran por ejemplo 1) acompasar la edad de jubilación con la esperanza de vida, 2) referir las pensiones a la evolución de los salarios de la población activa, o 3) dificultar la supresión del impuesto de sucesiones en el momento en que se intenta introducir la atención a la dependencia. El banco de bienestar evitaría además el sectorialismo excesivo de muchas políticas²⁶. Si las desigualdades evitables entre personas deben reducirse, la forma lógica de actuación es mediante la Educación Primaria, con énfasis especial en los hijos de familias desestructuradas, monoparentales o desarraigadas, no tanto con servicios sanitarios. También habría que considerar qué sentido tiene que algunos jubilados reciban muchos más recursos sociales a través de medicamentos inadecuados y iatrogénicos que por la vía de la pensión mensual.

Reducir la brecha entre lo que obtenemos y lo que podríamos obtener

Dos serían las intervenciones para conseguir reducir la brecha: disponer de más y mejor información y trabajar la calidad en la primera línea de atención sanitaria 1) Más y mejor información (y mucho más transparente) sobre la calidad asistencial.

No se trata tanto de investigar o desarrollar estudios concretos (que pueden tener su valor), sino de generar la información necesaria para orientar (y monitorizar los cambios) la mejora de calidad en el SNS.

Es una tarea cooperativa de autoridades públicas nacionales y regionales, pero también de mutualidades y aseguradoras privadas, y también de los agentes sociales. Las políticas de calidad y seguridad de las administraciones públicas no deben limitarse a las instituciones que gestionan directamente (nos preocupa el 25% de cesáreas en centros públicos y olvidamos el 35% en centros privados, con una alta tasa de crecimiento anual).

Sin embargo, sería recomendable pensar más en la información necesaria que en las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) que la deben acoger y facilitar. Es decir, los sistemas de información a desarrollar deberían estar más orientados a medir la brecha, deberían considerar la información a nivel de microsistema, deberían observar la (dis)continuidad asistencial y deberían permitir conocer el coste asociado a los (buenos) resultados

De hecho, ya se puede empezar con el conjunto de indicadores desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality, explotados por el Ministerio de Sanidad y Política Social²⁷ y validados por el grupo Atlas VPM^{4,12}; siempre y cuando se dé la condición de juego limpio, y desde la perspectiva de conocer para aprender. Estos indicadores, utilizados con inteligencia, forman parte de la agenda pública de países para los cuales la rendición de cuentas es indispensable. Empecemos a medir, pues, y vayamos sobre la marcha aprendiendo tanto de las mediciones como de los propios indicadores.

2) Apuesta más radical por la calidad en la primera línea de atención.

Los sistemas sanitarios están integrados por pequeñas unidades clínicas situadas en la «primera línea» de la atención de salud: servicios, equipos de Atención Primaria, unidades clínicas, microsistemas... Es en estas unidades donde se produce el contacto del paciente con el sistema de atención, donde se realizan los procesos, donde se producen los resultados de salud y

donde se configuran las experiencias de los pacientes. Los resultados del sistema sanitario no pueden ser mejores que los de estas unidades. Varias actuaciones resultan acuciantes en este nivel:

- a) Actuar prioritariamente sobre las cosas que se sabe que hay que hacer: allí donde se tiene conocimiento de qué se debe hacer (pruebas suficientes de la efectividad y la seguridad de una determinada «tecnología») toca gestionar ese conocimiento, hacerlo accesible y poner la organización al servicio de favorecer su utilización a tiempo y con pericia en aquellos que lo necesitan.
- b) Situar los incentivos de forma apropiada: allí donde la incertidumbre sobre la mejor estrategia clínica es predominante, los factores de la oferta o la fascinación por la tecnología van a tener un efecto preponderante, y el resultado esperado es una utilización desproporcionada y a menudo inadecuada.
- c) El audit médico, la evaluación de la adecuación, adquieren especial importancia: adecuación de los pacientes que entran en la lista de espera, adecuación de los pacientes que ingresan en el hospital, adecuación del tratamiento prescrito a un enfermo de bronquitis crónica en Primaria, etc.
- d) Por otro lado, y no menos importante, los incentivos organizativos o económicos no deberán profundizar el problema de la utilización desmesurada en un contexto de oferta esclerótica: no más carrera profesional sin nada a cambio, evitar el pago por acto (no más peonadas en procedimientos con incertidumbre sobre sus beneficios), asociar la financiación de los proveedores a su calidad (que ya se puede medir), disminuir la intensidad de la financiación (o del discurso) basada en el precio por unidad (DRG o parecidos) y orientarla a contrarrestar el número de cantidades producidas inadecuadamente.
- e) Finalmente, compartir decisiones puede resultar una estrategia razonable cuando los beneficios igualan los perjuicios y las preferencias desempeñan un papel principal.

Conclusión

El SNS español, en agregado, está bien situado en relación a sus pares. Aplicando el microscopio, la brecha entre lo que hacemos y lo que podríamos hacer es muy importante y está profundamente influenciada por una suerte de inercia promovida por una falta de liderazgo en el gobierno del sistema; en parte causa y en parte consecuencia de una utilización desmesurada del sistema en un contexto de oferta esclerótica y deterioro progresivo, o al menos estancamiento, institucional.

Hay herramientas para domesticar ese curso, están disponibles, pero hay que empeñarse en utilizarlas. Algunas afectan más a lo macro (transparencia, regulaciones correctas, salud en todas las políticas, banco de bienestar) y otras más a lo meso (como el desarrollo de sistemas de información inteligentes, o la evaluación de la adecuación y el desempeño que permitan incentivar los resultados y fomentar la autonomía responsable de las organizaciones sanitarias). Pero entre las más importantes están aquellas que pongan en primer plano los microsistemas, los profesionales sanitarios y su microentorno, la medicina bien hecha.

Financiación

El encuentro fruto del cual se publica este artículo fue patrocinado por la Obra Social de IberCaja y el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

Contribuidores

Ambos autores han participado por igual en todas las fases de desarrollo de este trabajo, desde el diseño hasta su formato definitivo.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores son plenamente responsables de las opiniones vertidas. Ninguna de las personas que participaron en el encuentro ni las instituciones organizadoras o patrocinadoras comparten necesariamente las premisas u opiniones planteadas en este trabajo. Solo cabe agradecerles la inspiración que produjeron las numerosas ideas expresadas durante el encuentro.

Bibliografía

- Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: updating an earlier analysis. *Health Aff.* 2008;27:58–71.
- Tugwell P, Bennet KJ, Sackett DL, et al. The measurement iterative loop: a framework for the critical appraisal of need, benefits and costs of health interventions. *J Chronic Dis.* 1985;38:339–51.
- Librero J, Peiró S, Bernal-Delgado E, por el 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 SNS.* 2005;1:17–36.
- Bernal-Delgado E, Peiró-Moreno S, on behalf of the Atlas VPM group. Quality of ambulatory care in the Spanish National Health System: analysis of three OECD indicators and some alternatives. Madrid: Ministry of Health and Consumer Affairs; 2009.
- Argüello L, Nevárez A, Pertejo V, et al. Análisis de la adecuación de la colonoscopia en un hospital terciario: magnitud y factores de riesgo asociados. *Gastroenterol Hepatol.* 2007;30(Suppl 3):6.
- Caminal J, Rovira J. Antibiotic prescription in primary health care: clinical and economic perspectives (Catalonia, Spain). *Eur J Public Health.* 2005;15:276–81.
- Ochoa S, Vilela F, Cueto B, et al., Grupo Español de Estudio de los Tratamientos Antibióticos. Adecuación del tratamiento de la faringoamigdalitis aguda a la evidencia científica. *An Pediatr (Barc).* 2003;59:31–40.
- Arana-Arri E, Gutiérrez-Ibarluzea I, Gutiérrez I, et al. Análisis comparativo frente a la evidencia del manejo de la osteoporosis en una comarca de atención primaria. *Aten Primaria.* 2008;40:549–54.
- Aranaz JM. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
- Aranaz JM. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- Martin MT, Codina C, Tuset M, et al. Problemas relacionados con la medicación como causa del ingreso hospitalario. *Med Clin.* 2002;118:205–21.
- Bernal-Delgado E, on behalf of the Atlas VPM group. Validation of patient safety indicators (PSIs) for the Spanish National Health System. Summary 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- Regidor E, Martínez D, Calle ME, et al. Socioeconomic patterns in the use of public and private health services and equity in health care. *BMC Health Services Research.* 2008;8:183.
- Bernal-Delgado E, Beltrán J, Martínez N, et al., por el Grupo Atlas VPM. Variabilidad en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama y de próstata. 2007. (Acceso 10 de octubre de 2009.) Disponible en: <http://www.atlasvpm.org/avpm/nodoUser.navegar.do?idObjeto=50&hijos=6&indice=1&subindice=1&marcado=1&vieneDe=ppal>.
- López de la Iglesia J, Escudero S, Martínez E, et al. Encuesta a los pacientes con cardiopatía isquémica sobre el modo de actuación ante los distintos síntomas de alarma. *Atención Primaria.* 2003;31:239–47.
- Rodríguez M, Álvarez I, Juvanteny J, et al. ¿Siguen utilizando incorrectamente los inhaladores nuestros pacientes asmáticos? *Atención Primaria.* 2003;32:269–73.
- López-Valcárcel BG, Pinilla J. The impact of medical technology on health: a longitudinal analysis of ischemic heart disease. *Value Health.* 2008;11:88–96.
- Casajuana J, Clavería A, Domínguez M, et al. Propuestas de transformación de la atención primaria en Galicia. Santiago de Compostela: Servicio Gallego de Salud y FEGAS; 2009. [consultado 1/12/2009]. Disponible en: <http://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/AtencionPrimaria/PlanMello ra/PropTransAPGal.pdf>.
- Ortún V, González B, Barber P. Determinantes y manejo de las retribuciones médicas. *Med Clíin.* 2008;131:180–3.
- Nieto A. El desgobierno de lo público. Barcelona: Ariel; 2008.
- Sapir A. Globalization and the reform of European social models. *J Common Mark Stud.* 2006;44:369–90.
- Lindert P. Growing public social spending and economic growth since the eighteenth century. Cambridge: Cambridge University Press; 2004.
- Puig-Junoy J, López-Casasnovas G, Ortún V. ¿Más recursos para la salud? Barcelona: Elsevier-Masson; 2004.
- Puig-Junoy J, Peiró S. De la utilidad de los medicamentos al valor terapéutico añadido y la relación coste-efectividad incremental. *Rev Esp Salud Pública.* 2009;83:59–70.
- Vaithianathan R, Lewis G. Operational independence for the NHS. *BMJ.* 2008;337:497.
- López-Casasnovas G. Una visión de futuro de las políticas de salud. *Gac Sanit.* 2009;25:458–61.
- Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. 2007. [consultado 9/10/2009]. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInclSanSNS/inclSanSNS_DB/htm.