

El gobierno de la sanidad frente a la crisis económica. Notas sobre economía de la salud y sostenibilidad del sistema sanitario

Juan M. Cabasés*

Juan Oliva**

1. Introducción: lo urgente, lo necesario.

La salud es uno de los pilares donde se apoya el bienestar de los individuos y las sociedades. Desde la perspectiva individual, aunque disfrutar de una buena salud no es condición suficiente para alcanzar o mantener un alto grado de bienestar y felicidad, en términos generales, es condición necesaria, como lo muestran los distintos estudios sobre felicidad realizados en los últimos años (Graham, 2008). Por otra parte, dado que la salud es un "bien" de naturaleza dual, consumo e inversión, la buena salud de las poblaciones, como parte integrante fundamental del *stock* de capital humano, tampoco asegura un desarrollo económico futuro, pero es condición necesaria para el mismo (Sachs, 2001; Shurckle, 2007; Comisión Europea, 2007).

Por otra parte, el Sistema Nacional de Salud (SNS) está siendo en nuestro país uno de los estabilizadores sociales clave para que la crisis económica no derive en una crisis social de gran magnitud. El que los ciudadanos tengan acceso prácticamente universal a la sanidad pública en nuestro país es un logro del que disfrutamos en todo tiempo, pero es un elemento de cohesión social y de protección de la salud que muestra todo su valor en momentos de crisis económica. En este sentido, las crisis económicas son elementos de importante riesgo para la salud, si bien a priori es complicado predecir sus efectos que dependerán del nivel de renta y de aspectos institu-

cionales de cada país (Dávila Quintana y González López-Varcárcel, 2010).

Dentro de este contexto, es un tópico referir que nuestro SNS es uno de los sistemas sanitarios de mayor calidad y éxito en el mundo, siendo muy barato, en comparación con los de otros países de nuestro entorno. Según los datos de la OCDE, en el año 2001 el porcentaje de PIB dedicado a sanidad ascendía al 7,2%. En el año 2009, último para el que existen datos comparados, alcanzó el 9,5% de nuestro PIB. Ello supone que se han recortado las diferencias en esfuerzo relativo en comparación con otros países de la UE de mayor renta per cápita que la nuestra, siendo nuestro esfuerzo comparable a Italia o al Reino Unido. Sin embargo, el ascenso observado en el año 2009 no se corresponde con una mayor cantidad de recursos destinados al ámbito sanitario, sino con una caída generalizada del PIB, ante la cual el crecimiento del gasto sanitario fue mucho menor. El gasto sanitario por habitante en España en el año 2009 era de 3.067 dólares (ajustado por paridad de capacidad adquisitiva, PPC), cifra similar al gasto sanitario por habitante en Suecia en 2004, cuando su PIB per cápita era similar al de España en 2009 (32.500 dólares PPC), ligeramente superior al gasto sanitario italiano per cápita y claramente superior al gasto sanitario por habitante en el Reino Unido. Por tanto, no es claro que nuestras cifras de gasto sanitario sean inferiores a las de otros países. No obstante, el gasto nos da una visión parcial, puesto que no nos indica qué obtenemos a cambio del mismo. ¿Cuál es el retorno de la inversión depositada en el sistema sanitario en términos de mejora de salud y bienestar de los ciudadanos? Es una cuestión de muy difícil respuesta.

* Universidad Pública de Navarra.

** Universidad de Castilla-La Mancha.

Aunque el 73,6% del gasto sanitario es público y la recaudación fiscal en los últimos tres años ha experimentado una fuerte contracción, paradójicamente, la crisis apenas había desnudado tales rigideces hasta hace unos meses, principalmente porque el riesgo se ha trasladado a los suministradores, incrementándose sin cesar las facturas pendientes de cobro. Esa bola de nieve tiene la perversión de la urgencia en su resolución. Y decimos perversión porque lo urgente suele ocultar lo importante. Sin embargo, sin resolver el problema de la deuda con los suministradores, las medidas de largo alcance probablemente se verán sepultadas por la asfixia financiera del corto plazo. Así, el primer paso, sería acordar un **plan de financiación plurianual que permita la reestructuración de la deuda acumulada en el medio plazo**, que podría orientarse en torno a los cinco años. La medida que debería acompañarla sería la revisión del modelo de financiación para el gasto sanitario, y la construcción de restricciones y penalizaciones que impidan que sean rentables las conductas de gestión temeraria que confíen en las tradicionales operaciones de saneamiento financiero del SNS.

Más allá de esta primera medida de urgencia, pero necesaria, el sistema precisa de cambios estructurales que incluso trascienden los puramente sanitarios. Por ello, un punto de arranque, que serviría de marco a las reformas estructurales que se proponen a continuación, sería la puesta en marcha de un **Pacto por la Salud**, de carácter más general que el fallido Pacto por la Sanidad recientemente propuesto, que englobara la prevención de la enfermedad y la discapacidad, y la atención a la enfermedad crónica y a la dependencia.

2. Cambios estructurales

En la actual situación, medidas puramente coyunturales no serán suficientes para apuntalar un Sistema Nacional de Salud solvente, para que las severas restricciones presupuestarias que nos acompañarán los próximos años no se traduzcan en deterioros de la calidad asistencial y para avanzar en la evolución de un SNS dirigido a metas de eficiencia y equidad. Hay medidas importantes, que apuntan a **cambios estructurales**, que no deben demorarse más puesto que debieron ponerse en práctica hace tiempo (Asociación de Economía de la Salud, 2009, Bernal *et al.*, 2011). La **mejora de la eficiencia** en la utilización de los recursos es la clave de las reformas que nuestro modelo sanitario necesita. En un estudio reciente, la OCDE concluye que, por término medio, la esperanza de vida de la OCDE, podría aumentar en más de dos años para 2017, manteniendo el gasto sanitario, si todos los países fueran

tan eficientes como los mejores. Al mejorar la eficiencia del sistema de atención de la salud, el ahorro del gasto público sería grande, cerca al 2% del PIB en promedio en la OCDE (1,7% en el caso de España) (OCDE, 2010). La idea es producir el máximo nivel de salud con los recursos disponibles. Ello ha de concretarse en la eficiencia en la gestión, es decir, desarrollar la actividad en los centros y servicios sin derrochar recursos y, además, seleccionar las actividades que promuevan la maximización de la salud.

2.1. La mejora de la eficiencia como guía de actuación

En primer lugar, como norma general, se debería **comenzar a financiar y a utilizar lo eficiente, no sólo lo efectivo**. Desde el punto de vista social, no individual, la norma a considerar es la eficiencia, no la efectividad. Una prestación o un servicio para ser eficiente debe ser efectivo y seguro, pero además debe haber demostrado que vale, desde un punto de vista social, lo que cuesta, porque el presupuesto dedicado a esa prestación impedirá dedicar los recursos a otras alternativas. Tanto la financiación (macro) como la adquisición y utilización de un servicio sanitario (meso y micro) deberían apoyarse en criterios transparentes guiados por el concepto de la eficiencia (balance coste efectividad) (Asociación de Economía de la Salud, 2008). No debe ser, obviamente, el único criterio, pero sí debe contemplarse como un criterio relevante. Y ello no sólo por ser una norma racional, y más en un momento de presupuestos menguantes, sino por añadir transparencia al proceso y ayudar a la generación de una cultura evaluativa dentro del mismo, que puede y debe transmitirse a lo largo de los niveles clínicos y de gestión del sistema (Meneu, Ortún, 2011). Esta norma general no es únicamente susceptible de ser aplicada a nuevas prestaciones, sino también a las ya existentes. Es decir, tendremos que ser capaces de utilizar la información ya disponible, y si fuera necesario generar nueva, para identificar aquellos servicios y situaciones donde **desinvertir** suponga un ahorro de recursos sin merma de la calidad asistencial, o incluso con ganancia de la misma. Debemos aclarar que estamos refiriéndonos a desinversiones en medicamentos, dispositivos, aparatos, procedimientos o servicios con escaso valor clínico, bien porque son inefectivos, bien porque el balance beneficio-riesgo no compensa su utilización, bien porque son innecesarios o bien porque aun siendo efectivos, no son eficientes (existen alternativas con mejor balance entre valor y coste social). Si identificamos (algunas ya lo están claramente) aquellas situaciones donde es posible desinvertir bajo las premisas anteriormente expuestas, no sólo es posible ahorrar de manera inteligente, sino reducir la atención sanitaria de calidad dudosa o inapropiada.

Dentro de este contexto, una medida demandada persistentemente desde el ámbito de la economía de la salud (pero también desde otros ámbitos profesionales) es la creación de una **agencia de carácter técnico e independiente**, que rindiera cuentas directamente al Parlamento y al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. La labor de dicha agencia sería orientar a los decisores sanitarios sobre la adopción de innovaciones en el medio sanitario y evaluar las políticas y programas implementados en dicho medio. Asimismo, su labor sería complementaria a la del **Comité de Coste-Efectividad de los Medicamentos y Productos Sanitarios**, pero de naturaleza diferente, al estar este último adscrito a la Dirección General de Farmacia y orientar sobre la conveniencia de financiar o no a cargo del presupuesto público los nuevos medicamentos y productos sanitarios aprobados.

2.2. Financiación y utilización basada en resultados

En materia de financiación, un tema esencial será eliminar los presupuestos estancos por nivel asistencial, que no fomentan sino la visión de “silo”. **Los recursos deben seguir al paciente** y no al nivel asistencial. Se puede apostar por diversas fórmulas pero la financiación capitativa, ajustada por riesgo población, sería adecuada para visualizar el coste integral de la atención a un paciente. Ello debe suponer además el ir arrinconando los presupuestos por actividad (pagar por hacer) e ir trasladando **el énfasis al pago por resultados en salud**. El enorme desarrollo de los sistemas de información implantados en los servicios de salud regionales en la última década hace posible ahora iniciar medidas de pagos en el margen por resultados. No obstante, para avanzar en el desarrollo de indicadores de centros y servicios y en la formalización de indicadores clave del SNS, para homogeneizar los indicadores de calidad utilizados en los contratos de gestión de las CCAA, para respaldar los estudios de variabilidad de la práctica clínica basados en utilización poblacional y emplear el *benchmarking* o análisis comparativos de los resultados en salud de centros y áreas, es clave que los decisores apuesten decididamente por políticas basadas en la transparencia.

En tiempos de escasez de recursos hay que buscar **formas de financiación complementarias**. Los mecanismos de participación privada en la financiación de inversiones sanitarias ayudan al desarrollo de los sistemas públicos en un marco de colaboración social y económicamente rentables. Junto a la colaboración de las empresas, también ha de promoverse la contribución voluntaria a la financiación de inversiones sanitarias, aunque no está tan arraigada en nuestra cultura, en la misma idea de las

donaciones en especie que contribuyen a la actividad sanitaria, como las donaciones de sangre y órganos.

2.3. Coordinación entre niveles y sistemas

Otro aspecto que deberá ser reforzado necesariamente es una **mayor coordinación asistencial** (atención primaria, especializada y salud pública) **e intersistemas** (sanitario y servicios sociales). Ello exigirá el rediseño del modelo asistencial para el gobierno clínico integrado de procesos, lo cual supone potenciar las estrategias de enlace y colaboración activa entre asistencia primaria y especializada, y buscar una colaboración activa para la gestión eficiente de pacientes crónicos, pluripatológicos y frágiles, que incorpore y generalice iniciativas de gestión de casos y de gestión de enfermedades. Asimismo, una mayor coordinación entre los servicios sanitarios y los sociales permitiría una más adecuada estratificación del riesgo y un mejor apoyo a los casos más complejos y a los pacientes más frágiles, evitando actuaciones inapropiadas y mejorando la calidad de la atención conjunta (SESPAS, 2011). Tomando por objetivo la coordinación de los servicios de atención social y sanitaria, existen sinergias que pueden favorecer el proceso, siempre y cuando éste se plantee desde la óptica de una cultura de cooperación. La parte de la atención social puede aprender de la reorganización de los sistemas de gestión y de información experimentada por la parte sanitaria en los últimos años, así como del proceso vivido por el SNS en su convergencia, desde el modelo sanitario previo, hacia un modelo de cobertura universal. Desde el lado sanitario, es necesario entender que la verdadera solución integral a los problemas crónicos de salud de las personas sólo podrá alcanzarse incluyendo en el diseño de sus programas asistenciales la experiencia y conocimiento que puede aportar el sector de la atención social. En ambos casos, los esfuerzos deben dirigirse hacia la promoción de la autonomía personal y no sólo a la atención de la enfermedad y la dependencia (Jiménez, Oliva, Vilaplana, 2011).

Asimismo, la **Salud Pública** debe jugar un papel determinante como elemento que cohesione a la atención sanitaria y a la atención social. Si el objetivo de la salud pública es garantizar que las personas vivan en condiciones saludables, entonces su ámbito de actuación, debe trascender el ámbito sanitario, e identificar y actuar sobre los determinantes de la salud presentes en ámbitos no sanitarios como la atención social, la educación, el mercado laboral, el urbanismo o las políticas fiscales, por citar algunas, en los que se generan o transmiten desigualdades sociales y de salud (Artazcoz et al, 2010; González López-Varcárcel, Ortún, 2010). El momento actual, con reformas organizativas y normati-

vas de la salud pública en España y con una nueva Ley de Salud Pública que adopta el principio de “Salud en Todas las Políticas”, es una gran oportunidad para impulsar la Salud Pública y que ésta sea pieza clave en el diseño de sistemas de información integrales, y aglutine los esfuerzos del sistema sanitario y de atención social en la asignación eficiente y equitativa de recursos con objeto de mejorar el bienestar de los ciudadanos. Pensemos que pese a la situación de recursos menguados que estamos experimentando, la evolución demográfica de la sociedad española en las próximas décadas hace que un elemento fundamental del sostenimiento de las cuentas públicas en el largo plazo sea el estado de salud de las personas que llegan a edades avanzadas. Y dicho estado de salud futuro está determinado por decisiones individuales y colectivas presentes. A ello, hay que sumar que muchas intervenciones de salud pública no requieren necesariamente disponer de un mayor presupuesto, sino de coordinar el diseño de políticas y estrategias multisectoriales. De ahí, la oportunidad de avanzar en este ámbito, pese a la crisis.

2.4. El buen gobierno de la sanidad y la complicitad de los actores

El **buen gobierno de la sanidad** debería ser la guía básica de funcionamiento del sistema. Las recomendaciones del Consejo de Europa sobre buena gobernanza destacan los valores de universalidad, solidaridad y equidad como particularmente importantes en los sistemas sanitarios públicos, y los principios de transparencia, participación, rendición de cuentas, efectividad, eficiencia y calidad en todos los sistemas sanitarios (Council of Europe, 2010). Los **aspectos éticos** han de tener una presencia destacada en el gobierno sanitario, promoviendo una cultura de integridad, buenas prácticas y de ética profesional a todos los niveles, códigos de conducta, atención a los conflictos de interés y prevención y detección del fraude y la corrupción. Las estructuras de gobierno de las instituciones sanitarias son instrumentos clave para el desarrollo del buen gobierno sanitario. Deberíamos revisar las existentes y valorar los cambios necesarios para ello, propiciando estructuras jurídicamente más flexibles, con órganos colegiados de gobierno en todas las organizaciones, mayor autonomía para los servicios sanitarios, gestión profesionalizada, participación de los profesionales y de los ciudadanos, y transparencia, haciendo pública por defecto, accesible y utilizable en Internet, toda la información disponible que no desvele datos personales (Gobierno Vasco, Consejería de Salud y Consumo, 2011). El buen gobierno del sistema sanitario precisa de la colaboración de todos los **agentes: profesionales, usuarios, gestores, empresas y Administración**.

2.4.1. Los profesionales sanitarios, la clave de las reformas sanitarias

Los recursos humanos son el recurso principal del sistema sanitario. Los profesionales sanitarios poseen motivación intrínseca, un elevado nivel intelectual, la relevancia de su desempeño es enorme, son agentes de sus pacientes, y de sus gerentes y consejeros de salud, tienen derechos de propiedad ilimitados sobre su actividad porque sus contratos son necesariamente incompletos, quedando a su discreción buena parte de las decisiones de actuación y, por tanto, de gasto. No obstante, muchos sienten insatisfacción en su desempeño en el sistema sanitario público. Y es que el sector público tiene dificultades para desarrollar mecanismos de incentivos apropiados. Cada vez más se reconoce la importancia de la **motivación** en el desempeño y el papel de los incentivos. Nuestra hipótesis, constatada en otros sectores económicos, es que la utilización de políticas de mando y control y de incentivos exclusivamente monetarios puede minar (*crowding out*) la motivación intrínseca de los profesionales sanitarios provocando el efecto contrario al perseguido. La identidad, una forma de alinear los objetivos de los profesionales y los gestores, sin embargo, puede atenuar la necesidad de incentivos monetarios. Es posible modificar la identidad de los profesionales también para ensanchar la motivación intrínseca (*crowding in*). Los incentivos hoy existentes como la carrera profesional no se consideran efectivos, debido a su incapacidad para discriminar el desempeño, la esencia misma de un sistema de incentivos. Igualmente, las medidas de control de las listas de espera que utilizan los programas de autoconciencia, pueden contener incentivos perversos que pueden llevar a ampliar los tiempos de espera a medio plazo. Hay que **rediseñar el sistema de incentivos** e invertir en un nuevo tipo de capital que denominamos capital motivacional (Berdud y Cabasés 2011). Una retribución adecuada, mayor autonomía en el desempeño de tareas, reconocimiento, tiempo para la formación e investigación, y una mayor participación en las decisiones pueden ensanchar la identificación de los profesionales con la organización, y alinear los objetivos de los responsables gestores y de los profesionales, trabajando conjuntamente por el logro de los objetivos establecidos en la estrategia de salud.

2.4.2. La responsabilidad de los ciudadanos con el sistema sanitario

La **corresponsabilidad de los usuarios** es otro pilar de un sistema sanitario eficiente. Las actuaciones de abuso moral o consumo excesivo por la gratuidad

del sistema han de ser corregidas introduciendo alguno de los mecanismos de racionamiento existentes: precios, tiempos de espera y delimitación de prestaciones, combinados con una respuesta del sistema sanitario al usuario en forma de información ágil para la decisión. Es decir, información sobre resultados y procesos, tiempos de espera mínimos en problemas graves, asignación cuando la precise de un gestor del caso, reducción de visitas por razones administrativas y otros. En definitiva, haciendo más atractivo al paciente el consumo eficiente que el comportamiento de azar moral. Ello requiere usuarios bien informados, competentes y comprometidos con la promoción y cuidado de su propia salud, bien formados en la utilización de los servicios. Esta es una tarea de largo plazo a realizar conjuntamente en los ámbitos de sanidad y educación. Además, la fiscalidad puede alterar comportamientos de los ciudadanos que afectan a su salud. Deberían evaluarse propuestas de penalización fiscal de consumos nocivos para la salud e incentivos positivos al consumo saludable, para reducir la necesidad de atención sanitaria.

Por otra parte, la utilización de tasas es común en los países de nuestro entorno en medicamentos, en atención primaria y especializada extrahospitalaria y, en menor grado, también en hospitalizaciones. España las utiliza únicamente en farmacia extrahospitalaria en trabajadores en activo de la Seguridad Social (40% del precio del medicamento, con muchas exclusiones y reducciones por condiciones crónicas), y que contribuyen a financiar aproximadamente un 6% de la factura de medicamentos prescritos con receta dispensados en oficinas de farmacia. El debate está abierto sobre la revisión del modelo de contribución del usuario al pago de medicamentos extrahospitalario, corrigiendo la condición de pensionista como criterio relevante en el pago de recetas en oficinas de farmacia, y trasladando la participación del usuario de acuerdo con la utilización y con su renta, tomando la precaución de imponer techos de gasto (por ejemplo, trimestrales) para no zaherir la equidad en el acceso a los servicios. Otras propuestas en estudio tratan de introducir tasas por utilización en atención primaria y urgencias. Sin embargo, no parece sencillo aislar el efecto disuasorio de otros no deseados (evitar únicamente consumo innecesario y no alterar el necesario). En general, no hay acuerdo sobre estas propuestas, que podrían contribuir a la toma de conciencia del coste de la asistencia pero que plantean costes de gestión y políticos elevados y riesgos en la salud de los usuarios, motivos por los cuales estas reformas, en caso de producirse, han de ser planteadas con cautela y con la exigencia de una evaluación continua de sus resultados en las dimensiones económica y de salud.

Conclusiones

En un contexto de ingresos públicos reducidos y con escaso o nulo margen para incrementar la deuda, parece un imperativo del que será difícil escapar el hacer mejor con lo mismo (o con menos). Expresado en términos más concretos, la solvencia de nuestro Sistema Nacional de Salud y la posibilidad de desarrollar políticas de salud intersectoriales que amortigüen los efectos de la crisis económica sobre la salud de los ciudadanos pasarán necesariamente por conjugar la gestión de los recursos con criterios de eficiencia, con un especial énfasis en la equidad de las políticas implementadas. Para ello, condiciones necesarias, aunque no suficientes, serán apoyarnos en las fortalezas de nuestro sistema, pero también identificar bolsas de ineficiencia, aprender de experiencias ajenas pero aplicarlas con inteligencia en nuestro medio, tomar decisiones informadas y cultivar la evaluación de nuestras políticas, no como una herramienta relativamente útil, sino como el cambio cultural necesario para que nuestro sistema sanitario continúe manteniendo y mejorando el bienestar de nuestros ciudadanos, tal y como lo ha venido haciendo en las décadas que nos anteceden. Como todo proceso, no es esperable que ocurra de la mañana a la noche, pero dada nuestra actual coyuntura lo urgente y lo importante van de la mano.

Una política de recortes indiscriminados conlleva una erosión de la calidad del sistema y arriesga la desafección del ciudadano hacia el sistema sanitario y hacia la política. Hay otras alternativas que defender. Hay que tomar decisiones inteligentes y bien informadas. Ello convierte en inaplazable la tarea largamente retrasada de que la cultura de la evaluación, la transparencia y la rendición de cuentas impregnen nuestro sistema sanitario de una manera mucho más decidida que hasta el momento. Las palabras transparencia y evaluación de políticas está marcadamente presente en los programas electorales de los partidos que concurrían a las Elecciones Generales del año 2011 y, concretamente, del partido político mayoritario en el Parlamento, partido que sustentará al Gobierno de España y a la mayor parte de los Gobiernos Autonómicos. Es justo reclamar que nuestros representantes cumplan sus compromisos. En momentos en los cuales a los ciudadanos se nos solicita asumir un esfuerzo compartido y comprensión hacia los ajustes que se producirán es justo reclamar a cambio esta contrapartida.

Referencias

ARTACÓZ, L.; OLIVA, J.; ESCRIVÁ, V., y ZURRIAGA, G. (2010). "La salud en todas las políticas, un reto para la salud pública en España". Informe SESPAS/Gaceta Sanitaria-2010; 24 (Suppl 1):1-6.

- ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD (2008). 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. Disponible en www.aes.es.
- ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD (2009). Aportaciones al diagnóstico sobre el SNS español para un Pacto por la Sanidad Disponible en www.aes.es.
- BERDUD, M., Y J.M. CABASÉS (2011). Incentives beyond the Money and Motivational Capital in Health Care Organizations. Public University of Navarra, Spain (mimeo).
- BERNAL, E.; CAMPILLO, C.; GONZÁLEZ, B.; MENEU, R.; PUIG-JUNOY, J.; REPULLO, J.R., Y URBANOS, R. (2011). La sanidad pública ante la crisis. Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable. Disponible en www.aes.es.
- CABASÉS, JM (Dir.) (2010). La financiación del gasto sanitario en España. Valoración del sistema de financiación, medida de la necesidad relativa y equidad. Fundación BBVA, Informes.
- COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES. "White Paper-Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013". Brussels, 2007. Accesible en: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf. Consultado el 11 de julio de 2008.
- COUNCIL OF EUROPE (2010). Recommendation CM/Rec (2010)6 of the Committee of Ministers to member states on good governance in health systems.
- DÁVILA, C.D., Y GONZÁLEZ, B. (2009). Crisis económica y salud. *Gaceta Sanitaria* 2009; 23(4):261-265.
- GOBIERNO VASCO, CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO. Recomendaciones del Consejo Asesor sobre el Código de Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca. Vitoria-Gasteiz, 2011: <http://www.irekia.euskadi.net/es/news/5158-buen-gobierno-sanidad-publica-vasca>
- GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCCEL, B., Y ORTÚN, V. (2010). Putting health in all welfare policies: is it warranted? A Southern European perspective. *J Epidemiol Community Health*. 2010; 64:497-9.
- GRAHAM, C. (2008). Happiness And Health: Lessons-and Questions-For Public Policy. *Health Affairs*; 27, 1.
- JIMÉNEZ-MARTÍN, S.; OLIVA, J., Y VILAPLANA, C. (coord.). Sanidad y dependencia; matrimonio o divorcio. (Atención sanitaria y servicios sociales: ¿una cuestión de integración o sólo de coordinación?). Cículo de la Sanidad. Madrid, 2011.
- LÓPEZ CASASNOVAS, 2010. Las cifras del gasto sanitario en su comparativa. Errores y omisiones *Gestión Clínica y Sanitaria*, 2010. Vol. 12, número 1.
- MENEU, R., Y ORTÚN, V. (2011). Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis- *Gac Sanit*. 2011;25 (4):333-8.
- OECD (2010). "Health care systems: Getting more value for money", OECD Economics Department Policy Notes, No. 2. Economics .
- OCDE (2011). Eco-Salud OCDE 2011. España en comparación.
- PUIG-JUNOY, J.; LÓPEZ-CASASNOVAS, G., Y ORTÚN ,V. (eds). ¿Más recursos para la salud? Barcelona: Masson; 2004.
- REAL DECRETO-LEY 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011. *Boletín Oficial del Estado*, nº 200. Sábado 20 de agosto de 2011.
- SACHS, J. (coord.) (2001). Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. World Health Organization. Geneva , Switzerland.
- SESPAS. Declaración de Toledo 2011. Disponible en: <http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/02.pdf> .
- SUHRCKE, M.; MCKEE, M., SAUTO ARCE, R.; TSOLOVA, S., Y MORTENSEN, J. (2005). The contribution of health to the economy in the European Union. European Communities. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.