

Resumen

Los sistemas sanitarios de éxito en el futuro serán aquellos que incorporen el concepto de eficiencia en la provisión de servicios de calidad, de tal modo que promuevan mejores cuidados y mejor salud con los recursos disponibles. La priorización de los recursos debería ir acompañada de transparencia y rendición de cuentas, y marcarse como objetivo minimizar el coste de oportunidad de los recursos sanitarios. El presente trabajo pretende formular un diagnóstico sobre los sistemas de salud de algunos países de la OCDE, con especial atención al caso español, fijándose para ello en los criterios empleados por cada uno a la hora de definir la cobertura sanitaria y la financiación pública; simultáneamente, se hace hincapié en la importancia de la reinversión, y se sugieren posibles líneas de actuación a fin de mejorar la eficiencia del Sistema Nacional de Salud en España.

Palabras clave: eficiencia, coste de oportunidad, recursos, financiación de la salud, evaluación económica, racionalización, reinversión.

Abstract

Future successful health care systems will be those that incorporate the idea of efficiency into the delivery of good quality care, thus, promoting better care and health with existing resources. The prioritization of resources should be achieved through transparency and account statements, aiming for the lowest opportunity cost of health resources. The aim of this paper is to diagnose some OECD health systems, in particular Spain's, in terms of their criteria for health coverage and public funding, to highlight the importance of disinvestment, and to provide potential actions in order to improve the efficiency of the Spanish health system.

Key words: efficiency, cost-opportunity, resources, economic evaluation, rationalising, reinvestment.

JEL classification: I11.

MEJORES CUIDADOS Y SALUD: INCORPORANDO EL COSTE DE OPORTUNIDAD EN EL PROCESO DE TOMAR DECISIONES

Marta TRAPERO BERTRAN

Universidad Castilla La-Mancha y Universitat Pompeu Fabra

I. INTRODUCCIÓN

LA estrategia de la *Triple Meta* (mejor salud, mejores cuidados y menores costes) debería servir de inspiración para un cambio de enfoque que deje de limitarse solo a los cuidados y se centre en la eficiencia en la salud de las personas y de la población. Hoy casi nadie discute que los sistemas sanitarios de éxito en el futuro serán aquellos que incorporen el concepto de eficiencia en la provisión de servicios de calidad.

De hecho, las expectativas futuras vienen a reforzar la tesis de que «no siempre quien más paga es quien mejores resultados obtiene». Hasta esta década, los proveedores de servicios sanitarios no habían sentido la necesidad de incorporar el concepto de eficiencia en su práctica diaria. Esto ha cambiado. Es mucho lo que hay en juego, y existe mucha presión para controlar el gasto sanitario. Cuantos más recursos dedique un gobierno a sanidad, menos recursos le quedan para invertir en empleo, educación y otras necesidades sociales apremiantes. Existe abundante literatura que corrobora que un mayor gasto no se traduce necesariamente en mejores cuidados o en un sistema sanitario que funcione mejor (OCDE, 2010a, 2010b y 2013). La clave estriba en sacar mayor rendimiento o «valor» al dinero público invertido en salud,

aunque no es una tarea fácil. Esto consiste en promover la rendición de cuentas dentro de los sistemas sanitarios, pero también en implantar nuevos incentivos que estimulen a proveedores, pacientes y, en general, a todos los agentes del sistema, a tomar decisiones eficientes que conduzcan a unos costes de oportunidad más bajos en términos de resultados de salud. España, al igual que otros países, puede alcanzar una mejor salud, aunque probablemente no mejores cuidados con menos dinero, con el mismo nivel de inversión.

El objetivo de este trabajo es diagnosticar algunos sistemas de salud de la OCDE, con especial énfasis en el caso español, y aportar herramientas y experiencias para tomar decisiones mejor informadas. A fin de diagnosticar el sistema sanitario y realizar algunas propuestas en referencia a las decisiones sobre gasto farmacéutico, en la sección II se describe el contexto que afrontan los países de la OCDE, y en particular España, en términos de financiación pública y cobertura de salud (haciendo referencia a cuestiones de transparencia). La sección III muestra las implicaciones y la necesidad de reinvertir los recursos para minimizar el coste de oportunidad en el sistema sanitario en España. En la sección IV se exponen las posibles actuaciones dirigidas a conseguir mejores cuidados y mejores resultados de

salud con la misma cantidad de recursos. Por último, la sección V recoge las conclusiones.

II. CRITERIOS PARA LA COBERTURA SANITARIA Y LA FINANCIACIÓN PÚBLICA EN EUROPA

La salud es uno de los pilares básicos del bienestar de los individuos y la colectividad. Aunque la atención sanitaria es uno de los servicios públicos más utilizados y valorados por los ciudadanos en España (AEEPP, 2013), la sociedad sigue considerando que no se realiza un buen uso de ella y que quedan muchos aspectos en los que hay margen de mejora (AEEPPCS, 2014). En un contexto de crisis económica como el que atraviesan numerosos países europeos, incluida España, la gestión eficiente de los recursos y las consideraciones sobre equidad han cobrado aún más relevancia por la mayor sensibilización de los ciudadanos, lo que se ha traducido en una mayor demanda de información sobre las decisiones en materia de financiación pública y cobertura en salud. En esta sección se describen las principales características de la cobertura farmacéutica y, a continuación, se presenta de forma resumida el proceso de fijación de precios y financiación de los medicamentos en un conjunto de países europeos. La fuente de la que se ha extraído principalmente la información es un Documento de Trabajo de la OCDE (Paris y Belloni, 2013).

1. Cobertura de los cuidados farmacéuticos

Para la atención de las necesidades sanitarias básicas de la población, algunos países europeos se han dotado de un Sistema Na-

cional de Salud (SNS) financiado por impuestos, como ocurre en Dinamarca, Italia, España, Suecia y Reino Unido, mientras que otros, como Bélgica, Francia, Alemania, Países Bajos o Noruega, han optado por un modelo de Seguridad Social basado en el seguro obligatorio. En todos estos países, la cartera de servicios comunes de prestación farmacéutica es definida desde una instancia central, si bien en España las comunidades autónomas pueden ofrecer prestaciones adicionales. Dicha cartera se define mediante listas positivas en casi todos los países. Bélgica, Francia, Italia y España cuentan con listas positivas de medicamentos para pacientes no hospitalizados y para pacientes hospitalizados, mientras que Suecia tiene una lista positiva para los cuidados prestados a ambos tipos de pacientes. Dinamarca y Noruega solo definen una lista positiva de medicamentos o fármacos para pacientes no hospitalizados. En contraste, en Reino Unido, todos los medicamentos están cubiertos por defecto, salvo que pertenezcan a una categoría excluida de cobertura por el SNS y/o que figuren en una lista negativa. En dicho país, los hospitales desarrollan sus propios formularios. Lo mismo sucede en Alemania, donde los medicamentos están cubiertos una vez que son introducidos en el mercado, salvo que pertenezcan a una categoría excluida.

Cada país se esfuerza por atender la infinita demanda que caracteriza a los mercados de salud, si bien los recursos con los que cuentan son limitados. El acceso a medicamentos caros depende, pues, de las decisiones tomadas por los proveedores, que están sujetos a limitaciones presupuestarias. Así, es importante establecer ciertos criterios

formales para ayudar en la toma de decisiones. Este proceso de priorización debería evaluar el coste de oportunidad implícito en la utilización de los recursos económicos del SNS.

2. Políticas de financiación y precios

Las decisiones sobre financiación se basan en un conjunto de criterios predeterminados. Esencialmente, dichas decisiones responden a dos grandes criterios: *a)* exclusivamente la utilidad terapéutica; y *b)* la utilidad terapéutica y el aspecto económico. Algunos países (Francia, Alemania, Italia) valoran, como base para la decisión de financiación, los componentes clínicos del nuevo producto, la naturaleza de la patología tratada o la existencia de alternativas asistenciales. Otros, sin embargo, toman las decisiones sobre la inclusión o no en la prestación farmacéutica basándose como requisito primario en una evaluación económica (caso de Bélgica, Países Bajos, Noruega o Suecia). Según Paris y Belloni (2013), los principales criterios utilizados en España para las decisiones de reembolso son: un precio razonable en relación con el valor terapéutico, el coste-efectividad (evaluación económica) y el impacto presupuestario. Una vez que un medicamento se ha considerado apto para ser incluido en la cobertura pública, se procede a la negociación del precio.

El método más frecuente de regulación de precios o de los precios de reembolso de los medicamentos parece ser la comparativa internacional y la referencia terapéutica. La excepción es Reino Unido, que, en la negociación de precios, utiliza los resultados de las evaluaciones económicas para

determinar un precio aceptable. Por tanto, cada país presenta diferentes instituciones responsables de la evaluación, de tomar decisiones y del reembolso. En España, la función de evaluación está encomendada a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, adscrita al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. El ministerio es responsable de las decisiones de reembolso, mientras que la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos está encargada de todo lo relativo a fijación de precios y su negociación.

3. Precios basados en el valor como base para las decisiones

Los criterios tenidos en cuenta para las decisiones sobre precios y reembolso son clave para comprender si el concepto de la eficiencia está integrado en el proceso de tomar decisiones. Se pretende que el «precio basado en el valor» sea un criterio utilizado en las decisiones relacionadas con la salud. De hecho, en 2010, el Departamento de Salud de Inglaterra y Gales en Reino Unido introdujo cambios con el fin de reformar sus sistemas de regulación de precios de los medicamentos, con más de cincuenta años de antigüedad. Los objetivos perseguidos al acometer dicha reforma eran «conseguir mejores resultados en salud, fomentar la innovación, lograr una evaluación más amplia y transparente y obtener un mejor valor en salud con los recursos invertidos por el SNS» (Departamento de Salud de Inglaterra y Gales, 2010). Efectivamente, este criterio busca definir lo que se puede considerar «valor» en el ámbito de la salud y lo que constituye un umbral de referencia de coste-

efectividad, reflejando el coste de oportunidad de los fondos del SNS asignados a medicamentos. La definición de valor añadido en salud no es una tarea fácil, lo que explica la dificultad de establecer criterios incluso en aquellos países en los que la evaluación económica se encuentra históricamente implementada cuando se toman decisiones. El concepto de valor se basa principalmente en las ventajas terapéuticas adicionales en términos de salud para los pacientes. Por lo tanto, este criterio implica que si un nuevo producto o una nueva indicación no posee ninguna ventaja terapéutica adicional, entonces la decisión acerca de su financiación dependerá de una reducción en el coste del tratamiento. En tal caso, la sociedad obtendrá el mismo nivel de cuidado y de salud, pero a un coste más bajo. Conviene señalar que los métodos analíticos de evaluación económica han de estar bien establecidos para que puedan utilizarse en las decisiones sobre precios y financiación. En 1999 nació en Inglaterra y Gales el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) con el fin de llevar a cabo evaluaciones sobre tecnologías sanitarias y ayudar a tomar decisiones a nivel local. Este organismo ha desarrollado métodos explícitos y transparentes para poder llevar a cabo evaluaciones económicas.

4. ¿Por qué España es diferente?

Desde la aprobación de la Constitución hasta el último Real Decreto Ley 16/2012, el coste-efectividad y la eficiencia deberían ser los criterios que rijan las decisiones sobre precios y financiación en España. Según Paris y Belloni (2013), los estudios sobre coste-efectividad se utilizan oca-

sionalmente en España para basar las decisiones sobre precios de los medicamentos. Sin embargo, en la práctica, la realidad parece ser muy distinta. Primero, si lo comparamos con la situación en otros países como Reino Unido, en España no existen criterios explícitos y transparentes declarados y establecidos por el Gobierno como base para las decisiones sobre precios y financiación. Segundo, aun cuando la evaluación económica se tenga en cuenta a efectos internos, no existen modelos analíticos acordados a nivel central para realizar análisis de evaluación económica. No fue sino hasta hace relativamente poco cuando el gobierno regional de Cataluña publicó unas directrices metodológicas para llevar a cabo evaluaciones económicas y de impacto presupuestario (Puig-Junoy *et al.*, 2014). Por último, no está claro qué institución es responsable de realizar las evaluaciones económicas. Por consiguiente, hasta que no se establezca la evaluación económica como el criterio para tomar decisiones en salud y, en segundo término, se marque un umbral de coste-efectividad en España, no existirá realmente la posibilidad de introducir el precio basado en el valor.

Actualmente, la prioridad del Gobierno consiste en adoptar medidas a corto plazo y contener el gasto sanitario. Sin embargo, según López-Casasnovas (2010), el gasto sanitario en España está en un nivel básicamente adecuado si nos atenemos a la renta per cápita y al tipo de sistema de salud existente en España. Habida cuenta de la fuerte disparidad en las dinámicas de gasto antes y después de la crisis, las reformas deberían ir fundamentalmente encaminadas a mejorar la eficiencia del sistema, y no a reducir el gasto en sanidad. De hecho,

el margen de mejora es muy amplio sin necesidad de alterar los pilares esenciales del sistema de salud público español.

III. LA REINVERSIÓN COMO «REQUISITO» PARA INCORPORAR EL COSTE DE OPORTUNIDAD EN LA TOMA DE DECISIONES

En economía, cuando se habla de costes, se incluye el «coste de oportunidad», entendiendo como tal el valor perdido por el hecho de no aplicar un recurso a su mejor uso alternativo (Culyer, 2005). Se suele admitir que varios de los recursos empleados en los sistemas de salud no se traducen en una mejor salud para la población (OCDE, 2010b); así sucede, por ejemplo, cuando se destinan recursos a prestar servicios que no suponen una mejora de la salud, o bien cuando se utilizan métodos ineficientes para prestar servicios, o cuando se cobran precios no competitivos por los servicios y productos sanitarios, etc. Estos canales de derroche implícito brindan oportunidades para reducir el gasto sanitario per cápita al mismo tiempo que mejoran los resultados clínicos y la experiencia médica de los pacientes.

En las últimas décadas se ha producido un crecimiento de la inversión a cargo de las empresas farmacéuticas en técnicas y tecnologías con escaso valor añadido en términos de salud. Como consecuencia, hay un amplio consenso sobre la necesidad de dejar de financiar tecnologías de bajo valor añadido (Nutti *et al.*, 2010). Las medidas de reinversión aparecen, pues, como ayuda en la consecución de este objetivo. Sin embargo, el término reinversión no debe entenderse como sinónimo de reducción de

la inversión o de desinversión. Siguiendo a Campillo-Artero y Bernal-Delgado (2013), este término debe emplearse para describir aquel proceso por el que las tecnologías sanitarias de menor eficiencia dejan de financiarse, en todo o en parte, con cargo a los recursos del Estado, destinándose los recursos liberados a fomentar otras tecnologías que aportan mayor valor en salud. La reinversión debe contemplarse como una actividad local, ya que puede que haya razones que justifiquen mantener una tecnología en un área clínica particular, tales como cambios demográficos, las condiciones de salud, los recursos, etcétera. La experiencia en esta área apunta, por ejemplo, a comenzar este proceso de reinversión prudentemente con tecnologías no seguras (con razones de coste-efectividad o coste-utilidad altas), que no se usen para tratar enfermedades graves, de alto impacto presupuestario, etc. Es importante acompañar estas medidas con el refuerzo del uso de tecnologías infrutilizadas que tienen una buena relación de coste-efectividad.

Como ya se ha detallado por Campillo-Artero y Bernal-Delgado (2013), varios países han demostrado que cuando la reinversión se realiza en tecnologías médicas debidamente seleccionadas utilizando criterios de eficiencia a través de métodos fiables y rigurosos, es posible liberar una parte del presupuesto fijo para financiar nuevas tecnologías con relaciones de coste-efectividad incrementales favorables. Esto minimiza su coste de oportunidad y mejora la eficiencia social de todo el sistema de salud. La estrategia de recortes que se está aplicando en varios países europeos solo sirve para paliar los efectos de la crisis, y no como mecanismo de mejora de la eficiencia.

Por ejemplo, países como Australia y Nueva Zelanda identifican tecnologías que se han revelado como no coste-efectivas y establecen criterios para priorizar tecnologías candidatas a la reinversión, lo cual incluye analizar los obstáculos que habrán de superarse. En Canadá se publican periódicamente listas de tecnologías y servicios seleccionados que resultan excluidos. En Nueva Zelanda se dan a conocer públicamente las decisiones tanto de inversión como de desinversión. En Europa, el país más adelantado a este respecto es Reino Unido a través del NICE, que posee experiencia en reducir el uso de tecnologías ineficientes. NICE identifica tecnologías candidatas a la reinversión y formula recomendaciones sobre priorización de la reinversión en aquellas tecnologías cuyo coste no justifica su valor en salud. Por otro lado, también genera información sobre los costes y los ahorros asociados a este proceso.

En España, las condiciones para la exclusión de determinadas tecnologías de la cartera de servicios comunes y el procedimiento para actualizarla vienen recogidas por la ley (Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003, Real Decreto 1030/2006 y Orden Ministerial SCO/3422/2007). Con todo, si bien España cuenta con un marco regulatorio que legalmente propicia la reinversión, su naturaleza descentralizada confiere a los proyectos de reinversión el carácter de iniciativas locales para cada comunidad. Por tanto, el sistema descentralizado español no facilita las cosas en términos de reinversión.

Así pues, la cuestión que debemos plantearnos es: ¿qué tecnologías deberían ser sustituidas, de modo que esos recursos se

destinen a otras nuevas, maximizando la eficiencia global del sistema de salud? La respuesta implica incorporar las nuevas tecnologías y sustituir aquellas otras que no maximizan los resultados de salud con el presupuesto fijo disponible. El proceso no es sencillo y se enfrenta a diversos problemas. No obstante, es importante trabajar en la consecución de este objetivo.

La reducción de los costes sanitarios no pasa exclusivamente por destinar un menor volumen de recursos, sino también por hacer un mejor uso de los recursos invertidos, incurriendo en un coste de oportunidad más bajo para la sociedad. La reinversión, la asignación de los recursos para la prestación de servicios con criterios explícitos y la incorporación del concepto de coste de oportunidad en la toma de decisiones podrían ayudar a conseguir mejoras en los cuidados y la salud a partir de recursos limitados.

IV. POSIBLES LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Con el fin de ayudar a racionalizar el gasto sanitario en España, son varias las actuaciones que podrían emprenderse desde el Gobierno español. Algunas organizaciones e instituciones, entre ellas la Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA) (Beltrán *et al.*, 2009) o la Asociación de Economía de la Salud (AES) (AES, 2013), han desarrollado y publicado medidas concretas para ayudar a mejorar el SNS en España.

El objetivo en Beltrán *et al.* (2009) era «dar un primer paso» para generar un debate activo sobre la necesidad de evolución del sistema sanitario actual en España. Esto incluye una serie de

cuatro medidas de impacto que sirvan para empezar a avanzar y sean referente para implantar nuevos cambios en el futuro. La primera medida consiste en introducir nuevos mecanismos de corresponsabilización de los usuarios. Con esta medida se pretende, por un lado, mejorar la calidad de la atención primaria induciendo a un mejor uso de la misma y fomentar más tiempo de atención al paciente por parte del médico. Con esto se busca un sistema más justo, que evite la naturaleza regresiva del sistema actual y que redistribuya el peso de la contribución entre los grupos sociales según su capacidad para asumirlo. Por ejemplo, las propuestas incluyen introducir un *ticket* moderador del consumo en atención primaria y urgencias. La segunda medida consiste en incorporar de forma sistemática las nuevas prestaciones y la innovación terapéutica en el sistema, tal como se ha mencionado anteriormente. La tercera medida aspira a incrementar la transparencia en el desempeño de los proveedores de servicios sanitarios con la intención de abaratar los costes y mejorar los resultados (Fung *et al.*, 2008; Mongan *et al.*, 2008; Shea *et al.*, 2007).

Y por último, pero no menos importante, se pretende fomentar la autonomía de gestión y los esquemas de incentivos a los centros y a sus profesionales.

Además de este trabajo, un libro de reciente publicación de la Asociación de Economía de la Salud (AES, 2013) presenta una relación de 166 propuestas a adoptar, agrupadas en cuatro grandes capítulos: 1) Financiación y cobertura pública; 2) Organización de la asistencia sanitaria; 3) Políticas de salud, y 4) Buen gobierno de la sanidad. Cada capítulo está subdividido en varios apartados.

Uno de los principales mensajes es que las reformas deben ir encaminadas prioritariamente a mejorar la eficiencia del sistema al tiempo que se mantienen los elementos esenciales que hacen reconocible al sistema sanitario público español. Así, debería explicitarse claramente el coste de oportunidad del presupuesto sanitario, a fin de decidir de modo transparente y cabal el volumen de recursos públicos que desea destinarse a financiar la atención sanitaria. Esta tarea requiere de la instauración de una auténtica cultura evaluadora a todos los niveles, y del refuerzo de las buenas prácticas de gobierno.

En lo que respecta a la cobertura pública de prestaciones, debería haber interés en revisar y adaptar de un modo objetivo y transparente los métodos de incorporación de nuevas tecnologías sanitarias. Por tanto, en primer término se necesitan agencias evaluadoras, personas o instituciones, como el NICE británico, que ayuden en este punto.

En segundo lugar, debería utilizarse la evaluación económica y el análisis de impacto presupuestario como herramientas clave para la toma de decisiones en financiación pública y fijación de precios de los medicamentos y productos sanitarios.

En tercer lugar, estos análisis deberían ayudar a identificar aquellos productos cuyo valor terapéutico añadido supere el coste de oportunidad de incorporar o mantener la innovación, y aquellos donde dicho valor es inferior. Esto es congruente con la utilización del concepto del «precio basado en el valor».

En cuarto lugar, deberían aplicarse guías y recomendaciones ya existentes (Abellán *et al.*, 2009;

López-Bastida *et al.*, 2010; Puig-Junoy *et al.*, 2014) para la presentación de estudios de evaluación económica y de impacto presupuestario de manera reglada. Ello debería complementarse con la consideración de otros elementos técnicos (como el valor terapéutico añadido), la importancia de la equidad, la gravedad de la enfermedad o la ausencia de alternativas de tratamiento relevantes, para superar las dificultades inherentes a los criterios de eficiencia.

En quinto lugar, se deberían impulsar investigaciones encaminadas a estimar de forma empírica cuál tendría que ser el umbral de eficiencia o precio máximo por unidad de efectividad/utilidad (Año de Vida Ajustado por la Calidad) del SNS. Dicho umbral «básico» debería ponderarse por aquellos factores que se juzgan relevantes para fijar el precio de las nuevas tecnologías sanitarias.

En sexto y último lugar, se debería desarrollar una estrategia a largo plazo de reinversión, de forma que los criterios de actualización de las carteras básica y suplementaria del SNS contemplen no solo la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias, sino también la desinversión en aquellas que revelen aportar un bajo valor en salud.

En cuanto a la financiación y la fijación de precios, existe la necesidad de impulsar políticas que fomenten la competencia en precios en el mercado de genéricos. Estas incluyen explorar medidas para mejorar el sistema actual de reembolso máximo en genéricos, medidas para mejorar el seguimiento de los precios competitivos a fin de reembolsar a las farmacias únicamente los costes realmente incurridos en su adquisición,

y medidas para promover la competencia en precios en las adquisiciones públicas basadas en subastas competitivas. Existe la necesidad de una profunda reforma del sistema de precios de referencia. Por ejemplo, y salvo que se demuestre lo contrario, este sistema ya incluye por defecto los nuevos medicamentos patentados. El sistema debe remodelarse para que refleje la realidad actual.

V. CONCLUSIONES

En síntesis, primero, el catálogo de prestaciones cubiertas por el Sistema Nacional de Salud debería inspirarse en criterios formales instaurados por el Gobierno. Segundo, las decisiones sobre financiación y fijación de precios deberían regirse por consideraciones de valor terapéutico y económicas. Tercero, las consideraciones subyacentes al «precio basado en el valor» deberían ser la norma innegociable en todas las decisiones relacionadas con la salud en Europa, utilizando la evaluación económica como el método de referencia. Cuarto, España no es diferente a otros países. Es necesario mejorar la transparencia y demostrar que la eficiencia es tenida en cuenta a la hora de tomar decisiones relativas al sistema sanitario. Quinto, debe entenderse la importancia y relevancia del concepto «reinversión» para impulsar aquellas tecnologías con superior valor clínico añadido mediante la liberación de recursos en aquellas otras menos eficientes. Y, por último, hay diferentes instituciones y asociaciones que elaboran recomendaciones específicas para nuestros responsables de la toma de decisiones con el fin de apoyar la salud en nuestro país, las cuales deberían ser escuchadas.

BIBLIOGRAFÍA

- ABELLÁN, J.M.; SÁNCHEZ, F.I., y MARTÍNEZ, J.E. (2009), «La medición de la calidad de los estudios de evaluación económica. Una propuesta de 'checklist' para la toma de decisiones», *Revista Española de Salud Pública*, 83(1): 71-84.
- ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD (AES) (2013), *Sistema Nacional de Salud: Diagnóstico y propuestas de avance*, Imcrea Editorial, Badajoz, España.
- AGENCIA ESTATAL DE EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS (AEPP) (2013), *La importancia de los servicios públicos en el bienestar de los ciudadanos*, Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.
- AGENCIA ESTATAL DE EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS (AEPPCS) (2014), *Calidad de los servicios públicos en tiempos de austeridad*, Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.
- BELTRÁN, A.; FORN, R.; GARICANO, L.; MARTÍNEZ, M.M., y VÁZQUEZ, P. (2009), «Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario». Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA) y McKinsey&Company. Disponible en: www.fedea.net/cambiosposible/documentos/sanidad_cambio_posible.pdf.
- CAMPILLO-ARTERO, C., y BERNAL-DELGADO, E. (2013), «Reinversión en sanidad: fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas», *Gaceta Sanitaria*, 27(2): 175-179.
- CULYER, A.J. (2005), *The Dictionary of Health Economics*, Edward Elgar Publishing, Printed in Great Britain.
- DEPARTMENT OF HEALTH ENGLAND AND WALES (2010), «Equity and excellence: Liberating the NHS». Crown Copyright. ISBN: 9780101788120. Disponible en: www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213823/dh_117794.pdf.
- FUNG, C.H.; LIM, Y.W.; MATTKE, S.; DAMBERG, C., y SHEKELLE, P.G. (2008), «Systematic review: The evidence that publishing patient care performance data improves quality of care», *Annals of Internal Medicine*, 148(2): 111-123.
- LÓPEZ-BASTIDA, J.; OLIVA, J.; ANTOÑANZAS, F., *et al.* (2010), «Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias», *Gaceta Sanitaria*, 24(2): 154-170.
- LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (2010), «Las cifras del gasto sanitario en su comparativa. Errores y omisiones», *Gestión Clínica y Sanitaria*, 12(1): 27-29.
- MONGAN, J.J.; FERRIS, T.G., y LEE, T.H. (2008), «Options for slowing the growth of

<p>health care costs», <i>New England Journal of Medicine</i>, 358(14): 1509-1514.</p> <p>NUTI, S.; VAINIERI, M., y BONINI, A. (2010), «Disinvestment for re-allocation: a process to identify priorities in healthcare», <i>Health Policy</i>, 95(2-3): 137-143.</p> <p>OECD (2010a), «Health care systems: Getting more value for money». OECD Economics Department Policy Notes n.º 2.</p> <p>— (2010b), «Value for money in health spending». OECD Health Policy Studies.</p> <p>— (2013), <i>Health at a Glance 2013: OECD Indicators</i>, OECD Publishing. Disponible</p>	<p>en: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en.</p> <p>PARIS, V., y BELLONI, A. (2013), «Value in Pharmaceutical Pricing». OECD Health Working Papers n.º 63, OECD Publishing. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/5k43jc9v6knx-en.</p> <p>PUIG-JUNOY, J.; OLIVA, J.; TRAPERO-BERTRAN, M.; ABELLÁN, J.M., y BROSSA, M. (2014), <i>Guía y recomendaciones para la realización y presentación de evaluaciones económicas y análisis de impacto presupuestario de medicamentos en el ámbito del Catsalut</i>, Generalitat de</p>	<p>Catalunya, Catsalut. Disponible en: www.20.gencat.cat/docs/salut/Minisite/catsalut/Proveidors_professionals/medicaments_farmacia/farmaeconomica/CAEIP/GAEIP_PUBLICA_CASTELLANO_12_03_14_CATSALUT.pdf.</p> <p>SHEA, K.; SHIH, A., y DAVIS, K. (2007), «Health care opinion leaders' views on the transparency of health care quality and price information in the United States» [último acceso, 5 de octubre de 2009]. Disponible en: www.commonwealthfund.org/usr_doc/Shea_HCOLtransparency-surveydatabrief_1078.pdf?section=4039.</p>
---	--	--