

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LAS FUTURAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD

María José Rubio Vidal

Conselleira de Sanidade de la Xunta de Galicia

Francisco Reyes Santías

Gabinete de la conselleira de Sanidade de la Xunta de Galicia

Resumen: *El propósito de los servicios públicos es la universalidad del bienestar social. El valor de los servicios públicos lo asigna el ciudadano por medio de la calidad percibida, la utilidad que recibe o el nivel de satisfacción al ver sus expectativas cubiertas. Para los responsables políticos, resulta difícil gestionar lo que no es fácil de medir, para ello hay que convertir el valor para los grupos de interés en objetivos corporativos fáciles de comprender. La microeficiencia es conseguir los mejores resultados de salud para un paciente concreto, con los recursos disponibles. Esto se instrumenta con el gobierno clínico (clinical governance) en el sistema sanitario y con la gestión de su salud por el propio paciente. Desde la perspectiva de los centros, la mesogestión sanitaria se ocupa de coordinar y organizar los recursos de todo tipo para producir asistencia sanitaria.*

Palabras clave: *Servicios públicos, microeficiencia, mesogestión, gobierno clínico.*

Abstract: *The goal for public sector is the universal supply of welfare. The public services value means the citizen considerations on their utility, quality and satisfaction. For the politicians it is difficult to manage something not easy to measure, thus, it is necessary to change the lobby's value onto public sector goals. Microefficiency means to achieve the best output for a singular patient, with the real resources. This could be managed through the clinical governance from the health care system and through the self care from the patients. From hospital's point of view, the meso management try to organize all kind of resources to produce health care.*

Key words: *Public service, microefficiency, meso-management, clinical governance.*

1. INTRODUCCIÓN

La Ley 14/1986, General de Sanidad, ha supuesto un hito fundamental en la sanidad de nuestro país, al establecer que la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española y que el acceso

y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva. Esta disposición ha supuesto la creación y desarrollo de un Sistema Nacional de Salud, en cuyo recorrido se han invertido los primeros veinte años de vigencia de la Ley.

Los próximos veinte años deberán dedicarse, igualmente, a continuar desarrollando el espíritu de la Ley y a consolidar el sistema sanitario, que es el resultado de una conquista social de la ciudadanía y un cimiento fundamental en la construcción del estado del bienestar, que caracteriza a las sociedades civiles que estructuran la Europa actual.

2. VIABILIDAD

Un problema que debe abordarse es la viabilidad financiera del sistema.

Respecto al argumento esgrimido por algunos autores de que la financiación pública de los servicios sanitarios es uno de los factores del incremento del gasto en salud, este ha sido contestado por la evidencia contraria, pues se asocia la financiación pública con un menor gasto en salud¹.

En España, el porcentaje del gasto sanitario público sobre el PIB en el 2002, ha sido del 5,4%, mientras que para Portugal ha sido del 6,5%, para Suecia del 7,9% y para Alemania del 8,4%, siendo la media de los países de la UE-15 del 6,4%. De la Europa de los 15, sólo Grecia tenía un porcentaje del PIB en gasto sanitario público inferior al de España, con un 5%, pero mientras Grecia, en el período 1992-2002, ha incrementado su porcentaje en un 14%, España en el mismo período ha disminuido su porcentaje en un 4%.

Además, mientras la presión fiscal media de la Unión Europea es del 41,98, la presión fiscal en España es del 35,6. El diferencial que se observa tanto en porcentaje del gasto sanitario público sobre el PIB como en la presión fiscal entre la media de la UE y las cifras españolas, permiten ver el futuro macroeconómico del gasto sanitario en España con tranquilidad.

Por otro lado, recordar que la sanidad, según el OBSERVATORIO FISCAL del Instituto de Estudios Fiscales, es el segundo servicio público con mayor utilización por parte

de los hogares españoles (el primero son las infraestructuras), es un servicio público considerado imprescindible por la mayoría de la ciudadanía, es la prestación o servicio considerada más accesible para todos los ciudadanos (49%, le sigue educación con el 17%), es el servicio que más justifica el pago de impuestos para el conjunto de la ciudadanía (52%, le sigue educación con el 15%), es el servicio considerado más adecuado al nivel de impuestos que se pagan (33%, le sigue educación con un 17%), es el tercer servicio que más contribuye a la distribución de la riqueza, por detrás de los servicios sociales y la educación y que sólo un 12% de los ciudadanos considera que la sanidad debería estar financiada por la iniciativa privada.

3. MICROEFICIENCIA Y MESOEFIENCIA

A juicio de los ciudadanos en España, la sanidad es el servicio público que tiene mayor margen de mejora, si bien, también es considerado mayoritariamente, el servicio público que más ha mejorado en los últimos cinco años y que se considera el mejor gestionado (20%, le siguen las infraestructuras con el 18%).

Sin embargo, es ese juicio de los ciudadanos respecto a que la sanidad presenta un amplio margen de mejora, el que ha llevado a los diferentes Gobiernos a promover las prestaciones sanitarias a través de Fundaciones, Entes de derecho privado, sociedades anónimas de capital público o consorcios, por poner varios ejemplos, con el pretendido objetivo de proporcionar una mayor flexibilidad en la gestión, particularmente de las relaciones laborales y comerciales.

En cualquier caso, e independientemente de la personalidad jurídica, las compras se pueden centralizar y descentralizar, el personal puede flexibilizar su movilidad y su contribución a la productividad del sistema (una prueba de ello es el estatuto Básico del Empleado Público),

se pueden implantar métodos contables de índole financiera y analítica en paralelo con el presupuesto y, en todo caso, jamás deberá prescindirse de unas formas y procedimientos que garanticen unas adquisiciones objetivas, transparentes y realizadas en las mejores condiciones.

El propósito de los servicios públicos es la universalidad del bienestar social. El valor de los servicios públicos lo asigna el ciudadano por medio de la calidad percibida, la utilidad que recibe o el nivel de satisfacción al ver sus expectativas cubiertas.

Desde el punto de vista de los responsables políticos, resulta difícil gestionar lo que no es fácil de medir y, en el intento, hay que convertir el valor para los grupos de interés en objetivos corporativos fáciles de comprender.

De aquí que sea vital diferenciar el valor del *output* (el volumen de producción) frente al del *outcome* (el impacto de los servicios públicos en los grupos sociales, como por ejemplo, la calidad percibida, la satisfacción de los usuarios o el incremento del bienestar).

Esta consideración nos permite apuntar que el sector público se orienta hacia el *best value*, término acuñado por el Partido Laborista inglés, que se refiere a la provisión de los servicios públicos con unos estándares de calidad y costes a fin de utilizar los recursos disponibles con economía, eficacia y eficiencia.

3.1. Microeficiencia

La microeficiencia es conseguir los mejores resultados de salud para un paciente concreto, con los recursos disponibles. Esto se instrumenta con el gobierno clínico (*clinical governance*) en el sistema sanitario y con la gestión de su salud por el propio paciente.

Tradicionalmente, el profesional sanitario debía decidir por su paciente, dado que la asimetría de información era abis-

mal y el paciente se veía incapaz de tomar una decisión por sí mismo, suficientemente documentada. Este escenario está cambiando, ya que los ciudadanos tienen cada vez mejor y mayor acceso a la información, con lo que cada vez van siendo más capaces de participar activamente en el proceso de toma de decisiones sobre su función de producción de salud.

Los consumidores de servicios sanitarios cada vez se involucran más en la toma de decisiones sobre su propia salud, gracias, en parte, a la Red. Más de dos terceras partes de los usuarios de internet en EE.UU., Francia, Alemania y Japón acceden a la información sanitaria *online*². Además, la demanda de contenidos sanitarios está creciendo el doble de rápido que en el resto de la Red³.

Según el estudio de Pew Internet⁴, la información de la Red influyó en la decisión sobre el tratamiento a seguir de casi 18 millones de americanos adultos y más de 10 millones hicieron nuevas preguntas o buscaron una segunda opinión, tras consultar información en la Red. En otro estudio, el 71% de los facultativos de EE.UU. encuestados opina que los usuarios que utilizan la Red para acceder a la información sanitaria son más propicios a cuestionar los consejos del facultativo⁵.

De entre los diversos modelos de relación entre médico y usuario, que abarcan desde el paternalismo absoluto por parte del médico hasta el modelo del consentimiento informado, que asume que el paciente quiere recibir toda la información para tomar sus propias decisiones, pasando por el modelo de las decisiones compartidas; los recientes estudios muestran la evidencia de que la mayoría de los pacientes se están inclinando por las decisiones compartidas.

Así, el estudio de Gatellari⁶, cuyos resultados muestran que el 47% de los pacientes entrevistados se situaba en la opción de la decisión compartida y un 40% opinaba que ejercían un papel menos acti-

vo del que ellos querían en la elección del tratamiento a recibir.

Otro estudio, éste centrado en pacientes de Atención Primaria, muestra que los factores que explican las preferencias de los pacientes son una mejor comunicación por parte del médico, una mayor participación del paciente en la toma de decisiones sobre su salud y la promoción de su salud⁷.

Las políticas para mejorar la eficiencia a nivel individual incluyen una mejor protocolización para reducir la incertidumbre, una mejor difusión de la evidencia científica para reducir variabilidad en la práctica clínica, el establecimiento de procedimientos de control de calidad de los procesos asistenciales, como las auditorías de calidad o los dispositivos automáticos de alerta, para evitar errores médicos y el incremento en la intensidad de las actividades de promoción y prevención.

Esto permitirá reconvertir el círculo vicioso asociado al incremento de la esperanza de vida que lleva a un incremento de la morbilidad y discapacidad, lo que conduce a su vez a un incremento de la demanda de servicios asistenciales; por un círculo virtuoso gracias a acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que disminuirán la morbilidad y discapacidad, lo que redundará en una esperanza de vida más saludable.

Está demostrado, sin ninguna duda, que las estrategias de promoción de la salud aplicadas durante los últimos 20 años representan una diferencia importante a la hora de abordar aquellas enfermedades y dolencias que se ven más considerablemente afectadas por el modo en que las personas eligen vivir.

A título de ejemplo, una de las intervenciones más cuidadosamente documentada ha tenido lugar, como muchos de vosotros sabéis, en Carelia del Norte, en Finlandia, donde la mortalidad cardiovascular ha experimentado, desde 1972, un descenso del 73%, mientras que la mortalidad por

cáncer de pulmón registró reducciones del 71% y la mortalidad por todas las causas en la población en edad de trabajar se ha reducido en un 50%.

3.3. Mesogestión

Desde la perspectiva de los centros, la mesogestión sanitaria se ocupa de coordinar y organizar los recursos de todo tipo para producir asistencia sanitaria.

Varias son las cuestiones que deberemos abordar en los próximos años, relacionadas con la sostenibilidad del sistema.

3.3.1. Variabilidad de la práctica clínica

Lo cierto es que, en nuestro país, en comunidades vecinas, la producción de unos mismos servicios se realiza en proporciones enormemente disímiles, lo que se traduce en una abultada variabilidad en el gasto sanitario. Este es el principal reto de gestión para los próximos años; el análisis y la reducción de la variabilidad de la práctica clínica.

Este problema está dando lugar a importantes bolsas de ineficiencia a nivel del sistema sanitario en la mayoría de los países de nuestro entorno. Por un lado, se utilizan en exceso, muchos recursos y tratamientos médicos de poca o nula efectividad marginal, en parte debido a la extensión de tratamientos efectivos a grupos de pacientes sin una indicación clara⁸. En este sentido, el sistema sanitario provoca, en ocasiones, efectos secundarios a la salud de las poblaciones, porque más no es siempre mejor⁹.

De hecho, las áreas de máxima utilización y máximo gasto no presentan mejores resultados de salud, ni en calidad ni en cantidad ni en satisfacción de los pacientes, que las áreas de gasto mínimo¹⁰.

Por otro lado, los adultos que viven en países desarrollados reciben solo la mitad

de la atención médica necesaria para las causas principales de muerte e incapacidad¹¹.

Esto es perfectamente lógico, si nos atenemos a evidencias sobre variabilidad de práctica clínica publicadas que muestran que la extensión de los patrones de comportamiento de mayor consumo de recursos a la totalidad de las áreas de salud conllevaría un incremento del 89% sobre los costes efectivos y, al contrario, el generalizar las prácticas clínicas de las áreas con menor consumo de recursos tendrían como resultado la liberación del 51% de los recursos empleados.

En línea con lo expuesto en relación a la segmentación de los grupos de población homogéneos y la oferta de servicios sanitarios, uno de los instrumentos que tendrá un mayor desarrollo y evolución será la Vía Clínica, como plan asistencial que defina y ordene secuencialmente actividades o intervenciones sanitarias para un grupo de pacientes con un curso clínico predecible.

Se establecerán mecanismos que permitan mejorar la participación de los pacientes en las decisiones clínicas y el diseño de acuerdos de incentívación, con los profesionales, que contribuyan a estimular el uso apropiado o, como mínimo, que no estimulen la utilización innecesaria.

No cabe ninguna duda de que las Agencias de Evaluación de Tecnologías tendrán un papel central en el análisis y la regulación de la variabilidad de la práctica médica y, por tanto, en las decisiones de asignación social de los recursos, en busca de eficiencia social, en los próximos años; en la senda del National Institute for Clinical Excellence, que evalúa tecnologías sanitarias y elabora guías de práctica clínica, imponiendo al sistema de salud del Reino Unido compromisos financieros para afrontar la cobertura pública de las tecnologías que recomienda¹².

3.3.2. Gobierno clínico

El término de *clinical governance* está vinculado a la responsabilidad social de la administración sanitaria, los gestores y los profesionales sanitarios, de garantizar la calidad de los servicios que el sistema sanitario presta a la población. Asumir esta responsabilidad supone un conjunto de valores culturales y de requerimientos estructurales y organizativos, sin los cuales, ese marco facilitador de las buenas prácticas asistenciales no es viable.

El *clinical governance*, en el NHS, surge como fundamento y eje de un nuevo marco estratégico de la política sanitaria en torno al cual se vertebra la política de calidad del mismo y su respuesta a la demanda social sobre los servicios sanitarios. De este marco estratégico se derivan toda una serie de acciones operativas que afectan al conjunto del sistema sanitario y a sus profesionales en un proceso de alineamiento estratégico, necesario para conseguir los objetivos planteados. En este marco, gestores y clínicos se encuentran en un espacio común en el que las buenas prácticas profesionales son la base que sustenta la calidad del conjunto del sistema y, en consecuencia, la de sus servicios a los pacientes.

El *clinical governance* debe entenderse como una fórmula que integra diferentes elementos (valores, técnicas de gestión, aproximaciones estratégicas, etc.), la mayoría de las cuales están relacionadas con la calidad (medicina basada en la evidencia, auditorías, acreditación, etc.). El *clinical governance* aporta como valor añadido un enfoque integral, estructurado y coherente que sitúa la calidad de las prácticas profesionales como el objetivo prioritario de las organizaciones sanitarias y por tanto como responsabilidad prioritaria de sus directivos y agentes.

El fundamento del gobierno clínico es el reconocimiento de que la promoción de las prácticas excelentes es uno de los prin-

cipales motores para la eficiencia económica en el sector.

Las claves del gobierno clínico vienen determinadas por la exigencia de la formación continuada con incentivos económicos para la formación de todos los profesionales del equipo; la auditoría clínica, con participación de los profesionales y de los ciudadanos en la elaboración de protocolos de calidad; el desarrollo de protocolos y guías de práctica clínica para asegurar la efectividad de las intervenciones sanitarias; los programas de investigación y desarrollo y la transparencia en la evaluación de los resultados del *clinical governance*.

De entre los problemas y obstáculos que los expertos han detectado en las experiencias y en sus propuestas para la aplicación efectiva del *clinical governance* la necesidad de establecer mecanismos para configurar la responsabilidad (*accountability*) destaca sobremanera. Las dificultades con el principio de responsabilidad provienen por un lado de que no está bien definido frente a quién se es responsable (¿frente los pacientes o frente a la administración?). El problema es claro puesto que los distintos sujetos ante los que se puede definir esa responsabilidad no tienen porque compartir unos mismos objetivos e intereses. Por otro lado, tendremos que definir la relación entre el proceso de responsabilidad y la autonomía del profesional. Este elemento se presenta como un obstáculo considerable dada la naturaleza multidisciplinar de la atención sanitaria y la marcada dimensión autónoma del profesionalismo sanitario. La última dificultad relevante radica en la necesidad de acompañar las iniciativas que requiere el *clinical governance* con los recursos necesarios y el tiempo de dedicación pertinente.

3.3.3. Integración de niveles asistenciales

Unido a lo anterior, debe evidenciarse que los paradigmas de la atención sanita-

ria están cambiando. En la década de los noventa, ha surgido en los sistemas nacionales de salud la idea de la separación de funciones, financiación-compra-provisión, que ha dado lugar al paradigma de la gestión por contrato y del que los contratos-programa son una consecuencia.

Con el inicio del presente siglo surge un nuevo paradigma, el de los sistemas de salud integrados. El objetivo es conseguir la integración de los niveles asistenciales y devolver el protagonismo al paciente, articulando en torno a él la organización del sistema y no al revés, mediante la cooperación y el gobierno clínico¹³.

La cooperación, a través de la integración, como elemento de superación de la segregación clínica, entendida esta como el ejercicio descoordinado de la atención primaria, especializada, mental y socio-sanitaria. Las organizaciones sanitarias integradas suponen la gestión de los diferentes niveles asistenciales bajo un mismo ámbito. El objetivo no es que el hospital o la atención primaria sean eficientes, sino que la combinación de ambos sea la adecuada, consiguiendo una mayor eficiencia en su conjunto.

Mientras los incentivos a la eficiencia del hospital y de la atención primaria sean independientes, lo que sucede actualmente, no habrá motivos para que se impulse la coordinación y seguirán compitiendo para maximizar su presupuesto de forma independiente. Además, es ingenuo pensar que tal coordinación puede resolverse creando una gerencia que tenga a su cargo ambos niveles asistenciales.

Las organizaciones de asistencia sanitaria han sido conceptualizadas por Mintzberg, como una burocracia profesional en la que la cadena jerárquica de control se pierde ante las decisiones de los profesionales sobre los recursos. Es evidente que la solución de la integración no pasa por un directivo unitario sino por la modificación de los incentivos en el conjunto de la organización que permitan la transforma-

ción de una burocracia profesional en una adocracia.

Además, la coordinación exigirá un uso intensivo de los sistemas de información para la identificación, evaluación y monitorización de los individuos que sean objeto prioritario de las intervenciones, su estratificación atendiendo a sus riesgos clínicos, la actuación multidisciplinar y coordinada, integrando las perspectivas especializada y generalista y los recursos dispersos en diferentes ubicaciones; para prestar la asistencia en el nivel menos agresivo y más resolutivo. Actualmente la distribución de tareas diagnósticas y terapéuticas entre los niveles de atención primaria y atención especializada responde más a la tradición que a la razón.

La atención primaria necesita, para alcanzar un grado óptimo de desarrollo, importantes inversiones; no debe decirse que la atención primaria sea menos costosa, sino que al reorientar los cuidados, sobre todo en las fases posteriores de la asistencia, las actividades y los recursos, éstos consiguen ser más eficaces y eficientes¹⁴.

Según recientes trabajos publicados, nuestro Sistema Nacional de Salud presenta diferentes elementos positivos para proceder a la integración asistencial, como la existencia de un financiador único, la universalidad de la cobertura, las potenciales economías de escala, la existencia de una red de atención primaria reforzada con una cartera de servicios definida o la existencia de algunos programas de atención domiciliaria para la atención a pacientes con patologías crónicas.

Los elementos considerados debilidades serían la descoordinación entre objetivos institucionales de la atención primaria y especializada, la falta de coordinación sobre recursos comunitarios, la escasa potencia de elementos de motivación e incentivos disponibles y la insuficiente tradición en el seguimiento de protocolos y guías.

En los países nórdicos y Holanda, las iniciativas de integración asistencial se han

centrado en fomentar el papel de las autoridades municipales, a cargo la compra de un paquete integrado de servicios sanitarios, sociosanitarios y sociales, descentralizando también a nivel municipal la responsabilidad financiera sobre las estancias hospitalarias derivadas del retraso de en la transferencia de enfermos crónicos y discapacitados a dispositivos comunitarios de rehabilitación y cuidados postoperatorios.

También destacan en estos países, los nuevos hospitales sociosanitarios comunitarios dirigidos por equipos de atención primaria.

En los estados Unidos y el reino Unido destacan experiencias de integración más ambiciosas que integran, a escala comunitaria, la atención en el sector sanitario con la atención sociosanitaria y la vivienda.

En cualquier caso, el diseño de los modelos asistenciales integrados deberá ir en la línea de los *integrated care pathways*¹⁵ o de la gestión de enfermos crónicos del NHS¹⁶.

3.3.4. Participación: profesional y ciudadana

El requisito de la transparencia entronca con la participación, tanto de los profesionales como de los ciudadanos. El trabajo en equipo propio del gobierno clínico exige aumentar las competencias reales de los organismos de participación profesional, en un modelo similar a los *chief officers* británicos así como establecer un sistema de participación de los equipos en la elección de sus responsables. Los servicios de salud deberán organizarse de abajo a arriba, avanzando hacia un modelo de descentralización profundo, con amplio liderazgo profesional.

La participación ciudadana plena en las decisiones que le conciernen es un elemento propio del ideal democrático. La constitución de Consejos de Salud de Área y de Zona Básica, como establece la Ley

General de Sanidad, es sólo el primer paso en el fomento de una cultura democrática de participación, cuyo objetivo debe ser construir sistemas de participación más sofisticados y efectivos a semejanza de algunas experiencias del Reino Unido como la que analiza los métodos óptimos para explicar las necesidades sanitarias en atención primaria¹⁷ con una encuesta postal a más de 6.000 ciudadanos sobre los servicios a prestar en la Atención Primaria o la experiencia del Plan de Salud de Oregón, para la distribución óptima de recursos sanitarios y que contó con 11 asambleas abiertas al público, 47 audiencias públicas con representantes sociales y una encuesta telefónica aleatoria a mil residentes del Estado de Oregón¹⁸.

Es importante subrayar el papel y el liderazgo que empiezan a tener las asociaciones de pacientes en España. Un ejemplo de ello es el Foro Español de Pacientes, que representa a más de 165.000 pacientes y a 350 asociaciones; en la línea del Active Italia o de las experiencias ya comentadas del Reino Unido.

La satisfacción de las necesidades de la población, definidas única y exclusivamente a través de la participación activa de los ciudadanos, ha de constituir un objetivo político irrenunciable; desde el convencimiento de la necesidad de asegurar la viabilidad de la sanidad pública a través de la mejora de la calidad de las prestaciones y la extensión de estas hacia las nuevas necesidades de promoción, prevención y asistencia sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Azeem Majeed, Aylin, P., Williams, S., Bottle, A., Jarman, B. (2004). "Prescribing of lipid regulating drugs and admissions for myocardial infarction in England". *BMJ*, vol. 329, 18 sept. .
- Clinicians, services and commissioning in chronic disease management in the NHS. The need for coordinated management programs. Report of a joint working party of the Royal College of Physicians of London, the Royal College of General Practitioners and the NHS Alliance. London: Royal College of Physicians of London; 2004.
- Dixon, J., Lewis, R., Rosen, R. Finlayson, B., Gray, D.(2004). "Managing chronic disease. Whatcan we learn from the US experience?". London: King's Fund.
- Fisher, E.S. (2003). "Medical care-is more always better?". *N Engl J Med*, 349: 1665-7.
- Fisher, E.S., Wennberg, D.E., Stukel, T.A., Gottlieb, F.L., Lucas, F.L., Pinder, E.L.(2003). "The implications of Regional Variations in Medicare Spending. Part 1: The Content, Quality and Accessibility of Care", *Ann. Intern. Med.*, 273-287.
- Gatellari, M., Bulow, PN., Tattersall, MH. (2001). "Sharing decisions in cancer care". *Soc. Sci. Med.*; 52: 1865-1878.
- González López-Valcarcel, B.(2005). "La eficiencia micro, meso y macro. Perspectivas del paciente, del centro y de la sociedad". *Gestión en el sector de la salud*, Vol. 1. , Prentice-Hall. Madrid.
- Harris Report.
http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters/healthnews/HI_HealthCareNews2002Vol2_Iss11.pdf
- Hopton, J.L., Dlugolecka, M. (1995). "Patient's perceptions of need for primary health care services: useful for priority setting?". *BMJ*; 310:1237-40.
- Leu, R.E.(1986). "The public-private mix and international health care costs", en A. Culyer y B. Jonson (eds.) *Public and Private Health Services*, Basil Blackwell, Oxford .
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, Moore, M., Gould, C. (2001). "Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observation study". *BMJ*; 332: 1-7.
- Martín Zurro, A. (1997). "Sobre la reforma de la atención primaria en España: entre la autocrítica y las propuestas

- neoliberales". *Atención Primaria*, 19: 105-107.
- NICE. <http://www.nice.org.uk>
- Oriol, A. "The Oregon Health Care Plan and Health Rationing". *Institut d'estudis de la Salut*. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Mimeo.
- Scally, G., Donaldson, L.J. (1998). "The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England". *BMJ*, Jul. 4; 317(71550):61-5.
- "Taking the pulse: Physicians and the internet".
<http://www.cyberdialogue.com/news/releases/2000/12-05-cch-pulse.html>.
- "The future of e-Health". <http://www.cyberdialogue.com/news/releases/2000/05-23-cch-future.html>.
- "The online health care revolution: How the Web helps Americans take better care of themselves". http://www.pewinternet.org/reports/pdfs/PIP_Health_Report.pdf.

NOTAS

1. Leu, 1986.
2. Harris Report.
3. "The future of e-Health".
4. "The online health care revolution: How the Web helps Americans take better care of themselves".
5. "Taking the pulse: Physicians and the internet".
6. Gatellari, Bulow, Tattersall.
7. Little, Everitt, Williamson, Warner, Moore, Gould, 1-7.
8. Azeem Majeed, Williams, Bottle, Jarman, 2004.
9. Fisher, E.S.: "Medical care-is more always better?". *N Engl J Med*, 349: 2003; 1665-7.
10. Fisher, Wennberg, Stukel, Gottlieb, Lucas, Pinder, 2003; 273-287.
11. González López-Valcarcel, 2005.
12. <http://www.nice.org.uk>
13. Scally, Donaldson, 61-5.
14. Martín Zurro, 1997; 105-107.
15. Dixon, Lewis, Rosen, Finlayson, Gray, 2004.
16. Clinicians, services and commissioning in chronic disease management in the NHS. The need for coordinated management programs. Report of a joint working party of the Royal College of Physicians of London, the Royal College of General Practitioners and the NHS Alliance. 2004.
17. Hopton, Dlugolecka. 1995; 1237-40.
18. Oriol.