

## REVISIÓN

## Sostenibilidad del sistema sanitario y contribución de los servicios de urgencias

Rosa María Urbanos-Garrido<sup>1</sup>, Beatriz G López-Valcárcel<sup>2</sup>

El objetivo del artículo consiste en describir las principales propuestas orientadas a garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), a partir de la revisión de los informes de diagnóstico y recomendaciones más relevantes que han sido publicados desde el comienzo de la crisis. Entre las propuestas más recurrentes aparecen la financiación selectiva de las tecnologías, la reorganización hacia una mayor atención a la cronicidad y una mejor coordinación entre niveles asistenciales y con la red sociosanitaria, y el impulso de la atención primaria. También abundan las relativas a la reforma del gobierno de la sanidad. Asimismo, el artículo examina brevemente las medidas adoptadas hasta el momento con el fin de reforzar la sostenibilidad del sistema, y de qué modo los servicios de urgencia pueden contribuir a este objetivo.

**Palabras clave:** Sostenibilidad. Servicios de urgencias. Crisis económica. Regulación gubernamental.

### *Health care system sustainability and the contribution of emergency departments*

The purpose of this paper is to describe the main proposals for ensuring national health service sustainability, in the light of a review of the most relevant diagnostic reports and guidelines published since the onset of the economic crisis. The following proposals are among the most frequently mentioned in the literature: selective financing of technology, reorganization to provide more care for chronic conditions and better coordination between levels of care and the network of social and health care services, and the reinforcement of primary care. Also commonly suggested is the reform of health care governance. Likewise, the authors briefly examine the measures adopted to date to promote the system's sustainability and discuss how the emergency department can further this aim.

**Keywords:** Sustainability. Emergency health services. Economic crisis. Governance and regulation.

### El reto de la sostenibilidad del estado del bienestar y de la sanidad

La sostenibilidad del sistema sanitario es un tema recurrente en las agendas políticas, que tiende a cobrar más relevancia en épocas de dificultades presupuestarias. Sin duda, la sanidad es uno de los pilares del estado del bienestar que compete con los otros por los recursos sociales limitados. Las comunidades autónomas (CCAA), que actualmente dedican más de un tercio de sus presupuestos a cubrir el gasto sanitario y cuentan para ello con un modelo de financiación no finalista, han de decidir qué parte de sus recursos asignan a sanidad y, por tanto, en cierto modo, qué parte detraen del resto de políticas). En consecuencia, el reto de la sostenibilidad afecta al conjunto de las políticas públicas, y muy particularmente al diseño del estado del bienestar, más que al sistema sanitario en sentido estricto.

Entre 1995 y 2002 el gasto sanitario público en España había experimentado un crecimiento medio acumulativo real (es decir, descontando la inflación) del 3,8%. Entre 2002 y 2009, creció un 5,8%. En una época en la que la economía española crecía a un ritmo superior que la de sus socios europeos, el ritmo de crecimiento del gasto sanitario superaba con creces la senda

seguida por los indicadores de renta y riqueza del país. Este hecho ponía ya en cuestión, antes del comienzo de la crisis, las posibilidades de sostener en el largo plazo el comportamiento pasado del gasto sanitario. Tras la "década prodigiosa", en 2009 España gastaba en sanidad el 9,3% de su PIB, con un gasto público equivalente al 6,9% del PIB<sup>1</sup>. Estos porcentajes ya se aproximaban a la media de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), ajustando por riqueza. La crisis económica se oficializó presupuestariamente en 2010, con una caída del 2,6% de gasto sanitario real<sup>2</sup>. Aunque el gasto no lo dice todo, pues los gastos de unos son los ingresos de otros y la cuestión relevante es cuánta salud y calidad de vida se compra con ese gasto, la crisis económica ha hecho insoslayable un debate que venía anunciándose desde tiempo atrás, a la vista no sólo del vigoroso crecimiento de los recursos públicos invertidos en la sanidad, sino también de las perspectivas de nuevos aumentos del gasto necesarios para enfrentar, entre otros, el reto del envejecimiento poblacional.

Comparando el gasto en protección social de España en su conjunto (sanidad, vivienda y exclusión social, familia, vejez, discapacidad, desempleo) con el de la Europa-15 (EUR-15), el porcentaje sobre el PIB es simi-

#### Filiación de los autores:

<sup>1</sup>Departamento de Economía Aplicada VI, Universidad Complutense de Madrid, España.

<sup>2</sup>Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión. Universidad de Las Palmas de GC, España.

#### Autor para correspondencia:

Beatriz González López-Valcárcel  
Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión, Universidad de Las Palmas de GC.  
Campus de Tafira.  
35017 Las Palmas, España

#### Correo electrónico:

bvalcarcel@dmc.ulpgc.es

#### Información del artículo:

Recibido: 30-4-2014

Aceptado: 17-6-2014

Online: 21-5-2015

lar (en torno al 25%), pero en España hay que dedicar un esfuerzo mayor a las prestaciones al desempleo, por su prevalencia. En cambio, se dedican comparativamente menos fondos a la atención a otros fines sociales como la invalidez, familia e hijos, o vivienda y exclusión social (la mitad que en la EUR-15)<sup>3</sup>. Además, la desigualdad económica es mayor en España que en el conjunto de la EUR-15. La ratio 80/20 de ingresos es de 6,8 en España, frente al 5,1 de nuestro entorno, y el estado del bienestar español es menos redistributivo<sup>4</sup>. Asimismo, con la crisis económica se ha ensanchado la brecha de desigualdad económica y de salud<sup>5</sup>.

El sistema de salud es un componente importante de la riqueza del país, y contribuye positivamente al crecimiento económico en tanto en cuanto forma parte de la inversión en capital humano. Por otra parte, la relevancia del sistema sanitario público como instrumento redistributivo es innegable. Una investigación reciente muestra cómo el gasto sanitario público reduce la incidencia de la pobreza en 10 puntos porcentuales, y la intensidad de la pobreza en 3 puntos. Además, el gasto sanitario contribuye de forma importante a reducir la desigualdad de la renta, como demuestra el hecho de que el índice de Gini de la renta disponible que incluye al gasto sanitario se cifre en 0,28, mientras que el Gini resultante de ignorar el aseguramiento sanitario se eleve a 0,32<sup>6</sup>. El sistema sanitario en general es, por tanto, una pieza clave en las políticas de redistribución, y dentro de él juegan un papel importante la atención primaria y las urgencias. Así como, prácticamente en toda Europa, los servicios de atención especializada y los preventivos tienden a ser más utilizados (a igual necesidad) por las personas de mayor nivel de renta, en algunos países, entre los que se incluye España, este hecho parece relativamente matizado por los patrones “pro-pobres” en la utilización de la atención primaria. Asimismo, algunos trabajos también identifican, para España y para otros países desarrollados, la presencia de desigualdades “pro-pobres” en la utilización de servicios de urgencias<sup>7,8</sup>.

El sistema sanitario se enfrenta a un reto doble: conseguir la sostenibilidad del sistema a medio y largo plazo, haciéndolo inmune –en lo posible– a las crisis económicas, presentes y futuras, y preservar sus funciones redistributiva y de cohesión social, que se configuran como fuentes principales de legitimación. En este artículo se revisan las actuaciones que se han desplegado hasta el momento con el objetivo –en ocasiones más aparente que real– de avanzar en la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), y se analizan resumidamente sus efectos. Asimismo, se describen las principales propuestas que se han lanzado desde distintos ámbitos, y se examina de qué modo los servicios de urgencias pueden contribuir al objetivo de la sostenibilidad.

## El contexto: restricciones exógenas en sanidad y políticas anticrisis

La crisis económica iniciada en 2008 impone fuertes restricciones exógenas al sistema sanitario. Sanidad y

educación han de asumir la mayor parte del coste del ajuste a corto plazo pero, además y en paralelo, el Plan de Estabilidad 2013-2016 incorpora un escenario de ulteriores recortes presupuestarios<sup>9</sup> desde el 6,3% de gasto sanitario público sobre el PIB en 2011 al 5,4% en 2016. La exigida “austeridad” se ha traducido en reducciones del gasto sanitario público en una secuencia temporal de fácil a difícil, empezando por cosechar las manzanas más bajas y accesibles del árbol<sup>10</sup> mediante recortes lineales de precios (salarios, precios de medicamentos), así como paralización de inversiones y en algunos casos cierre de servicios.

Las primeras medidas de choque aprobadas en 2010 van enfocadas hacia la reducción del gasto farmacéutico por la vía de la reducción generalizada de precios (Real Decreto Ley –RDL– 4/2010 y RDL 8/2010) mediante la modificación de la estructura de los márgenes de farmacias o la aplicación de descuentos al SNS, la implantación de procedimientos de compras públicas centralizadas, la adecuación de envases al tratamiento y el fomento de la prescripción por principio activo (RDL 9/2011). La aplicación de ese conjunto de medidas supuso que el gasto público en farmacia se redujera un 0,3% entre 2009 y 2010, y un 8,5% entre 2010 y 2011, según la Estadística de Gasto Sanitario Público<sup>11</sup>.

En 2012 se aprueba el RDL 16/2012, que supone una auténtica reforma estructural del sector, pues afecta, además de a la prestación farmacéutica, los recursos humanos y la definición de la cartera de servicios, al propio núcleo del modelo sanitario, al limitar el derecho a la asistencia al “asegurado” a pesar de que la financiación procede de los impuestos generales. El RDL reduce el gasto sanitario público en sus tres dimensiones: cobertura (dejando fuera a los inmigrantes irregulares y comunitarios no residentes, además de a otros colectivos nacionales), cartera de servicios (con la aparición de las carteras suplementaria y accesorias, sometidas a aportaciones del usuario) y reforma del copago farmacéutico preexistente (con la eliminación de la exención a los pensionistas y la elevación de los porcentajes de contribución para una parte de los activos).

Las medidas adoptadas para combatir la crisis afectan al acceso y la utilización de recursos sanitarios. En principio, para aquellos colectivos que quedan excluidos de la cobertura pública, cabe esperar una caída en el uso de los servicios que han dejado de ser accesibles, y un incremento en los de carácter sustitutivo a los que continúan teniendo derecho, como las urgencias, aunque aún no se dispone de datos oficiales que confirmen estos hechos. Un argumento similar se aplica a la exclusión de la financiación pública de una parte de la prestación farmacéutica (algo más de 400 medicamentos de uso común). No obstante, el efecto sustitución hacia alternativas financiadas posterior a la desfinanciación puede tener consecuencias no deseadas en el gasto sanitario<sup>12</sup>.

En lo que respecta a la reforma del copago, se ha producido por primera vez una caída muy considerable de las recetas como efecto inmediato (6,1% en 2012) que, sin embargo, van recuperando su tendencia anterior<sup>13</sup>, por lo que no está claro que a largo plazo esta

medida contribuya a la sostenibilidad pretendida. Sin mencionar los previsibles efectos distributivos que tendrá este nuevo copago, en ausencia de límites máximos para los activos.

Por otra parte, las restricciones presupuestarias se han manifestado en un aumento de las listas de espera quirúrgicas (de 71,4 días en 2008 a 76 en 2012), con percepción clara de empeoramiento por los ciudadanos (en 2007 sólo el 11% consideraba que las listas de espera estaban empeorando; en 2012, el 30%).

Las normas promulgadas en los últimos años han sido criticadas por su arbitrarismo y por los errores técnicos que contienen<sup>14</sup>. Tal vez la mejor caracterización de las políticas sanitarias de esta crisis es que corresponden más a los departamentos de hacienda que a los de sanidad, y que las decisiones clave se han tomado espoleadas por las exigencias del corto plazo. Los ingresos no financieros de las administraciones públicas cayeron un 10,8% entre 2007 y 2013. Dada la limitación en el recurso al crédito y los techos de deuda y déficit público, las reducciones del gasto público se han impuesto de forma perentoria. La sanidad, que representa en torno al 40% del gasto de las CCAA, ha tenido que asumir una gran parte de los ajustes, junto con educación. Un riesgo es que la urgencia de reaccionar a los problemas a corto plazo relegue las grandes cuestiones, priorizando las políticas para salir de la crisis sobre las consideraciones de sostenibilidad y equilibrio a largo plazo<sup>15</sup>, e ignorando las consecuencias que dichas políticas pueden tener sobre la equidad y sobre la salud de la población.

## El reto de la sostenibilidad y las propuestas de reforma

Desde 2008 se han publicado muchos informes de diagnóstico y recomendaciones sobre la sostenibilidad del SNS, por organizaciones científicas y profesionales<sup>16,17</sup>, sociales<sup>18-20</sup>, servicios de estudios y asimilados<sup>21,22</sup>, consultoras<sup>23-25</sup>, y hasta por el propio Congreso de los Diputados<sup>26</sup>. Varios de los informes se han elaborado bajo patrocinio de organizaciones sectoriales, como la industria farmacéutica o de tecnología. Además, un nutrido número de académicos y expertos, cuyas referencias se omiten por razones de espacio, han hecho aportaciones en revistas científicas.

Aunque los informes suelen coincidir más en diagnóstico que en terapéutica, hay patrones comunes. Uno de ellos es la introducción de criterios de racionalización en la incorporación de las nuevas tecnologías a la cartera de servicios y, más concretamente, el empleo de criterios de coste-efectividad en los procesos de evaluación de tecnologías sanitarias. En algunos casos llega a proponerse la creación de un organismo a imagen y semejanza del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) británico<sup>16,22</sup>. Una nueva política de financiación selectiva de tecnologías sanitarias y servicios, basada en el valor que aportan, puede reorientar decididamente las estrategias basadas en recortes lineales que, aunque son rápidas y fáciles de implementar, abo-

can al sistema a perpetuar y aumentar sus ineficiencias crónicas. Para poder invertir hay que desinvertir, de ahí que valga la pena el esfuerzo, ya iniciado, de elaborar una "lista de procedimientos candidatos a desinversión, monitorizar su utilización y estimar el coste de oportunidad derivado de su uso"<sup>27</sup>. La desinversión (reinversión) en sanidad es un elemento esencial de las reformas<sup>10,16,22,28</sup>.

La reorganización hacia una mayor atención a la cronicidad y una mejor coordinación entre niveles asistenciales y con la red sociosanitaria también se encuentran entre las propuestas más recurrentes, que incluyen la necesaria potenciación de la atención primaria de salud. Las reformas relacionadas con la gestión de los centros, la gestión de los procesos y también del personal aparecen con distinta orientación y grado de detalle en la práctica totalidad de los informes analizados. Cabe destacar el énfasis de los informes elaborados por las sociedades profesionales, como el de la Organización Médica Colegial (OMC), sobre las acciones relativas a la formación, contratación e incentivos de los profesionales sanitarios. A este respecto, conviene señalar la importancia de reducir el importante absentismo laboral como parte de las políticas de mejora de la eficiencia, así como de diseñar estructuras de incentivos que orienten la actividad asistencial hacia los procedimientos más coste-efectivos.

Las medidas de prevención y promoción de la salud también son mencionadas por una parte de los informes publicados<sup>16-17,20,22,23</sup>. En algunos casos se insiste en reforzar las acciones de salud pública y comunitaria a través del desarrollo de la estrategia denominada "Salud en todas las políticas", cuyo fundamento consiste en afectar a la salud a través de todos aquellos factores que la condicionan, y que en su mayor parte son ajenos a la prestación de asistencia médica: pobreza, nivel educativo, empleo y condiciones laborales, situación de la vivienda e incluso niveles de capital social, entre otros<sup>16,22</sup>. Dicha estrategia, además de avanzar hacia la sostenibilidad del sistema, sería compatible con la reducción de las desigualdades sociales en salud.

Por otra parte, prácticamente todos los trabajos analizados hacen referencia al papel que los copagos deben jugar como mecanismo de racionamiento y racionalización, lo que sin duda debe atribuirse a la enorme repercusión mediática que provoca cualquier propuesta al respecto, más que a su potencial contribución a la sostenibilidad del sistema a largo plazo. Aunque las reformas planteadas difieren, en general se apuesta por una extensión de los copagos con el fin de moderar el consumo de servicios innecesarios, con cautelas para minimizar su impacto sobre los más enfermos y sobre la población de renta más baja. Sólo uno de los informes consultados se opone abiertamente y sin ambages a esta medida<sup>19</sup>. Asimismo, es muy frecuente encontrar referencias a la necesaria mejora de los sistemas de información, que apelan a una mayor transparencia y a la reforma de las estructuras de gobernanza<sup>16,20-22</sup>.

En cambio, otro conjunto de reformas aparece en menor número de ocasiones, como los sistemas centrali-

zados de compras<sup>19,20</sup>, la generalización en el uso de las tecnologías de información y comunicación<sup>23</sup> o el fomento de la e-Health<sup>24</sup>. Finalmente, la orientación de las propuestas difiere radicalmente entre algunos de los trabajos publicados, sobre todo en el papel que ha de jugar el sector privado. Mientras en algún caso se apuesta claramente por las fórmulas de colaboración público-privada y por la alianza entre el sector público y los aseguradores y proveedores privados<sup>25</sup>, en otros queda clara la desconfianza hacia este tipo de soluciones<sup>16,19,22</sup>.

Las discrepancias que existen entre los distintos análisis del sector se manifiestan en lo que respecta a las soluciones propuestas pero, muy particularmente, a cómo deben priorizarse. Así, expertos y sociedades científicas tienden a conceder alta prioridad a las medidas relacionadas con el buen gobierno (control de la corrupción, del clientelismo político y de los conflictos de interés), la transparencia del SNS y el refuerzo de la atención primaria, pues conciben que difícilmente la aplicación de medidas aisladas que no vayan acompañadas de estas reformas pueden contribuir verdaderamente a garantizar la sostenibilidad<sup>29</sup>. También es muy alta la prioridad que conceden esos trabajos a los temas relacionados con la evaluación de tecnologías.

Por último, cabe destacar que las soluciones ofrecidas se centran mayoritariamente en el control del gasto, aunque algunos análisis dedican espacio a señalar la importancia de contar con una financiación estable y equitativa, que impida la generación y acumulación de nuevas deudas<sup>16-17,25</sup>.

## La utilización de los servicios de urgencias y emergencias y la sostenibilidad del sistema

La necesidad y la demanda de los servicios de urgencias están determinadas en gran medida por elementos exógenos a dichos servicios, e incluso a la red asistencial. Hay una amplia literatura sobre la utilización de los servicios de urgencias como efecto o consecuencia del funcionamiento del resto de la red asistencial. El uso inapropiado de los servicios de urgencias hospitalarios en España se asocia, entre otros, a su inadecuada utilización para problemas no urgentes como sustituto de la atención ambulatoria, sobre todo de la atención primaria, debido a problemas de organización o acceso<sup>30-33</sup>. Como efecto secundario, se produce su saturación<sup>34,35</sup>. En 1987, según la Encuesta Nacional de Salud de España, el 13,3% de la población en España acudió durante el último año a un servicio de urgencias; en 2006, el 30,8% (aumento del 156%, pasando el total de utilizadores de 11,8 millones a 16,6 millones de personas). El aumento ha sido mayor incluso en la población de edad avanzada: un 233% para los mayores de 75 años. En 2011-12, los datos de la Encuesta muestran que el porcentaje de la población total que declara haber utilizado los servicios de urgencias en el año previo a la entrevista asciende al 28,3%. Sin duda, reformas organizativas que contribuyen a la sostenibilidad del sistema sanitario, como la estrategia de cronicidad<sup>36</sup>, la integración asistencial

entre niveles o la coordinación sanitaria y sociosanitaria, tienen un gran potencial para reducir la necesidad de atención urgente, y consiguientemente la demanda de servicios de urgencias.

En relación con la posibilidad de aplicar copagos que reduzcan el riesgo moral y, por tanto, el uso inadecuado de servicios, la literatura internacional alerta sobre la utilización inducida y diferida de los servicios de urgencias (efectos cruzados) como resultado de los copagos a visitas ambulatorias y a hospitalización<sup>37-39</sup>, además de por la presencia de otras barreras de acceso y falta de cobertura, particularmente de la población inmigrante<sup>40</sup>. Al contrario, el copago en urgencias deriva visitas a otros canales de atención sanitaria<sup>41,42</sup>. En todos los países de la Unión Europea excepto en cuatro (Dinamarca, España, Luxemburgo y Reino Unido) el paciente soporta algún tipo de copago en las atenciones que recibe en los servicios de urgencias hospitalarios, que podría ser evitable si únicamente se cargara por las visitas no urgentes<sup>43</sup>, extremo este que se determinaría con un *triaje* adecuado<sup>44,45</sup>.

La correcta gestión de los servicios de urgencias puede contribuir a la sostenibilidad del hospital<sup>46</sup> y es, en último término, un elemento clave para la eficiencia del conjunto del sistema de atención sanitaria y sociosanitaria. La mesogestión tiene gran potencial para contribuir a mejorar los flujos de pacientes desde y hacia urgencias<sup>34,47,48</sup>. En relación con esta cuestión, habría que seguir avanzando en el cálculo del coste de los procesos clínicos que se atienden en los servicios de urgencias y emergencias, tal y como ha promovido desde finales de los años 90 la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, y en la elaboración de un sistema de clasificación de pacientes por isoconsumo, con el fin de permitir evaluaciones de eficiencia, facilitar la toma de decisiones a través del análisis de coste-oportunidad, coste-efectividad y coste-beneficio, orientar en estrategias productivas y optimizar la facturación<sup>49</sup>.

Por otra parte, fenómenos exógenos a la sanidad, como una más efectiva regulación y gestión del tráfico que evite accidentes, pueden reducir la utilización necesaria de los servicios de emergencias, como ha ocurrido en España en los últimos años gracias a la combinación de tres acciones: la puesta en marcha del carné por puntos, el aumento de las sanciones y el aumento de los controles. España ha pasado en apenas un lustro (2003-2007) del puesto 19 de 27 países de la Unión Europea (UE), al puesto 11 en orden de menor a mayor mortalidad por accidentes de tráfico<sup>50</sup>. Esos condicionantes externos afectan fuertemente a la demanda de los servicios de urgencias que, en cierta forma, son un termómetro o testigo de lo que ocurre fuera.

## Comentarios finales

En el contexto fuertemente restrictivo derivado de la crisis económica, las políticas de austeridad pueden aprovecharse para priorizar, para establecer criterios de



cartera de servicios razonables y consensuados socialmente, para reorganizar el sistema de salud hacia una mayor integración asistencial y con el sistema de dependencia, para mejorar la gestión de los centros y orientarla hacia esquemas más eficientes, y para articular políticas de personal incentivadoras de la calidad del servicio. En definitiva, la búsqueda de la sostenibilidad implica siempre perseguir la eficiencia y desarrollar instrumentos de mejora de la misma, como la gestión clínica, la gestión por procesos, la evaluación de tecnologías o las estrategias de desinversión. La gestión de los servicios de urgencias y emergencias no puede ser ajena a estos procesos. Por otra parte, ante la crisis de legitimidad institucional que vive España, debería acometerse con valentía y sin más demora una reforma orientada hacia el buen gobierno de la sanidad, que requiere para su adecuado desarrollo, entre otras cosas, de una mejora de los sistemas de información y evaluación del SNS. La Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados se ha hecho eco de muchas de estas propuestas en un dictamen reciente<sup>26</sup>. Pero aún se desconoce cuál será la trascendencia de estos trabajos en la práctica diaria de la sanidad española.

Por último, no hay que olvidar que la sostenibilidad del sistema sanitario es, como en las parejas, asunto de dos: tan necesario es moderar el gasto y conducirlo por la senda de la eficiencia, como lo es garantizar un marco de financiación suficiente, lo que inevitablemente termina por afectar a la política de ingresos públicos. Pero, como a buen seguro diría Michael Ende en esta particular historia interminable: "Esa es otra historia y merece ser contada en otra ocasión".

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

## Bibliografía

- 1 OCDE. Health Data 2013. (Consultado 15 Abril 2014). Disponible en: [http://statsoecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://statsoecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT)
- 2 Abellán-Perpiñán J, Sánchez-Martínez F, Martínez-Pérez J, Méndez-Martínez I. El sistema sanitario público en España y sus Comunidades Autónomas. Sostenibilidad y reformas. Madrid: Fundación FBBVA; 2013.
- 3 SEEPROS. Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social (SEEPROS). (Consultado 1 Marzo 2014). Disponible en: <http://www.empleo.gob.es/es/estadisticas/index.htm>
- 4 Jiménez JS, Portillo PT. El gasto en protección social como instrumento del Estado de Bienestar. Presupuesto y Gasto Público. 2013;71:13-28.
- 5 Dávila-Quintana CD, López-Valcárcel BG. Secuelas a largo plazo de la crisis económica y desigualdades sociales en salud. Rev Esp Salud Pública. 2014;88:187-90.
- 6 Spadaro A, Mangiavacchi L, Moral-Arce I, Adiego-Estella M, Blanco-Moreno A. Evaluating the redistributive impact of public health expenditure using an insurance value approach. Eur J Health Econ. 2013;14:775-87.
- 7 Van Doorslaer E, Masseria C. Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. Paris: OECD; 2004.
- 8 Urbanos-Garrido RM. Explaining inequality in the use of public health care services: evidence from Spain. Health Care Management Science. 2001;4:143-57.
- 9 Actualización del Programa de Estabilidad Reino de España 2013-2016. Madrid: Ministerio de Economía y Hacienda. 2013.
- 10 Repullo JR. Taxonomía práctica de la "desinversión sanitaria" en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. Rev Calid Asist. 2012;27:130-8.
- 11 MSSSI. Estadística de Gasto Sanitario Público. (Consultado 1 Mayo 2014). Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/egspGastoReal.pdf>. 2013.
- 12 Ali ÓG, Topaler B. How removing prescription drugs from reimbursement lists increases the pharmaceutical expenditures for alternatives. The Eur J Health Econ. 2011;12:553-62.
- 13 Puig-Junoy J, Rodríguez-Feijóo S, López-Valcárcel BG. Paying for Formerly Free Medicines in Spain after one Year of Co-payment: Changes in the Number of Dispensed Prescriptions. Barcelona: Applied Health Economics & Health Policy; 2014.
- 14 Lobo F. La intervención de precios de los medicamentos en España: Panorama de la regulación y los estudios empíricos. Madrid: Springer Healthcare; 2014.
- 15 Segura A. Recortes, austeridad y salud. Gac Sanit 2014;28 (Supl.1):7-11.
- 16 Asociación de Economía de la Salud. Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance. AES; 2013. (Consultado 1 Mayo 2014). Disponible en: [http://www.aes.es/documentos\\_aes/propuestas\\_sns](http://www.aes.es/documentos_aes/propuestas_sns)
- 17 Organización Médica Colegial de España. Profesión médica y reforma sanitaria. Propuestas para una acción inmediata; 2012. (Consultado 15 Abril 2014). Disponible en: [http://www.cgcom.es/sites/default/files/profesion\\_medica\\_reforma\\_sanitaria.pdf](http://www.cgcom.es/sites/default/files/profesion_medica_reforma_sanitaria.pdf)
- 18 Comisiones Obreras. Avanzar hacia la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Propuestas para su viabilidad presente y futura; 2011. (Consultado 1 Mayo 2014). Disponible en: [http://www.sanidad.ccoo.es/comunes/recursos/30/991447-Avanzar\\_hacia\\_la\\_sostenibilidad\\_del\\_Sistema\\_Nacional\\_de\\_Salud.pdf](http://www.sanidad.ccoo.es/comunes/recursos/30/991447-Avanzar_hacia_la_sostenibilidad_del_Sistema_Nacional_de_Salud.pdf) 2011.
- 19 Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Análisis de la situación y propuestas para asegurarla; 2011.
- 20 Consejo Económico y Social. Desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social en el sistema sanitario. Informe 1/2010;2010.
- 21 Beltrán A, Forn R, Garicano L, Vázquez P. Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario. Madrid: McKinsey&Company y FEDEA; 2009. (Consultado 1 Mayo 2014). Disponible en: [http://www.cambio posible.es/documentos/sanidad\\_cambio\\_posible.pdf](http://www.cambio posible.es/documentos/sanidad_cambio_posible.pdf)
- 22 Urbanos R. Sistema Sanitario, salud y sostenibilidad. Documento de debate 7/2012. Madrid: Fundación IDEAS; 2012.
- 23 Gil V, Barrubés J, Alvarez J, Portella E. La sostenibilidad financiera del sistema sanitario: 10 medidas estructurales para afrontar las causas del crecimiento del gasto. Barcelona: Antares Consulting; 2010. (Consultado 1 Mayo 2014). Disponible en: <http://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/c6588ca870017ee857c1e86ac325f514a6fcf5b4.pdf>
- 24 La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud: ¿ha dejado la sanidad de ser una prioridad social?; Madrid: ATKearney. 2011.
- 25 Diez temas candentes de la Sanidad Española para 2011. El momento de hacer más con menos; Madrid: PriceWaterhouseCooper. 2011.
- 26 Subcomisión para el análisis de los problemas estructurales del sistema sanitario y de las principales reformas que deben acometerse para garantizar su sostenibilidad. Madrid: Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados. Marzo de 2012-Noviembre de 2013;2013.
- 27 Bernal-Delgado E, Campillo-Artero C, García-Armesto S. Oferta sanitaria y crisis: financiamos los bienes y servicios según su valor o caemos en la insolvencia. Gac Sanit. 2014;28(Supl. 1):69-74.
- 28 Campillo-Artero C, Bernal-Delgado E. Reinversión en sanidad: fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas. Gac Sanit. 2013;27:175-9.
- 29 Peiró S, Artells JJ, Meneu R. Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud. Gac Sanit. 2011;25:95-105.
- 30 Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G, et al. Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. Gac Sanit. 1999;13:361-70.
- 31 Peiró S, Librero J, Ridao M, Bernal-Delgado E. Variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios del Sistema Nacional de Salud. Gac Sanit. 2009;24:6-12.
- 32 López JS, Cavanillas AB. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. Emergencias. 2005;17:138-44.
- 33 Aranaz Andrés JM, Martínez Nogueras R, Gea Velázquez de Castro MT, Rodrigo Bartual V, Antón García P, Gómez Pajares F. ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia? Gac Sanit. 2006;20:311-5.
- 34 Ovens H. Saturación de los servicios de urgencias: Una propuesta desde el sistema para un problema del sistema. Emergencias. 2010;22:244-6.

- 35 Moreno-Millán E. ¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud? Emergencias. 2008;20:276-84.
- 36 Osakidetza. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad; 2010. (Consultado 15 Abril 2015). Disponible en: <http://cronicidad.blog.euskadi.net/descargas/plan/EstrategiaCronicidad.pdf>
- 37 Gruber J. The role of consumer copayments for health care: Lessons from the RAND Health Insurance Experiment and beyond: Henry J. Kaiser Family Foundation; 2006.
- 38 Hsu J, Price M, Huang J, Brand R, Fung V, Hui R, et al. Unintended consequences of caps on Medicare drug benefits. N Eng J Med. 2006;354:2349-59.
- 39 Chandra A, Gruber J, McKnight R. Patient cost-sharing and hospitalization offsets in the elderly. American Economic Review. 2010;100:193.
- 40 Vázquez ML, Vargas MB, Aller M. Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Gac Sanit. 2014;28(Supl. 1):142-6.
- 41 Reed M, Fung V, Brand R, Fireman B, Newhouse JP, Selby JV, et al. Care-seeking behavior in response to emergency department copayments. Medical Care. 2005;43:810-6.
- 42 Hsu J, Price M, Brand R, Ray GT, Fireman B, Newhouse JP, et al. Cost Sharing for Emergency Care and Unfavorable Clinical Events: Findings from the Safety and Financial Ramifications of ED Copayments Study. Health Services Research 2006;41:1801-20.
- 43 Rodríguez M, Puig-Junoy J. Cuando hay que pagar, a veces lo urgente puede esperar. Emergencias. 2013;25:491-4.
- 44 Jiménez JG. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. Emergencias. 2003;15:165-74.
- 45 Soler W, Muñoz MG, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. An Sist Sanit Navar. 2010;33(Supl. 1):55.
- 46 Salvador Suárez FJ, Millán Soria J, Téllez Castillo CJ, García CP, Martínez CO. Implantación de un plan de calidad en un servicio de urgencias y su impacto en la satisfacción del paciente. Emergencias. 2013;25:163-70.
- 47 Palacios G, Emparan C. Impacto económico de la unidad de hospitalización de urgencias. Emergencias. 2010;22:254-8.
- 48 Juan A, Enjamio E, Moya C, García Fortea C, Castellanos J, Pérez Mas J. Impacto de la implementación de medidas de gestión hospitalaria para aumentar la eficiencia en la gestión de camas y disminuir la saturación del servicio de urgencias. Emergencias. 2010;22:249-53.
- 49 Moreno-Millán E, Tejedor-Fernández M, Torres-Murillo J, García-Torrecillas J, Cid-Cumplido M, Villegas-del Ojo J, et al. Economía y equidad en urgencias y emergencias. An Sist Sanit Navar. 2010;33(Supl. 1):19.
- 50 Adam A. Balance de la influencia del permiso de conducción por puntos en la morbimortalidad de los accidentes de tráfico en España. Gac Int Cienc Forense. 2012;3:13-8.

Copyright of Emergencias is the property of Revista Emergencias and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.