
Las desigualdades en salud y la transformación del sistema sanitario vasco

Inequalities in health and the transformation of the Basque health system

Este artículo aborda la cuestión de las desigualdades en salud dentro de una visión amplia del devenir del sistema sanitario de Euskadi y de las respuestas dadas a los retos existentes fruto del cambio del perfil demográfico, social y epidemiológico. Para el diagnóstico y análisis de situación, se ha enmarcado la sanidad vasca dentro del Sistema Nacional de Salud español, cuyos principios esenciales comparte. Se muestra cómo el impacto de la Gran Recesión en la salud de la población vasca ha sido limitado y tiene, sin duda, causas multifactoriales, pero no puede desdeñarse el efecto de la respuesta institucional a la crisis, caracterizada por medidas de austeridad muy tasadas, políticas expresas para compensar el efecto de medidas de recorte del Gobierno central (cambios en copagos y la eliminación de cobertura sanitaria a inmigrantes no regulares, énfasis en la transformación organizativa e innovación tecnológica). De esas iniciativas estratégicas transformadoras ha ido emergiendo un modelo integrado, centrado en el paciente, orientado a la creación de valor y con un enfoque en salud poblacional. Las evaluaciones preliminares del mismo muestran buenos resultados, lo cual ha hecho que el modelo de prestación de la sanidad pública vasca sea un referente internacional.

Artikulu honek osasunean dauden desberdintasunak lantzen ditu, Euskadiko osasun-sistemaren bilakaeraren ikuspegi zabal baten barruan eta kontuan izanik zer erantzun eman zaien dauden erronkei, profil demografiko, sozial eta epidemiologikoaren aldaketaren ondorioz. Egoeraren diagnostikoa eta analisia egiteko, Espainiako Osasun Sistema Nazionalaren barruan sartu da EAEko osasun-sistema, haren funtsezko printzipioak partekatzen baititu. Ikusten da ezen, euskal biztanleen osasunean, mugatua izan dela atzeraldi handiaren eragina eta, ezbaierik gabe, faktore anitzeko arrazoiak dituela, baina ezin dela alde batera utzi krisiari emandako erantzun instituzionalaren ondorioa; izan ere, erantzun horren ezaugarriak dira austeritate-neurri oso neurtuak eta Gobernu zentralaren murrizketen ondorioak konpentsatzeko politika espresak (aldaketak koordainketetan, etorkin ez-erregularrei estaldura sanitario ezabatzea, eta indarra jartzea antolaketa-transformazioan eta berrikuntza teknologikoan). Ekimen estrategiko eraldatzaile horietatik, eredu integratu bat joan da sortzen, pazientean zentratua, balioa sortzera bideratua eta biztanleriaren osasunean enfokaturia. Haren aurretiko ebaluazioek emaitza onak erakusten dituzte, eta horrek eragin du euskal osasun-sistema publikoa emateko eredu nazioarteko erreferentea izatea.

This article addresses the issue of health inequalities within a broad vision of the future of the health system in the Basque Country and the answers given to existing challenges resulting from the change in the demographic, social and epidemiological profile. For the diagnosis and situation analysis, Basque health has been framed within the Spanish National Health System, whose essential principles it shares. It shows how the impact of the Great Recession on the health of the Basque population has been limited and has undoubtedly multifactorial causes, but the effect of the institutional response to the crisis, characterized by highly priced austerity measures, can't be ignored. Express policies to compensate for the effect of measures to cut the central government (changes in co-payments and the elimination of health coverage for non-regular immigrants, emphasis on organizational transformation and technological innovation). From these transformative strategic initiatives, an integrated, patient-centred model has emerged, directed at value creation and with a focus on population health. Preliminary assessments show good results, which has made the Basque public health delivery model an international benchmark.

Índice

1. Introducción
2. Antecedentes
3. El cambio demográfico y epidemiológico en Euskadi
4. La necesidad de nuevos modelos asistenciales: atención integrada y centrada en la persona
5. Conclusiones

Referencias bibliográficas

Palabras clave: integración, transformación organizativa, crisis, sostenibilidad, Euskadi.

Keywords: integration, organizational transformation, crisis, sustainability, Basque Country.

Nº de clasificación JEL: I18, H51

Fecha de Recepción: 18/11/2019

Fecha de Aceptación: 20/01/2020

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo presenta un balance panorámico y una reflexión prospectiva sobre el sistema sanitario de Euskadi, con especial atención a los retos existentes y su potencial impacto en términos de equidad, eficiencia y sostenibilidad.

Para el diagnóstico y análisis de situación, se ha enmarcado la sanidad vasca dentro del Sistema Nacional de Salud (en adelante SNS) español, cuyos principios esenciales comparte. Las características descentralizadas del SNS son idóneas para facilitar un análisis comparativo a nivel de CC.AA., que permite identificar fortalezas y áreas de mejora, así como oportunidades de reflexión y aprendizaje para el sistema vasco.

El análisis adquiere una perspectiva longitudinal, pues la evolución temporal de la sanidad vasca no es lineal y, particularmente, en términos de gasto público por habitante no es desdeñable la existencia de unos ciclos fuertemente expansionistas a comienzos de siglo y una ralentización durante la denominada Gran Recesión, para proceder a una posterior recuperación. El impacto de la crisis económico-financiera es objeto de análisis pormenorizado.

Finalmente, se aporta –desde un enfoque de transformación del modelo de prestación– una visión prospectiva de desarrollo del sistema de salud, dentro de un marco integrador de las importantes transformaciones en organización y gestión realizadas en la última década.

2. ANTECEDENTES

2.1. El Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud español (SNS) se caracteriza por una cobertura poblacional que es virtualmente universal, está financiado con impuestos y aportaciones de los usuarios, y la atención se proporciona predominantemente dentro del sector público. La provisión es gratuita en el punto de entrega, con la excepción de los copagos por las recetas farmacéuticas ambulatorias y las órtesis y prótesis ortopédicas. La cartera de servicios del SNS es, salvo alguna excepción, de carácter común para todas las CC.AA., tal y como establece el Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre.

La Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril (en adelante LGS) es, sin duda el hito clave y definitorio de los ejes sustanciales del actual SNS, ya que posibilitó el tránsito del antiguo modelo de Seguridad Social al modelo de Sistema Nacional de Salud, el cual es definido como el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y en él se integran todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud.

Desde la LGS de 1986 se han producido importantes cambios en el sistema, que culminaron en 2002 con la descentralización total de competencias en materia sanitaria a las Comunidades Autónomas. Así, desde enero de 2002, el SNS está plenamente descentralizado en las 17 Comunidades Autónomas y tan solo Ceuta y Melilla siguen siendo gestionadas por el INGESA (entidad heredera del antiguo INSALUD). Por tanto, el actual marco legislativo ha facilitado la descentralización competencial que, en el caso de Euskadi se remonta a 1988, año en el que las transferencias sanitarias se hicieron efectivas.

Sin perjuicio de la elevada descentralización del sistema, el sistema público constituye un todo, en el que se integran todas las funciones y prestaciones sanitarias cuya responsabilidad corresponde a los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

Dentro del SNS, tanto el Estado como las Comunidades Autónomas organizan y desarrollan las acciones sanitarias que les corresponden según legislación básica y, en este sentido, la prestación de los servicios sanitarios públicos a través de los Servicios de Salud de las CC.AA., que engloban todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales, que se gestionan bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma.

Dentro de ese marco, el sistema de salud público vasco da cobertura a la totalidad de sus ciudadanos y se financia a partir de un único pagador (el Gobierno Vasco), junto con las aportaciones de los usuarios en forma de copagos. La financiación pública se nutre de los impuestos con los que contribuyen todos los ciudadanos vascos a través de las Haciendas de los tres Territorios Históricos (Bizkaia, Gipuzkoa y Araba). El Departamento de Salud del Gobierno Vasco es responsable de las políticas sanitarias, de la planificación y de la financiación. Por otro lado, Osakidetza (ente público de derecho privado) es el único proveedor público sanitario en la Comunidad Autónoma, incluyendo atención primaria, atención hospitalaria (tanto atención a agudos como cuidados de larga estancia), servicios especializados de pacientes ambulatorios, emergencias y salud mental. La sanidad pública vasca es considerada como una de las mejor financiadas en términos de gasto per cápita con respecto a otras CC.AA., alcanzando un gasto per cápita que ascendió en 2018 a los 1.673 euros.

Otro hito legislativo relevante del SNS que conviene destacar es la Ley de Calidad y Cohesión de 2006 cuyo objeto fue establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de este en la reducción de las desigualdades en salud. Esa ley viene informada por los siguientes principios:

- La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad.
- El aseguramiento universal y público por parte del Estado.
- La coordinación y la cooperación de las Administraciones públicas sanitarias para la superación de las desigualdades en salud.
- La prestación de una atención integral a la salud, comprensiva tanto de su promoción como de la prevención de enfermedades, de la asistencia y de la rehabilitación, procurando un alto nivel de calidad.
- La financiación pública del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con el vigente sistema de financiación autonómica.
- La igualdad de oportunidades y la libre circulación de los profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.
- La colaboración entre los servicios sanitarios públicos y privados en la prestación de servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud.
- La colaboración de las oficinas de farmacia con el Sistema Nacional de Salud en el desempeño de la prestación farmacéutica.

Los citados principios son de especial trascendencia de cara al adecuado entendimiento de la siguiente sección, donde se analiza el impacto de la crisis sobre la salud y sobre el funcionamiento del SNS.

Cabe anticipar, en cualquier caso, que los principios fundacionales del SNS junto con el ejercicio responsable de las competencias realizado por el Gobierno Vasco han sido uno de los grandes estabilizadores sociales clave frente a la crisis económica, principalmente por el hecho de que los ciudadanos han mantenido acceso prácticamente universal a la sanidad pública. Todo ello se ha configurado como elemento de cohesión social y de protección de la salud, demostrando su gran valor en momentos de crisis económica.

2.2. Impacto de la Gran Recesión en salud y en sanidad

Existe una enorme literatura científica sobre el impacto de las crisis en la salud de las poblaciones, así como su efecto en los servicios y sistemas sanitarios. Las crisis económicas son elementos de importante riesgo para la salud, si bien *a priori* es complicado predecir sus efectos, que dependen del grado de desarrollo y de aspectos institucionales de cada país. Sorprendentemente, pese a la riqueza de la literatura, esta es reiteradamente ignorada fuera del ámbito académico y reemplazada por estereotipos y lugares comunes. Una posible explicación es que no existe una tipificación estandarizada de las crisis económicas y estas son altamente contexto-dependientes y muy variables en duración e intensidad. Asimismo, sus efectos están mediados por las características y naturaleza de cada sistema sanitario, las políticas de protección social, la fortaleza y cobertura del Estado del Bienestar, junto con la resiliencia de las redes sociales y familiares.

Dicho lo cual, los impactos de la crisis en salud en las sociedades desarrolladas son esencialmente contraintuitivos. Esto es, en países de rentas medias y bajas, las crisis tienen un impacto negativo en indicadores de morbimortalidad y de calidad de vida, mientras que en los países ricos no se aprecia ese patrón e, incluso, existe un impacto positivo al reducirse la prevalencia de hábitos no saludables en la población, entre otros factores explicativos. Ese efecto se mantiene incluso cuando la variable de análisis es el desempleo, existiendo multitud de estudios que han demostrado efectos pro-cíclicos del desempleo sobre la salud en países de rentas altas, incluida España (Thompson *et al.*, 2019). En cualquier caso, esos comportamientos agregados no implican que los efectos sean homogéneos en subgrupos poblacionales específicos, especialmente los más vulnerables, destacando aquellos con problemas de salud mental, como un colectivo de mayor riesgo.

Los efectos de la crisis económico-financiera sobre la salud han sido objeto de un reciente y formidable trabajo del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018). Extractamos dos frases muy significativas del mismo, en primer lugar sus autores señalan que: «lo más prudente es desconfiar de la validez externa de los

análisis empíricos que asocian crisis económicas y salud poblacional y concentrarnos en los datos existentes y en los estudios realizados para España en la última y profunda crisis económica», para después concluir que, en España, «la crisis no parece haber afectado, al menos en el corto plazo, a la salud de los españoles ni a la de los extranjeros residentes en España, salvo en la dimensión de salud mental». Tal hallazgo es consistente con la literatura sobre impacto de la crisis en países de renta alta y con un sistema sanitario y de salud pública desarrollado.

La gran mayoría de indicadores analizados en ese trabajo no parecen mostrar una peor evolución durante los años de crisis, en relación con los años previos, incluyendo indicadores como la esperanza de vida, las tasas de mortalidad, los años de vida saludables, los Años Potenciales de Vida Perdidos, prevalencia de enfermedades crónicas, mortalidad infantil y la salud autopercibida. Este último indicador mejora en ambos sexos durante la crisis.

La salud mental sí muestra un peor comportamiento en hombres en edad laboral (no así en mujeres), que se atribuye al aumento del desempleo. En relación a los suicidios, existe un importante debate al respecto, ya que diversos análisis han mostrado conclusiones contradictorias.

En Euskadi, el patrón respecto a la gran mayoría de indicadores mencionados es similar. Los resultados observados para la población general no deben ocultar las grandes diferencias identificadas entre grupos sociales y por estatus de ocupación. Incidiendo en la misma idea, las diferencias entre población con mayor y menor nivel de estudios y entre población empleada y desempleada se mantiene para la gran mayoría de indicadores de salud en los cuales es posible diferenciar por estas categorías. Ello supone que, aunque en términos generales muchos indicadores de salud de la población no han empeorado con la crisis o incluso han continuado manteniendo su evolución favorable en los años de crisis, esta evolución ha sido heterogénea, existiendo grupos vulnerables cuyas diferencias con los grupos más favorecidos son importantes.

No solo las crisis son un factor con impacto en salud, sino también las políticas que se pongan en marcha sean de austeridad, de racionalización o de derroche, y la forma de ejecutarlas. En particular, las políticas puestas en marcha como respuesta a la crisis afectaron al acceso y la utilización de la sanidad con efectos más tangibles e inmediatos que los efectos sobre la salud.

Así, el Real Decreto Ley 16/2012 (en adelante RDL), de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, contiene la mayor parte de las medidas legislativas identificadas como de «recorte», transformando el copago existente, que se caracterizaba por una cobertura farmacéutica gratuita para pensionistas y sus dependientes, mientras los activos – salvo excepciones, como los funcionarios– debían pagar un 40% del precio de venta al público de las prescripciones farmacéuticas no hospitalarias. En el caso de medi-

camentos para enfermedades crónicas se aplicaba un copago del 10%, con un tope por prescripción. Ese generoso esquema pre-existente ha sido uno de los factores que explican que España esté en posiciones de liderazgo en el consumo de medicamentos por persona y la enorme medicalización de la sociedad.

El citado RDL contiene una reforma del copago estatal que pone fin a la gratuidad para los pensionistas, haciéndoles contribuir con el 10% del precio de los medicamentos con un límite máximo mensual, y que al mismo tiempo aumenta el porcentaje del precio a cargo de los activos hasta el 50% y el 60%, en función de su nivel de renta. También, se incluye la exclusión de la financiación pública de un conjunto amplio de más de cuatrocientos medicamentos, la mayoría indicados para síntomas menores.

Pero, sin duda, las decisiones de mayor alcance del RDL son las relativas a la alteración del aseguramiento público, pasando de una universalización *de facto* a recuperar querencias por modelos aseguradores vinculados al régimen laboral u otras situaciones administrativas. Sería muy prolijo detenernos en todos los detalles, máxime por su escasa aplicación en la práctica, salvo una gran excepción. Nos referimos a la exclusión de la cobertura sanitaria pública de los inmigrantes irregulares.

Esa decisión que pudo haber tenido consecuencias trágicas a nivel poblacional y, de hecho, las tuvo lamentablemente en algunos casos individuales, no alcanzó todo su potencial dañino por la respuesta institucional de la mayoría de las CC. AA., que o no aplicaron las recomendaciones o establecieron medidas para hacerlas menos lesivas (Cimas *et al.*, 2016), junto con una respuesta por parte de los profesionales sanitarios y de movimientos como REDER (Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012), que tejieron redes formales e informales de apoyo a los afectados. Estas circunstancias han sido exploradas en detalle por Urtaran-Laregoiti *et al.* (2019), documentando casi 5.000 casos de exclusión notificada en todo el Estado, si bien es la dimensión oculta del fenómeno la que, en términos de salud, puede resultar más dañina (autoexclusión del sistema, por ejemplo). Euskadi fue pionera en establecer medidas para contrarrestar esas políticas estatales, tanto en la cuestión de acceso de los inmigrantes no regulares a la sanidad pública como en la mitigación de efectos del copago.

Además de los cambios legislativos, fueron los recortes presupuestarios los grandes protagonistas. En gran parte, fruto de la recomendación inicial y exigencia posterior por parte de las agencias internacionales de políticas de racionalización del gasto sanitario. Esto hay que enmarcarlo en la situación económica en la que, después de varios años de crecimiento del PIB (incluso por encima de la media europea) con superávit fiscal y descenso del desempleo, la economía española empezó a debilitarse de manera acelerada entre el 2008 y el 2009. Fue entonces cuando el PIB llegó a descender un 3,6% y el desempleo subió desde un 8,5% en el

2007 a un 18,6% en el 2009. Así, en 2010 la posibilidad de un rescate financiero parecía muy probable, por lo que, en ese contexto, no debe sorprender que el gasto público en sanidad se redujese un 13,1% en términos reales entre 2009 y 2013 (López-Casasnovas, 2017). Las principales medidas de ajuste pueden rastrearse en tímidas iniciativas de contención del crecimiento del gasto iniciadas en 2010, haciendo necesario un importante reajuste en 2012. Esos recortes afectaron principalmente a tres ámbitos: el de los trabajadores sanitarios, que vieron reducido su número y retribuciones; las bajadas en el precio de los fármacos; y la innovación y modernización de tecnologías y equipamientos al desaparecer prácticamente los presupuestos de inversiones. La industria farmacéutica asumió una caída del 22,4% del gasto en cuatro años a partir de 2009.

El equilibrio en la ejecución de esas medidas en forma de recortes lineales o como oportunidad para mejorar la eficiencia y la coordinación de las organizaciones sanitarias, fue muy distinto en las diversas CC.AA., que en su gran mayoría optaron por recortes sin discriminar, mientras que Euskadi se caracterizó por implantar una agenda de transformación ejemplificada en sus estrategias sanitarias.

Como acertadamente afirma López-Casasnovas (2017), es la falta de dirección estratégica y de visión a largo plazo en ese contexto de crisis el principal problema, más allá de la reducción del gasto, el cual venía hipertrofiado tras una década de fortísimo crecimiento.

La sanidad vasca es un excelente ejemplo en ese sentido, pues se aprecia la apuesta por preservar la sanidad pública, propiciando la transformación organizativa hacia modelos de atención integrada a la cronicidad y de gestión de la salud poblacional como respuesta a la situación de crisis. El trabajo de Bacigalupe y colaboradores (2015) es concluyente respecto a esa diferencia entre las políticas y estrategias aplicadas en Euskadi en comparación con el resto del Estado. Así, afirman que es notorio que «mientras que el País Vasco tuvo un comportamiento positivo hacia una escasa o nula política de austeridad y de privatización en época de crisis, otras CCAA mostraron una tendencia claramente contraria».

2.3. Las desigualdades en salud en Euskadi

Como en cualquier sociedad desarrollada, en Euskadi existen relevantes desigualdades en salud. Uno de los ejemplos más destacables se manifiesta en la brecha en la esperanza de vida, que alcanza los 10,5 años en los hombres y los 7 años en las mujeres, lo cual es equivalente a lo que, como promedio, se ha incrementado la esperanza de vida total en Euskadi en las tres últimas décadas. Esto equivale a estimar que existen poblaciones en áreas geográficas concretas que, en términos de salud, viven en condiciones similares a las que vivía el conjunto de la población de residente hace 30 años (Calvo y Esnaola, 2015).

Esas diferencias han sido estimadas a nivel de zonas básicas de salud (ZBS), siendo, para ambos sexos, Bilbao La Vieja la zona con menor esperanza de vida (71,5 años en los hombres y 81 años en las mujeres), mientras que la de mayor es Gasteiz Sur en los hombres (82,0 años) y Santa Lucía (Vitoria-Gasteiz) en mujeres (88,0 años).

Las desigualdades en la esperanza de vida en Euskadi también son llamativas por nivel educativo. En otros indicadores de salud como la autovaloración de la salud, la prevalencia de problemas crónicos, la calidad de vida relacionada con la salud, la salud mental o la limitación crónica de la actividad, el gradiente social en la población adulta es también muy acusado, de forma que todos los indicadores empeoran a medida que desciende la clase social o el nivel educativo en la población adulta. En términos de género, destaca el hecho de que, de forma muy consistente, las mujeres muestran peores indicadores de salud en todos los indicadores anteriores. Podría destacarse, especialmente, el alto porcentaje de mujeres de clase social más desaventajada (casi un 30,0%) y de nivel educativo primario o inferior (23,5%) que declaró una mala salud percibida frente al 11,1% de mujeres de clase más alta o el 11,8% con estudios universitarios (Martín *et al.*, 2017).

Orueta y colaboradores (2013), en un estudio con *real world data*, demostraron que, para la gran mayoría de las condiciones crónicas de salud, la carga de la enfermedad se concentra de manera desproporcionada entre las personas que viven en zonas más desfavorecidas. Cabe destacar que la inclinación del gradiente socioeconómico en la prevalencia de enfermedades variaba sustancialmente entre enfermedades, especialmente entre las mujeres. Los problemas de VIH y de consumo de alcohol y drogas fueron las condiciones de salud en las que se encontró la mayor desigualdad socioeconómica entre los hombres, mientras que el VIH, la diabetes y el dolor lumbar fueron las condiciones por las cuales las desigualdades fueron más pronunciadas entre las mujeres. En algunas patologías, el índice de concentración fue positivo, lo que sugiere que la patología fue desproporcionadamente más prevalente entre las personas que viven en zonas más ricas, como la fibrilación auricular y la enfermedad de párkinson en hombres, y los tumores malignos, bronquiectasias y osteoporosis para las mujeres.

Asimismo, el nivel de desigualdad socioeconómica en multimorbilidad por sexo y tras controlar por edad, muestra que las personas que viven en zonas más desfavorecidas tenían más comorbilidades que las que viven en zonas menos desfavorecidas. En todos los casos, hubo una mayor desigualdad entre las mujeres que entre los hombres.

En Euskadi, las personas con bajo nivel socioeconómico utilizan más recursos de salud, especialmente las mujeres. Esta desigualdad pro-pobre sigue presente incluso ajustando por carga de morbilidad. Si bien el gradiente pro-pobre está descrito en la literatura para Atención Primaria en otras CC.AA., en el caso de Euskadi va más allá. Así, Orueta y colaboradores (2013) demuestran que en Euskadi los servi-

cios tienen orientación pro-pobre en el caso de atención ambulatoria especializada y servicios de urgencias, mientras que no se detectó inequidad pro-rico en la atención hospitalaria con ingreso.

Un análisis posterior (Orueta *et al.*, 2014) permite a los autores ser aún más contundentes en esa afirmación. Así, señalan que en Euskadi no hay evidencia de inequidad (o discriminación contra las poblaciones en áreas más desfavorecidas), ya que cuanto mayor es la necesidad, mayor es el nivel de gasto en sanidad pública. Sin embargo, también destacan la mayor prevalencia de pacientes con múltiples patologías crónicas en áreas más desfavorecidas y cómo, en promedio, el uso anual de recursos sanitarios por parte de pacientes con enfermedades crónicas aumenta a medida que aumenta el número de enfermedades crónicas.

3. EL CAMBIO DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO EN EUSKADI

Según datos del EUSTAT (2019), con una población total de 2.188.017 personas y una esperanza de vida de 80,4 años para los hombres y en 86,3 para las mujeres, Euskadi presenta una de las cifras más altas de esperanza de vida de todos los países desarrollados.

La caída de la tasa de natalidad es uno de los factores que más están influyendo en el envejecimiento en Euskadi. Así, en 2018 la tasa de natalidad fue de 7,4 nacimientos por mil habitantes, situándose entre las más bajas de los países de la UE-28. Se trata de la cifra más baja desde 1995, estimándose una tendencia decreciente para los próximos años.

La combinación de la creciente longevidad con la decreciente natalidad se pone de manifiesto en las previsiones de que el porcentaje de personas mayores sobre el conjunto de población aumentará de forma drástica, como puede verse, a modo de ejemplo, en el siguiente dato: en 2017, un 22,2% de personas tenía 65 o más años de edad. Con esta realidad, Euskadi se sitúa como una de las regiones más envejecidas de Europa. Solo algunas regiones en el estado español superan esta cifra, como el Principado de Asturias, Castilla y León y Galicia que tienen proporciones más elevadas, con porcentajes en torno al 25%. En el caso de la población mayor de 85 años, suponen el 3,9% de la población en 2017, aunque existan diferencias notorias entre hombres y mujeres, siendo los porcentajes del 5,1 y del 2,5 para cada uno de estos, respectivamente.

Esta realidad supone la primera de las revoluciones a las que como sociedad debe adaptarse Euskadi, celebrando el logro que supone el aumento de la longevidad, pero sin obviar los retos y consecuencias que ello entraña a nivel social, económico, cultural y político.

La realidad del envejecimiento poblacional ha supuesto un cambio en los patrones epidemiológicos y sociales. Así, la cronicidad, la multimorbilidad, la dependen-

cia, la fragilidad, la depresión o la soledad son presentadas como epidemias del siglo XXI. Si detrás de cada uno de esos conceptos se esconden importantes desafíos, la complejidad se dispara cuando afectan de forma simultánea, total o parcialmente, a importantes subgrupos de población.

Pero si hay algún patrón dominante ligado al envejecimiento, es la cronicidad. En Euskadi el 42% de los hombres y el 46% de las mujeres declara padecer alguna enfermedad crónica. Esta cifra se eleva al 81,7 y 79,9 % en hombres y mujeres, respectivamente, para grupos de población entre 64 y 75 años. Y llega a ser del 92,3 y 93,2% para hombres y mujeres mayores de 75 años, respectivamente (ESCAV, 2018). La multimorbilidad crónica está presente en el 23,61% del total de la población vasca y en el 66,13% de los mayores de 65 años. Los pacientes con múltiples condiciones crónicas representan el 63,55% de los gastos sanitarios totales (Orueta *et al.*, 2014). En definitiva, cronicidad y multimorbilidad obligan a repensar el modelo de prestación existente para garantizar su eficiencia y sostenibilidad, tal y como se muestra en la siguiente sección.

4. **LA NECESIDAD DE NUEVOS MODELOS ASISTENCIALES: ATENCIÓN INTEGRADA Y CENTRADA EN LA PERSONA**

Los sistemas de salud actuales no están preparados para dar respuesta a los retos de la cronicidad y la multimorbilidad (WHO, 2015). El sistema de salud vasco, al igual que otros sistemas de salud de países industrializados, fue diseñado para funcionar de manera reactiva y curativa dando respuesta a episodios agudos, por lo que, a comienzos de siglo, la coordinación de la atención entre ámbitos asistenciales presentaba grandes márgenes de mejora, mientras que la fragmentación con el ámbito de los servicios sociales de cuidado de larga duración era muy acentuada.

Pese a esas áreas de mejora identificadas, el punto de partida del sistema presentaba fortalezas envidiables, a modo de ejemplo: una calidad de servicio excelentemente valorada por los usuarios, muy buena percepción de Osakidetza entre la ciudadanía, la adopción de una gestión moderna basada en los principios de la Calidad Total, excelentes cuadros profesionales, y adecuada dotación de recursos.

A pesar de ello, desde Gobierno Vasco y ante la situación de crisis económico-financiera se optó por evitar la autocomplacencia y comenzar una transformación del modelo de prestación con una visión de largo plazo.

4.1. **La Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi**

En julio del 2010 el Departamento de Salud y Consumo del Gobierno Vasco lanzó la Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. La Estrategia pretendía dar respuesta a las necesidades crecientes –debido al aumento del fenómeno de la cronicidad– de los pacientes y sus cuidadores (ofreciéndoles un cuidado más integrado y continuado, adaptado a sus necesidades), los trabajadores sanitarios

(posibilitando dedicar más tiempo de trabajo a asuntos de alto valor añadido y facilitando el acceso a las herramientas necesarias) y los ciudadanos (como contribuyentes, utilizando de manera más eficiente los recursos, y como potenciales pacientes crónicos, apoyándoles en la prevención del desarrollo de condiciones crónicas y promocionando su propia salud).

La Estrategia englobaba cinco áreas, las cuales revelan los elementos esenciales del modelo de cuidado propuesto:

- Visión de salud poblacional.
- Prevención de enfermedades crónicas.
- Responsabilidad y autonomía del paciente.
- Continuidad del cuidado.
- Intervenciones eficientes adaptadas a las necesidades del paciente crónico.

Esta visión se encuentra anclada en sólidos marcos teóricos, los cuales vale la pena identificar y explorar en detalle. La cronicidad es el concepto clave que aporta la narrativa necesaria para la reforma del sistema de salud en el País Vasco, reconociendo que los cuidados a los crónicos no permiten su curación, pero sí mejorar su condición funcional, minimizar el dolor, minorar eventos adversos a través de prevención secundaria y mejorar la calidad de vida.

La palabra protagonista de la Estrategia fue cronicidad. La transición epidemiológica que está experimentando el País Vasco hacia las enfermedades crónicas se entiende como un «reto» para el sistema de salud. El objetivo es situar a la cronicidad en el lugar que le corresponde de la agenda política —«elevar la cronicidad al nivel político»—. Hay que tener en cuenta que el centro de atención no son las «enfermedades crónicas» sino la «cronicidad», como fenómeno, o los «pacientes crónicos», como destinatarios principales de la atención. La Estrategia no es una recopilación de recetas para lidiar con unas patologías concretas, sino una respuesta sistémica para toda la población hacia un reto que atraviesa las barreras del cuidado, las de los sistemas social y sanitario y las de las esferas públicas y privadas.

La Estrategia Vasca estaba fuertemente influenciada por el Modelo de Cuidados a Crónicos (MCC) desarrollado en 1997 por Ed Wagner y colaboradores (2019) del Instituto MacColl de Innovación en Salud en Seattle (EE.UU.). Asimismo, los enfoques provenientes de la teoría de sistemas y de la ciencia de la complejidad son de suma importancia en la Estrategia Vasca. Esto significa que afrontar el reto de la cronicidad no puede llevarse a cabo mediante ajustes graduales a los servicios y modos de trabajo. Por el contrario, se necesitan cambios que impacten al sistema en su conjunto.

El resultado final de la Estrategia de Cronicidad aspiraba a ser una nueva forma de organizar la prestación de la atención con impacto en todas las dimensiones del sistema (resultados de salud, satisfacción, calidad de vida de pacientes y cuidadores,

y sostenibilidad). Asimismo, esta transformación estructural iba más allá de la coyuntura económica, requiriendo un periodo de tiempo extenso antes de mostrar un impacto sustancial en el sistema.

Los responsables políticos decidieron no elaborar instrumentos legislativos o de regulación en un comienzo y prefirieron mostrar el rumbo estratégico desarrollando una visión compartida y plasmar la transformación en catorce proyectos estratégicos (Cuadro nº 1). Esos proyectos contenían una combinación de palancas de cambio, impulsados tanto de tipo arriba-abajo (*top-down*) como abajo-arriba (*bottom-up*).

Cuadro nº 1. LOS 14 PROYECTOS ESTRATÉGICOS DE LA ESTRATEGIA DE CRONICIDAD DEL PAÍS VASCO

Gestión de la salud poblacional	Prevención y promoción	Autonomía del paciente	Continuidad del cuidado	Intervenciones adaptadas
1. Estratificación y configuración de la población diana.	2. Intervenciones dirigidas a hacer frente a los principales factores de riesgo.	3. La educación para el automanejo: Paciente Activo (Programa Paziente Bizia) 4. Configuración de una red activa de pacientes conectados a través de la puesta en marcha de una web con tecnología 2.0.	5. Historia clínica electrónica unificada. 6. Atención Integrada. 7. Creación de hospitales para sub-agudos. 8. Enfermeras de competencias avanzadas. 9. Colaboración Sociosanitaria. 10. Financiación y contratación.	11. OSAREAN: centro multi-canal (Coordinación de la provisión de servicios de e-salud y citas médicas virtuales, entre otras actividades). 12. E-receta. 13. Creación de KRONIKGUNE (Centro de Investigación para los Servicios de Salud de la Cronicidad). 14. Innovación desde los profesionales clínicos.

Fuente: Estrategia de Cronicidad del País Vasco, 2010.

Los procesos de formulación e implementación de la Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi fueron también bastante innovadores, alejándose de manera inequívoca de las dinámicas comunes de la administración pública española. Los responsables políticos eran conscientes de que un cambio sistémico de tanto alcance necesitaría tiempo, esfuerzo, liderazgo, visión y compromiso, así como una narrativa común, metodología inclusiva, interacción con los implementadores locales, cierto nivel de improvisación y aprendizaje constante. Por tanto, el enfoque

habitual de mando y control para la formulación e implementación de políticas de salud fue remplazado por un proceso consensual, colaborativo y mucho más «emergente» (Nuño-Solinís, 2016).

Desde el principio ha habido un intento de apoyar la reforma con sólidas evidencias sobre qué intervenciones son efectivas en cronicidad. Se crearon institutos o entidades con el objetivo de apoyar la producción, recopilación y difusión de la evidencia. Etorbizi se lanzó como promotor de innovación en salud y políticas sociales. Kronikgune se creó para la investigación de servicios sanitarios para la cronicidad y para facilitar la difusión de modelos de cuidado innovadores. Además, se crearon o potenciaron otras dos entidades que se convirtieron en actores clave para el cambio: O+berri, la institución de innovación que diseñó la Estrategia, promovió los proyectos de innovación y fue responsable de la puesta en marcha del 50% de los catorce proyectos; y la Oficina de la Cronicidad (OEC), responsable del seguimiento de los proyectos estratégicos. Cada proyecto estaba formado por un equipo, cada uno dinamizado por un líder del proyecto.

La prueba definitiva de cualquier proyecto de transformación sistémica es que las cosas comiencen a cambiar sobre el terreno, como se muestra en las evaluaciones de Urtaran-Laesgoiti *et al.*, 2018; Nuño-Solinís *et al.*, 2013; Toro-Polanco *et al.*, 2015, que identifican los siguientes avances por cada proyecto estratégico:

- Estratificación de la población total del País Vasco atendiendo al riesgo de consumo de recursos en el año siguiente (modelo predictivo). La totalidad de la población cubierta está estratificada desde 2012 y esa identificación está accesible para los profesionales sanitarios en las historias clínicas.
- La promoción de la salud y la prevención de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas se ha plasmado en diversas experiencias, aún no suficientemente evaluadas. Destaca entre ellas, por sus resultados, la experiencia «Prescribe Vida Saludable» de prescripción de estilos de vida saludables en Atención Primaria.
- En promoción del autocuidado, destaca el Programa Paciente Activo-Paciente Bizia, basado en el «programa de autocuidado del paciente crónico», de la Universidad de Stanford. En la actualidad esta iniciativa está desplegada a través de Osasun Eskola (Escuela de Salud).
- Para la activación de pacientes crónicos mediante redes sociales se puso en marcha la plataforma Kronikoen Sarea, la cual no está en funcionamiento en la actualidad.
- Se cuenta con una historia clínica electrónica unificada para facilitar el acceso a la información y apoyar el proceso de toma de decisiones, así como con carpeta personal de salud para toda la ciudadanía.

- La innovación en integración asistencial se ha plasmado en modelos de atención compartida, –sobre todo en pacientes pluripatológicos–.
- Desarrollo de hospitales de sub-agudos como nivel intermedio entre los hospitales convencionales para pacientes agudos y los centros ambulatorios tradicionales, como ejemplo es notable el nuevo Hospital de Eibar.
- La implementación de competencias avanzadas de enfermería. Como resultado, se crearon y desplegaron las figuras de gestoras de caso y enfermeras de enlace.
- Coordinación sociosanitaria, a partir del desarrollo de marcos de colaboración sociosanitarios. Este es un eje central de las estrategias actuales, pero complejo ya que implica acuerdos multi-institucionales: Ayuntamientos, Diputaciones y Gobierno Vasco.
- Financiación y contratación, con una evolución del contrato-programa para hacerlo más operativo, contribuyendo a aportar rumbo estratégico y promoviendo la mejora de la calidad.
- OSAREAN, desarrollo de un Centro de Servicios de Salud Multicanal que presta o coordina servicios no presenciales, consejo sanitario y consultas *online*, entre otros. Este es un proyecto de alto impacto muy bien valorado por la ciudadanía.
- Desarrollo pleno de la receta electrónica, que ha permitido conseguir una dispensación de recetas segura y efectiva mediante la creación de un único registro electrónico fármaco-terapéutico del paciente.
- La creación del Centro de Investigación para la Cronicidad (Kronikgune) para identificar, adaptar, pilotar e introducir las mejores prácticas para lidiar con el reto de la cronicidad, generando conocimiento «local» para la innovación en organización y gestión y para mejorar el sistema de salud.
- Innovación desde los profesionales clínicos, plasmada en más de 150 iniciativas *bottom-up* como resultado de la experimentación a nivel local y a través de la creación de las condiciones adecuadas para innovar.

Todas las evaluaciones coinciden en que, transcurridos dos años desde la puesta en marcha de la Estrategia de Cronicidad, uno de los elementos que de manera gradual fue ganando protagonismo fue la necesidad de contar con organizaciones integradas verticalmente y con enfoque poblacional en todo el territorio, consolidando de ese modo el modelo OSI, que se describe en mayor detalle a continuación.

4.2. El despliegue del modelo OSI

Las nuevas Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) se configuran como un grupo de organizaciones proveedoras integradas verticalmente (normalmente compuestas por un hospital y los centros de salud correspondientes de su ámbito geo-

gráfico), que tienen la responsabilidad de atender una población concreta dentro de un territorio definido, bajo un contrato-programa firmado con el Departamento de Salud. En cualquier caso, las OSIs no tienen titularidad jurídica propia y forman parte del Ente Público Osakidetza.

La consolidación definitiva del modelo se establece, en el plano normativo, en el reciente Decreto 100/2018, de 3 de julio, de las Organizaciones Sanitarias Integradas del Ente Público, que establece un modelo global de integración estructural. En su preámbulo, se hace referencia a la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi, que contempla, como una de sus bases organizativas, que en cada Área de Salud se garantice una adecuada ordenación de la atención primaria en coordinación con la atención hospitalaria mediante una máxima eficiencia sanitaria tanto en la ubicación y uso de los recursos como en el establecimiento de las condiciones estratégicas más adecuadas para el aprovechamiento de las sinergias o en la configuración de los dispositivos de referencia. Conforme a ello, las líneas estratégicas del Departamento de Salud hacen referencia a la atención integrada, especialmente ante los retos de la vejez, cronicidad y dependencia, para dar coherencia y buscar sinergias entre los diferentes niveles del sistema sanitario (primaria y hospitalaria) para lograr que los cuidados sanitarios sean menos fragmentados, más eficientes y, en definitiva, de mayor calidad. La atención integrada que se deriva de las citadas líneas estratégicas supone una reformulación del modelo que se contempla en los Decretos 194/1996 y 195/1996, de 23 de julio, en los que se regulan las estructuras asistenciales de la atención hospitalaria, por un lado, y de la atención primaria, por otro.

El origen del modelo OSI cabe rastrearlo hasta el Acuerdo de 13 de diciembre de 2010 del Consejo de Administración de Osakidetza, que creó la organización de servicios sanitarios integrada de Bidasoa como una modalidad organizativa que superaba la tradicional separación entre atención primaria y hospitalaria, y que encuentra su fundamento en la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi.

La intención de esta integración vertical es la de armonizar la gestión y adoptar un enfoque de salud poblacional, optimizar la gestión de recursos humanos y financieros, así como la creación de estrategias y planes comunes. Cada OSI desarrolla su propio plan estratégico de integración, que incluye objetivos comunes para ambos niveles de atención, y que especifica cuál será la fuente de financiación. A continuación, cada una de las OSIs forma las comisiones técnicas y comités mixtos para facilitar el aprendizaje mutuo y mejor comunicación entre profesionales de atención primaria y del hospital. El modelo OSI va mucho más allá de la mera unificación gerencial a la que, en ocasiones, se ha pretendido asimilar.

4.3. El avance hacia un modelo de atención integrada basado en valor

La firme apuesta por un modelo asistencial integrado se mantiene en la actualidad y se ha extendido al ámbito sociosanitario. Así, el Consejo de Atención Socio-Sanitaria de Euskadi, con representación del Gobierno Vasco, Diputaciones Forales y Ayuntamientos, ha aprobado la nueva estrategia socio-sanitaria 2017-2020, con el objetivo de dar una respuesta eficaz a las personas con necesidades sanitarias y sociales, centrándose en los colectivos más vulnerables, especialmente en las personas mayores en situación de dependencia. Entre los principales avances en esta materia están los acuerdos de financiación de camas socio-sanitarias entre Gobierno y Diputaciones, la implantación de la historia clínica y la receta electrónica en las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, y los avances en el modelo de atención temprana.

Asimismo, la equidad y el abordaje de desigualdades tiene una presencia prioritaria en la legislación y en las estrategias sanitarias, en particular la Ley vasca 1/2016, integral de Adicciones y Drogodependencias, y el VII Plan de Adicciones de Euskadi tienen ese enfoque muy presente.

Además de esas iniciativas, cabe destacar la apuesta en la estrategia de Osakidetza por incorporar marcos de medición de valor y transitar hacia una gestión basada en valor, configurando una emergente Atención Integrada basada en Valor para individuos y poblaciones que puede definirse como «los resultados en salud y experiencia de pacientes en el proceso de cuidados en relación al coste incurrido para proveer unos servicios accesibles, integrales, coordinados para un grupo de población».

Debido al conjunto de las innovaciones presentadas, Euskadi ha sido reconocida como *reference site* por la Comisión Europea por su trabajo sobre el envejecimiento activo y saludable (iniciativa EIP/AHA) y también ha sido objeto de estudio como caso de éxito a nivel internacional (Nuño-Solinis, 2019).

5. CONCLUSIONES

El impacto de la Gran Recesión en la salud de la población vasca ha sido limitado, al menos en los efectos apreciables en el lapso de tiempo transcurrido. Ese impacto limitado tiene, sin duda, causas multifactoriales, pero no puede desdeñarse el efecto de la respuesta institucional a la crisis, caracterizada por medidas de austeridad muy tasadas, políticas expresas para compensar el efecto de medidas del Gobierno central derivadas del RDL 16/2012 (copagos y cobertura a inmigrantes no regulares) y, sobre todo, énfasis en transformación organizativa e innovación tecnológica como respuesta a los retos derivados de la crisis y a los emergentes; fruto del cambio del perfil demográfico, social y epidemiológico.

En efecto, esos retos mencionados y la necesidad de continuar trabajando para minorar las desigualdades de salud han contribuido a configurar un modelo de

prestación innovador, caracterizado por una atención integrada y centrada en la persona, y una arquitectura organizativa que consagra un enfoque poblacional. Ese modelo se asienta en una atención sanitaria pública donde la ley de cuidados inversos es casi inapreciable, mostrando los servicios sanitarios públicos un comportamiento pro-pobre, es decir, más centrados en la población más desfavorecida, incluso más allá de lo que cabría esperar en base a carga de morbilidad.

Las evaluaciones del modelo de prestación integrado muestran mejoras relevantes en diversos indicadores de calidad de la atención, cambios en el patrón de utilización de servicios, y de resultados en salud. Los cambios emprendidos han sido reconocidos a nivel de la UE, como región de referencia.

La transformación de la sanidad vasca avanza hacia ámbitos complejos y, en ocasiones, poco explorados, como la evolución hacia modelos de atención integrada basada en valor, cauces novedosos de participación ciudadana y activación del paciente y configuración de modelos de atención compartida social y sanitaria.

Toda esta transformación se ha realizado preservando los principios fundacionales del SNS y ahondando en características propias desarrolladas a lo largo de más de tres décadas de transferencias sanitarias. La apuesta por la sanidad pública es notoria, tanto a nivel de opinión y respaldo de la ciudadanía como de actuación de gestores y decisores, siendo prácticamente inexistentes las pulsiones de privatización. Más bien al contrario, se han producido decisiones de publicación y de retorno a normativas más rígidas y garantistas.

Este balance esencialmente positivo no debe servir para minusvalorar el enorme reto que supone pasar a ser uno de los territorios más envejecidos dentro del país del mundo que se prevé más envejecido en 2040, lo cual conlleva una agenda exigente de profundización en las reformas y de búsqueda permanente de un uso eficiente de los recursos sanitarios, ante el previsible auge de la cronicidad, la multimorbilidad y la fragilidad en la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BACIGALUPE, A.; MARTÍN, U.; FONT, R. *et al.* (2015): «Austeridad y privatización sanitaria en época de crisis: ¿existen diferencias entre las comunidades autónomas?» *Gaceta Sanitaria*, 30 pp. 47-51.
- CALVO, M.; ESNAOLA, S. (2015): *Desigualdades en la esperanza de vida en las zonas básicas de salud de la CAPV, 2006-2010*. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria.
- CIMAS, M.; GULLÓN, P.; AGUILERA, E. *et al.* (2016): «Healthcare coverage for undocumented migrants in Spain: regional differences after Royal Decree Law 16/2012». *Health Policy*, 120 (2016), pp. 384-395
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO - GOBIERNO VASCO (2010): Estrategia para afrontar el reto de la Cronicidad en Euskadi. [Internet]. Consultado el 08/11/2019. Accesible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/documentos_cronicos/eu_cronic/adjuntos/EstrategiaCronicidad.pdf
- ESCAV (2018): http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_enc_salud_2018/es_def/adjuntos/DatosRelevantes_ESCAV2018.pdf
- EUSTAT (2019): Indicadores demográficos. http://www.eustat.eus/elementos/Continua_aumentando_la_esperanza_de_vida_de_hombres_y_mujeres_en_la_CA_de_Euskadi/not0016390_c.html
- LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (2017): *La crisis, los datos y su impacto en el sistema sanitario*. Health Policy Papers CRES-UPF. Barcelona.
- MARTIN, U.; BACIGALUPE, A.; MORTERUEL, M.; RODRIGUEZ, E.; FONT, R.; GONZALEZ, E.; GONZALEZ-RABAGO, Y.; MOSQUERA, I. (2017): *Amenazas al derecho a la salud en Euskadi. Desigualdades sociales en salud y procesos de privatización en el sistema sanitario*. Medicus Mundi.
- MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL (2018): *Crisis económica y salud en España*. Madrid.
- NUÑO-SOLINÍS, R.; VÁZQUEZ PÉREZ, P.; TORO POLANCO, N.; HERNÁNDEZ-QUEVEDO, C. (2013): «Integrated Care: The Basque Perspective», *International Journal of Healthcare Management*, vol. 35, num. 3, pp. 167-73.
- NUÑO-SOLINÍS, R.; SHORTELL, S.M.; SCHEFFLER, R.M.; KELLOGG, M.A. (2019): «Implementing Population Health In The US: Lessons From Spain», *Health Affairs Blog*, July 9, 2019.
- OMS (2015): WHO global strategy on people-centred and integrated health services, <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/global-strategy/en/>
- ORUETA, J. F.; GARCÍA-ÁLVAREZ, A.; ALONSO-MORÁN, E.; VALLEJO-TORRES, L.; NUÑO-SOLINÍS, R. (2013): Socioeconomic variation in the burden of chronic conditions and health care provision-analyzing administrative individual level data from the Basque Country, Spain. *BMC public health*, 13, 870. doi:10.1186/1471-2458-13-870.
- ORUETA, J.F.; GARCÍA-ÁLVAREZ, A.; GARCÍA-GOÑI, M.; PAOLUCCI, F.; NUÑO-SOLINÍS, R. (2014): Prevalence and costs of multimorbidity by deprivation levels in the basque country: a population based study using health administrative databases. *PloS one*, 9(2), e89787. doi:10.1371/journal.pone.0089787.
- THOMPSON, K.; OPHEM, J.V.; WAGEMAKERS, A. (2019): *Studying the impact of the Eurozone's Great Recession on health: Methodological choices and challenges*. *Economics and Human Biology*, 35, 162-184. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2019.06.004>.
- TORO-POLANCO, N.; ZABALEGUI, I.B.; IRAZUSTA, I.P.; SOLINÍS, R.N.; DEL RÍO CÁMARA, M. (2015): *Building integrated care systems: a case study of Bidaxoa Integrated Health Organisa-*

- tion. *International journal of integrated care*, 15, e026. doi:10.5334/ijic.1796.
- URTARAN-LARESGOITI, M.; ÁLVAREZ-ROSETE, A.; NUÑO-SOLINÍS, R. (2018): A system-wide transformation towards integrated care in the Basque Country: A realist evaluation. *International Journal of Care Coordination*, 21(3), 98–108. <https://doi.org/10.1177/2053434518800884>
- URTARAN-LARESGOITI, M.; FONSECA PESO, J.; NUÑO-SOLINÍS, R. (2019): «Solidarity against healthcare access restrictions on undocumented immigrants in Spain: the REDER case study». *International journal for equity in health*, 18(1), 82. doi:10.1186/s12939-019-0971-9
- WAGNER, E.H. (2019): «Organizing Care for Patients With Chronic Illness Revisited». *The Milbank Quarterly*. doi:10.1111/1468-0009.12416