

Capítulo IV. Buen gobierno de la sanidad

4. 1. Introducción

Los cambios estructurales que el SNS necesita han de encontrar un contexto organizativo apropiado sólidamente fundado en valores. El concepto de “buen gobierno” va mucho más allá del cumplimiento de las leyes, obtener buenos resultados, ausencia de corrupción, mala gestión, nepotismo. También exige que el proceso de toma de decisiones responda a un conjunto de reglas consensuadas de participación democrática, transparencia, responsabilidad, rendición de cuentas y obediencia a códigos de conducta (WHO 1998a; WHO 1998b). Estas reglas, a su vez, están basadas en valores éticos y en virtudes cívicas.

La bibliografía ofrece definiciones diversas y complementarias sobre qué se entiende por “buen gobierno” (OECD 2011; Planas 2010; Ortún 2009; Repullo y Freire 2008; OECD 2004; Björk y Johansson 2000). Aunque estas definiciones varían según el contexto al que se dedica el análisis (condicionado por el nivel geográfico, el tipo de organizaciones, públicas o privadas, con o sin ánimo de lucro, de más o menos tamaño y de más o menos actualidad), se refieren en general a la coordinación de sistemas sociales, relaciones público-privadas y una creciente dependencia de la autoridad informal (Meneu y Ortún 2011; Nekola 2004).

El desarrollo más reciente de los principios del buen gobierno de la sanidad parte del trabajo de la Comisión de Buen Gobierno Sanitario del Consejo de Europa (Comisión de las Comunidades Europeas, 2001) conforme a la premisa de que una buena gobernanza influye positivamente en todas las funciones del sistema sanitario, mejorando su desempeño y, en última estancia, los resultados de salud. Para la Comisión, la buena gobernanza de los sistemas de salud se basa en valores fundamentales: derechos humanos, cumplimiento de las leyes y democracia; principios a los cuales responde la sanidad pública: universalidad, equidad y solidaridad; atributos que son específicos del buen gobierno: rendición de cuentas, transparencia, responsabilidad, participación, eficiencia, calidad, seguridad, y dar respuesta a las necesidades de los ciudadanos, y en aspectos éticos, fomentar una cultura de integridad, códigos de conducta, atención a los conflictos de intereses y prevención del fraude y la corrupción. También se distingue entre la función de rectoría (*stewardship*), como aquella que busca reactivar el liderazgo de los ministerios de salud y su capacidad de establecer y desarrollar estrategias que orienten al sector y sistema sanitario hacia ganancias de salud, y la función de gobernanza, como aquella que persigue restaurar mecanismos y herramientas de regulación, jerarquía, organización o incentivos para hacer posible la implementación de las políticas (OMS, 2000).

Todos estos valores, principios, atributos y aspectos éticos tienen implicaciones muy directas en el gobierno y en la organización de lo público. Avanzar en esta dirección implica abrir una línea de innovación en la forma de hacer política en general y sanitaria en particular, en sintonía con las aspiraciones de ciudadanos y profesionales y con la cultura democrática de los países más avanzados. Ello supone un profundo cambio respecto a la situación actual, un programa de reformas estructurales y un replanteamiento estratégico del sistema sanitario.

Aunque gobernanza y buen gobierno son prácticamente sinónimos, cabría formular una distinción. Los problemas más “técnicos” de la gobernanza se refieren a una distorsión entre las relaciones de principal y agente en la compleja malla de relaciones de agencia que existen en lo público y en lo sanitario. Junto a estos, hay problemas de “principios o valores”: el mal gobierno sería una subversión consciente y deliberada del interés general a favor del interés particular (bien sea del individuo o los grupos políticos, mediáticos, empresariales o de influencia a los que está afiliado). Esa subversión puede ser ilegal (si contraviene las leyes, y puede ser objeto de responsabilidad y castigo por el poder judicial), infame (si puede suponer el castigo social y de los pares al violar códigos de conducta) o inmoral (si no contraviene códigos pero se considera una práctica abusiva desde el parámetro de la ética social o empresarial).

Si bien gobernanza, gobernabilidad y buen gobierno son términos centrales en el debate actual del papel y funcionamiento del Estado, el concepto de buen gobierno no debe quedar circunscrito al ámbito público, sino que debe abarcar también la relación entre accionistas y ejecutivos en las empresas privadas, y entre estos y la ciudadanía (Salas, 2002). Dentro de las entidades de naturaleza privada, el gobierno de las organizaciones se refiere a la distribución de derechos y responsabilidades entre los accionistas (propietarios) y los gestores-ejecutivos que toman las decisiones diariamente, así como al conjunto de relaciones que se establecen con otras partes interesadas, tanto internas (trabajadores) como externas (proveedores, clientes, financiadores, usuarios, comunidad local, sociedad en general). En el ámbito de las entidades privadas, conducirse por normas de buen gobierno consiste en proveerse de mecanismos responsables (de negociación, coordinación, cooperación y resolución de conflictos) para tomar decisiones individuales o colectivas efectivas con el objetivo de maximizar, distribuir los beneficios (tangibles o no) entre los múltiples actores que intervienen, y garantizar la supervivencia y solidez de la empresa a largo plazo desde el punto de vista no solo económico sino competitivo y organizativo. El buen gobierno requiere por tanto una voluntad formal de espíritu de servicio, de autorregulación y de fomento en los órganos de gobierno y en quienes lo integran de un comportamiento ético y honesto (Saltman et al. 2011).

4. 2. Buenas prácticas de gobierno

Utilizando el lenguaje de la teoría de las organizaciones, el principal, el propietario, el que asume las consecuencias finales de las malas y buenas decisiones, y el que debe valorarlas, en nuestro sistema sanitario, es el ciudadano. No lo son aisladamente ni los pacientes, ni el ministerio o consejería de salud, ni de economía, ni la Administración en cualquiera de sus formas, ni las empresas proveedoras, ni los gerentes, ni los médicos, ni el resto del personal, asistencial o no. Los decisores, en sus diferentes niveles (macro, meso y microgestión) son agentes en los cuales la ciudadanía ha depositado su confianza.

El sistema sanitario es especialmente complejo, por su entorno rápidamente cambiante, por la abundante información específica diseminada, por la elevada incertidumbre que rodea tanto las decisiones individuales como las colectivas y por una cultura de intereses muy marcados. No es labor sencilla en la práctica identificar, siquiera ex post, cuál era la decisión óptima que debía haberse tomado desde la perspectiva individual o social.

Ello no es óbice para reconocer que en la "década prodigiosa" de crecimiento económico reciente (2008) podemos identificar arquetipos de mal gobierno cuando reparamos en inversiones poco meditadas y temerarias en el desarrollo de centros y carteras de servicios, en el abandono de referentes técnicos en la planificación de oferta, y cuando se traslada el mensaje a los ciudadanos de que más recursos en sanidad siempre equivalen a mayor bienestar. Sin embargo, esta conducta obviaba que el objetivo final del sistema sanitario para los ciudadanos es la contribución al bienestar social contando para ello con la inversión de recursos limitados. Este objetivo no necesariamente debe traducirse en más recursos para el sistema sanitario, ni más actividad, ni más impuestos, ni más tecnología. Sin embargo, ya inmersos en la crisis económica, en una etapa contractiva que se inicia con un cierto retardo en sanidad, aun frenándose los ejemplos de mal gobierno expansivo, no se han restaurado o regenerado modelos de buenas prácticas en la función regulatoria, de gestión pública o de control. Así, numerosos expertos del medio coinciden en señalar la existencia de un déficit significativo de buen gobierno en nuestra sanidad (Artells, 2012).

Un aspecto que llama poderosamente la atención en este último periodo es la incapacidad de los representantes de los ciudadanos de impulsar un nuevo contrato social con todos los sectores de la sociedad (partidos políticos, profesionales, agentes económicos y sociales, ciudadanos), buscando acuerdos y consenso en torno a reglas del juego democrático para gobernar y gestionar la sanidad pública, con independencia de quién gobierne. No obstante, más allá del medio estrictamente sanitario, se requeriría un acuerdo más general o Pacto sobre la Salud apoyado en el desarrollo de Ley General de Salud Pública (Ley 33/2011), que integrara la prevención, la protección y la promoción de la *Salud en todas las políticas* públicas.

Analicemos dos dimensiones fundamentales de partida en toda concepción de buen gobierno: justificación y comunicación de las políticas, y transparencia y rendición de cuentas.

Justificación y comunicación de las políticas

Ante la brusca caída de los ingresos públicos y la fuerte prima demandada por los mercados para financiar la deuda soberana, las Administraciones Públicas se han visto obligadas con carácter de urgencia a arbitrar medidas de contención del gasto para reducir el déficit público. Sin embargo, precisamente debido a la necesidad y urgencia de aplicar medidas que distan de ser populares, su adecuada justificación y su proceso de deliberación, participación y comunicación reflejan toda su importancia como elemento clave de buen gobierno y afectan a la propia calidad de la regulación, a su seguridad jurídica, e incluso a la cultura democrática y a la cohesión social.

Ejemplos paradigmáticos los hemos tenido recientemente tanto en el marco normativo general como en el específico sanitario. En el general, con la reforma del artículo 135 de la Constitución Española, se convierte a los acreedores nacionales e internacionales de la deuda española en sujetos prioritarios del derecho constitucional español, aprobado con una total ausencia de debate social al respecto. En el terreno sanitario, el Real Decreto ley (RDL) 16/2012 destaca por su mala manufactura jurídica (días después de su publicación debieron introducirse decenas de correcciones de errores), y debe constatar que más de un año después de su promulgación no se habían puesto en marcha varios de sus artículos. Ello plantea la idoneidad del uso de un sistema excepcional como es el RDL para regular múltiples aspectos que no son ni urgentes ni de inmediato cumplimiento. Asimismo, en un documento de posición elaborado recientemente por la Asociación de Economía de la Salud (AES, 2012) se señala que “el RDL 16/2012 cambia la naturaleza del derecho a la prestación sanitaria pública, recuperando la distinción entre titulares y beneficiarios del aseguramiento. Una medida tan sustancial debería beneficiarse de un debate civil y parlamentario profundo y sosegado que haga aflorar tanto ventajas como riesgos”. En este sentido, la Asociación invita “a sus socios y socias a fomentar de manera abierta y constructiva dicho debate tanto con nuestros representantes políticos, como con otras sociedades científicas y profesionales y con la ciudadanía”. Por último, la memoria económica de este RDL obliga a los lectores a realizar un auténtico acto de fe, pues no se especifican los parámetros mínimos del ahorro tan acusado que prevé producir.

Casos como los citados no son únicos ni excepcionales, sino frecuentes. En el último periodo económico expansivo, especialmente en las cercanías de las elecciones, la propaganda tomó la delantera a la información sobre la actividad de muchos ministerios y consejerías. En la fase contractiva en que nos encontramos, muchos programas y estrategias se han planteado sin el menor debate previo con la ciudadanía, sin buscar el apoyo o el diálogo con los profesionales del sistema sanitario e ignorando que cualquier programa, medida o política que no cuente con su apoyo nace gravemente lastrado (Ortún y Rodríguez 1990).

Obviamente, el discurso de la austeridad es mucho menos motivador que las referencias de ampliación de la oferta sanitaria (sin entrar en si esta es o no adecuada), pero precisamente ello exige mayor justificación de las políticas, obliga a una enorme tarea pedagógica de explicación de su razón y alcance y debería incentivar la difusión de más y mejor información y apelar al diálogo constructivo con la ciudadanía y con los profesionales del medio donde se aplican.

Transparencia y rendición de cuentas

Un aspecto clave de buen gobierno es adoptar, primero, y mantener, después, procedimientos para que la toma de decisiones en todos los niveles de la sanidad pública esté bien informada y sea transparente y abierta a la consulta y la participación cívica, política y de expertos. En suma, el proceso es clave como elemento de mejora de la calidad de las normas y actuaciones. Para ello, entre otras medidas, las decisiones de importancia deben estar basadas en libros blancos o informes, abiertos a consulta pública, en los cuales se analicen los problemas, alternativas y políticas propuestas, de forma que estas puedan recibir críticas y aportaciones de todos los ámbitos de la sociedad. De este modo, la transparencia no es una panacea universal que sanará nuestros endémicos males, pero sí un requisito elemental para lograr avances en cualquiera de los aspectos que se declaran deseables.

De nuevo, los ejemplos en nuestro SNS son poco edificantes. La información económico-presupuestaria no suele corresponder a la realidad y acostumbra revelarse solo tras cíclicas operaciones de saneamiento o de reconocimiento de deuda. Los datos de desempeño de centros sanitarios están anonimizados, salvo en honrosas excepciones (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, 2012). Ello impide evaluar las diferentes formas de gestión, aun siendo una de las políticas más relevantes y con mayor nivel de discrepancia en los últimos tiempos, o que los ciudadanos ejerzan su libertad de elección entre centros, incluso en aquellas CC. AA. que hacen bandera de este elemento. Asimismo, es patente la falta de transparencia en la decisión de incorporar o no una nueva prestación en una cartera de servicios con financiación pública, que debería requerir información sobre el coste de oportunidad y las alternativas de esa prestación, teniendo en cuenta las prioridades de sus beneficiarios y de la sociedad en su conjunto. Por añadir un último ejemplo, aunque podríamos extendernos a muchos otros campos, resulta decepcionante comprobar que lo que parecía ser honda preocupación por la obesidad (y, en especial, la infantil) en 2005, traducida en la creación de la estrategia NAOS (Estrategia para la Nutrición, Actividad física y prevención de la ObeSidad), haya desaparecido abruptamente de las agendas políticas y jamás se hayan evaluado las medidas puestas en marcha de dicha estrategia.

Lógicamente, transparencia y rendición de cuentas son conceptos que van de la mano. Para facilitar la rendición de cuentas y la participación social, política y cívica, los datos existentes deberían hacerse públicos “por defecto” y ser accesibles y utilizables desde

Internet. El principio que ha de respetarse es que toda información generada con dinero público debe ser de dominio público, salvo que afecte a la privacidad individual. Si hay excepciones a esta regla deben ser explícitas y estar justificadas.

Asignadas las responsabilidades de decisión, tienen que definirse los mecanismos para su valoración y control. Un buen gobierno pasa por dejar que el control de las decisiones tomadas por unos agentes sea ejercido por otros, y es la misma ciudadanía quien debe recibir y juzgar en último término las actuaciones. Capacidad de decisión y responsabilidad de control no han de recaer en la misma persona. Un ejemplo claro, aunque no único, de esta separación de funciones en nuestro sistema sanitario es la separación entre comprador de servicios-asegurador y proveedor de servicios sanitarios. En el mismo sentido, los contratos de gestión y los informes de desempeño de centros sanitarios y unidades de gestión clínica de la gran mayoría de hospitales de la red de utilización pública en España deberían estar disponibles en Internet. No hay obstáculos tecnológicos que impidan hacerlo, ni legales, puesto que no afectaría a la privacidad de las personas, y ello podría constituir parte de una poderosa fuerza de mejora estimulando la competencia vía comparación.

Un referente habitual para nuestro SNS es el National Health Service (NHS), tanto por compartir una filosofía cercana de aseguramiento sanitario como por mostrar referencias ejemplarizantes de cómo podríamos orientarnos en el campo del buen gobierno sanitario. Los indicadores construidos para orientar la mejora de la efectividad, la seguridad y la satisfacción del paciente, incluyendo indicadores de resultados en salud sofisticados como los denominados Patient Reported Outcome Measures (indicadores y resultados por centros en libre acceso en: <https://indicators.ic.nhs.uk/webview/> ; <http://www.ic.nhs.uk/proms>), no son elementos inalcanzables en nuestro medio, como ha quedado demostrado (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, 2012). De la misma manera, el diseño de un programa amplio de prioridades en salud para el periodo 2013-2015, elaborado por el Gobierno británico y el NHS en el marco de un proceso abierto, transparente y colaborativo, donde ha participado más de un centenar de entidades y organizaciones públicas y privadas, además de ciudadanos a título particular (Department of Health, 2012), señala un camino muy alejado de las fórmulas y maneras por las cuales se ha conducido el diseño de políticas en el marco de nuestro SNS.

Propuestas

- P140. El procedimiento de priorización de políticas sanitarias debe ser mucho más participativo y transparente. El reciente ejemplo del Mandato del gobierno británico a su National Health Service (Department of Health, 2012) marca una pauta que puede ser replicada en nuestro medio.
- P141. Mejorar la comunicación de políticas y líneas estratégicas en el marco nacional y regional del SNS. Las grandes estrategias y políticas en salud y

materia sanitaria han de comunicarse a la ciudadanía cuando se ponen en marcha y cuando se abandonan, evaluarse periódicamente, tal como establece la normativa vigente, y sus resultados han de ser de dominio público.

- P142. Como norma general, toda información generada con dinero público debe ser de dominio público, salvo que afecte a la privacidad individual.
- P143. Facilitar el acceso libre a cualquier ciudadano a las bases de datos públicas con la limitación que impongan las leyes de protección de datos.
- P144. Los planes de salud deben emplear indicadores objetivables, cuantitativos y evaluables.
- P145. Evaluar los planes de salud de acuerdo con los indicadores acordados previamente y hacer públicos los resultados.
- P146. Toda decisión que corresponda a la inclusión o retirada de una prestación en el seno del SNS debe responder a un proceso de evaluación transparente de la seguridad, eficacia, efectividad, eficiencia y utilidad. Los informes técnicos de dichas evaluaciones deben ser de acceso público.
- P147. Publicar los datos de calidad asistencial por centro sanitario (atención primaria, centros de especialidades y hospitales) y zona o área de salud e indicar si los datos aportados son brutos o están ajustados o estandarizados por factores poblacionales (edad, sexo) o de complejidad clínica de la población a cargo de dichos centros. En este segundo caso, señalar con detalle el método de estandarización o ajuste y la población estándar utilizada.
- P148. Publicar los datos de actividad económico-presupuestaria por centro sanitario (atención primaria, centros de especialidades y hospitales) y zona o área de salud, de acuerdo con las premisas señaladas en los anteriores puntos.
- P149. Fomentar la comparación entre resultados asistenciales de centros y entre profesionales.

4. 3. Organización, gestión y códigos de conducta

Para orientar los servicios sanitarios hacia niveles más altos de calidad, efectividad y eficiencia, hay que rediseñar –de acuerdo con los valores y principios compartidos del buen gobierno– la organización y el funcionamiento de toda la sanidad pública (tanto los servicios regionales de salud y sus organizaciones: hospitales, atención primaria) y la red de servicios de salud pública, prestando atención especial a los enfermos crónicos y a la coordinación eficaz entre servicios sanitarios y sociales. En conjunto, este apartado está inspirado en el documento del Consejo Asesor sobre el Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca (2012).

Las exigencias de gestión de las organizaciones sanitarias reclaman una elevada cuota de autonomía. Ello es necesario si queremos que las organizaciones sanitarias respondan adecuadamente a su misión y puedan prestar sus servicios con la mayor calidad y eficiencia. Son numerosas y variadas las experiencias que se han desarrollado a lo largo de estos años en los cuales se marca la tendencia clara de

abandonar modelos centralizados, unitarios y muy jerarquizados, hacia modelos organizativos con mayor nivel de autonomía. Esta tendencia impone exigencias que están estrechamente relacionadas con la autonomía que se pretende impulsar: la definición de órganos de gobierno con capacidad de decisión en los centros, el desarrollo de herramientas y buenas prácticas de gestión y la profesionalización de los directivos públicos.

Órganos colegiados de gobierno

En organizaciones sin ánimo de lucro, fundaciones o consorcios la definición de quién tiene los derechos de propiedad (quién tiene el derecho a cambiarlos, utilizarlos, a disponer de sus rendimientos...) es menos clara que en una empresa privada. Para articular la capacidad de decisión autónoma de los centros sanitarios habría que implantar en todas las organizaciones sanitarias órganos colegiados de gobierno – consejos de gobierno – con funciones de consejos de administración. Estos órganos representarían la máxima autoridad de la organización ante la cual respondería directamente el director gerente, con el mandato de cumplir la misión de la organización y velar por los intereses de los ciudadanos en relación con el servicio sanitario público, y cumpliendo y haciendo cumplir la normativa vigente, los presupuestos y las indicaciones de las autoridades sanitarias.

Las competencias y responsabilidades de los órganos colegiados de gobierno deberían ser similares a las que corresponden a patronatos y consejos de administración, para lo cual, dentro del marco corporativo común de un servicio regional de salud, tendrían competencias sobre todos los aspectos de organización y funcionamiento de las organizaciones que gobiernan, de modo que estas tuvieran toda la autonomía necesaria para su funcionamiento ágil y eficiente. Serían responsables de: (1) definir la estrategia de la organización, (2) controlar y evaluar sus resultados, (3) asegurar la consideración de las necesidades locales, teniendo en cuenta a la población y a los profesionales sanitarios, (4) garantizar la aplicación de las normas de buen gobierno, (5) participar en el nombramiento del equipo directivo, evaluar sus resultados y proponer su revocación, y (6) velar por el buen funcionamiento del gobierno clínico de la organización (calidad y seguridad de la atención).

Los miembros de los consejos de gobierno de las organizaciones sanitarias tendrían el mandato y asumirían el compromiso de cumplir la misión de la organización en cuyo consejo sirven, velando por los intereses de los ciudadanos en relación con el servicio sanitario público, y cumpliendo y haciendo cumplir la normativa vigente, los presupuestos, la política y objetivos sanitarios del departamento de salud. Para ello, sería necesario establecer una división clara de responsabilidades entre los órganos de gobierno y el comité de dirección. Las responsabilidades deberían ser claras, explícitas, escritas y puestas en conocimiento de la organización (Pointer y Orlikoff 2002). Si bien la labor de los consejeros independientes debe ayudar a las organizaciones a catalizar

las demandas externas, socializar, asesorar y establecer control interno, un punto clave es que estas personas deberían estar suficientemente formadas y capacitadas para desempeñar su labor o su influencia se verá muy mermada.

Buenas prácticas de gestión

En términos generales podemos entender por buenas prácticas aquellos procedimientos, acciones y esquemas organizativos que funcionan para alcanzar sus objetivos satisfactoriamente (calidad, eficiencia, satisfacción de las partes interesadas) y cumplen con las especificaciones y normas. La aplicación del concepto de buenas prácticas a los servicios sanitarios añade a la complejidad de la tarea gestora la multidimensionalidad y complejidad propias del sector salud y sus servicios, derivadas del propio concepto de salud, de la sofisticación tecnológica y organizativa de la medicina moderna, de la incertidumbre que rodea a los procesos y decisiones clínicas y de los dilemas éticos presentes casi todas sus decisiones. Por ello, en los servicios sanitarios, públicos y privados, los estándares de buenas prácticas abarcan numerosas actividades y procedimientos, que van desde las guías de práctica clínica y los códigos de conducta hasta las listas de comprobación (*checklists*) de los quirófanos, pasando por todo tipo de normas menores y estándares en los que se basa el buen funcionamiento de los centros sanitarios (citación, seguridad microbiológica).

El objetivo de implantar una cultura de buenas prácticas en los servicios sanitarios significa la búsqueda continua y la implantación de aquellos procedimientos que mejor respondan a los principios de buen gobierno (transparencia, rendición de cuentas, prevención, detección y actuación frente a conflictos de intereses, incumplimientos y otras conductas contrarias a las leyes y normas y a ética de la gestión pública en sanidad). Ello se persigue tanto por su valor moral normativo, como referentes de comportamiento, como por su potencial contribución a la eficiencia y calidad en los servicios.

En tal sentido, deben establecerse garantías de cumplimiento de las reglas del buen gobierno con responsabilidades, sanciones e incentivos claramente identificados. Además, se ha de promover una cultura de buenas prácticas y de ética profesional a todos los niveles (gobierno, gestión, práctica clínica), impulsando la creación y el cumplimiento de reglas y códigos de conducta específicos para todos los responsables y profesionales de la sanidad (miembros de los órganos colegiados de gobierno, gestores ejecutivos, responsables de unidades, clínicos, personal de enfermería), prestando especial atención a la prevención de conflictos de intereses y a la ejemplaridad ética en el desempeño de las responsabilidades, con transparencia y rendición de cuentas, siguiendo el ejemplo de los mejores servicios de salud y los referentes internacionales de la responsabilidad social corporativa (Olcese et al. 2006).

Los códigos de conducta son instrumentos cada vez más utilizados en todo tipo de organizaciones por su contribución a adecuar los comportamientos y decisiones,

individuales y colectivas, a buenas prácticas y estándares éticos y a favorecer una cultura de integridad. Por ello, la sanidad debiera dotarse de un código de conducta general, obligatorio para todo su personal, e impulsar códigos de conducta más específicos para aquellas actividades profesionales o responsabilidades de gestión que así lo requieran. Así, la autorregulación podría ampliar su papel en terrenos profesionales donde el conocimiento y la opinión de los pares son centrales en la legitimación del papel que desempeña el profesional y en su reputación. De hecho, el nuevo Código de Deontología Médica (OMC, 2011) es un excelente ejemplo de introducción de coordenadas nuevas y fomento de respuestas más acordes con los problemas científicos, profesionales, organizativos, económicos y sociales a los cuales se enfrentan la medicina y los sistemas públicos de salud.

La corrupción en todas sus variantes (fraude, soborno, nepotismo, clientelismo) es la antítesis del buen gobierno. Varios organismos internacionales (OECD, 2004) recomiendan estrategias e instancias activas contra la corrupción en el sector público, incluida la sanidad; así, tanto en los EEUU (Medicare), como en Europa (Department of Health, 2012; Comisión de las Comunidades Europeas, 2001) tienen unidades especiales para la prevención, detección e investigación de casos de fraude y corrupción. Siguiendo estos ejemplos y recomendaciones, la sanidad pública debería dotarse de un servicio o unidad responsable de desarrollar su política antifraude y corrupción y llevar a cabo todas las acciones que ello requiera, entre otras: un "Plan de Prevención del riesgo de fraude y corrupción", una "Guía de actuación en caso de sospecha de corrupción", procedimientos para denunciar y actuar en casos de corrupción, información y formación sobre estos temas. Un ejemplo excelente de código de conducta en los servicios sanitarios es el de Alberta, Canadá (Alberta Health Services, 2013).

Profesionalización de la gestión

La eficacia, legitimidad y autoridad en la gestión exigen la profesionalización y estabilidad contractual de los gestores, así como diferenciar su papel del de los políticos, responsables últimos ante los ciudadanos de la sanidad pública. La politización de la función directiva anula la autoridad necesaria para tomar decisiones y gestionar transformaciones: la rotación de los puestos gerenciales y de alta (y media) dirección ligada al ciclo electoral supone destrucción periódica del capital directivo acumulado y anula la autoridad de los gestores para promover cambios, fomentar la productividad y corregir problemas de desempeño ineficiente. La periódica denuncia de esta situación en numerosos comunicados (Consejo Asesor sobre el Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca 2012; Bernal et al. 2011; OMC, SESPAS y SEDISA 2005) pone de relieve que la profesionalización en los puestos de gestión es un tema clave en España para avanzar en la aplicación de normas de buen gobierno sanitario.

Con esta finalidad, la sanidad pública debería dotarse, en sus diferentes niveles y especializaciones, de directivos profesionales para gestionar todas sus organizaciones y servicios, seleccionar y nombrar a los directores gerentes y a todos los cargos ejecutivos, de alta dirección, de responsabilidad clínica o gestora, mediante procedimientos en que exista concurrencia pública, participación de los respectivos órganos colegiados de gobierno y, en su caso, el asesoramiento profesional correspondiente.

Estos directivos necesitan una regulación específica para su selección, que ha de desarrollarse a través de concursos por concurrencia competitiva abierta, además de reflejar sus atribuciones, las condiciones de empleo y cese, el reconocimiento de trayectoria directiva, el código de conducta y la evaluación periódica de desempeño y resultados, adaptada a cada situación. La estabilidad, legitimidad y autoridad que precisa la dirección pública profesional requiere, además del cumplimiento estricto por parte de estos profesionales de las leyes y las normas obligatorias para todos, su adhesión a un código de conducta específico que, entre otros puntos, incluya la lealtad a los valores del servicio público, la explicitación de todo tipo de conflictos de intereses, el compromiso estricto de neutralidad político-partidaria en el desempeño de sus funciones, el sometimiento a los principios de legalidad, transparencia e imparcialidad en la toma de decisiones, estilo de trabajo abierto y participativo, compromiso con la promoción personal y profesional de los trabajadores, con la innovación y la gestión del conocimiento para el desarrollo individual y corporativo, así como con la eficiencia en el uso de los recursos y la rendición de cuentas (realizada con carácter periódico y sistemático, tanto a instancias internas como externas).

La evaluación de los resultados obtenidos de la actividad encomendada a los directivos se debería establecer como práctica común con el objetivo de incentivar la excelencia profesional y sancionar el incumplimiento. Para ello, los organismos contratantes (servicios regionales de salud) deben dotarse de un procedimiento objetivo de medición de resultados y hacer esta evaluación determinante en la política de fidelización de los directivos.

Es necesario articular, de manera paralela a la profesionalización de la función directiva, un modelo de consejo de gobierno, con funciones de consejos de administración y con el mandato de cumplir la misión de la organización y velar por los intereses de los ciudadanos en relación al servicio sanitario. Sobre este órgano pivotaría la transparencia, la participación y la rendición de cuentas ante representantes competentes de la ciudadanía (Consejo Asesor sobre el Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca, 2012). Para su buen funcionamiento, los miembros de estos órganos de gobierno deben adquirir el compromiso y asumir su responsabilidad frente a la organización de la cual son patronos o consejeros y frente a la ciudadanía (ante los cuales rendirán cuentas), no ante otras entidades que los nombran o recomiendan para desempeñar el cargo.

Propuestas

- P150. Desarrollar órganos colegiados de gobierno (consejos de gobierno) con funciones de consejos de administración en el seno de las organizaciones sanitarias.
- P151. Promocionar códigos de conducta basados en buenas prácticas y ética profesional, incluyendo procedimientos de garantía de cumplimiento de las mismas e identificación de responsabilidades junto a las sanciones e incentivos correspondientes.
- P152. Difundir y permitir el libre acceso a las actas y los informes de las reuniones de las juntas facultativas técnico-asistenciales, comisiones de calidad y órganos colegiados de gobierno (consejos de gobierno).
- P153. Crear unidades u oficinas responsables de desarrollar políticas antifraude y corrupción y dotar a las organizaciones sanitarias de formación específica y planes de prevención en este campo.
- P154. Contratar los puestos directivos en el SNS mediante un sistema meritocrático donde la convocatoria de dichos puestos sea pública y abierta, así como la valoración del currículum profesional de los candidatos y la decisión final justificada.
- P155. Exigir la declaración de conflictos de intereses de todos los cargos sanitarios de libre designación, que incluya la declaración de las actividades profesionales realizadas en los cinco años previos.
- P156. Crear comités de ética para valorar los conflictos de interés de personas que van a ocupar un alto cargo sanitario o de personas que lo han ocupado recientemente (en el periodo señalado). La declaración de los potenciales conflictos de interés de estas personas debería transmitirse al comité. Este debería informar directamente al Observatorio del SNS o a una Agencia de Evaluación de Servicios Sanitarios y Políticas de Salud y sus informes deberían ser públicos.

4. 4. Participación ciudadana y profesional

Participación ciudadana

Como pone de manifiesto la Comisión de las Comunidades Europeas (2001), la participación colectiva e individual, como principio básico de la pluralidad democrática y del buen gobierno, fortalece la aceptabilidad social de la acción de gobierno y promueve la eficiencia de los servicios públicos.

La sanidad pública ha de responder con la mayor calidad, efectividad, eficiencia y equidad a las necesidades, demandas y preferencias de ciudadanos y pacientes en relación con la sanidad, planificándola, gobernándola y gestionándola considerando que los ciudadanos son sus auténticos propietarios, destinatarios y jueces. Dos ámbitos

de acción resultan especialmente relevantes: (i) la libertad de elección, ampliando al máximo el acceso y la transparencia en la información, la posibilidades de elección y de control y (ii) la integración de los servicios, desarrollando servicios específicos de atención a los ancianos, enfermos crónicos, mentales y dependientes en general, coordinándolos eficazmente con los servicios sociales y construyendo el sistema socio-sanitario necesario, tanto por razones de solidaridad y justicia social, como por su contribución decisiva a la calidad y la eficiencia del conjunto de la sanidad pública.

La participación ciudadana en las decisiones sanitarias, en sus distintos niveles, requiere la existencia de una amplia posibilidad de elección dentro de la sanidad y una cultura organizativa y profesional en la cual el ciudadano tenga en todo momento la información que necesita para tomar sus propias decisiones y ejercer el control de todo aquello que atañe a la atención de su salud.

Las mejoras educativas y el avance de las tecnologías de la información están propiciando un gran cambio en la relación de agencia entre profesionales de la salud y pacientes y en su tradicional interacción. Estamos viviendo un modelo de transición en el cual la participación del ciudadano es mucho más activa en sus contactos con el sistema. Este modelo introducirá un profundo cambio cultural y organizativo en el modelo clásico paternalista que lo precede y en la propia concepción del profesionalismo sanitario. Esta nueva relación se plantea en términos deliberativos con los profesionales, quienes deben proporcionar información solvente e inteligible para ayudar a que el paciente articule y manifieste sus preferencias, mejore su conocimiento sobre su estado y riesgo para su salud y tome conciencia de las alternativas de intervención terapéutica y de los riesgos y beneficios asociados con cada una de ellas.

Ello exige gran esfuerzo por parte del propio sistema y de sus profesionales en proporcionar información al público y a los usuarios del sistema sanitario e incentivar la educación sanitaria y la mejora en las competencias de los ciudadanos para adquirir información, valorarla, comprenderla y utilizarla de manera responsable y documentada en el cuidado y promoción de su salud y su autonomía personal (Cullen, 2004). No obstante, se ha de tener presente que una adecuada educación sanitaria y el acceso del público a información de calidad favorece la toma de decisiones informadas y compartidas y puede fortalecer la relación médico-paciente, pero no reemplaza el juicio de los profesionales ni repara sus posibles carencias comunicativas.

Asimismo, las obligaciones y responsabilidades del ciudadano aumentan en este nuevo paradigma, toda vez que se abandona la idea de ciudadano-paciente pasivo para subrayar los valores de participación y responsabilidad. Participación en la potenciación del autocuidado y autonomía del ciudadano. Responsabilidad, en primer lugar, hacia su propia salud (incluyendo el entrenamiento en el tratamiento de enfermedades en el caso de pacientes con enfermedades crónicas), pero también responsabilidad en el buen uso de los servicios sanitarios, reconociendo su valor pero no exagerándolo para no incurrir en una excesiva medicalización, y responsabilidad en la sostenibilidad del conjunto del sistema sanitario. Todo ello demanda que la sanidad,

especialmente la pública, ofrezca activamente a sus pacientes y a los ciudadanos el apoyo y los instrumentos de todo tipo (educativo, de información, “paciente experto”, cultura profesional de atención personalizada, énfasis en la atención continuada) que esta reorientación requiere.

A escala institucional, la participación ciudadana en el gobierno de la sanidad pública se realiza fundamentalmente a través del proceso político democrático por el cual se elige y controla a los gobernantes. Esta participación se hace más próxima y operativa con la creación de consejos de gobierno y la presencia en ellos de representantes locales y de consejeros a título personal, vinculados con la comunidad (Allen et al. 2012; Day y Klein 2005). Pero además, una buena respuesta de los servicios sanitarios públicos a los pacientes y ciudadanos exige la existencia institucional de un sistema para que las quejas, denuncias, sugerencias y reclamaciones tengan mecanismos eficaces y rápidos de respuesta.

Ello, sin embargo, no es factible sin la definición de un sistema estable y permanente de participación, que incluya un marco regulador de la misma (normativa destinada a institucionalizar, ordenar, facilitar o promover la participación) y de derechos de petición, de iniciativa, de intervención, así como la de órganos consultivos estables de participación que faciliten la interlocución con el sector a través de la agrupación de estas asociaciones, eviten su fragmentación, y promuevan nuevos canales (tipo web 2.0) para que participen ciudadanos, pacientes, personas cuidadoras y sus asociaciones. En este sentido, debe subrayarse que la aparente apatía de los ciudadanos y su alegada ausencia de compromiso y responsabilidad pueden estar motivados precisamente por la falta de cauces adecuados de participación (Blancafort, 2009).

La participación colectiva, como vehículo formal de incorporación de la perspectiva del público y los usuarios del SNS, se refiere tanto a la identificación de dilemas, conflictos y oportunidades de progreso, como a la influencia sobre el establecimiento de la agenda de la política sanitaria, su priorización y la evaluación de sus efectos (Buse et al. 2007). En cambio, el alcance de la participación colectiva no puede limitarse al apoyo financiero o de otro tipo a diversas organizaciones específicas de pacientes si no quiere correrse el riesgo de que quede atrapada en redes clientelares que alteren sus objetivos primordiales de servicio a la colectividad e instrumentalicen su participación en la toma de decisiones sobre la configuración de los servicios y su gestión.

Por otra parte, la participación colectiva en la política sanitaria puede enriquecer con información relevante la toma de decisiones y la gestión clínica, especialmente cuando dicha información es de difícil acceso o ignorada por el sistema sanitario, como ocurre con las experiencias asistenciales de los pacientes y sus familiares. Asimismo, debe potenciarse la mejora de los instrumentos de revelación de preferencias colectivas y el estudio de su integración en el desarrollo de la sanidad pública, avanzando en la efectividad de su uso (Costa Font, 2005).

Participación de los profesionales

La complicidad de los principales actores en el mantenimiento de la solvencia del SNS no será posible sin avanzar hacia normas de buen gobierno. Los profesionales sanitarios poseen motivación intrínseca, alto nivel de formación, elevado nivel intelectual, la relevancia social de su desempeño es enorme y, sin embargo, es uno de los colectivos profesionales con mayores índices de *burnout*. Este fenómeno de desapego, aun no siendo exclusivo de los profesionales españoles (Edwards et al. 2002), debe hacer pensar en el rediseño de los actuales sistema de incentivos y construir cauces que nos acerquen a un renovado profesionalismo basado en el liderazgo médico (Berwick, 1994)

Es necesario implicar activamente a los profesionales sanitarios en la sostenibilidad del sistema, en la elaboración de políticas de salud, en la gestión y en la toma de decisiones, potenciando o creando estructuras efectivas de participación y asesoramiento profesional, así como buscando la revitalización de las organizaciones profesionales para que respondan a las necesidades y retos de la medicina del siglo XXI. Ello debería estar presente desde el inicio de su etapa formativa y potenciarse en su ejercicio profesional para que puedan asumir papeles de liderazgo y gestión en el sistema.

En las organizaciones sanitarias el sistema de asesoramiento y participación profesional es crítico, porque el input profesional tiene aquí un impacto directo en los servicios y contribuye a implicar y motivar a los profesionales con su organización, al ver que su opinión cuenta en las decisiones del día a día. La importancia del buen funcionamiento de las juntas facultativas, técnico-asistenciales o comisiones técnicas, comisiones de calidad, requiere evaluar adecuadamente su desempeño y su papel en la práctica, para revitalizar y fortalecer su contribución a la calidad de los servicios, a la participación de los profesionales y a la buena marcha general del conjunto de la organización sanitaria. En la normativa interna de las organizaciones sanitarias deben especificarse los temas en que sea preceptivo recabar la opinión y el asesoramiento de las juntas y comisiones.

En todo caso, un tema central del asesoramiento profesional es cómo trasladarlo de manera efectiva a la gestión clínica e implicar a los profesionales en la gestión de los recursos, favorecer la continuidad asistencial, mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios clínicos y atender los aspectos de calidad de la práctica profesional. Y ello, en el contexto de burocracias profesionalizadas como son los servicios de salud, depende críticamente del compromiso de los profesionales y de la calidad de los líderes de la profesión para motivar a sus colegas y cambiar comportamientos y actitudes (Dickinson y Ham 2008; Ham 2003).

Para conseguir su implicación, apelar al profesionalismo no es suficiente. Habrá que estar dispuestos a invertir en capital motivacional (Berdud, 2012), que la retribución recibida y el reconocimiento profesional discriminen por desempeño. Asimismo, hay

que buscar canales para que los profesionales se impliquen en una mayor participación en las decisiones, compatible con una mayor autonomía, tiempo para la formación e investigación, y desarrollo de la carrera profesional basada en elementos claros y explícitos de mérito y desempeño profesional. A cambio de ello, también debe ser exigible la aplicación de los mismos criterios generales propuestos: transparencia y rendición de cuentas en el desempeño.

Propuestas

- P157. Promover políticas que favorezcan la libertad de elección del ciudadano de centro y profesional sanitarios.
- P158. Desarrollar herramientas de información al público y a los usuarios del sistema sanitario e incentivar la educación sanitaria y la mejora en las competencias de los ciudadanos para adquirir información, valorarla, comprenderla y utilizarla de manera responsable y documentada en el cuidado y promoción de su salud y su autonomía personal.
- P159. Favorecer una cultura de respeto entre ciudadanos-profesionales sanitarios que avance en la idea de toma de decisiones compartidas.
- P160. Desarrollar órganos y cauces adecuados de participación ciudadana en la toma de decisiones individuales y colectivas en el medio sanitario y en el cuidado y la promoción de la salud.
- P161. Abrir a consulta profesional y ciudadana todos los documentos sobre políticas y proyectos que afecten a la actividad clínica y responder a ellos.
- P162. Fijar objetivos claros, evaluables y centrados en medidas de eficiencia (relación entre el coste y el resultado en salud) para la evaluación de centros y profesionales.
- P163. Desarrollar un esquema de incentivos aplicado al desarrollo de la carrera profesional basado en la meritocracia y la excelencia, que favorezca el desarrollo de la autonomía profesional y que exija a cambio rendición de cuentas.

4. 5. Evaluación de políticas

Tal como se pregunta en el Capítulo III, realmente ¿podemos permitirnos el lujo de gastar nuestros recursos en políticas públicas que no funcionan? (Vera, 2011a). ¿Cómo podremos asignar adecuadamente nuestros recursos en grandes estrategias y políticas si no nos planteamos identificar sus fortalezas y debilidades? En los sistemas, instituciones y organizaciones sanitarias, la evaluación permite generar conocimiento que puede aplicarse para corregir el rumbo o rediseñar nuevas políticas e intervenciones y, antes incluso de apostar por grandes estrategias o cambios estructurales, recurrir a la prueba y error, planteando ensayos (experimentos)

contenidos en su duración, en los recursos empleados y en el número de beneficiarios para aprender de sus efectos y limitaciones e ir perfilándolas en el tiempo.

En nuestro medio contrasta el amplio desarrollo científico que han adquirido en los últimos años los métodos de evaluación (Shahidur et al. 2010) y el desarrollo de bases de datos cada vez más complejas (como las que se alojan en el Portal Estadístico del SNS) con la falta de aprovechamiento de estudios realizados en el ámbito académico y científico, dentro y fuera de nuestras fronteras, para elaborar nuevas políticas o modificar las existentes.

Pese a lo que en España han aportado y aportan las sociedades profesionales y científicas como elementos de vertebración de la reflexión técnica y de las contribuciones de expertos e investigadores, existe una enorme debilidad en las estructuras académicas en el ámbito de la investigación en servicios sanitarios y la investigación evaluativa. Los programas de investigación raramente han priorizado la formación de equipos investigadores multidisciplinares que permitiera coordinar una masa crítica con capacidad de dar respuesta articulada a potenciales demandas de los responsables del diseño de las políticas. Por tanto, causa y efecto en la falta de demanda y oferta en la evaluación de políticas se entremezclan sin remedio.

La estrategia de creación de observatorios para estimular la investigación evaluativa y la reflexión sobre los “experimentos naturales” en curso ha tenido escaso recorrido en nuestro país. El establecimiento del Observatorio del SNS a raíz de la Ley de Cohesión y Calidad en 2003 o de la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios (AEVAL) en 2007 son ejemplos fallidos de este tipo de instituciones cuya actividad se ha visto muy limitada por falta de recursos técnicos y ausencia de distanciamiento con el poder político. Dichas experiencias palidecen frente a otros referentes como el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de la Organización Mundial de la Salud en Europa (<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory>) o ante la institución europea que goza de mayor predicamento en el ámbito de la evaluación de intervenciones sanitarias: el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (<http://www.nice.org.uk/>).

En este sentido, lo aprendido en cuerpo propio de las fallidas experiencias nacionales y en cabeza ajena de algunas experiencias internacionales es que valores como la independencia, la transparencia, el rigor metodológico y la participación de los actores relevantes deberían ser las señas de identidad de una agencia u observatorio que apoyara el diseño de las políticas públicas, en general, y en el medio de las políticas de salud en particular.

Una cuestión cultural que debe impregnar el sistema sanitario es que en el diseño de una política o estrategia su evaluación, ex ante (conocer la experiencia en otros países y medios antes de implementarla en el nuestro), durante (para identificar problemas en su desarrollo y matizarlos o corregirlos sobre la marcha; para desarrollar “experimentos” de recorrido limitado antes de decidir si se implementa

definitivamente la política; y para crear un cuerpo de información de utilidad en el futuro en el planteamiento de intervenciones de naturaleza similar) y ex post (evaluar los resultados de la intervención para saber si ha merecido o está mereciendo la pena y adecuar recursos para intensificar, en caso positivo, o reducirlo, en caso contrario) es una parte que debe estar obligatoriamente presente, planificarse en paralelo, contar con su propia dotación presupuestaria (que sin duda será modesta en comparación con la política a desarrollar) y formar parte de la propia estrategia o política.

Junto a ello, la obligatoriedad de comunicar los resultados de la evaluación a la comunidad científica, a los gestores y profesionales del ámbito sanitario y a la ciudadanía debe ser consustancial a la propia actividad evaluadora.

Propuestas

- P164. Incorporar en el diseño de una política o estrategia su evaluación, ex ante, durante y ex post, como elemento inherente a la propia política o estrategia y con su propia dotación presupuestaria.
- P165. Comunicar sistemáticamente los resultados de la evaluación a la comunidad científica, a los gestores y profesionales del ámbito sanitario y a la ciudadanía. Los detallados informes técnicos tienen que acompañarse de otros informes redactados en un lenguaje que no redunde en tecnicismos y sea comprensible para los ciudadanos no familiarizados con la materia.
- P166. Crear una Agencia u Observatorio de Evaluación de Servicios Sanitarios y Políticas de Salud cuyos rasgos distintos sean la imparcialidad, el rigor científico, la participación y la transparencia. Para asegurar su independencia, los recursos de dicha agencia dependerían de los Presupuestos Generales del Estado y rendiría cuentas directamente al Parlamento, quien aseguraría su existencia durante un tiempo suficientemente prolongado para evaluar su utilidad social.

Referencias y normativa citada

Alberta Health Services (2013). *Code of Conduct*. Calgary. Alberta: Alberta Health Services. Disponible en: <http://www.albertahealthservices.ca/pub-code-of-conduct.pdf>.

Allen P, Keen J, Wright J, et al. (2012). Investigating the governance of acute hospitals in England: multi-site case study of NHS Foundation Trusts. *Journal of Health Services Research and Policy*, 17(2): 94-100.

Artells JJ (dir.) (2012). *Visión de la crisis de la sanidad pública en España: Análisis prospectivo Delphi*. Barcelona: Fundación Salud, Innovación y Sociedad.

Asociación de Economía de la Salud (2012). *Posición de la Asociación de Economía de la Salud sobre la reforma del derecho subjetivo a la asistencia sanitaria universal introducido por el Real Decreto ley 16/2012*. Barcelona: AES. Disponible en: http://www.aes.es/Publicaciones/Documento_de_posicion_aseguramiento.pdf.

Berdud M, Cabasés JM, Nieto J (2012). *Motivational Capital and Incentives in Health Care Organisations*. DT1209. Pamplona: Universidad Pública de Navarra.

Bernal E, Campillo C, González López-Valcárcel B, et al. (2011). *La sanidad pública ante la crisis. Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable*. Barcelona: Asociación de Economía de la Salud; 2011. Disponible en: http://aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO_DEBATE_SNS_AES.pdf.

Berwick DM (1994). Eleven worthy aims for clinical leadership of health system reform. *Journal of the American Medical Association*, 272(10): 797-802.

Björk PG, Johansson HSH (1999). *Towards governance theory: in search for a common ground*. Sundsvall: Mid Sweden University, Department of Business and Public Administration. Disponible en: http://unoacademia.ch/webdav/site/developpement/shared/developpement/mdev/soutienauxcours0809/E721_gouvernance/2.1.Bjork-Johansson_2001.pdf.

Blancafort S (2009). *Gobernanza y participación en el Sistema Nacional de Salud: visión y expectativas de paciente y usuarios*. Documento de trabajo No. 35. Barcelona: Fundación Salud Innovación y Sociedad.

Buse K, Mays N, Walt H (2007). *Making Health Policy*. Berkshire: Open University Press, McGraw Hill Education.

Comisión de Comunidades Europeas (2001). *La Gobernanza Europea. Un Libro Blanco*. Bruselas: Comisión de Comunidades Europeas.

Consejo Asesor sobre el Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca (2012). *Recomendaciones*. Vitoria: Gobierno Vasco. Disponible en:

http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/osk_codigo_buen_gobierno/es_osk/adjuntos/buenGobierno.pdf.

Costa-Font J (2005). Participación colectiva y revelación de preferencias sobre programas sanitarios: un enfoque del sistema sanitario. *Gaceta Sanitaria*, 19(3): 242-252.

Cullen R (2004). *Empowering patients through health information literacy training*. Buenos Aires: World Library and Information Congress: 70 IFLA general Conference and Council. Disponible en: <http://www.archive.ifla.org>.

Day P, Klein R (2005). *Governance of foundation trusts. Dilemmas of diversity*. London: The Nuffield Trust.

Department of Health. *The Mandate. A mandate from the Government to the NHS Commissioning Board*. London: Department of Health. Disponible en: <http://mandate.dh.gov.uk/>.

Dickinson H, Ham C (2008). *Engaging doctors in leadership: review of the literature*. Birmingham: Health Services Management Centre, University of Birmingham.

Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J (2002). Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *British Medical Journal*, 324(7341): 835-838.

Ham C (2003). Improving the performance of health services: the role of clinical leadership. *Lancet*, 361(9373): 1978-1980.

Meneu R, Ortún V (2011). Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis. *Gaceta Sanitaria*, 25(4): 333-338.

Potůček M, Vesely A, Nekola M (2004). Measurement of governance. In: CESES. *Understanding governance: theory, measurement and practice*. CESES Paper No. 5. Prague: CESES.

Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (2012). *Quart informe. Àmbit hospitalari*. Barcelona: Central de Resultats. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, Servei Català de la Salut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Olcese A (dir.) (2006). *La responsabilidad corporativa. Una propuesta para un entorno empresarial más eficiente y socialmente comprometido*. Papeles de la Fundación, No. 16. Madrid: Fundación de Estudios Financieros. Disponible en: http://www.ieaf.es/_img_admin/118823859016.pdf; <http://www.aldoolcese.es/>.

Organisation for Economic Cooperation and Development (2011). *OECD Guidelines on Corporate Governance of State-owned Enterprises*. Disponible en: <http://www.oecd.org/corporate/corporateaffairs/corporategovernanceofstate-ownedenterprises/34803211.pdf>.

Organisation for Economic Cooperation and Development (2004). *Principals of corporate governance*. Paris: OECD. Disponible en: <http://www.oecd.org/corporate/corporateaffairs/corporategovernanceprinciples/31557724.pdf>.

Organización Médica Colegial de España (2011). *Código de Deontología Médica*. Madrid: OMCE. Disponible en: https://www.cgcom.es/codigo_deontologico/index.html.

Organización Médica Colegial de España, Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria y Sociedad Española de Directivos de la Salud (2005). *Propuesta de decálogo para el buen gobierno de los centros sanitarios y la profesionalización de la dirección*. Madrid: OMCE, SESPAS. Disponible en: http://www.cgcom.es/sites/default/files/05_03_16_buen_gobierno_0.pdf.

Organización Mundial de la salud (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2000/es/index.html>.

Ortún V (2009). *El buen gobierno sanitario*. Madrid: Springer Health Care Communications.

Ortún Rubio V, Rodríguez Artalejo F (1990). De la efectividad clínica a la eficiencia social. *Medicina Clínica*, 95(10): 385-389.

Planas I (2010). *Evolució del model de governança i gestió de les entitats participades pel Servei Català de la Salut*. Barcelona: Servei Català de la Salut (CatSalut).

Pointer DD, Orlikoff JE (2002). *Getting to great. Principles of health care organization Governance*. West Sussex: Jossey-Bass, John Wiley & Sons.

Repullo JR, Freire JM (2008). Gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización. *Gaceta Sanitaria*; 22(Supl 1):118-125.

Salas V (2002). *El gobierno de la empresa*. Colección estudios económicos, No. 29. Barcelona: Servicio Estudios La Caixa. Disponible en: http://www.pdf.lacaixa.comunicacions.com/ee/esp/ee29_esp.pdf.

Saltman R, Durán A, Dubos H (2011). *Governing Public Hospitals Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*. Geneva: World Health Organization. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/154160/e95981.pdf.

Shahidur RK, Gayatri B, Koolwal HAS (2010). *Handbook on Impact Evaluation: Quantitative Methods and Practices*. Washington, DC: World Bank Publications. Disponible en: <http://books.google.es/books/worldbank?id=vVOQUUZmNqMC&printsec=frontcov>

er&dq=impact+evaluation&ei=qDi9TKSEDZLGyATp-PHfCg&cd=1&redir_esc=y -
v=onepage&q&f=false.

Vera M (2011). Evaluación de políticas públicas. En: Bagüés M, Fernández-Villaverde, Garicano L (coords.) *La Ley de economía sostenible y las reformas estructurales: 25 propuestas*. Madrid: FEDEA. Disponible en: <http://www.reformasestructurales.es/les.pdf>.

World Health Organization (1998a). *Good governance for health*. WHO/CHS/HSS/98.2. Geneva: WHO.

World Health Organization (1998b). *HEALTH21: An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region*. European Health for All Series, No. 5. Geneva: WHO.

Normativa

Acuerdo 6/2009, de 15 de julio, para la reforma del sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen Común y Ciudades con Estatuto de Autonomía. Publicado en el BOE como parte de la Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen Común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias.

Corrección de errores del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE núm. 116, de 15 de mayo de 2012, páginas 35407 a 35411.

Informe nº. 937 del Tribunal de Cuentas de fiscalización de la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los reglamentos comunitarios y convenios internacionales de la Seguridad Social. Aprobado por el pleno del Tribunal el 29 de marzo de 2012. Publicado en el BOE núm. 72, de 25 de marzo de 2013, páginas 23154 a 23331.

Ley 10/2013, de 24 de julio, por la que se incorporan al ordenamiento jurídico español las Directivas 2010/84/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de diciembre de 2010, sobre farmacovigilancia, y 2011/62/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de junio de 2011, sobre prevención de la entrada de medicamentos falsificados en la cadena de suministro legal, y se modifica la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE núm. 177, de 25 de julio de 2013, páginas 54488 a 54529.

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. BOE núm. 240, de 5 de octubre de 2011, páginas 104593 a 104626.

Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen Común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias. BOE núm. 305, de 19 de diciembre de 2009, páginas 107086 a 107155.

Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE núm. 178, de 27 de julio de 2006, páginas 28122 a 28165.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, Número, 128 de 29 de mayo de 2003.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128, de 29 de mayo de 2003, páginas 20567 a 20588.

Ley 21/2001 de medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación autonómica. BOE núm. 313, de 31 de diciembre de 2001, páginas 50383 a 50419.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986, páginas 15207 a 15224.

Ley 49/1998, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1999. BOE núm. 313, de 31 de diciembre de 1998, páginas 44352 a 44412.

Ley 13/1996, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social. BOE núm. 315, de 31 de diciembre de 1996, páginas 38974 a 39064.

Ley de 14 de diciembre de 1942, Fundacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Publicada en el *Boletín Oficial del Estado* el 23 de marzo de 2007, pp. 12611-12645.

Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE núm. 10, de 12 de enero de 2000, pp. 1-46.

Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas. BOE núm. 236, de 1 de octubre de 1980, páginas 21796 a 21799. [Parcialmente modificada por las leyes orgánicas 3/1996, de 27 de diciembre; 7/2001, de 27 de diciembre, y 3/2009, de 18 de diciembre].

Orden SCO/3422/2007, de 21 de noviembre, por la que se desarrolla el procedimiento de actualización de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 285, de 28 de noviembre de 2007, páginas 48677 a 48682.

Proyecto de Orden por la que se establece la aportación del usuario en la cartera común suplementaria de prestación con productos dietéticos.

Proyecto de Orden por la que se define la cartera común suplementaria de transporte sanitario no urgente del Sistema Nacional de Salud.

Proyecto de Real Decreto por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza.

Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 179, de 27 de julio de 2013, páginas 55058 a 55065.

Real Decreto ley 28/2012, de 30 de noviembre, de medidas de consolidación y garantía del sistema de la Seguridad Social. BOE núm. 289, de 1 de diciembre de 2012, páginas 83175 a 83179.

Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, por el que se regula la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 265, de 3 de noviembre de 2012, páginas 77644 a 77655.

Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 186, de 4 de agosto de 2012, páginas 55775 a 55786.

Real Decreto ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE núm. 98, de 24 de abril de 2012, páginas 31278 a 31312.

Real Decreto 200/2012, de 23 de enero, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y se modifica el Real Decreto 1887/2011, de 30 de diciembre, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales. BOE, de 24 de enero de 2012, páginas 5711 a 5739.

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE núm. 222, de 16 de septiembre de 2006, páginas 32650 a 32679.

Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 35, de 10 de febrero de 1995, páginas 4538 a 4543.

Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (Vigente hasta el 01 de Enero de 2014). BOE núm. 154, de 29 de junio de 1994.

Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011. BOE núm. 200, de 20 de agosto de 2011, páginas 93143 a 93168.

Real Decreto-ley 4/2010, de 26 de marzo de 2010, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 75, de 27 de marzo de 2010, páginas 28989 a 29000.

Resolución de 2 de agosto de 2012, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, por la que se procede a la actualización de la lista de medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica del SNS. BOE núm. 197, de 17 de agosto de 2012, páginas 59181 a 59191