



Sistema Nacional de Salud:  
diagnóstico y propuestas de avance  
(Resumen y propuestas)

## **Coordinación**

Junta Directiva de AES.

La Junta Directiva de AES durante el periodo de realización de este trabajo estaba compuesta por las siguientes personas: Juan Oliva (Presidente), Marta Trapero Bertran (Vicepresidenta primera), Pilar García Gómez (Vicepresidenta segunda), José María Abellán Perpiñán (Tesorero), Alexandrina Petrova Stoyanova (Secretaria), Carlos Campillo Artero (Vocal), Eusebi Castaño Riera (Vocal), Carme Piñol i Villena (Vocal) y Eduardo Sánchez Iriso (Vocal).

## **Colaboradores (por orden alfabético)**

Artells, Juan José; Bernal Delgado, Enrique; Bohigas, Lluís; Cabasés, Juan Manuel; Cabiedes, Laura; Cantarero Prieto, David; Casado, David; Casal, Bruno; Castellón, Enrique; Comendeiro Maaløe, Micaela; Correa Gómez, Manuel; Cots, Francesc; Cubí Mollá, Patricia; Dalmau, Eulàlia; Epstein, David M.; Espín, Jaime; Flores, Manuel; Freire, José Manuel; Fusté, Josep; García Armesto, Sandra; Gil Lacruz, Ana; Gil Lacruz, Marta; Gil Trasfi, Joan; González López-Valcárcel, Beatriz; Hernández Quevedo, Cristina; Hernández Aguado, Ildefonso; Ibern, Pere; Jiménez Aguilera, Juan de Dios; Jiménez Rubio, Dolores; Labeaga, José María; Lamata, Fernando; del Llano, Juan; Lobo, Félix; López Casanovas, Guillem; López Nicolás, Ángel; Meneu, Ricard; Montero Granados, Roberto; Navarro Espigares, José Luis; Peiró, Salvador; Pellisé, Laura; Puig Junoy, Jaume; Repullo, José Ramón; Rivera Castiñeira, Berta; Sánchez Martínez, Fernando I.; Segura, Andreu; Urbanos, Rosa María; Vallejo Torres, Laura; Vera Hernández, Marcos; Vilaplana Prieto, Cristina; Zunuzegui, María Victoria.

Aunque el documento elaborado busca sintetizar la respuesta aportada por los socios, su contenido final es responsabilidad de la Junta Directiva de la Asociación de Economía de la Salud.

## **Cita**

Cuando se utilicen algunas de estas propuestas o se quiera referenciar el documento, la cita aconsejada es: "Asociación de Economía de la Salud. Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance. Barcelona, noviembre, 2013".

## **Motivación y proceso**

En 2008, la Asociación de Economía de la Salud (AES) elaboró un documento de diagnóstico del Sistema Nacional de Salud (SNS) a partir de las aportaciones realizadas por varios de sus socios, con el objetivo de contribuir al debate que precedería a un eventual Pacto por la Sanidad.

El tiempo transcurrido desde entonces ha dado mucho de sí. Se han sucedido numerosos cambios regulatorios que pueden cambiar la estructura, el funcionamiento y el contenido del SNS, tal y como lo hemos conocido hasta el momento. La crisis económica que nos acompaña desde que viera la luz el documento de síntesis antes aludido se invoca constantemente como justificación para reducir las dotaciones presupuestarias autonómicas destinadas a la sanidad y se apela constantemente a la necesidad de incrementar la eficiencia del sistema sanitario público.

En este contexto, tan diferente al de 2008, la Junta Directiva de AES consideró una tarea ineludible elaborar un nuevo documento que, sobre una base objetiva y atendiendo a parámetros científicos, volviera a tomar el pulso del SNS, valorara los cambios introducidos por iniciativas legislativas recientes y propusiera medidas de reforma fundamentadas en los análisis de la economía de la salud.

El trabajo se estructura en cuatro capítulos de amplia cobertura temática, los cuales a su vez se dividen en diferentes apartados. Estos capítulos son (i) financiación y cobertura pública, (ii) organización de la asistencia sanitaria, (iii) políticas de salud, (y iv) buen gobierno de la sanidad. Este documento resume los contenidos de los diferentes capítulos e incluye la lista de las 166 propuestas.

Se invitó a un nutrido número de personas asociadas a AES a reflexionar sobre los capítulos temáticos señalados y a proponer medidas de cambio o avance fundamentadas en pruebas y bibliografía contrastadas. El objetivo de este llamamiento fue recabar un cuerpo de información que permitiera elaborar un trabajo lo más sólido posible, con criterios de calidad científica y que recogiera las distintas perspectivas existentes en una asociación multidisciplinaria y con puntos de vista tan ricos y dispares como los que reúne AES. Las aportaciones de las personas que respondieron a la invitación fueron integradas en forma de capítulo por la Junta Directiva de AES. Por tanto, corresponde a la Junta Directiva la responsabilidad sobre el contenido final de la obra y a los colaboradores, el agradecimiento por el trabajo y las aportaciones realizados.

La Junta seleccionó a estas personas basándose en su bagaje científico e intelectual y en su implicación con la Asociación. No hubo otro tipo de consideraciones ni se buscó a priori otro tipo de representatividad. Se ha contado con la inestimable ayuda desinteresada de 50 personas asociadas a AES, pero los coordinadores de la obra somos conscientes de que hay muchas otras personas que podrían haber contribuido a ella con opiniones y aportaciones científico-profesionales valiosas. Por ello, la Junta Directiva no ha considerado nunca este texto como una obra acabada, sino como una primera versión de un documento de trabajo orientado a alentar un debate razonado al que se invita a las cerca de 700 personas asociadas en AES, a otros expertos del ámbito asociativo, profesional, científico, político y a la ciudadanía. Tampoco se considera un documento definitivo, sino una aportación más en el

seno de un proceso de constante debate que tiene lugar a través de otras actividades promovidas por AES y en la participación de sus representantes y socios en distintos foros. Debate en continuo movimiento y renovación en función de los avances en el conocimiento y de la situación económica y social, pero en el cual se dejan traslucir elementos estructurales de profundo calado sobre los que versa este trabajo.

Por este motivo, el trabajo se expondrá de manera permanente y en abierto en la web de AES y se invita a todos los socios y a personas sin vinculación con la Asociación a leer su contenido y a realizar sus propias aportaciones y recomendaciones a través del buzón de sugerencias de AES, que se encuentra en la dirección <http://www.aes.es/sugerencias.php>.

Barcelona, a 3 de octubre de 2013

## Introducción

La salud es uno de los pilares donde se apoya el bienestar de los individuos y las sociedades. Desde la perspectiva individual, aunque disfrutar de buena salud no es condición suficiente para alcanzar o mantener un alto grado de bienestar, en términos generales es condición necesaria, como lo muestran distintos estudios sobre felicidad y satisfacción con la vida realizados en los últimos años. El importante volumen de recursos invertidos por países de nuestro entorno y el nuestro propio en medidas de carácter preventivo y tratamientos sanitarios que tratan de evitar o paliar, en la medida de lo posible, el dolor y el sufrimiento que ocasionan las enfermedades y los problemas de salud es, sin duda, reflejo del grado de prioridad que concedemos como sociedad a la protección de la salud.

La sanidad es el servicio público más utilizado y valorado por los ciudadanos y el que consideran que más justifica los impuestos que pagan. Ahora bien, al mismo tiempo los ciudadanos también manifiestan que es aquel del cual se hace peor uso y el que tiene mayor margen de mejora. Ello es congruente con la identificación de rigideces y problemas de adaptación del sistema a un entorno que ha cambiado sustantivamente, y en el cual la negativa a acometer reformas compromete seriamente su capacidad para responder a cambios demográficos, tecnológicos y sociales, en suma, su solvencia en los años próximos.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) está siendo uno de los estabilizadores sociales clave en España para que la crisis económica no derive en una crisis social de gran magnitud. El que los ciudadanos tengan acceso, hasta hace poco tiempo prácticamente universal, a la sanidad pública es un logro y un derecho, pero además es un elemento de desarrollo, progreso, crecimiento, cohesión social y de protección de la salud que está mostrando todo su valor en los momentos más duros de esta larga crisis.

El contrato social establecido entre los ciudadanos y sus representantes y entre los profesionales sanitarios y sus pacientes es sólido y cualquier duda sobre él debería exponerse a un intenso debate social. Ello no implica que el sistema sea inmutable y no esté sujeto a cambios. En un contexto de ingresos públicos reducidos y con escaso o nulo margen para incrementar la deuda, un imperativo del que será difícil escapar es lograr un mejor desempeño con menos recursos. Pero ello no será posible si continuamos aplicando los mismos criterios con menos recursos. *Menos de la misma manera* conllevará indefectiblemente una erosión en la calidad del sistema y en nuestras condiciones de salud. Por ello, se necesitan nuevas reglas y prácticas que encaren los problemas presentes y los retos futuros que aguardan al SNS y busquen su apoyatura en sus numerosos puntos fuertes.

La solvencia del SNS y la posibilidad de desarrollar políticas de salud intersectoriales que amortigüen los efectos de la crisis económica sobre la salud de los ciudadanos pasarán necesariamente por conjugar la gestión eficiente de los recursos y la mejora simultánea de la equidad de las políticas implantadas. Para ello, condiciones necesarias, aunque no suficientes, serán apoyarnos en las fortalezas de nuestro sistema, pero también eliminar bolsas de ineficiencia, aprender de experiencias ajenas aplicándolas con inteligencia y realismo en nuestro medio, apelar al liderazgo y compromiso de los profesionales sanitarios y favorecer la

participación ciudadana, tomar decisiones informadas y cultivar la evaluación de nuestras políticas.

El diagnóstico del SNS y la elaboración de un conjunto de propuestas y medidas que persigan su solvencia, y su posterior debate, son los objetivos de este trabajo. La obra se articula en cuatro capítulos cuyas principales ideas se sintetizan a continuación.

## **Capítulo I. Financiación y cobertura pública**

El gasto sanitario público ha experimentado en España un intenso crecimiento a lo largo de la primera década del nuevo siglo. Dicho crecimiento pudo ser sustentado debido al extraordinario dinamismo experimentado por los ingresos tributarios. Sin embargo, la fuerte caída en los mismos derivada de la crisis ha desencadenado un apremiante problema (coyuntural) de falta de liquidez, pero también ha llevado al primer plano un posible problema (estructural) de falta de sostenibilidad financiera e incluso ha abierto el debate sobre la solvencia del SNS si no se acometen profundas reformas.

En principio, el sistema de financiación de las CCAA de régimen común aprobado en 2009 ha supuesto importantes cambios tanto en lo que atañe al grado de autonomía financiera atribuido a las CCAA, como por lo que respecta a los criterios de equidad presentes en los mecanismos de financiación. Sin embargo, el contexto de crisis económica ha supuesto una erosión tal en la recaudación impositiva que, de hecho, los recursos procedentes del sistema han llegado a ser menores que los disponibles para las CCAA en los años anteriores a la reforma del régimen (y de la crisis) y tampoco se ha reducido el nivel de dispersión de la financiación por habitante entre los diferentes territorios autonómicos.

Es importante diferenciar si nos encontramos ante un problema de falta de liquidez o un problema de sostenibilidad del sistema sanitario público. La evolución de la economía y de los ingresos tributarios a medio y largo plazo dará respuesta a ello, siempre teniendo presente que la cuestión de la sostenibilidad financiera debe plantearse en un contexto de debate de uso de recursos públicos ante múltiples destinos potenciales (sanitarios y no sanitarios). Por el momento, sí se puede señalar que, según las estadísticas de la OCDE, el gasto sanitario en España es aproximadamente el que le corresponde según nuestro nivel de renta per cápita y nuestro tipo de sistema sanitario. Más allá de esta cuestión, y teniendo en cuenta que las dinámicas del gasto han sido antes y durante la crisis muy diferentes entre partidas, las reformas deberían tener como objetivo principal la mejora de la eficiencia del sistema y no tanto la minoración del gasto sanitario. Hay un margen de maniobra muy amplio para introducir cambios para avanzar en esta senda sin modificar los elementos esenciales que hacen reconocible al sistema sanitario público español.

Un aspecto esencial modificado por el Real Decreto ley 16/2012, de 20 de abril, ha sido el marco regulador de los criterios de acceso a la cobertura sanitaria pública. En contraposición con los modelos de SNS, donde la cobertura a la asistencia sanitaria alcanza a todos los ciudadanos por el mero hecho de serlo (si bien en España, hasta la promulgación en 2011 de la Ley General de Salud Pública no “se refrenda” completamente esta situación y existían

pequeños colectivos que quedaban fuera de la cobertura), el RDL 16/2012 establece una condición de "asegurado" y "beneficiario de un asegurado" más propia de un sistema de Seguridad Social, pese a que la sanidad sigue financiándose con impuestos generales y no con cuotas sociales. Dado que esta es una medida estructural de calado, no parece que el RDL sea la fórmula más adecuada para su implementación. Antes bien, se debería haber abierto un debate civil y parlamentario profundo y sosegado, que hiciera aflorar tanto ventajas como riesgos de establecer el derecho a la asistencia sanitaria en la noción de "asegurado" y "beneficiario" frente a su regulación como un derecho de ciudadanía.

En el ámbito de la cobertura de prestaciones, se comprueba la falta de aplicación de criterios de eficiencia y equidad que guíen la actualización de la cartera de servicios del SNS. La definición y aplicación de criterios claros y explícitos es necesaria en el marco de políticas de desinversión y de uso racional de los recursos. Por una parte, por muy detallada que sea una lista final de prestaciones incluidas en la cartera básica, se deben especificar las indicaciones y los grupos de personas que más pueden beneficiarse de ellas. Una buena legislación no es suficiente. El uso racional de los servicios requiere una gestión clínica adecuada y la pericia y el compromiso de los profesionales sanitarios. En el caso de la financiación pública y la regulación de precios en la prestación farmacéutica, en varios RDL se incluyen como criterios generales para la financiación pública la consideración del beneficio clínico incremental, de la relación coste-efectividad y el impacto presupuestario. No obstante, en el momento de escribir estas líneas persisten serias dudas sobre cómo va a aplicar la Administración la norma aprobada, lo cual es un foco de incertidumbre que no favorece en absoluto al sistema en su conjunto. Asimismo, tras sucesivas reformas del sistema de precios de referencia español se comprueba que este se ha convertido de hecho en un sistema de precio menor y ha anulado la posibilidad de competencia efectiva en precios de venta al público. El que la competencia se traslade al ámbito de negociación entre empresas comercializadoras de medicamentos y oficinas de farmacia, y que las ventajas de la competencia no trasciendan ni al financiador público ni a los pacientes, debería hacer reflexionar sobre cauces de mejora en el actual sistema.

Finalmente, otros cambios relevantes de reciente introducción tienen que ver con la aportación del usuario en el coste final del servicio. En el caso español, esta aportación está hasta el momento centrada en los medicamentos prescritos con receta, si bien no hay que olvidar que se prevé la aplicación de copagos en la cartera suplementaria de servicios y que en otras áreas, no sanitarias pero relacionadas (servicios sociales) o sanitarias donde no existe cobertura para ciertos servicios (salud bucodental), los copagos son ciertamente elevados. En la reforma abordada, el nuevo esquema de copagos sobre medicamentos huye de la gratuidad según la edad y exime de aportación a las personas menos favorecidas. Sin embargo, continúa manteniendo la división entre activos y pensionistas y plantea un esquema de pago y devolución, en los segundos, al exceder ciertas cantidades, abiertamente mejorable, mientras en los activos no existe este esquema de devolución, lo cual puede suponer una importante carga para algunas familias. Otros países resuelven estos problemas limitando la cantidad anual máxima acumulada por cualquier tipo de copago sanitario a un porcentaje de la renta (un 1% o un 2%). Asimismo, un diseño inteligente de esquema de aportación del usuario debe contemplar la relación coste-efectividad de los medicamentos, cuestión no tratada hasta el momento en el caso español.

## Capítulo II. Organización de la asistencia sanitaria

La necesidad de acometer reformas estructurales del sistema sanitario y, por extensión, de su organización y gestión, no proviene del momento en que se reconoce la existencia de la crisis. Ésta no ha sido sino su catalizador.

Existen grandes bolsas de ineficiencia en el sistema, sin duda alguna derivadas de una incorrecta gestión, algunos comportamientos corporativistas o sobrevaloraciones de intereses profesionales que se anteponen a los de los pacientes. No obstante, querer reducirlos sin recurrir a la óptica clínica y obviando la importancia del profesionalismo en el sector sanitario corresponde a una visión atolondrada, cuando no malintencionada. Muchos de los responsables que ponen ahora en duda la solvencia del sistema sanitario público son las mismas personas que previamente se negaban a emprender reformas aludiendo que el sistema era irreprochable.

Se han identificado los problemas específicos de cada ámbito asistencial: hospitalocentrismo, necesidad de reformar la atención primaria, integración vertical, autonomía de gestión, papel de la colaboración público-privada, redefinición de la cartera de servicios,... Sin embargo, continúa sin asumirse la necesidad ineludible de coordinar niveles. El enfoque de la sanidad debe trasladarse desde una organización que piensa en la curación a otra que reconozca que la carga asistencial se encuentra en la gestión de las enfermedades crónicas, pacientes con varias enfermedades, frágiles y terminales, elementos todos ellos que repercuten sobre todo en el primer nivel asistencial. Para ello, se debería ir abandonando la gestión sanitaria basada en compartimentos estancos con mentalidad de "silo" y orientar los recursos según el coste justificado de la atención integral que requiere un paciente, al margen de dónde la reciba. Esto es, los recursos tienen que reorientarse para pagar por aquello que se desea obtener: resultados en salud.

No obstante, esto supone no sólo avanzar decididamente en la coordinación sanitaria, sino considerar en conjunto los problemas de salud y las necesidades de las personas cuya autonomía está comprometida. En resumidas cuentas, supone avanzar en una visión única y coordinada del sistema sanitario y del sistema de autonomía personal y atención a la dependencia. Esta coordinación no surgirá de manera espontánea: hay que crear puentes entre ambos sistemas toda vez que existen distintas culturas en ambos sectores, hay marcadas diferencias organizativas territoriales, niveles competenciales muy dispares, sistemas de financiación alejados entre sí, estructuras y procesos asistenciales separados y a veces incluso paralelos, y diferentes sistemas de información. Por ello, se deben identificar experiencias de éxito y fracasos de otros países y el propio y, dada la complejidad del empeño, se deberían desarrollar proyectos piloto cuasi-experimentales, antes de aplicar grandes reformas a grupos amplios de población.

Un aspecto clave de cualquier política sanitaria es su preocupación por la equidad del sistema sanitario, la cual, de acuerdo con la normativa española, pasa por garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos. Los trabajos existentes coinciden en que la utilización



y el acceso a los servicios de atención primaria son congruentes con el principio de equidad horizontal. Sin embargo, no se puede afirmar lo mismo respecto a la atención especializada y las hospitalizaciones no urgentes, donde se observa cierta inequidad que favorece a los individuos con mayor poder adquisitivo.

Otro ámbito de actuación que compete a este capítulo pasa por el análisis de las recientes experiencias de colaboración público-privada. Es triste comprobar que, tras más de dos décadas de experimentos con distintas fórmulas de gestión directa e indirecta, en España no se han llevado a cabo evaluaciones rigurosas, objetivas e independientes de la eficiencia de las distintas fórmulas de gestión. Acudiendo a los trabajos internacionales que se han realizado sobre la materia, no se puede concluir que la gestión privada sea superior a la pública (ni al contrario). En cualquier caso, más allá de la fórmula de gestión adoptada, la clave de una buena gestión reside en quién regula, financia y supervisa, y en las normas que aplica para ello (véase el Capítulo IV Buen gobierno de la sanidad) y no en la mera titularidad de los centros.

La calidad del capital humano, su identificación con los objetivos y fines del sistema y su grado de motivación son fundamentales para que este funcione. Uno de los efectos que la crisis económica ha provocado es la salida de profesionales en busca de oportunidades laborales en otros países. La pregunta importante que late es si el sistema sanitario puede permitirse esta fuga tan significativa de capital humano. Junto a ello, la reorganización de tareas propuesta como medida de mejora y eficiencia tiene que sustentarse en una sólida estructura de enfermería y de técnicos sanitarios que asuman esa parte de tareas que no corresponden al médico. Junto a esta redefinición de funciones, los médicos generalistas (atención primaria, geriatras e internistas) tienen que ocupar más espacio y aumentar su capacidad resolutive, para poder mejorar en capacidad productiva. Asimismo, sin un reforzamiento de una casi carente cultura meritocrática en la función pública y una mayor profesionalización en puestos clave de gestión será complicado, por no decir imposible, abordar una reforma seria en este ámbito.

Condición necesaria, aunque no suficiente, para poder abordar reformas que apuntalen la solvencia del SNS es reforzar el contrato social del profesional sanitario hacia sus pacientes y hacia su sistema. Cambios globales (económicos, políticos, sociales y tecnológicos) junto con otros particulares del ámbito sanitario están transformando las condiciones en que se prestan los servicios de salud. Los profesionales sanitarios y la sociedad deben entender cabalmente los principios fundamentales por los que se rige el profesionalismo (primacía del bienestar del paciente, autonomía del paciente y justicia social), así como las responsabilidades que ello conlleva (incluyendo no exponer al paciente a servicios innecesarios y considerar el coste de oportunidad de las decisiones clínicas).

Por último, no es posible tomar decisiones informadas en los planos macro, meso y micro ni diseñar políticas que avancen en la senda de mejoras de eficiencia y equidad sin disponer de los sistemas de información adecuados (que provean información fiable de procedencia intersectorial). Avanzar en la integración de la información en y entre servicios de salud y salud pública; en la integración de los sistemas de salud autonómicos en uno robusto del SNS; en la fiabilidad e integridad de la información que contienen, y en la transparencia y accesibilidad

pública de la información, son cuatro retos cuya asunción no puede posponerse sino a expensas de un coste de oportunidad notorio y notable.

### **Capítulo III. Políticas de salud**

La salud no sólo depende de las intervenciones sanitarias; está fuertemente influida por el entorno de las personas, por cómo viven, trabajan, comen, duermen, se relacionan, se mueven o disfrutan de su ocio. Estas condiciones de vida son el resultado de decisiones individuales y están determinadas por factores sociales, culturales, económicos o medioambientales. Por tanto, entre las decisiones relevantes que influyen en la salud se encuentran las relacionadas con los servicios y las políticas sanitarias y las que emanan de los ámbitos público y privado, político y civil. Hay que promover políticas que trasciendan las estrictamente sanitarias y desarrollar la iniciativa de *Salud en todas las políticas*, avanzando en la actuación sobre los determinantes de la salud presentes en ámbitos no sanitarios (educación, vivienda, fiscalidad, mercado laboral, medioambiente, políticas de movilidad y de inmigración, entre otras).

En épocas de crisis, los objetivos socialmente deseables quedan excluidos de la agenda política; lo urgente suele eclipsar a lo importante. Programas que exigen inversiones presentes pero cuyos resultados se reflejarán a largo plazo pueden posponerse *sine die*. Esto adquiere protagonismo al desarrollar estrategias transversales de promoción de la salud (más allá del ámbito sanitario) y en numerosas intervenciones preventivas. La lista de medidas o políticas de salud de sectores distintos al sanitario es demasiado extensa para abordarla exhaustivamente en esta obra. Por ello, se ha optado por analizar sólo algunas para las cuales la evidencia empírica ha mostrado su efecto sobre el estado de salud de la población.

En primer lugar, existen alteraciones y comportamientos que representan riesgos para la salud: obesidad, consumo de tabaco, de alcohol y de sustancias ilegales, sin agotar la lista, son algunos de los más relevantes. El diseño y la aplicación de políticas dirigidas a modificar estos comportamientos exigen huir de explicaciones sencillas basadas únicamente en decisiones individuales y entenderlos en toda su complejidad, identificar las causas e interacciones entre los distintos determinantes, entender el papel que desarrolla la influencia del grupo en el que la persona se relaciona, y reconocer la existencia de un gradiente social en estos comportamientos que provoca que se den en mayor medida en grupos desfavorecidos. Por consiguiente, deben diseñarse intervenciones que incorporen las especificidades necesarias para cada colectivo, que han de evaluarse y adaptarse. En este sentido, sorprende la escasez de evaluaciones económicas sobre programas y estrategias desarrolladas, así como de herramientas y mecanismos de recogida de datos que proporcionen registros fiables y comparables.

En un contexto de crisis económica como el actual resulta imprescindible valorar la relación entre pobreza en la infancia, educación y salud. Las personas nacidas en familias con pocos recursos tienen menos ingresos y oportunidades laborales y peor salud, en la infancia y en la edad adulta. La crisis económica ha incrementado la pobreza en España y preocupa el deterioro irreparable que puede causar en la salud de los niños. Hemos de revisar experiencias

de otros países en la lucha contra la pobreza en la infancia sin olvidar que los cuidados prenatales, el hogar, la escuela y las guarderías son los lugares naturales para promover la salud infantil. Además, la educación es una de las variables socioeconómicas que más influye en las desigualdades de salud en niños y en adultos a través de su impacto sobre otras variables tales como las oportunidades del mercado laboral o la adopción de hábitos de vida más saludables. Cualquier reforma educativa debería acompañarse de la evaluación de su impacto en los resultados educativos y en dimensiones del bienestar (oportunidades laborales, estado de salud).

Las desigualdades en salud se asocian con factores socioeconómicos como la educación, la renta o la situación laboral, que persisten en el tiempo. Para reducirlas hay que avanzar en el conocimiento de la magnitud de sus diversos mecanismos causales. Un mayor énfasis en los planes de salud regionales en este ámbito y el diseño de un marco común de actuación y coordinación a nivel nacional, así como la promoción de enfoques intersectoriales, en la línea propuesta por la Comisión de Determinantes de la salud de la OMS, se apuntan como elementos clave para reducir las desigualdades en salud en España.

Las políticas medioambientales son otro ejemplo de políticas que desempeñan un papel fundamental sobre la salud de la población tanto a través de los beneficios de políticas destinadas a la reducción de la contaminación o la exposición ambiental, como mediante la práctica de políticas urbanísticas que potencien la existencia de espacios públicos. Al mismo tiempo, existe un gran margen de mejora de la salud poblacional a partir de mejoras continuadas de las políticas de seguridad vial, pues las cifras de heridos y fallecidos aún distan de las de países europeos de referencia. En ambos casos, las propuestas han de incluir el desarrollo de sistemas de información que permitan predecir posibles consecuencias a corto, medio y largo plazo del cambio climático en contextos multidisciplinarios, obtener datos relacionados con los accidentes viales para medir los costes asociados con ellos, impulsar la cooperación entre las distintas administraciones, y evaluar las políticas implantadas.

La evaluación de las intervenciones, programas, estrategias y políticas es un tema transversal presente en todos los capítulos de esta obra. España se encuentra en una posición rezagada respecto a otros países en la formalización de sistemas que evalúen de manera reglada las medidas que se ponen en marcha. Sin duda, para impulsar la evaluación de políticas públicas en España se requiere movilizar recursos económicos. No obstante, la clave fundamental reside en la voluntad política para impulsar los cambios necesarios en el diseño y la aplicación de las políticas. De esta voluntad también depende que la evaluación sea imparcial, se base en el rigor científico y se ponga en conocimiento de la ciudadanía.

#### **Capítulo IV. Buen gobierno de la sanidad**

Los cambios estructurales que el SNS necesita han de encontrar un contexto organizativo apropiado sólidamente fundado en valores. El concepto de “buen gobierno” trasciende el cumplimiento de las leyes, obtener buenos resultados, ausencia de corrupción o mala gestión y nepotismo. También exige que la toma de decisiones responda a un conjunto de reglas consensuadas de participación democrática, transparencia, responsabilidad, rendición de

cuentas y obediencia a códigos de conducta, reglas basadas, a su vez, en valores éticos y en virtudes cívicas.

Los ciudadanos son los verdaderos propietarios del sistema sanitario. No lo son aisladamente ni los pacientes, ni ministerios o consejerías de economía, ni de salud, ni la administración en cualquiera de sus formas. Tampoco las empresas proveedoras, ni los gerentes, ni los médicos, ni el resto del personal sanitario, asistencial o no. Los decisores y los profesionales, en sus niveles macro, meso o micro, son agentes en quienes la ciudadanía ha depositado su confianza por medio de un contrato social.

El sistema sanitario es especialmente complejo, por su entorno cambiante, la abundante información específica diseminada, la elevada incertidumbre que late en decisiones individuales y colectivas, el elevado nivel de formación de los profesionales, su particular estructura organizativa y su notable variedad de intereses. De ello surge la necesidad de justificar adecuadamente las decisiones tomadas y las políticas implementadas en su seno.

El propio proceso de deliberación, participación y comunicación de las políticas es una clave de buen gobierno y afecta a la calidad de la regulación, a su seguridad jurídica e incluso a la cultura democrática y la cohesión social. En este marco, los agentes del sistema deben adoptar, primero, y mantener, después, procedimientos para que la toma de decisiones a 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. Transparencia y rendición de cuentas son conceptos estrechamente vinculados. Aunque no son una panacea universal que pueda sanar todos los males del sistema, son esenciales para lograr avances en cualquier aspecto considerado deseable.

Para orientar los servicios sanitarios a niveles más altos de calidad, seguridad, efectividad y eficiencia, hay que rediseñar, conforme a los valores y principios del buen gobierno, la organización y el funcionamiento de toda la sanidad pública, tanto los servicios regionales de salud y sus organizaciones, como la red de servicios de salud pública, así como prestar especial atención a los enfermos crónicos y la eficiente coordinación intersectorial.

Las exigencias de gestión de las organizaciones sanitarias reclaman una elevada cuota de autonomía, que impone requisitos estrechamente relacionadas con la autonomía demandada: la definición de órganos de gobierno independientes con capacidad de decisión en los centros, el desarrollo de herramientas y buenas prácticas de gestión, y la profesionalización de los directivos públicos.

Asimismo, la participación colectiva y ciudadana, como principio básico de la pluralidad democrática, fortalece la aceptabilidad social de la acción de gobierno y promueve la eficiencia de los servicios públicos. Por ello, la búsqueda y promoción de cauces que faciliten la información al ciudadano y favorezcan su libertad de elección son elementos básicos que han de integrarse en las normas de buen gobierno. Además, es necesario implicar 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. Apelar al profesionalismo es esencial, aunque no suficiente. Hay que habilitar estructuras efectivas de participación y asesoramiento profesional y revitalizar las organizaciones profesionales para que respondan a las necesidades

y retos de la medicina del siglo XXI, evitar el desapego del profesional con su medio e intensificar su identificación con él. Ello debería estar presente desde el inicio de su etapa formativa y convertirse en carta de naturaleza en su ejercicio profesional para que puedan asumir papeles de liderazgo y gestión en el sistema.

Para concluir debemos preguntarnos si podemos permitirnos el lujo de gastar nuestros recursos en políticas públicas que no funcionan. ¿Cómo podremos asignar adecuadamente nuestros recursos si no nos planteamos identificar las fortalezas y debilidades de sus estrategias y políticas destinatarias? La evaluación de las políticas públicas es una de las asignaturas pendientes de nuestro país. Una cuestión cultural que debe impregnar el sistema sanitario es que en el diseño de una política o estrategia su evaluación, ex ante, durante y ex post es irrenunciable, debe planificarse en paralelo, tener garantizada su dotación presupuestaria y formar parte de la propia estrategia o política.

## Relación de propuestas

### I. Financiación y cobertura pública

#### Financiación territorial

- P1. Dotar a las CCAA de mayor autonomía financiera en términos cualitativos (capacidad normativa), especialmente en relación con la tributación directa, pues la normativa comunitaria limita la indirecta.
- P2. Vincular la recepción de los fondos estatales provenientes del Fondo de Liquidez Autonómica al mantenimiento de unos estándares autonómicos mínimos de calidad (que no necesariamente idénticos) en la provisión de las prestaciones sanitarias.
- P3. Otorgar prioridad a los proveedores sanitarios en el acceso a los fondos citados con objeto de evitar situaciones de desabastecimiento por retrasos o incumplimientos en los pagos a dichos proveedores.
- P4. Reformar el actual sistema de financiación autonómica de las CCAA de Régimen Común con el objetivo primordial de atenuar, ya en origen, las inequidades ocasionadas por diferencias injustificadas en términos de financiación por unidad de necesidad. En este sentido, debería evitarse “anclarse” en el año base como *statu quo* que debe consolidarse.
- P5. Crear dentro del sistema de financiación autonómica un fondo específico orientado a asegurar la efectiva coordinación (que no uniformidad) de los sistemas autonómicos de salud por parte del MSSSI.
- P6. La adopción de cualquier política fiscal debería ir acompañada de los pertinentes análisis de simulación para revelar las ventajas e inconvenientes de las medidas planteadas (véase el Capítulo III. Políticas de Salud)

#### Gasto sanitario

- P7. Implantar reformas encaminadas a aumentar la eficiencia del sistema sanitario público que redunden, en último término, en una racionalización del crecimiento del gasto sanitario.
- P8. Las reformas que se emprendan han de tener en cuenta los elementos transitorios presentes en los problemas de sostenibilidad del sistema sanitario público debidos a la actual crisis económica.
- P9. Las reformas deben ir encaminadas prioritariamente a mejorar la eficiencia del sistema, y no tanto a minorar a toda costa el crecimiento del gasto sanitario, sin que sea necesario (ni conveniente) que se modifiquen los elementos esenciales que hacen reconocible al sistema sanitario público español.
- P10. Explicitar el coste de oportunidad del presupuesto sanitario, a fin de decidir de modo transparente y cabal el volumen de recursos públicos que desea destinarse a financiar la sanidad española. Esta tarea requiere de la instauración de una auténtica cultura evaluadora a todos los niveles que permita informar dicha decisión.
- P11. Avanzar en la corresponsabilidad de los actores. Con la industria, mediante el fomento de los contratos de riesgo compartido cuando hay demasiada incertidumbre sobre la eficacia, seguridad e impacto presupuestario de las innovaciones, hasta que se demuestre la efectividad, seguridad y coste-efectividad de los nuevos medicamentos o

tecnologías. La de los profesionales sanitarios, mediante una adecuada gestión de la utilización, prescripción, derivaciones, transparencia en los procesos y resultados o la adopción de un modelo de atención a la cronicidad. La de los pacientes, redistribuyendo el copago farmacéutico actual hacia copagos evitables, diferenciales (cuánto más coste-efectivo menor copago), con un límite relacionado con la renta y excluyendo a los más pobres.

### **Cobertura poblacional**

- P12. Abrir un debate civil y parlamentario profundo y sosegado que haga aflorar tanto ventajas como riesgos de establecer el derecho a la asistencia sanitaria en la noción de “asegurado” y “beneficiario”, tal y como estableció el RDL 16/2012, frente a su regulación como un derecho de ciudadanía, en sintonía con lo dispuesto en el artículo 1.2 de la Ley General de Sanidad y en el artículo 43 de la Constitución.
- P13. Excluir la prestación sanitaria del régimen económico de la Seguridad Social, de acuerdo con la posición doctrinal mayoritaria, e introducir simultáneamente mecanismos de coordinación efectiva entre los sistemas de salud de las diferentes CCAA con la finalidad de asegurar la igualdad en el acceso a la atención sanitaria.
- P14. Abolir el requisito de “residencia efectiva y autorizada en España” introducido por el RDL 16/2012 como condición previa para que las personas extranjeras puedan acceder a la atención sanitaria, y reemplazarlo por el de “residencia efectiva y prueba de insuficiencia de ingresos”, como está regulado en otros países europeos.
- P15. Mejorar los sistemas de reconocimiento y control del derecho a la atención sanitaria de los ciudadanos de aquellos Estados que se encuentran dentro del ámbito de aplicación de los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o de los convenios bilaterales en materia de Seguridad Social que incluyan la prestación sanitaria.
- P16. Gestionar de un modo más eficiente el registro, la facturación y el cobro de las prestaciones sanitarias provistas a los ciudadanos de los países mencionados en el punto anterior. Toda la facturación debe ser digital y debería existir un registro único de la Unión Europea.
- P17. Regular los flujos migratorios mediante la política inmigratoria y no mediante la política sanitaria.

### **Cobertura pública de prestaciones**

- P18. Revisar y adaptar de un modo objetivo y transparente los fundamentos de las decisiones sobre incorporación de nuevas tecnologías sanitarias de las principales agencias internacionales evaluadoras en esta materia, tales como el NICE británico. Esta es una estrategia coste-efectiva en un contexto de crisis como el actual, que debería guiar las recomendaciones de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS en su labor de ordenación de la cartera común básica de servicios del SNS.
- P19. Utilizar la evaluación económica y el análisis de impacto presupuestario como herramientas clave para la toma de decisiones de financiación pública y fijación de precios de los medicamentos y los productos sanitarios.

- P20. La financiación selectiva fundamentada en dichas herramientas debe incluir en la prestación farmacéutica solo aquellos productos cuyo valor terapéutico añadido supere el coste de oportunidad de incorporar o mantener la innovación. De modo congruente con esta forma de decidir la cobertura pública, los precios de financiación del SNS deben responder al criterio de “precio basado en el valor”; esto es, los precios de los medicamentos y dispositivos incluidos en la cobertura pública deben ser tales que garanticen un balance coste-efectividad favorable.
- P21. Aplicar guías y recomendaciones ya existentes (Abellán et al. 2009; López et al. 2009) para la presentación de estudios de evaluación económica y de impacto presupuestario de manera reglada. Ello debe complementarse con la consideración de otros elementos técnicos, como el valor terapéutico, y normativos, como la importancia de la equidad, la gravedad de la enfermedad o la ausencia de alternativas de tratamiento relevantes, al estilo de los ‘juicios de valor social’ empleados por el NICE, para superar las dificultades inherentes a los criterios de eficacia, seguridad y calidad.
- P22. Impulsar investigaciones encaminadas a estimar de forma empírica cuál debería ser el umbral de eficiencia o precio máximo por unidad de efectividad (Año de Vida Ajustado por la Calidad) del SNS. Dicho umbral ‘básico’ debería ponderarse por aquellos factores que se juzguen relevantes para fijar el precio de las nuevas tecnologías sanitarias, de modo similar a como se plantea realizar en el Reino Unido.
- P23. Desarrollar una estrategia a largo plazo de reinversión, de forma que los criterios de actualización de las carteras básica y suplementaria del SNS contemplen no solo la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias, sino también la desinversión en aquellas que se revelen como no coste-efectivas.
- P24. Comenzar el proceso de reinversión con las siguientes tecnologías: (a) las inseguras (con razones de riesgo-beneficio altas); (b) las que no se usen para tratar enfermedades graves; (c) las muy invasivas cuyo impacto en el paciente es alto (riesgo de efectos adversos); (d) aquellas cuya reinversión cause menos desconfianza y resentimiento entre pacientes y proveedores; (e) las que tienen alternativas efectivas claras, y (f) las de alto impacto presupuestario y las de baja repercusión en los recursos humanos dedicados a las que se dejan de financiar. Es importante acompañar estas medidas con el refuerzo de la utilización de intervenciones con buena relación coste-efectividad que estén siendo subutilizadas.
- P25. Instrumentar la reinversión: (i) limitando las indicaciones sobre la base de criterios de eficacia y seguridad, eficacia relativa o de coste-efectividad incremental; (ii) especificar qué proveedores pueden ofrecer qué prestaciones (en virtud de criterios tales como la regionalización de prestaciones, el volumen de la oferta, la capacitación, la experiencia y la pericia clínicas); (iii) limitar la frecuencia y la duración de determinados tratamientos a la luz de los criterios anteriores; (iv) implantar programas del tipo ‘uso tutelado’ y reembolso condicionado, de modo que la financiación de determinadas prestaciones sea temporal, subordinada a que se recaben pruebas científicas suficientes sobre su efectividad en un periodo razonable, y (v) desarrollar métodos adecuados para informar la reinversión. Entre estos últimos se han propuesto los estudios de variabilidad de práctica médica, los estudios de coste-



efectividad (utilizados para identificar y priorizar tecnologías candidatas para reinversión), y los análisis de impacto presupuestario y marginal.

- P26. Instaurar un marco regulatorio de precios de los medicamentos y productos sanitarios transparente, eficiente y no discriminatorio, que ofrezca las máximas garantías de independencia y seguridad jurídica para los proveedores. En este sentido, debe garantizarse la comercialización efectiva de las presentaciones que sirvan de referencia y no su mera autorización.
- P27. Fomentar las políticas de competencia en precios en el mercado de genéricos, explorando medidas de mejora y profundización del diseño de los sistemas vigentes de fijación del reembolso máximo, medidas de seguimiento de los precios competitivos con la finalidad de reembolsar a las oficinas de farmacia solo los costes reales de adquisición y medidas de fomento de la competencia de precios en las adquisiciones públicas basadas en instrumentos de mercado como las subastas competitivas.
- P28. Reformar el sistema de precios de referencia de modo que: (a) los nuevos medicamentos con patente sean incluidos por defecto en el sistema de precios de referencia a menos que demuestren que aportan valor suficiente como para merecer un precio diferente al del conjunto que les correspondería; (b) los precios de referencia no se calculen de forma lineal como el precio menor de las presentaciones agrupadas en cada conjunto, sino que se ponderen en función del número de medicamentos genéricos presentes; y (c) los usuarios puedan retirar un medicamento de precio superior al de referencia, pagando la diferencia (copago evitable).

#### **Aportaciones del usuario**

- P29. Avanzar paulatinamente desde el actual copago farmacéutico, lineal y obligatorio, hacia otro evitable y basado en criterios de coste-efectividad o al menos efectividad. Esto debería de hacerse extensible al resto de prestaciones de la cartera común suplementaria. Un modo de instrumentalizar estos copagos evitables basados en efectividad o coste-efectividad es mediante un sistema híbrido como, por ejemplo, el alemán.
- P30. No diferenciar entre trabajadores activos y pensionistas. Los criterios diferenciales del copago deben ser la renta y la condición de salud (enfermedades crónicas).
- P31. Los límites máximos a los desembolsos mensuales de los usuarios, ahora solo aplicables a los pensionistas, deberían extenderse también a los activos. Preferentemente deberían considerarse topes trimestrales o anuales por todo tipo de copago y limitar la cantidad anual máxima acumulada por cualquier tipo de copago sanitario a un porcentaje de la renta (un 1% o un 2%), como se hace en otros países europeos.
- P32. Los citados límites máximos solo pueden operar eficientemente si una vez alcanzados el usuario deja de aportar. La forma idónea para ejecutar dichos límites es mediante la generalización a todos los sistemas regionales de salud de la receta electrónica.
- P33. En su defecto, debe acortarse lo más posible el plazo en que se efectúa el reintegro del exceso que ha desembolsado el usuario por encima del límite máximo que le corresponde. En este sentido, la periodicidad máxima semestral prevista en el Real Decreto ley 16/2012 es a todas luces desmesurada. Debería alcanzarse un acuerdo en el seno del Consejo Interterritorial del SNS para rebajar dicha periodicidad.

- P34. Evaluar urgentemente el impacto que ha tenido la reforma del copago por grupos de pacientes y de medicamentos, para conocer qué parte de la reducción del gasto en medicamentos con receta se ha debido al efecto precio (reducción del consumo excesivo atribuible a la gratuidad) y qué parte al efecto renta (reducción del consumo necesario por el encarecimiento del acceso), a fin de atajar potenciales problemas de falta de adherencia a los tratamientos y de empeoramiento del estado de salud.

## **II. Organización de la asistencia sanitaria**

### **Atención primaria y hospitalaria**

- P35. Aumentar la resolución de los servicios asistenciales, teniendo en cuenta que el potencial de mejora en resolución más que en cada nivel asistencial es en términos del conjunto del sistema; por tanto el foco se centra en la relación entre las partes.
- P36. Avanzar en la gestión de la cronicidad. Ello no supone necesariamente crear nuevos recursos o estructuras ni es una suma de experiencias. Es una reorientación que afecta a todo el sistema, con información y gestión proactiva según las necesidades de pacientes.
- P37. Evaluar resultados en salud, compararlos y trasladarlos a la toma de decisiones (véase el Capítulo IV del documento) y observar los principios de transparencia y rendición de cuentas.
- P38. Utilizar decididamente los sistemas de información sanitaria con niveles en función de los ámbitos de toma de decisiones. Para realizar un análisis de necesidades, planificación y evaluación de políticas públicas se requiere poder comparar en el espacio y el tiempo; por consiguiente, se necesita estandarización, interoperabilidad y agregación (a escala nacional mejor que regional; a escala europea, mejor que nacional).
- P39. Aplicar el conocimiento global a condiciones y entornos concretos (función de asesoramiento para agencias, con agenda gestionable no dominada por la elaboración “bien pagada” de guías de práctica clínica).
- P40. En el ámbito de la cartera de servicios (como catálogo de servicios y prestaciones de cobertura pública) se debe regular el qué, para quién y en qué condiciones. Este enfoque tridimensional, aplicando criterios de coste-efectividad, necesidad y capacidad financiera, puede ayudar a superar la demagogia del todo para todos y gratis.
- P41. Integrar la visión de los ciudadanos, los profesionales y los gestores para alinear objetivos y valores del sistema. La oferta sanitaria debe seguir al paciente de manera que se maximice la atención domiciliaria. Ello supone relajar pesadas estructuras y apostar por una mayor cercanía al paciente.
- P42. Deberían potenciarse las estrategias de enlace entre atención primaria y especializada, con apoyo de medicina interna y desarrollo de nuevos servicios de gestión de casos y de gestión de enfermedades.
- P43. Coordinar los servicios sanitarios y sociales entre sí, y éstos con las estructuras de salud pública.
- P44. Abrir el hospital en un doble sentido: a redes hospitalarias subregionales, donde grandes hospitales ejerzan una función nodriza sobre pequeños centros de proximidad y hagan viable técnicamente su función; y a redes regionales de unidades de alta especialización, donde circulen pacientes y médicos para beneficiarse de la concentración

de casos y destrezas. En estas redes regionales pueden establecerse servicios compartidos (generales, centrales y clínicos), que aporten eficiencia sin mermar calidad o disponibilidad local de conocimiento experto.

- P45. El pago por resultados debería aplicarse también a la financiación de los centros: pagar más por tener a los pacientes sanos, no por tener más descompensaciones de pacientes crónicos con escasa adherencia al tratamiento farmacológico; pagar más por visitas resolutivas.
- P46. Pagar por resultados requiere integrar los presupuestos compartimentados entre niveles asistenciales (primaria, especializada, socio-sanitaria, farmacia) mediante una financiación fija preestablecida por toda la atención de una persona según sus características (riesgos, comorbilidad) que ayude a visualizar el coste integral de la atención.

- **Atención sociosanitaria**

- P47. Unificar la financiación de los servicios sanitarios y los servicios sociales como elemento vertebrador de la integración entre sistemas, siguiendo un modelo caputivo y ajustado por riesgos.
- P48. Avanzar en la convergencia de ambos sistemas en aspectos como los copagos, las condiciones laborales de los profesionales, sistemas de información comunes o la creación de supra estructuras únicas como un Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y Servicios Sociales.
- P49. Proponer una cartera de servicios sanitarios y sociales común. Desarrollar una política de RRHH común, que pongan en contacto directo a profesionales de ambos medios, y diseñar programas de formación de gestores que aprendan de las experiencias de ambos sistemas.
- P50. Introducir la evaluación económica en la atención a la dependencia como herramienta de gestión para el planificador de políticas. Esto pasa por incorporar en los análisis económicos los costes sociales (atención social, pérdidas laborales, cuidados informales-familiares).
- P51. Avanzar en programas piloto de naturaleza cuasi-experimental que permitan evaluar las fortalezas y debilidades de programas de coordinación fuerte o de integración entre servicios sanitarios y sociales en escenarios controlados antes de aplicar grandes reformas.
- P52. Crear equipos multidisciplinares de atención sociosanitaria y diseñar puertas únicas de entrada a ambos sistemas para el ciudadano.
- P53. Reunir toda la información sanitaria y social en torno a la Tarjeta Sanitaria Individual del SNS.
- P54. Mejorar la información existente sobre (in)equidad en la prestación de servicios sociales y sanitarios a personas con limitaciones en su autonomía, así como su financiación (pública y privada).

- **Equidad en el acceso y en la utilización de los servicios sanitarios**
- P55. Promover estudios longitudinales que permitan conocer los efectos en la salud de las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios de toda la población, con especial énfasis en grupos desfavorecidos.
- P56. Fomentar una mayor coordinación interregional para evitar problemas en el acceso a servicios sanitarios de la población desplazada.
- P57. Adaptar las bases de datos a las necesidades específicas de las investigaciones de desigualdades en el acceso y utilización de servicios sanitarios.
- P58. Reducir las exposiciones a riesgos y la vulnerabilidad a enfermar derivadas de los condicionantes de género.
- P59. Abordar las dimensiones estructurales de la desigualdad de género en el acceso y la utilización de los servicios sanitarios.
- P60. Identificar las barreras en el acceso (información, sesgos de los profesionales sanitarios, monetarias, lingüísticas) que determinan la existencia de inequidades en la utilización de recursos sanitarios para diseñar políticas adecuadas.
- P61. Evaluar el efecto de cualquier reforma o política sanitaria en la inequidad en el acceso.
- **Gestión público-privada de los servicios sanitarios públicos**
- P62. Evaluar con imparcialidad y rigor las ventajas e inconvenientes de las experiencias de gestión privada de centros sanitarios de titularidad pública iniciadas hace años, con indicadores de efectividad, seguridad y eficiencia, considerando estructura, proceso y resultados de sus actuaciones y haciendo públicos los resultados de las distintas modalidades de gestión de los centros sanitarios.
- P63. Dar acceso público a la información utilizada en la evaluación de las experiencias de gestión, de modo que cualquier investigador pueda replicarla.
- P64. A partir de la información anterior, se debe fomentar el aprendizaje y habilitar mecanismos ágiles y permanentes de corrección y mejora.
- P65. Hacer cumplir los principios de buen gobierno en los procesos de colaboración público-privada, haciendo especial hincapié en la justificación de las políticas, el rendimiento de cuentas a la ciudadanía, la eficiencia en las medidas adoptadas, la calidad regulatoria y el control de la corrupción (véase el Capítulo IV).
- **Recursos humanos**
- P66. Dotar a la red sanitaria pública de incentivos extrínsecos definitivamente bien alineados y robustos, así como de instrumentos de gestión de recursos humanos que le confieran flexibilidad y adaptabilidad suficientes para afrontar la situación actual y responder debidamente a las necesidades de salud de la población.
- P67. En situaciones donde las restricciones económicas actuales o futuras aconsejan el ajuste de las plantillas, deben evitarse las reglas fijas uniformizantes y las que impliquen despedir o no renovar puestos aplicando exclusivamente el criterio de antigüedad. Antes habría que planificar, reestructurar, implantar, hacer explícitos,

medir correctamente y consolidar apoyándose en criterios de efectividad, productividad y valor añadido para la red sanitaria pública y el ciudadano, así como instaurar un modelo de evaluación periódico basado en estos criterios.

- P68. La red asistencial pública debería vincular los incentivos a los profesionales sanitarios con los objetivos de salud del sistema o, en su defecto, con el esfuerzo para conseguirlos.
- P69. Evitar las “peonadas”, como modelo de pago por acto, porque suponen un coste adicional para el sistema que incentiva la pérdida de productividad en horario regular y tiende a aumentar el número de pacientes sometidos a intervenciones innecesarias.
- P70. Explotar las competencias profesionales, con criterio de ventaja comparativa que puede aportar cada perfil profesional.
- P71. Agilizar la gestión de los recursos humanos, para favorecer la implicación de los profesionales, apelando al profesionalismo e incorporar el rendimiento y la fidelización hacia el sistema en la carrera profesional. Además, delegar responsabilidad utilizando contratos personalizados vinculados al rendimiento.
- P72. Dinamizar el marco de aplicación de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias para permeabilizar la relación entre especialidades, evitar el crecimiento difícilmente reversible de compartimentos estancos, y promover áreas de capacitación específica que combinen las ventajas de la subespecialización con las de la cooperación entre especialidades.
- P73. Apostar por la reorganización de los servicios de especialidad del hospital para agregarlos en áreas de gestión clínica e introducir los acuerdos o contratos de gestión clínica como mecanismo responsable de descentralización y rendición de cuentas.

- **Profesionalismo**

- P74. Consolidar paulatinamente el debilitado contrato entre la sociedad y las profesiones sanitarias, sobre todo en lo que atañe a la integridad y la competencia profesionales.
- P75. Reforzar sin excusa los pilares del profesionalismo: primacía del bienestar del paciente, su autonomía y la obligación alícuota que corresponde a los profesionales de contribuir a una distribución justa de los recursos disponibles y del bienestar e impedir la discriminación.
- P76. Atacar de raíz los conflictos de intereses y la corrupción y exigir activamente la notificación pública y oportuna de los indicadores adecuados de estructura, proceso y resultados en salud del SNS, incluida la de eventos adversos de las actuaciones clínicas.
- P77. Contrarrestar los efectos deletéreos para el SNS de las mentalidades corporativistas y mercantilistas, así como de todas aquellas actuaciones que desde la esfera de la sanidad reduzcan el bienestar.
- P78. Incentivar la incorporación del coste de oportunidad en las decisiones clínicas y asumir la complementariedad —que no contraposición— del mercado, el Estado y el profesionalismo como parámetros de la organización social del trabajo y vehículos de mejora de la eficiencia.

- **Sistemas de información sanitaria**

- P79. Redefinir los objetivos estratégicos y operativos de los sistemas de información del SNS para adaptarlos a las condiciones y necesidades actuales.
- P80. Interconectar los sistemas de información específicos de todos los sectores vinculados con actuaciones sanitarias (sanidad, servicios sociales, alimentación, medio ambiente, educación, economía, comercio, actividad legislativa, medidas fiscales, urbanismo).
- P81. Establecer definitivamente una identificación única de personas y pacientes, como unidad nuclear de los sistemas de información.
- P82. Completar, homogeneizar y consolidar la historia clínica, las bases de datos administrativas, de costes y de actividad asistencial, junto con las de salud pública, como fuentes de información y registros primarios de los sistemas de información sanitarios, y asegurar que incluyen todas las funcionalidades necesarias.
- P83. Ordenar, homogeneizar y estandarizar un conjunto mínimo de campos, variables, indicadores y prestaciones que integren la cartera de servicios del SNS actualizada permanentemente y asegurar la disponibilidad puntal del CMBD nacional.
- P84. Garantizar la fiabilidad, seguridad, confidencialidad y calidad de los sistemas de información sanitaria.
- P85. Habilitar mecanismos de depuración periódicos y dotar al sistema de los recursos humanos necesarios para cubrir este objetivo, de forma que se preserven el rigor en la recogida, mecanización, registro, explotación, análisis, depuración y migración de datos, y el mantenimiento de programas informáticos, bases de datos, registros y aparatos.
- P86. Alcanzar un consenso y compromiso nacionales sobre los requisitos y funcionalidades mínimos y obligatorios que ha de reunir por ley cualquier sistema de información sanitario público y privado.
- P87. Obligar a garantizar la transparencia de los sistemas de información sanitaria, penalizar su incumplimiento y fomentar la evaluación del rendimiento de los dispositivos asistenciales, los resultados en salud, la gestión de servicios, las políticas de salud en general y la incorporación de las pruebas científicas en la toma de decisiones.

- **Medición y evaluación de la provisión sanitaria**

- P88. Sustituir los supuestos únicos e inciertos —que a menudo son el único punto de partida de estudios observacionales, predictivos o explicativos, incluidos los de políticas de salud— por varios supuestos alternativos con distinto grado de incertidumbre — y dar resultados de análisis de sensibilidad, lo cual se aproxima más a la realidad y expresa el reconocimiento de nuestra incertidumbre.
- P89. Acomodar la fuerza de las conclusiones y recomendaciones a la calidad de las pruebas que las sustentan, pues la frecuente violación de este principio (concluir con más fuerza o más allá de lo que legitiman los diseños y los resultados obtenidos) desemboca en pérdida de credibilidad social en la ciencia y las políticas.
- P90. Evitar las extrapolaciones injustificadas y los supuestos de invariabilidad y aceptar que la credibilidad de los análisis depende tanto de su validez interna como externa, sin preponderancia de la primera.

- P91. En todo tipo de evaluaciones deben abandonarse la selección premeditada de las variables primarias y secundarias que más favorezcan la demostración de superioridad de las alternativas que más interese favorecer, el uso de variables sustitutivas cuya asociación con las de resultado no se haya comprobado y la de variables compuestas sin revelar los efectos de las que las componen, así como la notificación selectiva de los resultados que más convengan.
- P92. Adoptar todas las medidas efectivas conocidas para evitar sesgos de publicación en sus diferentes manifestaciones (pre, intra y postpublicación) y, cuando se sospechan, estimar y notificar su magnitud y efecto en los resultados.
- P93. Intensificar y reforzar el uso de la vigilancia postcomercialización (tanto de medicamentos, como de biomarcadores, aparatos médicos y cirugía), los estudios de seguimiento y las evaluaciones de intervenciones y políticas de salud para ofrecer información sólida de efectividad, seguridad y eficiencia de tecnologías, intervenciones y políticas a la toma de decisiones clínicas, de salud pública o regulatorias, intersectoriales o no, verdaderamente informadas.
- P94. Potenciar las aprobaciones de comercialización, financiación (selectiva o no) o autorización provisionales cuando no se disponga de pruebas suficientes y rigurosas de eficacia y seguridad, y condicionar la financiación de prestaciones a la obtención oportuna de la información necesaria acordada previamente. Con esta finalidad, utilizar los contratos de riesgo compartido, adecuadamente dotados y monitorizados, y previendo los obstáculos y peligros conocidos en su despliegue, pueden ser útiles para esta finalidad.
- P95. No centrar exclusivamente el problema en la metodología ni olvidar las fuentes de datos primarias. No hablar de análisis de coste-efectividad o de evaluación de la eficiencia sin contar con información de costes y resultados reales de la actividad asistencial. Potenciar la interoperabilidad y el uso de protocolos de utilización correctos para aglutinar suficiente información y disponer de bases sólidas para la evaluación (Cots et al. 2012b).
- P96. Realizar más ensayos pragmáticos y con análisis por intención de tratar (estimación de efecto más aproximada a la esperable en clínica), junto con los análisis por protocolo (estimación de la máxima eficacia esperable) y hacer públicos todos sus resultados.
- P97. Destinar recursos e incentivos para realizar estudios de efectividad comparada en todos los ámbitos, y hacerlo tomando las debidas precauciones para maximizar la aún reducida capacidad de sus resultados para modificar la atención sanitaria, la práctica clínica o los comportamientos y estilos de vida no saludables.
- P98. Garantizar la congruencia de los incentivos vigentes con las acciones que se emprendan para trasladar las pruebas científicas a las políticas de salud, a las decisiones regulatorias, a la gestión de servicios de salud y a la práctica clínica.
- P99. Evitar presentar resultados ambiguos y extrapolaciones injustificadas de las investigaciones y minimizar los efectos de sesgos cognitivos y no (pre)juzgar como superiores las nuevas tecnologías frente a las adoptadas.
- P100. Utilizar más y mejor las herramientas de apoyo a la toma de decisiones, prestar más atención a las características y necesidades de los destinatarios finales de la información que arrojen los estudios de efectividad comparada, y coordinar de

antemano a todos los agentes participantes en ella para superar las barreras enumeradas.

- P101. Avanzar en la creación de bases de datos longitudinales (datos de panel), mucho más útiles para generar información que repetidas encuestas transversales.
- P102. Aprovechar el amplio margen de explotación de bases de datos administrativas ya creadas que están infrautilizadas, respetando los principios de confidencialidad y el anonimato de los individuos.

### III. Políticas de salud

#### ▪ General

- P103. Promover desde las sociedades científicas con mayor intensidad la necesidad de avanzar en la programación de políticas de salud en ámbitos no sanitarios (educación, ámbito laboral, medioambiente, fiscal).
- P104. Favorecer, desde el propio ámbito sanitario, la idea de que el cuidado de la salud no es competencia exclusiva de los profesionales sanitarios, ya que cambios en el entorno o en los comportamientos pueden tener grandes efectos sobre la salud de las personas.
- P105. Dado el carácter transversal de la mayoría de políticas de salud posibles, las medidas de actuación concretas deben llevarse a cabo mediante el consenso de los principales actores implicados, fomentando su participación a lo largo del proceso, y adecuándolas al momento preciso cuando su probabilidad de éxito sea más elevada (AES, 2008).

#### ▪ Hábitos, comportamiento y salud

- P106. Respetando las decisiones individuales cuando no se deriven de las mismas externalidades negativas, los responsables públicos tienen el deber de informar a los ciudadanos de las consecuencias de sus acciones y crear entornos propicios para el desarrollo de hábitos de vida saludables (AES, 2008).
- P107. Avanzar en la equiparación de la carga fiscal entre distintas labores del tabaco (aumentar el impuesto mínimo de la picadura y el de los puros y puritos en función de la cantidad de tabaco que contengan hasta situarlo en los mismos niveles que el correspondiente a los cigarrillos) introducir un mecanismo de actualización automático de la carga fiscal de los productos derivados del tabaco para evitar que la inflación erosione su valor real.
- P108. Reforzar el cumplimiento de la ley de espacios sin humos y rechazar los intentos de introducir modificaciones a instancias de gobiernos autonómicos.
- P109. El Gobierno español debería apoyar en el Consejo Europeo la propuesta de directiva de estandarización de empaquetado de productos del tabaco (European Commission, 2012).
- P110. En el caso del alcohol, los valores del impuesto especial fijados en España nos sitúan como uno de los países europeos con impuestos más bajos en toda la gama de productos alcohólicos. Por tanto, hay margen para aumentar tanto el impuesto especial *ad quantum* como el impuesto especial *ad valorem* sobre el alcohol. La



modificación de estos impuestos debería estar ligada al contenido de alcohol del producto en cuestión. Dado el carácter complementario entre el consumo de alcohol y tabaco, un incremento en los impuestos del alcohol puede evitar simultáneamente el inicio en el consumo de alcohol y tabaco.

- P111. Las políticas en materia de drogas han de recoger actuaciones específicas para las poblaciones más vulnerables: la población inmigrante, la población con problemas jurídico-penales, las familias con especiales dificultades económicas, los hijos de drogodependientes y las personas con problemas de salud mental. En concreto, se recomienda hacer un mayor esfuerzo en la dedicación de recursos a acciones de prevención selectiva sobre estos colectivos. Aquí juega un papel fundamental la política educativa que no solo ha de ser reglada sino que ha de contener actuaciones puntuales (recogidas debidamente en el Plan Nacional Sobre Drogas).
- P112. Se hace indispensable que los nuevos planes de acción contra el consumo de drogas, legales o ilegales, recojan intervenciones dirigidas a aumentar el nivel de sensibilización de los ciudadanos sobre el problema de la droga y los riesgos de su consumo, siendo especialmente relevante una revisión de la estrategia de actuación en materia preventiva.
- P113. Como medida previa a la adopción de cualquier política fiscal (imposición sobre el tabaco, alcohol, bebidas azucaradas o con alto contenido en grasa), debería ser obligado realizar análisis de simulación fiscal para ser conscientes de las ventajas (reducciones en el consumo) e inconvenientes (mayor imposición, en muchos casos regresiva) de las medidas que se pretenden adoptar y, en su caso, aprobar medidas correctoras (por ejemplo, aumento de la presión fiscal sobre ciertos productos acompañado de subvención en rentas o en especie sobre otros productos en colectivos concretos).
- P114. El diseño de cualquier intervención para combatir los hábitos no saludables debe tener en cuenta la interacción entre los mismos. Por ejemplo, los programas anti-tabáquicos deberían poner a disposición de la persona programas de dieta saludable, de manera que se estimulen simultáneamente ambos objetivos.
- P115. Promover las prácticas saludables en la comunidad a través de la adecuación de espacios gratuitos o a bajo coste que faciliten el ejercicio en aquellas zonas donde viven personas con recursos reducidos.
- P116. Promover los hábitos saludables en las escuelas, a modo de ejemplo, introduciendo programas cuya coste-efectividad se haya probado en otros países, como el School Breakfast Program o el National School Lunch Program, que intentan reforzar o desarrollar una dieta más equilibrada entre los menores a través del cumplimiento de las dietas escolares de unos requisitos nutritivos mínimos (Millimet et al. 2008; Bhattacharya et al. 2006).
- P117. Corregir la falta de evaluaciones económicas en la formulación de programas preventivos o paliativos sobre consumo de sustancias adictivas e ingesta inadecuada de alimentos e insuficiencia de ejercicio físico.
- P118. Para un mejor seguimiento y evaluación de las intervenciones se hace necesario desarrollar herramientas y mecanismos de recogida de datos que proporcionen registros fiables y comparables. Particularmente relevante es la utilización de cuestionarios estandarizados y validados por organismos nacionales e internacionales

y el diseño y aplicación de encuestas y el uso de registros con seguimientos en el tiempo de los usuarios de programas e intervenciones

- **Pobreza en la infancia, educación y salud**
- P119. Desarrollar y evaluar programas de suplementación nutricional en la escuela pública y habilitar una red de guarderías de bajo coste donde se ofrezca una nutrición equilibrada, para compensar la inseguridad alimentaria por la que atraviesan gran número de familias jóvenes. Complementar estas medidas inmediatamente con medidas fiscales de reducción de impuestos y subsidios para las familias con niños con reducidos recursos.
- P120. Desarrollar programas de subvención y ayudas fiscales en uso de guarderías a grupos desfavorecidos.
- P122. Las autoridades públicas deben subrayar como objetivo prioritario la calidad del sistema educativo, la reducción de las tasas de fracaso escolar y poner en marcha o reforzar estrategias concretas y medios adecuados dirigidos a las actividades de refuerzo escolar de niños y adolescentes en riesgo de fracaso.
- P122. Potenciar en mayor medida dentro del ámbito educativo políticas de salud en materia de educación física, alimentación, educación vial, como parte fundamental del contenido curricular de la formación de los niños y adolescentes.
- P123. Acompañar cualquier reforma educativa de una evaluación de su impacto tanto en los resultados educativos y en otras dimensiones del bienestar (oportunidades laborales, estado de salud) de la población afectada.
  
- **Desigualdades socioeconómicas en salud**
- P124. Implantar sistemas de información que permitan identificar y monitorizar las desigualdades, así como mecanismos que favorezcan la visibilidad de las desigualdades dentro y fuera del sistema sanitario.
- P125. Identificar a los colectivos más vulnerables a la crisis económica y diseñar e implantar políticas específicas destinadas a proteger a dichos grupos de población de situaciones en las cuales la precariedad económica se traduzca en riesgos para la salud.
- P126. La heterogeneidad observada en los planes de salud regionales en sus medidas orientadas a reducir las desigualdades en salud pone de manifiesto la necesidad de diseñar un marco común de actuación a nivel nacional, además de mejorar los mecanismos de coordinación entre los diferentes niveles central y regional de administración sanitaria.
- P127. Promover un enfoque intersectorial para reducir las desigualdades en salud en España, en la línea propuesta por la Comisión de Determinantes de la Salud de la OMS (WHO, 2008).
  
- **Otras políticas**
- P128. Implantar sistemas de información que permitan predecir posibles consecuencias a corto, medio y largo plazo del cambio climático en contextos multidisciplinares.

- P129. Avanzar en la coordinación de esfuerzos con un enfoque multidisciplinario que permitan la inclusión de las políticas de salud en un programa conjunto de políticas de adaptación del cambio climático y mitigación de sus efectos negativos.
- P130. Evaluar las políticas de seguridad vial antes, durante y tras su implantación con el objetivo de ofrecer una valoración objetiva global de sus efectos.
- P131. Mejorar el sistema de recogida de datos relacionados con los accidentes viales que permitan medir los costes detallados asociados a cualquier accidente vial y el estado de salud de las personas que sufren los mismos. Estos han de publicarse y se fácilmente accesibles a cualquier ciudadano interesado.
- P132. Impulsar la cooperación entre las distintas administraciones en materia de seguridad vial.
  
- **Evaluación de las políticas de salud**
- P133. Impulsar la evaluación de políticas públicas en España. Esto requiere movilizar ciertos recursos económicos, pero la clave fundamental reside en la voluntad política para impulsar los cambios necesarios en la manera en cómo se diseñan y aplican las políticas.
- P134. Dado el casi ilimitado menú de medidas concretas donde elegir, pero también considerando la limitación en los recursos existentes, cada una de las políticas que se propongan tendrían que evaluarse para obtener información útil sobre su potencial beneficio o fracaso y sus razones. Todo ello debe ayudar a orientar futuras políticas (AES, 2008).
- P135. Un buen número de políticas habrían de iniciarse con una fase piloto en la que se aleatorizara la participación entre la población candidata a ser beneficiaria. Dicha fase piloto se debería evaluar obligatoriamente antes de extender la política al resto de la población beneficiaria.
- P136. Los resultados esperados de cualquier intervención tienen que definirse antes de implementar la política. Si es necesario, se han de modificar las bases de datos administrativas, para garantizar que el impacto de la política se mida adecuadamente.
- P137. La evaluación de las políticas ha de partir de la imparcialidad y llevarse a cabo con criterios de excelencia científica. Este proceso se vería favorecido por la creación de una agencia de evaluación de políticas con autonomía y distancia de influencias políticas interesadas. Dicha agencia habría de estar investida de poder real para influir en el diseño de las políticas públicas (para que se puedan probar distintas versiones de la misma política) así como en la elección de beneficiarios durante la fase piloto.
- P138. Poner a disposición del público los datos de cualquier evaluación para favorecer la transparencia y la réplica de los resultados obtenidos.
- P139. La Administración Pública debería facilitar e incluso potenciar el acceso a las distintas bases de datos administrativas por parte de los investigadores, tal como sucede en algunos países de nuestro entorno. Esto permitiría evaluar los efectos de la mayoría de las políticas actuales.

#### **IV. Buen gobierno de la sanidad**

- **Buenas prácticas de gobierno**
- 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.
  
- **Organización, gestión y códigos de conducta**
- 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 currículo 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. Éste 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.
  
- **Participación ciudadana y profesional**
  - 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.
  
- **Evaluación de políticas y buen gobierno**
  - 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.