

# EL BUEN GOBIERNO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

*Juan Manuel Cabasés Hita*  
*Catedrático de Economía Aplicada*  
*Universidad Pública de Navarra*

## ÍNDICE

### INTRODUCCIÓN

1. EL GASTO SANITARIO Y SU EVOLUCIÓN
2. EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN DE LA SANIDAD ESPAÑOLA
3. LAS REGLAS DEL JUEGO. LOS PRINCIPIOS DE UN BUEN SISTEMA SANITARIO
  - 3.1. Acceso universal
  - 3.2. Minimización de barreras de acceso a la asistencia sanitaria
  - 3.3. Prestaciones comprensivas y uniformes
  - 3.4. Financiación equitativa: contribuciones generales, separadas de riesgos, según capacidad de pago
  - 3.5. Eficiencia
  - 3.6. Comparabilidad
  - 3.7. Libertad de elección por parte del consumidor
4. EL BUEN GOBIERNO DE LA SANIDAD PÚBLICA
  - 4.1. Líneas básicas para el buen gobierno de la sanidad pública en España
  - 4.2. Compromisos para avanzar en el buen gobierno de la sanidad pública
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
6. REFERENCIAS

### INTRODUCCIÓN

El sistema sanitario español vive momentos convulsos. La insuficiencia financiera pública ha hecho mella en los pilares del gasto social, la sanidad, la

educación y los servicios sociales, que se ven amenazados por unas expectativas de crecimiento muy inferiores a las esperadas hasta el comienzo de la crisis económica de 2008. Los presupuestos sanitarios se ven reducidos año tras año. Hasta el acceso universal a la sanidad pública, la seña de identidad de nuestro SNS, un logro social indiscutible que se ha ido consolidando a lo largo de los 25 años desde la aprobación de la Ley General de Sanidad, parece estar en cuestión (López et al, 2012, Beltrán, 2012; AES, 2013).

En la actual situación, medidas puramente coyunturales no serán suficientes para consolidar el SNS, para que las severas restricciones presupuestarias que nos acompañarán los próximos años no se traduzcan en deterioros de la calidad asistencial y para avanzar en la evolución de un SNS dirigido a metas de eficiencia y equidad. Aunque la situación coyuntural puede estar impulsando la toma de decisiones urgentes, como el *Real Decreto Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, la necesidad de repensar el SNS se hacía imperiosa desde hace tiempo (AES, 2008, Bernal et al 2011). Este ejercicio no puede estar dominado por la coyuntura económica actual, sino que ha de realizarse en función de los criterios que inspiran el SNS: universalidad, equidad, sostenibilidad financiera, eficiencia, calidad y participación.

La mejora de la eficiencia en la utilización de los recursos es la clave de las reformas que nuestro modelo sanitario necesita. En un estudio reciente, la OCDE

concluye que, por término medio, la esperanza de vida de la OCDE podría aumentar en más de dos años para 2017, manteniendo el gasto sanitario, si todos los países fueran tan eficientes como los mejores. En el mismo sentido, la Organización Mundial de la Salud, en su informe sobre la salud en el mundo, referido a la financiación de los sistemas de salud, calcula que entre el 20% y el 40% del gasto sanitario total se pierde por causa de la ineficiencia (OECD, 2010, OMS, 2010).

## 1. EL GASTO SANITARIO Y SU EVOLUCIÓN

El gasto sanitario en nuestro país viene mostrando una tendencia incesante al crecimiento, por encima de su crecimiento económico. El año 2010, último para el que existen datos comparados, el gasto sanitario en España alcanzó un 9,6% del PIB, ligeramente por encima de la media de los países de la OCDE (9,5% del PIB) (10), aumentó en algo más de un punto porcentual entre 2007 y 2009, de 8,5% en 2007 a 9,6% en 2009, y se mantuvo en 2010. Ello supone que se han recortado las diferencias en cuanto a esfuerzo relativo en comparación con otros países de la UE de mayor renta per cápita que el nuestro, de manera que nuestro esfuerzo es comparable al de Italia o el Reino Unido. Sin embargo, el ascenso observado en el año 2009 no se corresponde con una mayor cantidad de recursos destinados al ámbito sanitario, sino con una caída generalizada del PIB en términos reales del 3,7% en 2009, ante la cual el crecimiento del gasto sanitario fue mucho menor.

En términos absolutos, sin embargo, el gasto sanitario per cápita en España sigue siendo inferior a la media de la OCDE (3.078 frente a 3.223 \$ PPC en 2009), aunque la diferencia se ha venido reduciendo debido al mayor ritmo de crecimiento del gasto sanitario per cápita en España que, desde 2000 a 2009 ha sido de un 5,6% en promedio anual, más rápido que el promedio de la OCDE, que ha sido de un 4,7%.

La crisis económica, sin embargo, ha hecho frenar bruscamente la tendencia al crecimiento del gasto sanitario, que ha pasado a ser del 0% de media en la OCDE en 2010, con crecimiento negativo en 10 países, entre ellos España (OECD, 2012). Según los datos de la OMS, España habría visto reducir el gasto sanitario en 2011 al 9,44% del PIB (<http://www.who.int/countries/esp/es/#ld>).

El gasto sanitario público representó en 2010 el

74,2% del gasto sanitario total, un porcentaje ligeramente superior al promedio en la OCDE, que fue del 72,2%, pero claramente inferior al de países con SNS, como Suecia (81%), Noruega (85%), el Reino Unido (83,2%) y Japón (80,5%).

El 25,8% es gasto sanitario privado e incluye el hasta ahora limitado copago farmacéutico en el sector público y, sobre todo, el seguro privado voluntario que utiliza aproximadamente un 15% de la población. Ha evolucionado en el tiempo hacia una mayor participación que en 1985 no llegaba al 20%. Sin embargo, se ha mantenido estable en términos del PIB a lo largo de la década, en un 2,4% del PIB (Figura 1.2.) (García Calatayud et al, 2011).

El gasto sanitario seguirá presionado al alza por la introducción y el desarrollo de nuevas tecnologías, la presión de la demanda, los cambios demográficos, el nuevo patrón epidemiológico orientado hacia la cronicidad, o por las dificultades para aumentar la productividad, propias de los servicios intensivos en capital humano (Baumol, 1967, Hartwig, 2008).

Con ser un referente de comparación importante el gasto, sin embargo, ofrece una visión parcial, puesto que no indica qué obtenemos a cambio del mismo. ¿Cuál es el retorno de la inversión depositada en el sistema sanitario en términos de mejora de la salud y del bienestar de los ciudadanos? La esperanza de vida en España en 2010 era de 82,2 años, más de 2 años por encima del promedio en la OCDE (79,8 años) (15). Si esta variable fuera la medida exclusiva del resultado del esfuerzo sanitario, entonces el sistema sanitario español se mostraría como uno de los más eficientes del mundo, solo superado por Japón (83 años) y Suiza (82,6 años). Pero un indicador de salud tan amplio capta los efectos de muchos determinantes de la salud externos al sistema sanitario. Para poder medir la eficiencia del sistema sanitario en su conjunto habrán de utilizarse indicadores más vulnerables a los servicios sanitarios como, por ejemplo, la mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable (MIPSE). Pero carecemos de información suficiente de este indicador, aunque sí hay consenso sobre las enfermedades que lo integran (Gispert, Barés y Puigdefàbregas, 2006).

## 2. EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN DE LA SANIDAD ESPAÑOLA

La sanidad española se encuentra entre las primeras del mundo en el *ranking* de sistemas sanita-

rios (García Armesto et al, 2011). Ofrece cobertura prácticamente universal, gratuita en el momento de uso, a excepción de los medicamentos no hospitalarios, con un gasto sanitario comparativamente bajo, con una esperanza de vida de las más altas del mundo y una mortalidad infantil de las más bajas, con tasas de donación y trasplante de órganos de las más elevadas, una satisfacción elevada del ciudadano con el sistema sanitario, etc.

En la edición del Barómetro Sanitario del año 2011 que realiza el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), los resultados obtenidos revelan que la satisfacción de los ciudadanos con el sistema sanitario público no ha dejado de aumentar (de 6,14 en 2005 a 6,59 en 2011, en una escala de 1 a 10). Valoran favorablemente el funcionamiento del sistema sanitario español, ya que el 73,1% (el 73,9% en 2010, su valor más elevado desde 2005) consideran que funciona bastante bien o bien, aunque precisaría algunos cambios. Además, por primera vez en la edición de 2010, la proporción de ciudadanos que consideran que el sistema funciona bastante bien supera a la de quienes manifiestan que aunque el sistema funcione se deberían introducir cambios fundamentales. Por último, tanto la proporción de personas que consideran que son necesarios cambios fundamentales (21,9%), como la de quienes manifiestan su descontento y reclaman que el sistema se rehaga por completo (4,1%) han crecido ligeramente en 2011, y en 2010 se han dado los porcentajes más bajos desde hacía 6 años.

Pero, por otra parte, los ciudadanos piensan que se hace un uso inadecuado de las prestaciones sanitarias públicas: el 41,2% considera que se hace un uso innecesario, el 29,6% que se hace un uso abusivo y solo un 21% piensa que se hace un uso adecuado y un 2,6% que el uso es insuficiente. Obtiene una puntuación muy baja la valoración de la información que facilitan los servicios sanitarios públicos a los ciudadanos en campañas dirigidas a informar sobre problemas de salud, trámites para ir al especialista o ingresar en un hospital, servicios que prestan, medidas o leyes que adoptan y sobre derechos y vías de reclamación (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

Esta visión básicamente optimista desde la óptica de los ciudadanos oculta, sin embargo, problemas importantes de inequidad e ineficiencia. La mortalidad presenta diferencias geográficas notables; en la atención sanitaria se observan importantes variaciones en

la práctica médica no explicadas por las diferencias en morbilidad sino por las diferencias en la oferta; el gasto sanitario crece por encima de lo presupuestado generando deuda históricamente; no hay incentivos para el comportamiento eficiente de los agentes; no existe un mecanismo reglado de determinación de prioridades.

Estas son algunas de las holguras de ineficiencia detectadas en España: la eficiencia no es una prioridad; la presión asistencial se resuelve parcheando (autoconcertación); la actividad profesional no se incentiva adecuadamente, y la carrera profesional no discrimina según esfuerzo; las necesidades organizativas se resuelven en muchos casos con gestores-comisarios políticos, no con profesionales de la gestión; el exceso de demanda (azar moral) se aborda con tiempos de espera y racionamiento indiscriminado, produciendo insatisfacción sin éxito; la descoordinación asistencial entre Atención Primaria y Especializada y con los servicios sociales es la norma.

El reto para el SNS, con un coste de oportunidad creciente en los presupuestos públicos, es lograr la suficiencia financiera en un entorno de control férreo del déficit como el aprobado en los países europeos a medio plazo. La restricción presupuestaria impedirá hacer frente a nuevas necesidades de gasto en ausencia de un crecimiento económico sostenido e incluso en condiciones económicas favorables. Hay que buscar nuevas fuentes de financiación e introducir mejoras en la eficiencia que permitan producir más salud a menor coste (Mladovsky et al, 2012).

### 3. LAS REGLAS DEL JUEGO. LOS PRINCIPIOS DE UN BUEN SISTEMA SANITARIO

Un sistema sanitario estable ha de hallarse sólidamente anclado en ciertos valores que lo definen (Beauchamp and Childress, 1989, Gracia, 1989). El diseño del sistema sanitario futuro ha de buscar un fundamento normativo común a todos los agentes. Daniels, Light y Caplan (1996) propusieron unos criterios con la idea de desarrollar un *benchmarking* de lo que se considera un sistema sanitario justo, a partir de una fundamentación ética: el *principio de igualdad de oportunidades*.

La idea de igualdad en las oportunidades ha recibido gran atención en la literatura teórica sobre equidad y justicia distributiva (Fleuerbay and Maniquet, 2012, Roemer, 1998, Arneson, 1988). Aplicada al contexto de la salud, esta idea puede expresarse así: los ciudadanos deben tener iguales oportunidades

para alcanzar similares niveles de salud, lo cual implica que las desigualdades que deben ser corregidas son las de dotaciones iniciales o recursos de los que cada agente vaya a disponer, aun cuando el nivel de salud final alcanzado pueda ser diferente, según el grado de eficiencia con la que opere el agente en la gestión de los recursos bajo su control.

El atractivo de este enfoque está en el respeto a la libertad individual de los agentes -la soberanía individual es un valor básico en nuestra sociedad-, quienes se responsabilizan de su propia salud. Sin embargo, no es fácil hacer operativo el principio. La pobreza, por ejemplo, conduce a la enfermedad por múltiples vías, de manera que las personas con menor capacidad económica son menos competentes para alcanzar ciertos niveles de salud, algo que reflejan sistemáticamente las estadísticas de desigualdades socioeconómicas en salud. Además, su aplicación requiere ser consistente con el acuerdo *ex ante* de dotar de capacidad a los individuos para que gestionen su salud. Pero nuestras sociedades normalmente exhiben altruismo *ex post*, es decir, nuestros servicios sanitarios atienden también a quienes no han gestionado debidamente su salud -hábitos de vida insanos, asunción excesiva de riesgos, etc.- en pie de igualdad con los demás. La corresponsabilidad de los ciudadanos con su propia salud, algo hoy reclamado por todos los sistemas sanitarios, es un corolario de este principio. Aquí puede surgir un argumento para contemplar la responsabilidad financiera de algunos agentes al acceder a los servicios sanitarios públicos a tenor de los riesgos autogenerados.

Un enfoque alternativo es la *igualdad de bienestar*, que propugna eliminar las diferencias en el estado de salud, que es el resultado final del proceso de producción de los servicios sanitarios. Se trataría de lograr los mismos valores de los indicadores de salud para todas las personas o comunidades, por ejemplo, entre CC. AA. Una versión acotada de esta idea consiste en corregir o aliviar las *desigualdades evitables* en salud, es decir, las vulnerables a la acción. Esta se ha convertido en el objetivo de algunos gobiernos de los países más avanzados como el Reino Unido, una vez comprobada la persistencia de desigualdades en salud entre diferentes grupos sociales, tras varias décadas de acceso universal a los servicios sanitarios y de aplicar fórmulas de reparto financiero con ajustes poblacionales según necesidad relativa (Oliver and Cookson, 2000). El fondo creado con este fin (*the Health Inequalities Adjustment*) utiliza como base de reparto la variable índice de años potenciales de vida perdidos (IAPVP) por determinadas causas de

mortalidad consideradas prioritarias en su plan estratégico. Esta es una buena reflexión para España, que mantiene grandes diferencias territoriales en materia de salud. Los mecanismos de financiación deberían contemplar la posibilidad de actuar directamente sobre situaciones de desigualdad en salud evitables.

### 3.1. Acceso universal

La atención sanitaria tiene como función mantener a los individuos en un estado funcional lo más normal posible. La disfunción provocada por la enfermedad restringe el acceso a las oportunidades de la vida. La atención sanitaria, al salvaguardar nuestra capacidad funcional, protege nuestras oportunidades. De ahí surge la obligación de hacer de la sanidad un servicio accesible a todos. Estamos obligados a proveer la atención sanitaria a quien la necesita para proteger la igualdad de oportunidades para obtener el éxito, dejando fuera obstáculos basados en características de los individuos como su raza, género, religión, edad, estado de incapacidad, grado de riesgo o capacidad de pago (Daniels, 1985). Ello implica la inclusión universal en algún esquema asegurador cuyas características son la obligatoriedad y la independencia del estado ocupacional, de manera que se garantice la continuidad asistencial temporal. Este es probablemente el fundamento ético que justifica la igualdad de acceso a la asistencia sanitaria pública en España y en la mayoría de los países desarrollados.

Estas características se encuentran bien argumentadas en la literatura económica por problemas de selección adversa (Mas Colell, 1994, 1997) y han sido asumidas por la inmensa mayoría de los países desarrollados y, recientemente, por EE.UU. (aseguramiento obligatorio) y, en España, desde la Ley General de Sanidad de 1986 y, recientemente, por la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, que estableció la extensión del derecho a la asistencia sanitaria pública a todos los españoles “residentes en territorio nacional, a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico”.

Sin embargo, el Real Decreto Ley 16/2012 regula de nuevo la condición de asegurado volviendo al antiguo criterio de Seguridad Social (trabajador cotizante o pensionista y sus beneficiarios) restringiendo la cobertura personal. El Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, concreta las condiciones de persona asegurada y de beneficiaria de esta a efectos del derecho a la asistencia sanitaria en España, con cargo

a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud (SNS). Establece un nivel de ingresos anual de 100.000 euros por debajo del cual los residentes con nacionalidad española tendrán garantizado el derecho de acceso a la asistencia sanitaria pública aunque no satisfagan los requisitos de afiliación mencionados. Para los no asegurados, se establecen unas primas aseguradoras en función de la edad. Este cambio hacia la universalización incompleta ha sido visto por analistas del sistema como un ataque al modelo universal (López et al, 2012, Beltrán, 2012; AES, 2013). Algunos colectivos hasta ahora cubiertos (inmigrantes ilegales) sin medios económicos para hacer frente a la prima aseguradora han quedado fuera, lo que ha generado reacciones de sorpresa y disgusto en medios profesionales sanitarios y sociales. Los no asegurados deberán abonar entre 764,46 (hasta 64 años) y 2.675,80 (de 65 en adelante) euros para acceder al mismo nivel asistencial que tenían reconocido anteriormente.

Ciertamente, el debate sobre la naturaleza de la prestación sanitaria en España pudo haber quedado cerrado en falso en los acuerdos de financiación autonómica de 2001 y la legislación que los recogió. La interpretación de las condiciones de acceso como asegurado pertenecen al ámbito jurídico y han sido objeto de debate durante mucho tiempo (Bardají y Viñas 2001, Tornos, 2002, Beltrán, 2002, 2007, Cabasés, 2002). La posición doctrinal mayoritaria apuesta por la universalización sustentada en el artículo 43 de la Constitución (CE). Pero, tras el acuerdo de 2001 del CPFF sobre financiación territorial, quedó clara la posición del legislador de anclar el derecho en el artículo 41 de la CE (SS) como una prestación no contributiva de la Seguridad Social (SS), modificando el artículo 86 de la Ley de la SS. Sobre los potenciales efectos de esta decisión sobre la centralización de las decisiones en materia de sanidad y la pérdida de autonomía de las regiones en esta materia también se habló ampliamente entonces (Cabasés, 2001).

El compromiso con la cobertura universal sanitaria está siendo abrazado por todas las organizaciones mundiales y no puede ser minusvalorado. La OMS, el Banco Mundial y la Asamblea General de las Naciones Unidas han aprobado diferentes resoluciones al respecto. Margaret Chan, la Directora General de la OMS en el discurso de apertura de la Reunión Ministerial sobre la cobertura sanitaria universal organizada conjuntamente entre la OMS y el Banco Mundial el 18 de febrero de 2013, decía: “En diversas ocasiones he manifestado mi compro-

miso personal con la cobertura sanitaria universal, que, a mi juicio, es el concepto más poderoso que puede ofrecer la salud pública. Es además el mejor modo de cimentar los logros obtenidos en sanidad en los últimos diez años y de llevar a la práctica los más altos principios éticos de la salud pública. Es un poderoso factor de igualdad social y expresión última de equidad. Este reciente entusiasmo por la cobertura universal se produce en un mundo en el que las desigualdades sociales y de ingresos, oportunidades y acceso a la atención sanitaria están alcanzando los mayores niveles registrados durante al menos medio siglo. Cuánto me satisfaría observar que, en un momento en el que las políticas de diversos sectores están aumentando las desigualdades sociales, la salud llevara al mundo hacia una mayor equidad en cuestiones de importancia para todos los habitantes de este planeta” ([http://www.who.int/dg/speeches/2013/universal\\_health\\_coverage/es/index.html#](http://www.who.int/dg/speeches/2013/universal_health_coverage/es/index.html#)).

### **3.2. Minimización de barreras de acceso a la asistencia sanitaria**

Hay cinco ejes del acceso como interpretación de la equidad en sanidad que deberían satisfacerse conjuntamente para garantizar el precepto de la Ley General de Sanidad (LGS) de acceso a la sanidad pública en condiciones de igualdad efectiva: acceso físico, es decir, recursos apropiados donde se necesitan y accesibles a los que los necesitan (compete a las CCAA la distribución física de los recursos); acceso legal, garantizando normativamente el derecho a la asistencia sanitaria pública (sirva lo ya comentado para España); acceso financiero, teniendo en cuenta que la gratuidad no implica coste cero para el usuario y que puede haber variables que afectan al coste: desplazamiento a la asistencia, participación en el pago de los medicamentos, y que generan desigualdad de acceso; acceso cultural, es decir, facilitar la utilización a la gente de diferente cultura, lengua y extracción social, una barrera presente en España hoy tras la inmigración masiva reciente; y acceso a la calidad, que requiere minimizar las variaciones en la práctica médica (VPM) no explicadas por las diferencias en morbilidad que puedan llevar a diferente potencial de salud. Cuanto más comprensivo y uniforme en la calidad, más justo será el sistema sanitario. El acceso a una calidad similar inter- e intrarregional es uno de los objetivos del futuro inmediato en la política de equidad territorial en España, cuyo garante es el Gobierno central en un sistema descentralizado.

### 3.3. Prestaciones comprensivas y uniformes

Acceso equitativo a un conjunto apropiado de servicios sanitarios, sin restricciones en las prestaciones ni en su calidad. La igualdad de oportunidades no exige, sin embargo, unas prestaciones ilimitadas, que podrían estimular comportamientos de azar moral en los ciudadanos y posibilitar atenciones no efectivas, pues existen otros bienes sociales que se orientan al mismo fin (educación, etc.) que compiten por los fondos financieros. Lo que resulta imperativo es la delimitación explícita de las prestaciones y hacerla de manera controlable públicamente. La cartera común de servicios aprobada en España en el Real Decreto Ley 16/2012, que actualiza la cartera de servicios del SNS establecida en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS, establece 3 modalidades de servicios que componen la cartera común: básica, cubierta enteramente por la financiación pública; suplementaria, sujeta a aportación del usuario; y accesoria o no esencial, sujeta a aportación y/o reembolso del usuario. Además, se regula la cartera de servicios complementarios de las CCAA, financiada con cargo a los recursos cada una de ellas, una vez garantizada la cobertura de la cartera común y garantizada la suficiencia financiera y el cumplimiento de los criterios de estabilidad financiera.

El Proyecto de Orden Ministerial de creación de la Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias establece el mecanismo para la definición de la cartera de servicios y sus componentes. “El Real Decreto Ley 16/2012 modificó los artículos 20 y 21 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. En ellos se recoge el acuerdo alcanzado en el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de 12 de febrero de 2012, de crear una red española de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias con las Agencias existentes hasta el momento. En estos artículos se señala que la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del SNS participará en la evaluación del contenido de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, así como la evaluación previa de las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos para su utilización en el SNS. ...

El objetivo general de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS es fundamentar la toma de decisiones sobre la incorporación, condiciones de financiación o desinversión y uso apropiado de las tecnologías sanitarias, mediante su aplicación global en todo

el territorio nacional a través de los servicios de salud correspondientes, con el fin de promover la equidad y sostenibilidad del SNS”.

Los Miembros de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud son:

- Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria del Instituto de Salud Carlos III, (AETS).
- Servicio/Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria del País Vasco, (OSTEBA).
- Unidad de Evaluación de Tecnología Sanitaria de la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid, (UETS).
- Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria de Galicia, (Avalia-t)
- Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud de Cataluña, (AIQS).
- Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria de Andalucía, (AETSA).
- Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de Salud, (SESCS).
- Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, (IACS).

La necesidad de evitar los problemas de azar moral sugiere la introducción de mecanismos de racionamiento en forma de precios, listas de espera o de límites a la cantidad. Los sistemas sanitarios públicos tienden a utilizar poco los primeros para no generar problemas de acceso, mucho los segundos, creando insatisfacción y, hasta ahora, profusa pero implícitamente, los terceros. Hoy se reconoce la necesidad de establecer las prioridades más explícitamente mediante la definición y ordenación de las prestaciones (paquete asistencial) reconocidas como derecho a los ciudadanos.

Los criterios de inclusión en el paquete asistencial habrían de valorarse por su contribución relativa a la protección de la igualdad de oportunidades (p. ej., categorías completas de servicios: prevención, asistencia domiciliaria, servicios de salud mental, que pueden afectar al nivel funcional). El criterio de la eficiencia contribuye a este objetivo, al ordenar prioridades en función de la efectividad y el coste de las prestaciones. Las prestaciones ineficientes no

pueden contribuir a la igualdad de oportunidades.

Como criterios de exclusión se contemplan la ausencia de necesidad -siempre pendiente la difícil cuestión de quién la define- y la ausencia de, o no probada, efectividad. El problema de los servicios no provistos en el paquete asistencial es que puede acentuar la distribución desigual de la enfermedad y de la renta entre las clases sociales: los pobres están más enfermos y los más enfermos más pobres. Es un problema de selección de riesgos. Respecto a la asistencia suplementaria, cuanto más extensa sea, mayor discriminación habrá en el sistema.

### 3.4. Financiación equitativa: contribuciones generales, separadas de riesgos, según capacidad de pago

El objetivo de la cobertura sanitaria universal es asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos (OMS, 2013).

La idea de la financiación sanitaria según la *capacidad de pago* encuentra su justificación teórica en las teorías más conocidas de la justicia (Rawls, 1998). La alternativa a la capacidad de pago es el *principio del beneficio*, que hace recaer el peso de la financiación sobre quién se beneficia de la asistencia.

El riesgo individual no puede ser la base de la financiación sanitaria. En un sistema sanitario de financiación pública como el SNS, en cada momento los más sanos financian a los más enfermos. No se debería cargar el coste sobre los más enfermos, lo que sugiere la minimización de franquicias, copagos, periodos de carencia, etc.

El copago puede ser eficiente como instrumento para combatir el azar moral en servicios de demanda elástica, y para ampliar los ingresos financieros en servicios de demanda inelástica. La idea de introducir el copago como estrategia de contención de costes podría resultar injusta, al desplazar costes de sanos a enfermos (*cost shifting*), e ineficiente, si pospone la utilización de los servicios impidiendo la prevención y la detección precoz, o si se establece sobre servicios de demanda-precio inelástica.

En una revisión de estos y otros argumentos sobre participación del pago de los servicios en España Puig y Rodríguez (Puig, 2012, Rodríguez y Puig, 2012) realizan las siguientes recomendaciones: 1)

Modificar el diseño del copago farmacéutico incluyendo los medicamentos hospitalarios de dispensación ambulatoria. 2) Introducir un copago fijo en las visitas y en las urgencias. 3) Introducir tasas por servicios complementarios cubiertos y precios públicos por prestaciones actualmente no cubiertas. 4) Modular los copagos en función de criterios clínicos y de coste-efectividad. 5) Implementar mecanismos de protección de los más débiles económicamente y los más enfermos, con establecimiento de límites máximos y exenciones en función de la renta y del estado de salud. El criterio es que el copago y otras formas de contribución no deben empobrecer al paciente.

Las propuestas de introducir impuestos finalistas para incrementar la financiación sanitaria, sugeridas por algunos en España y EE. UU. mediante la utilización de impuestos “al pecado” (*sin taxes*) o a los hábitos no saludables (tasa sobre la grasa, tasa sobre bebidas azucaradas...), pueden ser una fuente adicional de recursos financieros, aunque también pueden ser injustas desde la perspectiva de la igualdad de oportunidades con responsabilidad (Roemer, 1996), si no se distingue, en los denominados riesgos autocreados, entre decisiones libres e informadas y otras. Por ejemplo, el hábito de fumar es una adicción habitualmente adquirida en edades jóvenes con capacidad limitada de decisión y, además, es usual entre personas de categoría socioeconómica baja y menos frecuente en otras categorías sociales más receptivas a mensajes de educación sanitaria porque su nivel educativo les ha hecho más competentes para ello. No se debería penalizar el consumo de tabaco indiscriminadamente y sí contemplar las diferencias en la responsabilidad mediante los ajustes necesarios.

### 3.5. Eficiencia

No es ético derrochar recursos que podrían lograr más. Un sistema sanitario será mejor si establece mecanismos para minimizar los factores de riesgo, la incidencia de la enfermedad y los accidentes (prevención y promoción) y, en caso de ocurrencia, su tratamiento más coste-efectivo. Este es el foco de las propuestas de incorporación sistemática de los principios de la evaluación de tecnologías sanitarias (*Health Technology Assessment*) y de la Medicina Basada en la Evidencia (*Evidence-based Medicine*) a las decisiones clínicas. La evaluación económica de servicios han de hacerla agencias independientes de evaluación y mediante procesos abiertos, democráticos, de toma de decisiones.

La determinación de prioridades precisa de criterios explícitos. El análisis comparado destaca como criterios de determinación de prioridades de intervenciones consideradas necesarias, la efectividad, la relación coste-efectividad y la relevancia para el sistema sanitario público. España no ha desarrollado un mecanismo explícito de ordenación de criterios para la determinación de prioridades en las decisiones sanitarias. Los criterios de efectividad y eficiencia, sin embargo, han pasado a ser lugar común en la regulación de la actividad sanitaria sujeta a priorización. Recientemente, en la elaboración del contenido de la cartera de servicios (Real Decreto Ley 16/2012) se dice que se tendrá en cuenta la eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéuticas, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de los grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales, así como su impacto económico y organizativo.

Las implicaciones de una atención sanitaria basada en algún mecanismo de determinación de prioridades son múltiples. Requieren perfeccionar los sistemas de información sobre efectividad de los procedimientos, homologar criterios de actuación mediante la elaboración de guías de práctica clínica y profundizar en la evaluación de tecnologías sanitarias. Afecta, además, a los derechos ciudadanos. No todo lo que existe y es autorizado públicamente debe ser financiado también públicamente. En consecuencia, define un área dejada a la responsabilidad individual.

### 3.6. Comparabilidad

La atención sanitaria ha de compararse con otros servicios públicos con elevado impacto sobre la igualdad de oportunidades, como la educación, y con otros servicios que protegen nuestra libertad, como la defensa y la justicia. Un presupuesto sanitario global ayuda a establecer la comparación con el esfuerzo en otros servicios. En principio, no hay un nivel deseable de gasto sanitario para un país. La organización del sistema es más relevante que una cifra concreta de porcentaje del PIB.

### 3.7. Libertad de elección por parte del consumidor

Un sistema sanitario es mejor si respeta más la elección autónoma e informada de los individuos. La libertad de elección añade valor en sí misma. La me-

jora en la capacidad de elección es garantía de mayor eficiencia y calidad de los servicios. En tal sentido, se requiere una buena información al consumidor para facilitar el ejercicio de la elección. Este criterio, como los anteriores, puede entrar en conflicto con otros. Así, la elección de planes de seguro de diferente contenido prestacional puede afectar negativamente a la igualdad de acceso.

## 4. EL BUEN GOBIERNO DE LA SANIDAD PÚBLICA

En el marco de las reglas de juego descritas más arriba, 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 de la ausencia de corrupción, mala gestión, nepotismo, etc. Buen gobierno implica, por supuesto, buenos resultados, pero no solo eso: exige que el proceso de toma de decisiones responda a todo un conjunto de reglas (participación democrática, transparencia, rendición de cuentas, respeto a las leyes, etc.). Estas reglas, a su vez, están basadas en valores éticos, de ética personal-cívica y de ética política; en definitiva, en virtudes cívicas (Cabasés y Freire, 2010).

El buen gobierno corporativo es hoy una realidad en muchas empresas preocupadas por la responsabilidad social corporativa también por muchas instituciones públicas, que han desarrollado normas al respecto. Un ejemplo reciente de normativa de buen gobierno institucional lo ofrece la [Ley Foral 2/2011](#), de 17 de marzo, por la que se establece un código de buen gobierno en Navarra. El buen gobierno, dice la ley, implica que quienes han recibido el respaldo de sus conciudadanos deben honrar esa confianza y actuar en pro del interés general, con imparcialidad, dedicación, diligencia, responsabilidad, lejos de intereses particulares o ilegítimos. Se trata de aplicar a la acción de gobernar normas éticas y garantizar, además de la intachabilidad moral, que se sigan los principios de eficacia, economía y eficiencia, que se trate a los individuos con corrección y sin discriminaciones, que su actuación resulte transparente, rápida y de calidad.

El desarrollo más reciente de los principios del buen gobierno sanitario lo ofrece el trabajo de la Comisión de Buen Gobierno Sanitario del Consejo de Europa<sup>1</sup> en la premisa de que una buena gobernanza tiene

1 Consejo de Europa. Comité Europeo de Salud (Doc 06.1



una influencia positiva en todas las funciones del sistema sanitario, de manera que mejora su desempeño y, en última instancia, 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; en *principios* a los que responde la sanidad pública: universalidad, equidad y solidaridad; en *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*: una cultura de integridad, códigos de conducta, atención a los conflictos de interés y prevención del fraude y la corrupción.

Todos estos valores, principios, atributos y aspectos éticos tienen implicaciones muy directas en el gobierno y organización de lo público y piden organizar y gestionar la sanidad con las fórmulas e instrumentos que mejor los puedan garantizar de acuerdo con la experiencia (política basada en la evidencia de lo que funciona). Avanzar en esta dirección implica abrir para la sanidad española una línea de innovación en la forma de hacer política sanitaria en sintonía con las aspiraciones de ciudadanos y profesionales y con la cultura democrática de los países más avanzados. Ello supone un cambio respecto a la situación actual, un programa de reformas profundas, un replanteamiento estratégico de la sanidad pública. En España se han producido recientemente algunas propuestas de recomendaciones para un código de buen gobierno de la sanidad pública, entre otras la de la sanidad pública vasca, con algunas líneas básicas y compromisos y vías de avance que adaptamos a continuación<sup>2</sup>.

#### **4.1. Líneas básicas para el buen gobierno de la sanidad pública en España**

##### *Visión y valores*

Basar en los valores de la ética pública democrática la reorientación al buen gobierno de la sanidad pública, tomando como referente las recomendaciones del Consejo de Europa.

---

CDSP(2009)28E)

<sup>2</sup> Adaptado de las Recomendaciones del Consejo Asesor sobre el Código de Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca (2011). El Consejo Asesor, presidido por el autor, realizó sus trabajos a lo largo del año 2010 y presentó sus recomendaciones a la Comisión de Sanidad del Parlamento Vasco en marzo de 2011.

##### *Pacto por la sanidad*

Para la reorientación al buen gobierno de la sanidad pública y lograr una sanidad pública de calidad y eficiente, hay que impulsar un nuevo contrato social con todos los sectores de la sociedad (partidos políticos, profesionales, agentes económicos y sociales, pacientes y ciudadanos) basado en los valores de la ética pública democrática, tomando como referente compartido común los valores, principios y atributos del buen gobierno, buscando acuerdos y consenso en torno a reglas del juego democrático para gobernar y gestionar la sanidad pública, gobierne quien gobierne.

##### *Nueva estrategia organizativa*

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 de buen gobierno, la organización y el funcionamiento de toda la sanidad pública, tanto los servicios regionales de salud y sus organizaciones (hospitales, Atención Primaria, etc.), como la red de servicios de Salud Pública, incluyendo en ello una atención especial a los enfermos crónicos, y una coordinación eficaz entre servicios sanitarios y sociales.

##### *Salud Pública*

Revitalizar la salud pública, impulsando la prevención, protección y promoción de la salud, y haciendo de la buena salud, y de la calidad de vida ligada a ella, una de las grandes prioridades de todas las políticas públicas.

#### **4.2. Compromisos para avanzar en el buen gobierno de la sanidad pública**

##### *4.2.1. Un sistema sanitario centrado en el ciudadano*

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, planificando, gobernando y gestionando ésta a partir de la consideración de que los ciudadanos y los pacientes son sus auténticos propietarios, destinatarios y jueces. Dos ámbitos de acción resultan especialmente relevantes:

1) la libertad de elección, ampliando al máximo el acceso y la transparencia en la información, las posibilidades de elección y de control, y 2) la integración de los servicios, desarrollando servicios específicos de atención a los ancianos, a los enfermos crónicos, a los enfermos mentales y a los dependientes en general, coordinándolos eficazmente con los servicios sociales y construyendo el sistema sociosanitario 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.

#### 4.2.2. La política de salud

Hay que desarrollar la Ley General de Salud Pública (Ley 33/2011) para llevar la preocupación por la salud más allá de los Departamentos de Salud, integrando la prevención, la protección y la promoción de la salud en todas las políticas públicas y en las prioridades de los gobiernos estatal, regionales y locales, buscando para ello el compromiso de las diferentes estructuras de gobierno y de todas las organizaciones sociales (González López-Valcárcel y Ortún, 2010).

#### 4.2.3. Autonomía de gestión

Las exigencias de gestión de las organizaciones sanitarias reclaman un elevado grado de autonomía. Habría que dotar a las organizaciones sanitarias de toda la autonomía que precisen para responder adecuadamente a su misión y poder 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 que claramente se marca la tendencia a abandonar modelos centralizados, unitarios y totalmente jerarquizados, para derivar hacia modelos organizativos con mayor grado de autonomía. Esta tendencia conlleva necesariamente dos exigencias que van estrechamente relacionadas con la autonomía que se pretende impulsar: la definición de órganos de gobierno con capacidad de decisión en los centros y la profesionalización de los directivos sanitarios públicos.

El nivel de autonomía de las organizaciones de servicios puede alcanzar distintos grados de desarrollo y además ninguna norma vigente impediría que la profundidad o las características de la autonomía de cada centro se ajustasen a sus especificidades, pudiendo dar como resultado una distribución asimétrica del grado de autonomía de cada organización de servicios. En este sentido sería recomendable ir vi- rando con prudencia hacia formas organizativas que

permitan un funcionamiento más ágil de las distintas organizaciones de servicios y que esta revisión se base en la experiencia, en el día a día que se vive en cada institución, así como en la implementación de experiencias piloto que permitan calibrar y escalar adecuadamente el alcance y los efectos del cambio de modelo.

#### 4.2.4. Órganos colegiados de gobierno

Para ensanchar 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, máxima autoridad de la organización ante la que responde el director gerente, y 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, 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 deberán ser similares a las que corresponden a patronatos y consejos de administración, para lo cual, dentro del marco corporativo común del Servicio Regional de Salud (SRS) tendrán competencias sobre todos los aspectos de organización y funcionamiento de las organizaciones que gobiernan, de modo que éstas tengan toda la autonomía necesaria para un funcionamiento ágil y eficiente. Serán 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, 5) garantizar la aplicación de las normas de buen gobierno, 6) participar en el nombramiento del equipo directivo, evaluar sus resultados y proponer su revocación, y 7) 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 tendrán el mandato, y asumirán 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, cumpliendo y haciendo cumplir la normativa vigente, los presupuestos, la política y los objetivos sanitarios del Departamento de Salud.

En la composición de los consejos deberían distinguirse tres tipos de miembros: 1) miembros corpo-

rativos o internos, pertenecientes al SRS o al Departamento de Salud; su función en los consejos sería llevar a los mismos las líneas estratégicas corporativas y sus normas e indicaciones, 2) miembros que representen a la población local a la que sirven las organizaciones sanitarias y, por ello, deberían ser concejales propuestos por los ayuntamientos, y 3) miembros cuya pertenencia al consejo sea a título personal individual, nombrados por su contribución potencial al gobierno de la organización, dada su experiencia, formación y trayectoria cívico-profesional.

Una cuestión de relevancia jurídica es la de los deberes y la responsabilidad de los miembros de los consejos de gobierno. Existe una amplia literatura al respecto referida a los administradores de las sociedades mercantiles (ver, por ejemplo, Oriol, 2012). La posición fiduciaria de los administradores es diferente en el ámbito público, donde la separación de entre las funciones de asunción de riesgo y de administración no es tan evidente. Sin embargo, los deberes de diligencia y lealtad deberían ser igual de exigibles a los miembros de los consejos de gobierno. El deber de diligencia incluye los de ejercer el cargo, informarse y actuar con imparcialidad. El deber de lealtad conlleva la prohibición de explotar la posición en favor propio. La creación de órganos colegiados de gobierno debería conllevar la regulación de estos deberes y responsabilidades de sus miembros.

#### *4.2.5. Profesionalización de la gestión*

La eficacia, legitimidad y autoridad en la gestión requieren la profesionalización y estabilidad contractual de los gestores, diferenciando su papel del de los políticos responsables últimos de la sanidad pública. Para ello la sanidad pública debería dotarse, en sus diferentes niveles y especializaciones, de directivos profesionales para la gestión de todas sus organizaciones y servicios; seleccionando y nombrando a los directores gerentes y a todos los cargos ejecutivos, de alta dirección, de responsabilidad clínica o gestora, por procedimientos en los que exista concurrencia pública, participación de los respectivos órganos colegiados de gobierno y, en su caso, el asesoramiento profesional correspondiente.

Estos directivos deberían contar con una regulación específica para su selección, atribuciones, condiciones de empleo y cese, reconocimiento de trayectoria directiva, código de conducta y evaluación de resultados, adaptada a cada situación. La estabilidad, legitimidad y autoridad que precisa la dirección pú-

blica profesional requiere, además del cumplimiento estricto por parte de estos profesionales de las leyes y las normas obligatorias para todos, de 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 interés, el compromiso estricto de neutralidad político-partidaria en el desempeño de sus funciones, así como de lealtad a la Administración de cada momento, 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, austeridad y eficiencia en el uso de los recursos, rendición de cuentas (realizada con carácter periódico y sistemático, tanto a instancias internas como externas), y compromiso con la innovación y la gestión del conocimiento para el desarrollo individual y corporativo. La evaluación de los resultados obtenidos de la actividad encomendada a los directivos se establecerá como práctica común, con el objetivo de incentivar la excelencia profesional y sancionar el incumplimiento; para ello los SRS se deberían dotar de un procedimiento objetivo de medición de resultados y hacer esta evaluación determinante en la política de fidelización de los directivos.

¿Debería existir una formación específica de profesionales de la gestión sanitaria? Teniendo en cuenta la relevancia de la gestión sanitaria para la obtención de resultados de salud, la especificidad del quehacer sanitario, la importancia en términos de recursos humanos, materiales y financieros empleados en el sector sanitario, la idea de formar gestores sanitarios que pudieran gestionar desde el conocimiento profundo del sector, al estilo de las especializaciones médicas (un programa GIR), podría considerarse. La única experiencia en nuestro entorno, el programa GES (Gestores Sanitarios) en la CA del País Vasco en 1992, no tuvo continuidad, pese a contar con una valoración elevada.

#### *4.2.6. Buenas prácticas de gestión*

En términos generales podemos entender por buenas prácticas los procedimientos, acciones y esquemas organizativos que funcionan para alcanzar sus objetivos satisfactoriamente (calidad, eficiencia, satisfacción de las partes interesadas, etc.), cumpliendo con todas las especificaciones y normas. La expresión buenas prácticas tiene una cierta connotación de referente o de modelo de buen hacer, lo que implica una relación directa, de causa-efecto, entre su utiliza-

ción y el logro de buenos resultados (replicabilidad). En este sentido, una característica relevante de las buenas prácticas es su transferibilidad y validez para circunstancias y objetivos similares a aquellos en los que funcionan (Acedo y Freire, 2011).

La aplicación del concepto de buenas prácticas a los servicios sanitarios públicos añade a la complejidad de su carácter de gestión pública la multidimensionalidad y complejidad propia del sector salud y sus servicios, derivada de lo que significa el binomio salud-enfermedad en la vida de las personas, de la sofisticación tecnológica y organizativa de la medicina moderna, de la incertidumbre que rodea a los procesos y decisiones clínicas, de los dilemas éticos presentes en casi todas sus decisiones, etc. Por ello, en los servicios sanitarios públicos los estándares de buenas prácticas abarcan un amplísimo listado de actividades y procedimientos que van desde las guías de práctica clínica y los códigos de conducta hasta los listados de comprobación (*check lists*) en 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 microbológica, etc.).

Desde una visión de las políticas públicas que tiene el buen gobierno como horizonte de referencia, el objetivo de implantar una cultura de buenas prácticas en los servicios sanitarios públicos significa la búsqueda continua y la implementación de los procedimientos que mejor responden a los principios del buen gobierno (transparencia, rendición de cuentas -*accountability*-, prevención, detección y actuación frente a conflictos de interés, incumplimientos y otras conductas contrarias a las leyes y normas y a la ética de la gestión pública en sanidad), tanto por su valor moral normativo, en tanto que referentes de comportamiento, como por la evidencia empírica existente de que son los que mejor contribuyen a la eficiencia y calidad en los servicios.

En tal sentido, hay que promover una cultura de buenas prácticas y de ética profesional a todos los niveles (gobierno, gestión, práctica clínica), impulsando la existencia 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, etc.), con especial atención a la prevención de conflictos de interés y a la ejemplaridad ética en el desempeño de las responsabilidades, con transparencia y rendición de cuentas, siguiendo el ejemplo de los mejores ser-

vicios de salud y los referentes internacionales de la responsabilidad social corporativa.

La regulación explícita de los *conflictos de interés* es un instrumento imprescindible en una organización que quiera ofrecer a la sociedad garantías de transparencia, integridad y buenas prácticas. Por ello, la sanidad pública debiera dotarse de una normativa sobre conflictos de interés, obligatoria para todo su personal, que defina los diversos tipos de tales conflictos y establezca pautas claras de conducta al respecto, tomando como referente las existentes en los sistemas sanitarios de otros países. Una referencia a la cuestión de los conflictos de interés entre profesionales sanitarios y la industria, con referencia a la situación internacional y a España, puede verse en Ruano (6). En dicho estudio se propugnan los principios de transparencia, independencia y proporcionalidad para abordar la cuestión de los conflictos económicos de interés entre las asociaciones profesionales y la industria.

Hay buenos ejemplos comparados de regulación de los conflictos de interés en el ámbito sanitario. Uno de ellos es la normativa de Alberta, en Canadá. Se trata de un compromiso de la organización sanitaria con un estándar de conducta que mantiene y ensancha la confianza pública en la integridad, la objetividad y la imparcialidad en sus actividades clínicas y económicas. La organización sanitaria de Alberta confía en que sus profesionales mantengan tales estándares asegurando que sus actividades exteriores o sus intereses financieros no interfieran o influyan en sus procesos de decisión. Reconocen que los profesionales sanitarios tienen intereses fuera de la organización pero se espera que cumplan plenamente con su responsabilidad de manera que eviten su implicación en todo tipo de situaciones de conflicto de intereses, potencial, percibido o real, y que revelen y hagan frente con prontitud a los conflictos en caso de producirse.

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 colectivos, a buenas prácticas y estándares éticos, favoreciendo una cultura de integridad. Por ello, la sanidad pública debiera dotarse de un código de conducta general, obligatorio para todo su personal, e impulsar códigos de conducta más específicos para las actividades profesionales o las responsabilidades de gestión que así lo requieran.

La corrupción en todas sus variantes (fraude, so-

borno, nepotismo, clientelismo, etc.) es la antítesis del buen gobierno; muchos organismos internacionales (Consejo de Europa, OCDE, etc.) recomiendan estrategias e instancias activas contra la corrupción en el sector público, incluida la sanidad; así, tanto en los EE. UU. (Medicare), como en Europa en el NHS británico, (Department of Health, 2002) cuentan con unidades especiales para la prevención, detección e investigación de casos de fraude y corrupción. Siguiendo estas recomendaciones y ejemplos, la sanidad pública debiera dotarse de un servicio/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, procesar y actuar en casos de corrupción, información y formación sobre estas cuestiones, etc. Los gestores del NHS se comprometen explícitamente a observar los siguientes principios:

- Hacer del cuidado y la seguridad de los pacientes mi primera preocupación y actuar para protegerlos de los riesgos;
- Respetar al público, pacientes, familiares, cuidadores, personal del NHS y asociados de otros organismos;
- Ser honesto y actuar con integridad;
- Aceptar la responsabilidad de mi propio trabajo y el buen desempeño de las personas que gestiono;
- Mostrar mi compromiso de trabajar como miembro del equipo de trabajo con todos mis colegas en el NHS y la comunidad en general;
- Asumir la responsabilidad de mi propio aprendizaje y desarrollo.

Otro ejemplo excelente de código de conducta en los servicios sanitarios es el de Alberta, Canadá (<http://www.albertahealthservices.ca/pub-code-of-conduct.pdf>), referido en este caso a todos los profesionales, que está basado en 5 principios:

- Tratar a las personas con respeto, compasión, dignidad y justicia.
- Ser abierto, honesto y leal.
- Actuar éticamente y mantener estándares profesionales.

- Asumir la responsabilidad de los propios actos y esperar lo mismo de los demás.
- Respetar la confidencialidad y la privacidad.

#### 4.2.7. *Transparencia*

La cuestión de la transparencia se ha convertido en central para recuperar la confianza en las instituciones públicas donde la corrupción parece haberse instalado desde hace tiempo. Es frecuente encontrar procesos normativos de transparencia de la acción pública. Un ejemplo reciente es la Adopitar 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, a fin de mejorar con ello la calidad de las normas. Para ello, entre otras medidas, las decisiones de importancia estarán basadas en libros blancos o informes, abiertos a consulta pública, en los que se analicen los problemas, alternativas y políticas que se proponen, de forma que la lógica de estas sea pública y pueda recibir críticas y aportaciones de todos los ámbitos de la sociedad. Para facilitar la rendición de cuentas y la participación social, política y cívica, hacer pública “por defecto”, accesible y utilizable en internet, toda la información disponible que no desvele datos personales.

#### 4.2.8. *Participación de los profesionales*

Es necesario implicar activamente a los médicos y a todos los profesionales sanitarios en la sostenibilidad de la sanidad pública, 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.

En el ámbito de las organizaciones sanitarias (hospitales, comarcas, etc.) 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, etc., requiere evaluar su desempeño y su papel en la práctica, a fin de

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 debe estar especificado el listado de temas en los que sea preceptivo recabar la opinión y asesoramiento de las juntas facultativas técnico-asistenciales o comisiones técnicas y de las diferentes comisiones de calidad.

En todo caso, un tema central del asesoramiento profesional habrá de ser la gestión clínica (implicación de los profesionales en la gestión de los recursos, favorecer la continuidad asistencial, mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios clínicos, etc.), atendiendo especialmente a todos los aspectos de calidad de la práctica profesional.

Para fortalecer el asesoramiento profesional, tanto a nivel central como a nivel de todas las organizaciones dándole mayor visibilidad y, sobre todo, haciendo que sea un componente formal del proceso de toma de decisiones, se recomiendan, entre otras, las siguientes iniciativas concretas: dar difusión y publicidad de los informes a través de internet e intranets; que los informes y actas de las reuniones de estos órganos colegiados profesionales sean puestos en la página de internet de la organización; esta medida es crítica para la efectividad, legitimación, fortalecimiento y visibilidad del asesoramiento profesional sanitario; abrir a consulta profesional todos los documentos sobre políticas y proyectos que afecten a la actividad clínica, dando respuesta a los mismos; valorar la participación profesional del personal médico, de enfermería, farmacia, etc., en estos órganos como mérito para su reconocimiento y promoción profesional y a efectos de carrera profesional.

#### 4.2.9. Participación ciudadana

Entendemos por participación ciudadana las prácticas políticas a través de las que la ciudadanía (organizada) puede incidir sobre alguna dimensión de aquello que es público, subrayando su valor como herramienta que contribuye a la profundización e intensificación del buen gobierno de los sistemas públicos.

La participación ciudadana en la sanidad, al nivel que más importa al paciente, requiere la existencia de una amplia posibilidad de elección dentro de la sanidad pública y, sobre todo, la existencia en la misma de una cultura organizativa y profesional en la que el paciente tenga en todo momento la información

que precisa para tomar sus propias decisiones y el control de todo aquello que concierne a la atención a su salud. Además, en una sanidad centrada en la persona-paciente, el papel activo y la participación del ciudadano en la misma tiene que incluir la potenciación del autocuidado y la autonomía del paciente, la responsabilidad de su propia salud, pero también de la sostenibilidad del conjunto del sistema sanitario. Todo ello exige que la sanidad 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, etc.) que esta reorientación requiere.

A escala institucional, la participación ciudadana en el gobierno de la sanidad pública se ejerce fundamentalmente a través del proceso político democrático por el que 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 los mismos de representantes de los ayuntamientos y de consejeros a título personal vinculados a la comunidad local.

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.

Colocar al paciente y a la población en el centro de la sanidad pública requiere que esta refuerce proactivamente los instrumentos que le permiten la identificación de necesidades, de demandas y preferencias de los pacientes, cuidadores, familiares y ciudadanos en general, así como monitorizar el grado de satisfacción con los servicios, poniendo esta información a disposición de la sociedad con la mayor transparencia. En este sentido, recomendamos que se realicen de manera periódica y sistemática encuestas de opinión enfocadas a los distintos tipos de usuarios y de servicios con el fin de asegurar que el diseño de estos servicios y de los procesos asistenciales tomen en consideración al paciente y a sus cuidadores en todos sus elementos (adecuación, información, comodidad, etc.).

Adicionalmente, la participación ciudadana como mecanismo que favorece el buen gobierno debe tener en la ciudadanía organizada en torno al tercer sector un cauce reglado de participación. En este sentido, debería existir un sistema estable y permanente de participación, con a) un marco regulador de la par-

ticipación (normativa destinada a institucionalizar, ordenar, facilitar o promover la participación), que incluya regulación de derechos de petición, de iniciativa, de intervención, etc.; y b) órganos consultivos estables de participación, mediante los que se facilite la interlocución con el sector a través de la agrupación de estas asociaciones, evitando su fragmentación, y promover nuevos canales (tipo web 2.0) para que participen pacientes, cuidadores y asociaciones.

El éxito de las políticas sanitarias depende críticamente, entre otros elementos, de su capacidad para lograr un amplio apoyo en sectores claves de la sociedad, de la Administración, de los profesionales sanitarios, de los agentes sociales y de los partidos políticos. En definitiva, de reclutar una masa crítica de personas y organizaciones implicadas e identificadas con sus valores y con los objetivos de las reformas que se proponen.

Para todo ello es preciso un nuevo estilo de hacer política, es decir, buena política y política de más calidad: más basada en valores, más abierta a la consulta, más rigurosa, más apoyada en la evidencia de lo que funciona, más transparente y, en definitiva, democrática y pegada a las necesidades e intereses de la población a la que sirve.

## **5.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

**Prerrequisitos del sistema sanitario.** Un sistema sanitario estable ha de hallarse sólidamente anclado en ciertos valores que lo definen. El fundamento normativo del Sistema Nacional de Salud común a todos los agentes es el principio de igualdad de oportunidades. La atención sanitaria, al salvaguardar nuestra capacidad funcional, protege nuestras oportunidades. De ahí surge la obligación de hacer de la sanidad un servicio accesible a todos dejando fuera obstáculos basados en características de los individuos como raza, género, religión, edad o estado de incapacidad.

**Un sistema sanitario centrado en el ciudadano.** 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, planificando, gobernando y gestionando ésta a partir de la consideración de que los ciudadanos y los pacientes son sus auténticos propietarios, destinatarios y jueces. Dos ámbitos de acción resultan especialmente relevantes:

1) la libertad de elección, ampliando al máximo el acceso y la transparencia en la información, las posibilidades de elección y de control, y 2) la integración de los servicios, desarrollando servicios específicos de atención a los ancianos, enfermos crónicos, enfermos mentales y dependientes en general, coordinándolos eficazmente con los servicios sociales y construyendo el sistema sociosanitario 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.

**Un nuevo contrato social.** Para la reorientación al buen gobierno de la sanidad pública y lograr una sanidad pública de calidad y eficiente, hay que impulsar un nuevo contrato social con todos los sectores de la sociedad (partidos políticos, profesionales, agentes económicos y sociales, pacientes y ciudadanos) basado en los valores de la ética pública democrática, tomando como referente compartido común los valores, principios y atributos del buen gobierno, buscando acuerdos y consenso en torno a reglas del juego democrático para gobernar y gestionar la sanidad pública, gobierne quien gobierne.

**Política de salud.** El objetivo del sistema sanitario es producir el máximo nivel de salud con los recursos disponibles. La salud debe ser el hilo conductor del sistema. Recomendamos revitalizar la salud pública, impulsando la prevención, la protección y la promoción de la salud, haciendo de la buena salud, y de la calidad de vida ligada a ella, una de las grandes prioridades de todas las políticas públicas.

**Sector público y sector privado.** El sistema sanitario del futuro se caracterizará por una mayor colaboración entre los sectores público y privado en relación de complementariedad.

**Acceso universal.** El derecho a la asistencia sanitaria pública en España está fundado en el aseguramiento obligatorio desde el Real Decreto 16/2012 y ya no alcanza a toda la población residente. Los grupos que no tienen derecho a la asistencia sanitaria pública y tampoco recursos financieros han quedado en una situación muy comprometida, que las CC. AA. tratan de paliar de diversas maneras. Hay CC. AA. que simplemente han ignorado la norma y garantizan el derecho a la asistencia, otras que han asignado fondos de sus presupuestos de ayuda internacional para hacer frente a los gastos sanitarios de los inmigrantes ilegales, etc. Estas diferencias afectan a derechos ciudadanos, así como a la movilidad geográfica en busca de trabajo, etc. Sería recomendable que hubiera un

tratamiento común del SNS hacia estas cuestiones, en vez de soluciones asimétricas por comunidad autónoma.

**Acceso a la asistencia sanitaria pública.** Hay cinco ejes de acceso que el Sistema Nacional de Salud debería alcanzar para ser equitativo. Acceso físico, legal, financiero, cultural, y acceso a la calidad, que requiere minimizar las variaciones en la práctica médica (VPM) no explicadas por las diferencias en morbilidad que puedan llevar a diferente potencial de salud. Cuanto más comprensivo y uniforme en la calidad, más justo será el sistema sanitario. Se hace imprescindible completar la información sobre las VPM en España para poder implantar políticas de acceso a una calidad similar, tanto a escala individual como geográfica.

**Coordinación del Sistema Nacional de Salud.** Las CC. AA. han de coordinarse con el Gobierno para garantizar la equidad del SNS, evitando desigualdades inaceptables en el acceso. La gestión del SNS descentralizado requiere un sistema de información integrado, facilitar la movilidad de recursos y pacientes cuando sea preciso, y el intercambio de conocimiento. Esto se hace especialmente relevante en materia de salud.

**Las organizaciones sanitarias.** Las organizaciones sanitarias públicas muestran signos de agotamiento debido a su tradicional rigidez que dificulta la utilización de incentivos para el comportamiento eficiente. La estructura funcional de su personal, el sometimiento al derecho público en la contratación y a la estructura administrativa de los gobiernos, no facilitan la flexibilidad necesaria para el desarrollo de la actividad sanitaria.

**Integración de niveles asistenciales.** La estructura actual de separación entre Atención Primaria y Especializada hace muy difícil el tratamiento integrado de los pacientes crónicos. El modelo asistencial de crónicos requiere una integración de niveles asistenciales sanitarios y de servicios sociales, en su caso. Los mecanismos contractuales y de financiación han de diseñarse para que se pueda integrar los niveles asistenciales en el nuevo modelo.

**Autonomía.** Habría que dotar a las organizaciones sanitarias de toda la autonomía que precisen para responder adecuadamente a su misión y poder prestar sus servicios con la mayor calidad y eficiencia, ir vi- rando con prudencia hacia formas organizativas que permitan un funcionamiento más ágil de las distin-

tas organizaciones de servicios y que esta revisión se base en la experiencia, en el día a día que se vive en cada institución, así como en la implementación de experiencias piloto que permitan calibrar y escalar adecuadamente el alcance y los efectos del cambio de modelo.

**Órganos colegiados de gobierno.** Para ensanchar 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, máxima autoridad de la organización ante la que responde el director gerente, y con el mandato de cumplir la misión de la organización y velar por los intereses de los ciudadanos en relación al servicio sanitario público, cumpliendo y haciendo cumplir la normativa vigente, los presupuestos y las indicaciones de las autoridades sanitarias.

**Profesionalización de la gestión.** La eficacia, legitimidad y autoridad en la gestión requieren la profesionalización y estabilidad contractual de los gestores, diferenciando su papel del de los políticos responsables últimos de la sanidad pública. Para ello, la sanidad pública debería dotarse, en sus diferentes niveles y especializaciones, de directivos profesionales para la gestión de todas sus organizaciones y servicios, seleccionando y nombrando a los directores gerentes y a todos los cargos ejecutivos, de alta dirección, de responsabilidad clínica o gestora, por procedimientos en los que haya concurrencia pública, participación de los respectivos órganos colegiados de gobierno y, en su caso, el asesoramiento profesional correspondiente.

**Conflictos de interés.** La regulación explícita de los conflictos de interés es un instrumento imprescindible en una organización que quiera ofrecer a la sociedad garantías de transparencia, integridad y buenas prácticas. Por ello, la sanidad pública debería dotarse de una normativa sobre conflictos de interés, obligatoria para todo su personal, que defina los diversos tipos de conflictos de interés y establezca pautas claras de conducta al respecto.

**Códigos de conducta.** 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 colectivos, a buenas prácticas y estándares éticos, favoreciendo la cultura de integridad. Por ello, la sanidad pública debería dotarse de un código de conducta general, obligatorio para todo su personal, e impulsar



códigos de conducta más específicos para las actividades profesionales o responsabilidades de gestión que así lo requieran.

## REFERENCIAS

• Acedo K y Freire JM (2011). Implementación de buenas prácticas de gestión pública. Comité Asesor del Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca Documento de Trabajo (mimeo).

• Alberta Health Services Board (2009). Conflict of interest bylaw. Alberta Health Services. Canada.

• Alberta Health Services Board (2012) AHS Strategic direction 2012- 2015, Canadá (<http://www.albertahealthservices.ca/pub-code-of-conduct.pdf>).

• Arneson RJ. Equality and equal opportunity for welfare. *Philosophical Studies* 1989; 56: 77-93.

• Asociación de Economía de la Salud (2008). Aportaciones al diagnóstico sobre el SNS español para un Pacto por la Sanidad. Disponible en [www.aes.es](http://www.aes.es)

• 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. Disponible en [www.aes.es](http://www.aes.es).

• Bardají G, Viñas M. (2001). Alcance jurídico del ejercicio de las competencias transferidas. En: López-Casasnovas (dir.) y A. Rico Gómez (coord.). Evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías. Bilbao: Fundación BBVA.

• Baumol WJ. Macroeconomics of unbalanced growth: the anatomy of urban crisis. *American Economic Review* 1967; 57 (3): 415-426.

• Beauchamp T, Childress J. (1989). Principles of Biomedical Ethics. 3<sup>rd</sup> edition. Oxford University Press 1989.

• Beltrán Aguirre JL (2012). Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para

garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Análisis crítico en relación con los derechos ciudadanos y las competencias autonómicas. *Revista Aranzadi Doctrinal*, ISSN 1889-4380, N.º. 3, 2012 , págs. 191-207

• Beltrán Aguirre JL. (2002). Prestaciones sanitarias y autonomías territoriales: cuestiones en torno a la igualdad. *Revista Derecho y Salud*; 10, n.º 1, enero-junio: 15-28.

• Beltrán Aguirre JL. (2007). ¿Sistema nacional de salud o asistencia sanitaria de la seguridad social? *Derecho y Salud*; vol. 15: 27-39.

• Bernal E, Campillo C, González B, Meneu R, Puig-Junoy J, Repullo JR, Urbanos R (2011). La sanidad pública ante la crisis. Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable. Disponible en [www.aes.es](http://www.aes.es).

• Cabasés JM (2001). El nuevo modelo de financiación sanitaria. En: González Fidalgo *et al.* Coordinación e incentivos en sanidad. Asociación de Economía de la Salud. Oviedo, 2001.

• Cabasés JM y Freire JM. (2010). Texto inicial para el debate y consenso sobre los temas principales del buen gobierno y sus instrumentos. Consejo Asesor sobre el Código de Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca.

• Cabasés JM. (2002). La financiación sanitaria en el sistema nacional de salud descentralizado. *Derecho y Salud*; 10: 29-37.

• Consejo de Europa (2010).. Recommendation CM/Rec 6 of the Committee of Ministers to member states on good governance in health systems. (Adopted by the Committee of Ministers on 31 March 2010 at the 1081<sup>st</sup> meeting of the Ministers' Deputies).

• Daniels N, Light D, Caplan RL. Benchmarks of Fairness for Health Care Reform. New York: Oxford University Press 1996.

• Daniels N. (1985). Just Health Care. Cambridge, England: Cambridge University Press.

• Department of Health, Government of UK (2002). Code of Conduct for NHS Managers.

• Fleuerbay M, Maniquet F. (2012). Equality of Opportunity. The Economics of Responsibility,

World Scientific Publishing.

- García Armesto S, Abadía Taira MB, Durán A, Hernández Quevedo C, Bernal Delgado E. España: Análisis del sistema sanitario. *Sistemas sanitarios en transición* 2011; 12 (4): 1-269.
- García Calatayud ML, Relaño Toledano JJ (2009). **Private health expenditure - data sources and estimation methods.** Country case study: Spain. Room document presented at the Workshop on Improving the Comparability and Availability of Private Health Expenditures under the System of Health Accounts Framework, 12 June 2009. OECD Conference Centre, Paris, France.
- Gispert R, Barés M de A, Puigdefàbregas A. La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España. *Gac Sanit* 2006; 20 (3): 184-93.
- González López-Valcárcel B, Ortún V. (2010). Putting health in all welfare policies: is it warranted? A Southern European perspective. *J Epidemiol Community Health* 2010; 64: 497-9.
- Gracia D. (1989). *Fundamentos de Bioética*. Madrid: EUDEMA 1989.
- Hartwig J. What drives health care expenditure? Baumol's model of "unbalanced growth" revisited. *Journal of Health Economics* 2008; 27: 603-623.
- Instituto de Información Sanitaria (2010). *Sistema Nacional de Salud de España 2010*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Consultado en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/libroSNS.htm>.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (BOE de 5 de octubre).
- Ley Foral 11/2012, de 21 de junio, de la Transparencia y del Gobierno Abierto. Boletín Oficial de Navarra de 28 de junio de 2012
- López Fernández LA, Martínez Millán JI, Fernández Ajuria A, March Cerdá JC, Suess A, Danet Danet A, Prieto Rodríguez MA (2012). ¿Está en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacional de Salud? *Gac Sanit* 2012; 26 (4): 298-300.
- Mas-Colell A. (1994). Sobre el carácter obligatorio y universal del seguro de salud. En: López Casanovas G (director). *Análisis Económico de la Sanidad*. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat y Seguretat Social.
- Mas-Colell A. (1997). La información como factor determinante en la Economía de la Salud. En: Fundación BBV: *La Formación de los Profesionales de la Salud. Escenarios y factores determinantes*. Bilbao.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Barómetro Sanitario 2011*.
- Mladovsky PH, Srivastava D, Cylus J, Karanikolos M, Evetovits T, Thompson S, McKee M. (2012). Health policy responses to the financial crisis in Europe. Policy Summary 5. WHO, European Observatory on Health Systems and Policies.
- OECD (2010). *Health care systems: Getting more value for money*, OECD Economics Department Policy Notes, No. 2. Economics.
- OECD (2012). *Base de datos de la OCDE sobre la salud 2012. España en comparación*.
- Oliver A, Cookson R. (2000). Towards multidisciplinary research into health inequalities. *Health economics*; 9 (7): 565-66.
- OMS (2013). ¿Qué es la cobertura sanitaria universal? [http://www.who.int/universal\\_health\\_coverage/es/](http://www.who.int/universal_health_coverage/es/)
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Informe sobre la salud mundial. La financiación de los sistemas de salud*.
- Oriol Llebot J (2012). Los deberes y la responsabilidad de los administradores. En: A Rojo y E Beltrán (directores) y AB Campuzano (coordinadora): *La responsabilidad de los administradores de las sociedades mercantiles*. Tirant lo Blanch. Valencia. Capítulo 1. Pp 26-55.
- Parlamento de Navarra, (2011). [Ley Foral 2/2011](#), de 17 de marzo, por la que se establece un código de buen gobierno.
- Puig-Junoy J. ¿Quién teme al copago? El papel

de los precios en nuestras decisiones sanitarias. Barcelona: Los Libros del Lince 2012.

- Rawls J (1971). A theory of Justice. Harvard U. Press. Versión castellana: Teoría de la Justicia. FCE. México, 1978.
- 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.
- 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 martes 24 de abril de 2012.
- Rodríguez M, Puig-Junoy J. (2012). Por qué no hay que temer al copago. Gac Sanit; 26: 78-9.
- Roemer J (1996). Theories of distributive Justice. Cambridge, Masschusetts: Harvard University Press.
- Roemer J (1998). Equality of Opportunity. Cambridge (Mass.). Harvard University Press.
- Ruano A (2011). El conflicto de intereses económicos de las asociaciones profesionales sanitarias con la industria sanitaria. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS).
- Tornos Más J. (2002). Sistema de Seguridad Social *versus* Sistema Nacional de Salud, Revista de Derecho y Salud; vol. 10, núm.1.