

La evaluación de políticas públicas. Informe SESPAS 2010

Jaime Pinilla^{a,*} y Anna García-Altés^{b,c,d}

^a Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, España

^b King's College London y London School of Economics, London, UK

^c Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Valencia, España

^d CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de febrero de 2010

Aceptado el 3 de junio de 2010

On-line el 16 de septiembre de 2010

Palabras clave:

Evaluación de políticas públicas

Bienestar social

Perspectiva económica

RESUMEN

La evaluación de políticas públicas no siempre resulta una tarea obligatoria para las administraciones. A priori, los instrumentos de intervención por parte del estado se eligen y calculan para maximizar la función de bienestar social, la cual debe estar implícita en las políticas llevadas a cabo o en el programa electoral del gobierno. Sin embargo, sorprende que en ocasiones el estado actúa sin cuestionarse si el funcionamiento de las instituciones y las políticas públicas correspondientes pueden lograr de manera efectiva y eficiente ese objetivo. La ausencia de evaluación lleva a que programas inefectivos e ineficientes provoquen el drenaje de los escasos recursos disponibles, que podrían utilizarse en otras iniciativas de mayor efecto sobre el bienestar de la población.

© 2010 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Evaluation of public policies. SESPAS Report 2010

ABSTRACT

Public policy evaluation is not always a mandatory task for administrations. A priori, the instruments for government intervention are chosen and calculated to maximize the social welfare function that should be implicit in the policies undertaken, or in the government's electoral program. However, it is surprising how the government sometimes acts without questioning whether institutional functioning and the corresponding public policies can effectively and efficiently achieve this objective. The absence of evaluation drains the scarce available resources towards ineffective and inefficient programs, which could be otherwise used in other initiatives with a greater impact on the population's welfare.

© 2010 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción: ¿Qué se entiende por evaluación de políticas públicas?

La evaluación de políticas públicas se entiende como el proceso de observación, medida, análisis e interpretación, orientado al conocimiento del funcionamiento de una determinada intervención pública, con el objeto de alcanzar un juicio valorativo sobre su utilidad social¹.

Las políticas públicas intentan resolver problemas sociales buscando la satisfacción de los destinatarios de dichas políticas. Para ello, los decisores públicos impulsan actuaciones que suelen tomar la forma de planes (suma de programas con objetivos comunes), programas (orden de las actividades) o proyectos (actividades para lograr unos objetivos). A la hora de llevar a la práctica estos planes, programas y proyectos, se cuenta con instrumentos políticos (programa presentado por una determinada administración), jurídicos (normativa que regula una política pública concreta), económicos (cuando las políticas públicas se articulan mediante un presupuesto), y sociales y culturales (medidas que afectan a los hábitos sociales de la población). Toda política pretende incidir en la sociedad actuando sobre las necesidades y los problemas detectados, con el fin de provocar un efecto o cambio en esa realidad.

El propósito de la evaluación es analizar las distintas etapas, desde que se decide intervenir hasta que se manifiestan los

impactos, comprobando la validez, tanto interna como externa, de las hipótesis que justifican la intervención. La evaluación de políticas públicas requiere evidencias respecto a su diseño, puesta en práctica, efectos, resultados e impactos². La evaluación es una actividad específica y con identidad propia, claramente diferenciada de otras como el control interno, la auditoría financiera, la auditoría de gestión o el control presupuestario, pero con las cuales mantiene una estrecha relación de complementariedad. El objetivo último de la evaluación de políticas es obtener información para tomar decisiones. En general, la evaluación puede servir para determinar el grado de consecución de los objetivos propuestos, mejorar la implementación de las políticas, rendir cuentas ante la ciudadanía, aumentar el apoyo comunitario y contribuir a la base científica de las políticas³.

Dentro de lo que se consideran políticas públicas, las políticas de salud ocupan un lugar muy destacado⁴, bien sea por su relación directa con el bienestar de la sociedad, por sus características políticas y sociales, o por el importante peso que impone el sector sanitario a la actividad económica de los países. En España, el gasto sanitario público alcanzaba el 6,1% del producto interior bruto (PIB) en el año 2007 (último año disponible en *OECD Health Data 2009*).

Perspectiva económica de las políticas de salud

La evolución del gasto sanitario y su financiación se han convertido en los últimos años en uno de los ejes principales del

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jpinilla@dmc.ulpgc.es (J. Pinilla).

debate político. En momentos en que los cambios demográficos y socioeconómicos están afectando a las bases de la sostenibilidad financiera del estado del bienestar, el control del gasto y, por tanto, la perspectiva económica de cualquier política de salud, resultan imprescindibles⁵.

Puntos clave

- Antes de aumentar el gasto en políticas públicas deben revisarse los objetivos que se persiguen, el diseño de las instituciones que van a administrarlos y las normas reguladoras.
- Una buena evaluación debe ser capaz de detectar las discrepancias entre el desempeño real y el esperado de la política propuesta.
- Desde una perspectiva económica, las políticas de salud han de intentar traducir las indicaciones de los planes de salud, que la producción de salud no sea más costosa de lo necesario y que la salud obtenida no se valore menos de lo que cuesta.
- Los múltiples métodos disponibles, así como las experiencias de otros países, animan a llevar a cabo la tarea evaluadora.

Desde una perspectiva económica, las políticas de salud han de pretender que la producción de salud no sea más costosa de lo necesario, que la salud que se produzca no se valore menos de lo que cuesta, y finalmente, conseguir la perfecta traducción de los planes de salud en políticas gubernamentales y planes de servicios⁶. Traducir objetivos de salud en servicios sanitarios constituye una tarea difícil, pero importante si no quiere perderse de vista la principal razón de ser de los servicios sanitarios. Sin embargo, tal como veremos en algunos de los ejemplos utilizados en este artículo, resultan muy frecuentes la vulneración o el olvido de alguna o incluso de todas estas cuestiones.

Analicemos el caso de la inclusión de la vacuna del virus del papiloma humano (VPH) en el calendario del sistema nacional de salud. En relación a su coste, la disponibilidad de una nueva vacuna siempre plantea una situación comprometida a los que deciden las políticas de vacunación, debido principalmente a la falta de datos para conseguir que las incertidumbres sean pocas y poco importantes. A partir del último trimestre de 2008, la vacuna del VPH se incluyó en el calendario español, y por tanto con cargo al sistema sanitario público. Esta decisión se ha tomado a pesar del alto precio de las dosis y de las dudas sobre su posible efectividad para prevenir la mortalidad por cáncer de cérvix, en comparación con las actuales prácticas preventivas⁷. Si descono-

ceamos el impacto sobre la reducción de la carga de enfermedad, resulta imposible cuantificar la eficiencia relativa de dicha actuación sanitaria, y no podemos evitar que la producción de salud pueda ser más costosa de lo necesario.

Otra cuestión clave es la valoración de los resultados de la política. Una valoración de los beneficios en términos de salud por debajo del coste de las políticas para conseguirlos conlleva un despilfarro de recursos⁸. Hablamos, por ejemplo, del encarnizamiento u obstinación terapéutica en enfermos terminales. El consumo de servicios sanitarios resulta excesivo si los servicios sanitarios no son efectivos (sin efectividad no hay eficiencia), si son efectivos pero cuestan más de lo necesario, o si se valoran, en términos de utilidad, menos de lo que cuestan.

La respuesta respecto a qué acción acometer, además de valorar el consumo de recursos, debe contemplar los conflictos entre equidad y eficiencia que el establecimiento de cualquier política comporta. La Ley General de Sanidad española (Ley 14/1986) tiene como uno de sus más importantes principios la equidad: «el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva». Desde este punto de vista, la equidad se conseguiría igualando el acceso entre aquellos con igual necesidad sanitaria o facilitando un mayor acceso a aquellos con mayor necesidad sanitaria. El nuevo programa de salud bucodental infantil de 2008 se inscribe dentro del conjunto de actuaciones del Ministerio de Sanidad para impulsar la igualdad y garantizar la equidad en el acceso de todos los ciudadanos a las prestaciones sanitarias. Sin embargo, la evidencia de eficacia y efectividad actual de este programa está muy por debajo de lo que sería deseable, y esto tiene muchas implicaciones (en la investigación, en los mercados, en la regulación, en el coste de los conciertos con dentistas privados, etc.). Teniendo en cuenta que el gasto creciente en los servicios de atención bucodental tradicionales tiene apenas un efecto marginal en el estado de salud de la población infantil⁹, tenemos un ejemplo claro de cómo el conflicto entre equidad y eficiencia no debe olvidarse en la evaluación de políticas públicas.

Tipos de evaluación de políticas públicas y de diseños evaluativos

En la literatura hay numerosas definiciones y clasificaciones de la evaluación de políticas públicas en general, y de políticas de salud en particular. Hay diferentes clasificaciones: según la perspectiva, la finalidad y el nivel de evaluación^{10–12}. La *tabla 1*, adaptada de Nebot et al¹³, resume los distintos tipos de evaluación, así como los objetivos que se persiguen.

Los diseños evaluativos se suelen clasificar en tres grupos principales¹¹: 1) los diseños experimentales, con asignación aleatoria de los individuos al grupo de intervención o al grupo

Tabla 1
Tipos de evaluación de políticas públicas¹³

Evaluación según la perspectiva	
Impacto	Conocer si una política ha tenido efecto y las causas de ese efecto
De gestión	Monitorizar y mejorar la ejecución de los programas y servicios
De desarrollo	Desarrollar y mejorar los tratamientos, servicios y políticas
Económica	Establecer la relación entre los costes y las consecuencias de la intervención
Evaluación según la finalidad	
Formativa	Realizada durante el desarrollo de la política para obtener información para mejorarla
Sumativa (de impacto)	Realizada una vez finalizada la política para analizar su efectividad
Evaluación según el nivel	
De estructura	Evaluar los recursos materiales y humanos
De proceso	Valorar los servicios y actividades producidos por el programa
De resultados	Verificar si se han alcanzado los objetivos establecidos
Estratégica	Conocer si la política se corresponde con las necesidades de la población y con las prioridades establecidas

control (grupos equivalentes); 2) los diseños cuasiexperimentales, que incluyen los ensayos comunitarios, los diseños pretest-posttest con grupo control no equivalente y las series temporales múltiples, y 3) los diseños no experimentales, que incluyen las series temporales y los diseños pretest-posttest sin grupo control.

Sin embargo, el gran handicap de la evaluación de políticas públicas es que en muchos casos no es posible utilizar diseños experimentales, con lo cual la validez interna de los estudios se ve amenazada¹⁴. Las principales limitaciones en los diseños evaluativos pueden deberse a la falta de un grupo control equivalente, a la complejidad de la política y a las limitaciones de los indicadores de medida de los efectos. A pesar de sus limitaciones, el diseño cuasiexperimental es muy común en la evaluación de intervenciones en salud pública, ya que en muchas ocasiones es el único posible. Un ejemplo interesante en este caso sería la evaluación de las leyes y normativas de regulación del tabaquismo^{15,16}.

En particular, las limitaciones en los indicadores finales están relacionadas con la dificultad de observar o de definir de forma operativa los resultados, ya que éstos son múltiples o sólo visibles a largo plazo. En ocasiones es habitual que se utilicen los resultados a corto plazo por razones de inmediatez y visibilidad social, quedando la evaluación definitiva, basada en resultados a largo plazo, postergada u olvidada. Un ejemplo reciente lo tenemos en la política de actuación frente a la pandemia de la gripe A (H1N1) por parte de los gobiernos de muchos países. Como medida preventiva se optó por una política sanitaria defensiva, cortoplacista, favorecida por la fuerte presión que impusieron las campañas de opinión pública. España adquirió 37 millones de dosis de vacunas, si bien, gracias a una cláusula firmada con los laboratorios fabricantes, posteriormente el Ministerio ha podido deshacerse de 24 millones de dosis que resultaron innecesarias. La evaluación de políticas públicas a corto plazo puede dejar de lado máximas como la seguridad, la evidencia científica o el coste-oportunidad.

Merece una mención especial la utilización de indicadores cuando se realizan evaluaciones de proceso y de impacto. En estos casos, las evaluaciones se realizan mediante la definición de indicadores que hacen referencia a las características operacionales de la política y a la consecución de los objetivos establecidos. Sin embargo, hay varias limitaciones. La primera sería la importancia de la definición de los indicadores, ya que según como se definan pueden reflejar valores o puntos de vista particulares. En segundo lugar, se puede pasar por alto el valor de los objetivos en sí mismos, y el hecho de no tener en cuenta el contexto en que se hace la evaluación. Otra limitación podría ser la falta de un componente realmente evaluativo, y el hecho de promover una aproximación burocrática, miope e inflexible a la evaluación. Un caso parecido son las políticas de pago por calidad, con limitaciones muy parecidas en el uso de indicadores¹⁷. Lamentablemente, la evaluación de proceso se hace mucho menos de lo que se pretende crear. En la realidad, muchas evaluaciones quedan en valoraciones de productos finales o *outputs*, sin llegar a evaluar los mecanismos de funcionamiento de las políticas desarrolladas.

La evaluación económica de las políticas públicas

El objetivo de la evaluación económica es comparar diversas alternativas de actuación en términos de sus costes y efectos sobre la salud¹⁸. De este modo, las técnicas de evaluación económica permiten medir la eficiencia relativa de las alternativas comparadas. Una política pública, un servicio sanitario o, en general, una asignación de recursos, es más eficiente que otro si con los mismos recursos se obtienen mejores resultados en salud.

Con el fin de medir costes y efectos sobre la salud, la evaluación económica utiliza diversas técnicas: el análisis de

minimización de costes, el análisis de coste-efectividad, el análisis de coste-utilidad y el análisis de coste-beneficio. La selección de una técnica de evaluación económica dependerá del objetivo del estudio. Remitimos al lector a una lectura detenida de los manuales sobre el tema^{18,19}.

Algunas técnicas analíticas

Una vez llevada a cabo la política, empieza la etapa de análisis de los resultados²⁰. Lo más común en evaluación de políticas públicas es que los datos no provengan de un diseño experimental, sino que se hayan obtenido en un estudio observacional. En el caso de los experimentos antes-después, se obtienen las diferencias entre las medias muestrales de las variables resultado antes y después de la intervención en el grupo correspondiente. El supuesto básico es que no haya otro factor distinto de la intervención que afecte al resultado. Otra posibilidad es el método de doble diferencia, para el cual se necesitan datos del grupo intervención y del grupo control antes y después de la intervención. Se trata de establecer las diferencias entre las medias del grupo intervención, antes y después, y las medias del grupo control, también antes y después de la intervención. Se debe intentar que el grupo control sea lo más parecido al grupo intervención, por ejemplo reaccionado de la misma forma ante acontecimientos comunes.

En el método de *matching*, en cambio, se usan los datos después de la intervención tanto del grupo participante en el programa como del grupo control. Analíticamente se ponderan las estimaciones utilizando la distribución de variables condicionantes en el grupo participante. Es decir, mediante un modelo de elección discreta se estima la probabilidad de que un individuo con determinadas variables condicionantes forme parte del grupo participante; y el mismo procedimiento se sigue en el grupo control, de modo que puedan emparejarse las observaciones que tengan probabilidades semejantes. De este modo se equilibran las muestras de acuerdo con las variables observables. Finalmente se calcula la media aritmética de las diferencias en las parejas para las cuales se han encontrado individuos del grupo control suficientemente parecidos. Las técnicas de *matching* presentan dos limitaciones principales: una es que puede ser costoso y muy difícil encontrar individuos comparables cuando se controla por múltiples características, y la otra, bastante común, es la influencia de variables no observables, características o atributos, que pueden ser una importante fuente de sesgos. En estas técnicas, el supuesto fundamental del análisis es que no hay variables no observables que influyan a la vez en la probabilidad de participación, en la intervención y en el resultado.

Hay muchas situaciones en que no es posible solventar las limitaciones anteriores, lo cual ha inspirado el desarrollo de herramientas alternativas. Una de ellas es la denominada regresión discontinua. El objetivo de esta técnica es establecer la diferencia en la variable de impacto justo en aquel valor para el cual se dividen ambos grupos. Un buen ejemplo de aplicación de esta técnica en economía de la salud lo podemos encontrar en el trabajo de Card et al²¹.

La evaluación de las políticas de salud. ¿Qué podemos aprender de otros países?

Un ejemplo destacable: el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)

El National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) es una autoridad sanitaria especial dentro del National Health

Service (NHS) en Inglaterra y Gales. Empezó su actividad en 1999 con el nombre de National Institute for Clinical Excellence, y en 2005 se fusionó con la Health Development Agency para convertirse en la institución actual. Actualmente es la organización independiente responsable de establecer recomendaciones de ámbito nacional sobre promoción de la salud, prevención y tratamiento de la mala salud. Para ello, el NICE revisa la eficacia y la eficiencia de intervenciones de salud pública, tecnologías sanitarias y prácticas clínicas que podrían incorporarse a la cartera de prestaciones del NHS. Inicialmente se estableció para evitar lo que en Inglaterra y Gales llamaban *postcode lottery*, es decir, que los tratamientos estaban disponibles dependiendo de la zona de salud de atención primaria en que residiera el paciente. En su funcionamiento actual, el NHS en Inglaterra y Gales está obligado legalmente a pagar con dinero público aquellas intervenciones con evaluaciones favorables del NICE.

Las recomendaciones del NICE se desarrollan conjuntamente con técnicos del NHS, profesionales sanitarios, pacientes, cuidadores, la industria y el mundo académico, en un proceso completamente independiente del gobierno y de grupos de presión. Vale la pena volver a destacar que el NICE incorpora el criterio de coste-efectividad en sus evaluaciones, de manera que pueda saberse si las intervenciones suponen *value for money* para el NHS, en comparación con la mejor alternativa que se esté utilizando en la actualidad. La razón coste-efectividad se mide en términos de coste por año de vida ajustado por calidad (AVAC) incremental, con un umbral de eficiencia en el intervalo de las 20.000 a 30.000 libras esterlinas por AVAC.

A pesar de las críticas recibidas (divergencia entre recomendaciones nacionales y práctica clínica, lentitud, falta de claridad en el proceso y dificultad económica para dar cobertura a las tecnologías recomendadas), el NICE ha adquirido una reputación internacional por su rigurosidad y por su papel en la recomendación de prioridades en los servicios sanitarios.

Otros ejemplos

De manera no sistemática ni exhaustiva, comentaremos otras iniciativas destacables en el campo de la evaluación de políticas de salud. Una de las instituciones de investigación de mayor prestigio es la RAND (Research and Development) Corporation²². La RAND es una institución sin ánimo de lucro, con más de 60 años de historia, que tiene por misión ayudar a la mejora de la política y la toma de decisiones mediante la investigación y el análisis. Algunas de sus áreas de investigación son la infancia, la educación, la salud y los servicios sanitarios, la pobreza, la población y el envejecimiento, el crimen, la energía y el medio ambiente, la ciencia y la tecnología, y la seguridad nacional. En temas de salud en particular, sus investigaciones abarcan desde proyectos innovadores en genética y tecnologías de la información hasta otros más clásicos de salud internacional y promoción de la salud, pasando por medicina complementaria, salud mental y violencia.

Otra iniciativa es la del Departamento de Planificación del Gobierno de Colombia²³, con una envidiable lista de políticas evaluadas (tanto su efectividad como su coste-efectividad), entre las que encontramos programas de empleo, vivienda, ayudas a las familias en entornos rurales, seguridad alimentaria y fomento de la pequeña y mediana empresa. El Instituto Nacional de Salud Pública de México es otro caso interesante, con políticas evaluadas en torno a los desayunos escolares, la atención al parto, el control del tabaquismo y la detección del cáncer de mama²⁴.

Finalmente quisiéramos destacar, debido a su importante volumen de financiación, el *Spanish Trust Fund for Impact Evaluation* (SIEF)²⁵. Éste es el mayor fondo fiduciario establecido

en el Banco Mundial dedicado a la evaluación de un impacto. El programa fue fundado con 10,4 millones de euros, y complementado con 1,5 millones de dólares procedentes de Reino Unido, para la evaluación del impacto de programa innovadores. El SIEF apoya evaluaciones prospectivas rigurosas en los países en desarrollo, talleres regionales de formación sobre evaluación de impacto, y publicaciones y difusión de resultados. Los 39 temas en que se ha trabajado hasta la actualidad hacen referencia a la prevención de la infección por el VIH y del sida, al control de la malaria, a políticas de mercado laboral y a transferencias de renta condicionadas. La única condición para llevar a cabo la evaluación es que se trate de programas que haya desarrollado el Banco Mundial en algunas de las áreas y países que España ha seleccionado como prioritarias. Las evaluaciones las realizan equipos de investigadores del Banco Mundial (o consultores externos) y equipos locales responsables de los programas evaluados.

Conclusiones y retos para el futuro

Antes de que una administración decida aumentar el gasto en una nueva política debería evaluar cómo se está gastando el dinero en la actualidad. Si pensamos en igualar el porcentaje de PIB que, por ejemplo, el Reino Unido dedica a su sistema nacional de salud, sería mejor preguntarnos antes por qué no logramos mayores grados de eficiencia con el gasto actual. En presencia de una productividad marginal decreciente, variable según el tipo de servicios sanitarios y en muchas ocasiones desconocida, evaluar previamente qué políticas sanitarias acometer resulta una cuestión primordial. En algunas políticas habrá que gastar más dinero público y en otras también privado, pero en muchas se podría ahorrar dinero, público y privado, si se revisaran los objetivos que se persiguen, el diseño de las instituciones que van a administrar el gasto y las normas reguladoras.

En España, la mayoría de los planes de salud no encuentran su traducción en planes de servicios. Si no traducimos los objetivos sobre indicadores de salud y factores de riesgo al lenguaje de los proveedores sanitarios, los planes de salud se quedan en buenas intenciones. Ésta es su dificultad mayor y la que explica que el crecimiento de la organización sanitaria, con financiación fundamentalmente pública, haya comportado el desarrollo de una compleja oferta de servicios que, a pesar de poderlos considerar como instrumentos para alcanzar objetivos de salud, parecen gozar de notable autonomía respecto a sus consecuencias sanitarias⁶.

La orientación futura de las políticas de salud deberá cambiar porque el cambio demográfico y socioeconómico hará variar igualmente las bases de la sostenibilidad financiera del estado del bienestar⁵. Además de la correcta definición del marco de actuación y la política a realizar, es imprescindible llevar a cabo una evaluación posterior a su puesta en marcha, porque la evaluación *ex post* rigurosa constituye un elemento fundamental de disciplina del gasto y de transparencia, y una guía de gran valor para mejorar el diseño de las políticas públicas. En la actualidad, la noción más extendida de la evaluación de impacto precisa de la obtención de evidencia contrafáctica acerca de qué habría ocurrido si el programa no se hubiera implantado. A su vez, para que esta evidencia contrafactual sea válida, se requiere aislar los efectos del medio social para poder identificar con precisión los efectos de las intervenciones²⁶.

En España, nuevas agencias e instituciones incluyen la evaluación de políticas públicas entre sus actividades. Recientemente se ha creado la Agencia de Evaluación y Calidad (AEVAL), dependiente del Ministerio de la Presidencia; en el ámbito autonómico, en Cataluña se ha creado el Instituto Catalán de Evaluación de Políticas públicas (IVALUA). La aparición de

organismos de evaluación territoriales resulta muy interesante porque el estado de las autonomías posibilita la puesta en marcha de distintas políticas públicas en diferentes territorios, lo cual facilita la realización de ensayos naturales. No obstante, aún es pronto para valorar el impacto y el protagonismo de estas nuevas agencias.

Aunque la autoevaluación gubernamental resulta crucial para que las instituciones se impliquen en el proceso, en ocasiones puede ser conveniente contar con la colaboración de evaluadores externos en algunas de las fases del proyecto o política a desarrollar, como pueden ser el diseño y la validación. La independencia y la cualificación de los evaluadores externos resulta vital para asegurar la credibilidad de los resultados. Hay que evitar, por tanto, contratar a participantes en el propio programa o a beneficiarios de él. En ocasiones esta colaboración, bien de equipos universitarios, bien de consultores privados, se realiza por parte de “amigos” del programa, con lo cual los resultados resultan sesgados y carentes de validez.

Las administraciones públicas pueden hacer sus evaluaciones ellas mismas, contratarlas a agentes externos o limitarse a proporcionar la información para que los investigadores las lleven a cabo. Haría falta que se recogiera, en las encuestas que periódicamente se llevan a cabo (Encuesta de Población Activa, Encuesta Nacional de Salud, etc.), información sobre la participación de los ciudadanos en los programas públicos, así como otorgar el derecho de acceso a estas bases de datos. España ha avanzado mucho en los últimos años y actualmente es posible acceder a los microdatos de muchas encuestas en los portales web de las administraciones públicas.

Es necesario tener en cuenta los resultados de los estudios de evaluación económica. La insistencia sobre que en España hacen falta más estudios de evaluación económica para empezar a tomar decisiones teniendo en cuenta criterios de eficiencia, parece una excusa para evitar abordar decididamente cuál es el problema. La producción de la comunidad científica española no es nada desdeñable, y cada vez tiene mayor calidad y reflejo en las revistas internacionales^{27,28}, aunque con algunas lagunas, principalmente en lo que respecta a las intervenciones de salud pública²⁹. Esta producción viene reforzada con una guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias realizada recientemente por encargo del Ministerio de Sanidad³⁰. También la Asociación de Economía de la Salud se ha posicionado sobre el uso de los resultados de los estudios de evaluación económica, proponiendo una agenda de trabajo específica³¹. La experiencia de Reino Unido con el NICE puede servir como ejemplo de su factibilidad y compromiso político.

Para mejorar la investigación sobre políticas de salud se debe buscar una formación más sólida y rigurosa de profesionales, decisores y estudiantes en la lógica de los diseños. Las futuras políticas públicas tendrán diseños más complejos, buscando controlar la influencia de múltiples variables externas, lo cual hará más difícil recopilar la información necesaria para su análisis. La evaluación debe considerar los efectos del tiempo y, en la medida de lo posible, basarse en estudios longitudinales. Las buenas intervenciones sociales son las que pueden demostrar efectos duraderos en el tiempo, no aquellas en que los sujetos, una vez abandonan el programa, pierden lo que ganaron con su permanencia³².

Al igual que en otros muchos países, en España hay una necesidad imperiosa de resultados de evaluaciones de políticas públicas. Una mejor política de salud precisa una mejor política a secas: rendición de cuentas y libre expresión, estabilidad política y ausencia de violencia (muchas leyes se utilizan para enfrentar a partidos políticos), y efectividad gubernamental. Una sociedad moderna y democrática debe exigir a los políticos y a las administraciones que rindan cuentas, lo que impone un proceso

transparente de toma de decisiones en relación a la asignación de recursos públicos.

Declaraciones de autoría

Ambos autores han contribuido por igual al diseño y la redacción del manuscrito.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Agradecimientos

Queremos agradecer la ayuda de Manel Nebot en los apartados de evaluación de políticas y diseños evaluativos, y la de Marcos Vera por compartir sus conocimientos sobre las instituciones internacionales que se dedican a la evaluación de políticas públicas.

Bibliografía

- Dunn WN. Public policy analysis. An introduction. Englewood Cliff. Prentice-Hall; 1994.
- Victora C, Santos I. Los siete pecados capitales de la evaluación del impacto. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008;22(Supl 1):1–7.
- McKenzie JF, Neiger BL, Smeltzer JL. Planning, implementing and evaluating health population programs. San Francisco: Benjamin Cummings; 2005.
- Franco-Giraldo A, Álvarez-Dardet C. Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. Gac Sanit. 2008;22:280–6.
- López Casasnovas G. Una visión de futuro de las políticas de salud. Gac Sanit. 2009;23:458–61.
- López Casasnovas G, Ortún Rubio V. Economía y salud: fundamentos y políticas. Barcelona: Ediciones Encuentro; 1998.
- Porta M. The improbable plunge. What facts refute reasons to expect that the effectiveness of HPV vaccination programs to prevent cervical cancer could be low? Prev Med. 2009;48:407–10.
- García-Altés A, Puig Junoy J. Una reconsideración del valor del gasto sanitario agregado. Nuevos enfoques económicos e implicaciones para la adopción de políticas públicas en España. En: Puig Junoy J, López-Casasnovas G, Ortún V, editores. ¿Más recursos para la salud? Madrid: Masson; 2004.
- Pinilla J, González B. Exploring changes in dental workforce, dental care utilization and dental caries levels in Europe, 1990–2004. Int Dent J. 2009;59:87–95.
- Øvretveit J. Integrated quality development for public healthcare. Oslo: Norwegian Medical Association; 1999.
- Windsor R, Branowski T, Clark N, et al. Evaluation of health promotion, health education and disease prevention programs. Mountain View (CA): Mayfield Co; 1994.
- Pineault R. La planificación sanitaria. Barcelona: Masson; 1981.
- Nebot M, López MJ, Ariza C, et al. Evaluación de efectividad en salud pública. Terminología, fundamentos y bases metodológicas. Gac Sanit. 2010; Supl. En prensa.
- Victora CG, Habicht JP, Bryce J. Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. Am J Public Health. 2004;94:400–5.
- Nebot M, López MJ, Ariza C, et al. Impact of the Spanish smoking law on exposure to secondhand smoke in offices and hospitality venues: before and after study. Environ Health Perspect. 2009;117:344–7.
- López-Nicolás A, Pinilla J, Negrín MA. Impacto económico de la regulación del consumo de tabaco en el ámbito de la hostelería: efectos previsibles de la ampliación de la Ley 28/2005. Informe encargado por el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNP) a la Asociación de Economía de la Salud (AES). Disponible en: http://www.cnpt.es/docu_pdf/Informe_AES.pdf.
- Peiró S, García-Altés A. Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008;22(Supl 1):143–55.
- Gold M. Cost-effectiveness in health and medicine. New York: Oxford University Press; 1996.

19. McGuire A. An introduction to economic health evaluation in health care. En: McGuire A, Drummond M, editores. *Economic evaluation in health care: emerging theory with practice*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2001.
20. Vera-Hernández M. Evaluar intervenciones sanitarias sin experimentos. *Gac Sanit.* 2003;17:238–48.
21. Card D, Dobkin C, Maestas N. The impact of nearly universal insurance coverage on health care utilization: evidence from Medicare. *Am Econ Rev.* 2008;98:2242–58.
22. RAND Corporation. Disponible en: <http://www.rand.org/health/>.
23. Departamento de Planeación del Gobierno de Colombia. Disponible en: <http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/Programas/Sinergia/EvaluacionesEstrat%C3%A9gicas/EvaluacionesdelImpacto/ProgramaEmpleoenAcci%C3%B3n/tabid/838/Default.aspx>.
24. Instituto Nacional de Salud Pública de México. Disponible en: <http://www.insp.mx/Portal/Inf/lineas.php>.
25. Spanish Trust Fund for Impact Evaluation (SIEF). Disponible en: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/ORGANIZATION/EXTHDNETWORK/EXTHDNET/0,,contentMDK:22383030~menuPK:6508083~pagePK:64168445~piPK:64168309~theSitePK:5485727,00.html>.
26. Baker L. Evaluación de impacto de los proyectos de desarrollo en la pobreza. Manual para profesionales. Washington: Banco Mundial; 2000.
27. García-Altés A. Twenty years of health care economic analysis in Spain: are we doing well? *Health Econ.* 2001;10:715–29.
28. Oliva J, Sacristán JA, del Llano J. La evaluación económica de tecnologías sanitarias en España. Situación actual y utilidad como guía en la asignación de recursos sanitarios. *Información Comercial Española (ICE)*. 2003;804:155–67.
29. Esperato A, García-Altés A. Prevención en salud: ¿inversión rentable? Eficiencia económica de las intervenciones preventivas. *Gac Sanit.* 2007;21:150–161.
30. López J, Oliva J, Antoñanzas F, et al. Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias. *Gac Sanit.* 2010;24:154–70.
31. Asociación Economía de la Salud (AES). Posición de la Asociación de Economía de la Salud en relación a la necesidad de un mayor uso de la evaluación económica en las decisiones que afectan a la financiación pública de las prestaciones y tecnologías en el Sistema Nacional de Salud. (Acceso el 26 de noviembre de 2008.) Disponible en: <http://www.aes.es/Publicaciones/AESEE.pdf>.
32. Majumdar S, Soumerai S. The unhealthy state of health policy research. *Health Affaire.* 2009;28:900–8.