

Algunas enseñanzas de la colaboración público-privada desde y para la política sanitaria

GUILLEM LÓPEZ CASASNOVAS

Director del Centro de Investigación en Economía y Salud
Departamento de Economía y Empresa
Universidad Pompeu Fabra

RESUMEN

En el sistema sanitario público español, el surgimiento de formas organizativas público-privadas englobadas en la nueva gestión pública, como las Iniciativas de Financiación Pública (IFP) y los Parteneriados Público-Privados (PPP), se justifica por la conjunción de los siguientes factores, que resultarían en unos mejores servicios en términos de coste-efectividad:

- a) Un mejor rendimiento potencial de la gestión privada, consecuencia de economías de escala, de gama, o por un mejor *know how*, y de disponer los centros de una mayor autonomía para definir su cartera de servicios, hecho que les permite adaptarse mejor a las preferencias de los pacientes.
- b) Una transferencia de riesgos que incentivaría la eficiencia en la gestión en los aspectos más operativos y financieros.
- c) Una mayor facilidad de acceso a la financiación por parte privada, de acuerdo con los límites –internos o externos– impuestos a la pública. Aun así, este factor puede depender de la situación coyuntural en los mercados financieros.

El empleo de estas nuevas formas administrativas acarrea la necesidad de una mayor transparencia, de recogida de datos y de rigor en la evaluación, ya que debe ser la constatación empírica y no un principio normativo lo que otorgue superioridad a cualquiera de las ventajas anteriores en comparación con las formas organizativas tradicionales. A la vez, es necesario que la contratación de acuerdos público-privados cuente con salvaguardas, gestionables en sus costes de transacción, para bloquear la posibilidad de oportunismo pre o post contractual.

Sin embargo, *a priori* no hay un criterio claro para escoger entre diferentes modelos de gestión de la provisión pública de salud: hay que analizar las circunstancias del tiempo y del lugar, y las realidades y alternativas de los puntos de partida en cada caso.



Introducción

Existe un cierto número de formas organizativas capaces de incorporar los elementos propios de la nueva gestión pública, de manera compatible con los objetivos de un sistema público de salud. Entre ellas, cabe considerar la irrupción de las **entidades de base asociativa** (EBA) en la atención primaria —presentes en 14 áreas básicas en Cataluña— y las experiencias capitativas en ciertas zonas geográficas (cinco regiones sanitarias catalanas), así como los **Partenariados Público-Privados** (PPP) y las **Iniciativas de Financiación Pública** (IFP), que integran responsabilidades de financiación, organización y gestión en diferentes niveles asistenciales (Madrid, Castilla y León y la Comunidad Valenciana). Todas estas innovaciones son, en mayor o menor grado, compatibles con las estructuras propias de un sistema sanitario público.

De entre las anteriores, los PPP suponen una fórmula de gestión indirecta que opera desde la **colaboración entre el sector público y el privado para el suministro de unos servicios públicos**. Esto implica un contrato entre la autoridad pública y la parte privada, por el que esta última se compromete a proveer el servicio y/o realizar el proyecto público, asumiendo una parte sustancial del riesgo financiero, técnico y operativo, a costa de un pago por servicios suministrados. Una fórmula de gestión similar va de la mano de las **Iniciativas de Financiación Pública** (IFP). En este otro esquema de cooperación entre el sector público y el privado se cede la financiación, construcción y, a veces, gestión tanto de la infraestructura como de algunos servicios no sanitarios a una empresa privada a cambio de un canon o del beneficio esperado de la explotación, en su caso, de los servicios. Se convierte, así, un gasto de capital en un gasto corriente, o en algunos supuestos en el flujo de unos menores ingresos futuros.

Hay más esquemas diversos, pero los anteriores recogen lo más substancial.

1. Argumentos

Los argumentos teóricos a favor de la implementación de las fórmulas mencionadas son, en primer lugar, la posibilidad de una **mejora del rendimiento de los recursos públicos**, derivada del aprovechamiento de la experiencia del sector privado en el desarrollo y la gestión de la operativa de infraestructuras y servicios, procedentes de economías de escala, de gama o *know how*; en segundo lugar, la **transmisión del riesgo de construcción y gestión financiera al sector privado**; y, finalmente, el **mejor acceso y rapidez en el proceso de dotación de nuevas infraestructuras**, soslayando algunas dificultades de financiación, vía endeudamiento, del sector público, así como de su gestión en los mercados financieros. Todas estas ganancias deberían, en principio, más que compensar el probable coste financiero mayor del endeudamiento privado, en su caso, y el margen de beneficio empresarial.

La **diferencia entre ambas opciones** es la siguiente: en el modelo de concesión de obra pública IFP, a cambio de la construcción de la infraestructura se confiere a la entidad privada la gestión de algunos servicios complementarios a los asistenciales; en cambio, en el modelo PPP, la entidad privada asume, también, la prestación de los servicios de asistencia sanitaria a la población adscrita en el área de influencia del establecimiento sanitario.



Estas y otras formas pueden ser más o menos válidas, más o menos controvertidas. En todo caso, **la situación de España requiere un análisis de las distintas opciones, sin dogmatismos.** Debería promoverse, para ello, transparencia en los datos y el examen objetivo de los resultados de estas en comparación con otras formas de organización, consiguiendo, así, que la diversidad organizativa de nuestro sistema sanitario sea considerada una riqueza y no un problema.

De modo adicional, **las restricciones de financiación obligan a ser realistas sobre la capacidad de crecimiento del gasto público,** que se traduciría en aumentos de la presión fiscal y, sobre todo, en una escalada del endeudamiento público. Esto hace que, de una forma u otra, las fórmulas de participación privada crezcan impulsadas por los proveedores y financiadores, quizás haciendo virtud de la necesidad. Una pieza clave de este nuevo diseño es la **necesidad de establecer mecanismos de seguimiento y evaluación,** para comprobar y valorar formas imaginativas de innovación en la gestión y en la provisión sin que estas supongan «agujeros negros» en un sistema de base eminentemente pública.

En el Cuadro 1, extraído del libro escrito conjuntamente con E. Albi y José Manuel González-Páramo (*Gestión pública*, Ariel, 1997) se detallan distintas alternativas de flexibilización de la gestión, más allá del monopolio/monopsonio inicial, compatibles con la naturaleza de un sistema de provisión y responsabilidad públicos.

CUADRO 1

Provisión y producción de servicios públicos

Quién provee el servicio	Quién produce el servicio	
	La institución pública exclusivamente	La institución pública y privada
Directamente la autoridad pública	Provisión y producción públicas	Provisión pública con producción pública y privada
	Modelo burocrático	Competencia simulada dirigida
Caracterización	<ul style="list-style-type: none"> • Jerarquías • Centros de coste • Presupuestos globales • Autoridad • «Lealtad» 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de franquicias • Financiación según actividad contratada • Restricciones de entrada • Impugnabilidad limitada • Poder de mercado
Posibilidades de reforma	Evaluación por comparación (torneos)	<ul style="list-style-type: none"> • Licitaciones abiertas • Contratos de base presupuestaria
	Modelo de competencia pública	Competencia simulada dirigida descentralizada
Caracterización	<ul style="list-style-type: none"> • Mercado restringido • Financiación según elección • «Voz» (vales limitados a los productores públicos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mercado regulado • Financiación sigue a la elección • «Voz» y «salida» • Restricciones de entrada: acreditación
Posibilidades de reforma	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción de elementos contributivos (<i>bonus/malus</i> o pagos complementarios) 	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción de elementos contributivos, complementarios, sustitutivos y alternativos

Fuente: Albi, E., González-Páramo, J. M. y López Casanovas, G. (1997): *Gestión pública*, Ariel.



2. El plano empírico

Ciertamente, la valoración de las distintas fórmulas de colaboración pasa por un examen adicional empírico que, a menudo por falta de datos (responsabilidad esta del gestor público, extensible a toda la contratación privada), suele arrojar «luces y sombras». No se detallan aquí las valoraciones de dichas experiencias, que contienen elementos de pre-juicio, así como diversos elementos *ad hoc* que les restan validez universal. De ahí que no quede otra que **desmenuzar casos concretos e intentar entresacar algunas conclusiones** que superen las realidades observadas relativas al momento y lugar (así, véase G. López Casanovas y J. del Llano, <https://fundaciongasparcasal.org/colaboracion-publico-privada-en-sanidad-el-modelo-alzira/>).

En este caso, no hay duda de que hacen falta nuevos focos para aclarar sombras más que proceder al *apagón total*, obviando la reforma necesaria por incierta ante la imposibilidad de contar siempre con evidencia suficiente. Hacer camino al andar sería la prescripción, con flexibilidad, ganas de aprender y sin dogmatismos. Pero también sin ocurrencias ni improvisaciones.

3. Algunas constataciones del mundo sanitario

Que los costes unitarios de los centros concesionados en sanidad para el tratamiento de una misma patología sean inferiores a los medios del sistema no es algo inesperado en el estudio al que nos referimos. Las medias son eso. **Que los costes inferiores se concentren en hospitales con formas organizativas diferenciadas, más autónomas en la exigencia de productividad, menos absentismo y mayor control de costes es, de hecho, la pretensión que justifica el otorgar autonomía de gestión a aquellos centros** en primer lugar. En la medida en que la tarifa recoge costes medios del sistema, dicha rentabilidad es el elemento básico de generación de excedente, intrínseco a los incentivos de la nueva gestión pública. No podemos, por otra parte, ignorar que dichas tarifas —a las que contrastar los costes— van a ser poco más que intuiciones a falta de una verdadera contabilidad analítica en hospitales públicos, en contraste con la que sí es probable que posean, por el interés, precisamente, de identificar aquel excedente, los hospitales concesionados.

Si este es el aspecto de oferta (costes unitarios) por considerar, falta compaginarlo con el de la demanda (cantidades), a la vista de la remisión de pacientes de determinadas patologías (véase el ajuste *casemix* en el trabajo anteriormente mencionado) por encima de una frecuencia mínimamente estandarizada. Aquí el factor cantidad puede ser resultado de la expulsión de carga de trabajo de hospitales similares en el entorno comarcal, o de la canalización de una mayor preferencia ciudadana por los servicios de los hospitales concesionados. Ello puede ser, a su vez, resultado de haber contado los hospitales concesionados con una cartera de servicios más libre, autónoma, con diversidad de posibilidades de tratamiento y con utilidades apreciadas por el paciente (hostelería, epidurales, logística de acceso...). Son factores con los que, a menudo, cuenta el concesionario y no el público, y que el profesional de una comarca limítrofe puede valorar a la hora de redireccionar hacia los hospitales concesionados, más allá del apoyo que puedan recibir desde los servicios centrales.



Este extremo no se debería tanto al incentivo para reducir cargas de trabajo de hospitales públicos con profesionales más «asalarizados» con retribuciones desligadas de la actividad, sino a la complicidad de estos con unos servicios de los que ellos mismos reconocen que no disponen en los centros públicos. Aquí, por tanto, **identificaríamos en las diferencias en cartera de servicios y en la autonomía de los concesionados su ventaja comparativa para mejor ajustarse a las preferencias de los pacientes como el motor de incremento de demanda**. Ello nos remite, pues, al problema de si esto es lo deseable como para que se ampare públicamente, y qué impide luego que se extienda a los propios hospitales públicos; claro que, en este último caso, desde una mayor autonomía y, a la vez, exigencia de una mayor productividad.

Los datos apuntan a que la subvención implícita comentada para el caso de Alzira, ya extinto, consistiría en cierta autorización de la «especialización» y la «captura», que resultarían inicialmente de la remisión por parte de órganos de gestión de servicios centrales, y solo posteriormente por la libre elección por parte de los usuarios.

Ello desvirtuaría, en puridad, que se tratase de centros «comarcales bajo concesión», ya que competirían con cierta ventaja incluso frente a otros centros privados que presten servicios similares. Y en su caso, incluso, podría también el comprador público negociar tarifas al coste marginal «más uno» para dichos hospitales concesionados —a lo que podría estar renunciando para esta actividad adicional—. Por lo demás, se trataría de prácticas importadas fuera de su territorio y optimizadas en el seno del bloque corporativo, con una concentración asistencial superior a la de los públicos de menor especialización y carga de actividad (con o sin consentimiento de los gestores de los centros hospitalarios públicos). Pero ello coloca la pelota en el alero del planificador y financiador, y, por supuesto, no en la del proveedor que se esforzaría en ganar rentabilidad reivindicando un marco legal estable para hacer frente a sus inversiones.

En lo que se refiere a la posible subsidiación implícita de tarifas inferiores a los costes medios cargados por los hospitales receptores de los pacientes «exportados», no hace falta decir que si fuese este el caso se trataría de un resultado esperable desde toda negociación entre proveedores cuando defienden sus cuentas de resultados con uñas y dientes, tal como esperaríamos de la racionalidad económica. La negociación de precios en mercado contestable implica un equilibrio hacia el precio igual a coste marginal. Y ello, aunque lo que sea óptimo a corto plazo pueda no serlo en el largo, ya por los déficits de este coste fijo no cubierto, ya por infrautilización de equipamientos que exijan reconversiones más duras. En cualquier caso, la crítica comentada parece aminorarse en el caso analizado (Alzira, 2013), ya que no existió tal negociación sino simplemente un descuento realizado por el propio financiador de aquellas tarifas que él mismo estableció, respecto de la asignación capítativa mensual correspondiente.

Remarquemos, sin embargo, que, en el supuesto comentado, se trataría de un resultado esperable de una negociación que solo la desidia o menor esfuerzo de una de las partes podría explicar. Finalmente, que los casos complejos a tarifa pública del sistema resulten de los datos disponibles de la financiación de los centros comarcales concesionados no se puede valorar sino en positivo, en favor de mejores tratamientos, más especialización, más concentración



y mejores resultados. Que la tarifa pública no recoja todos los costes del hospital público y en ausencia, además, de negociación no es imputable a la parte contratante y muestra deficiencias de una regulación pública que no estaría, en este caso, a la altura de la reforma postulada.

Dicho todo lo anterior, estas consideraciones extraídas del análisis del momento y lugar fueron supeditadas a una decisión política en favor de la eliminación de la experiencia aquí comentada, por lo que solo algunas conclusiones al hilo de la experiencia reseñada subsistirían.

4. La privatización sanitaria como reclamo de la negativa a las reformas

Afortunadamente, y a pesar de la incorrecta y perversa utilización de la «privatización de la sanidad» en el reclamo a la negativa de las reformas, ante un conjunto de supuestos que engloban desde la introducción de partenariados público-privados, concesiones de gestión... hasta la simple concertación o incluso la compra de servicios privados, los casos que nos ocupan aquí pertenecen a otra esfera que no se puede calificar técnicamente como «privatización» de la sanidad pública. En el ámbito de reforma de las Administraciones Públicas sanitarias se refieren mayormente a elementos positivos y no normativos, coyunturales y no estructurales, ideológicos y no heurísticos, empíricos y observacionales y no teóricos abstractos. Y es en este terreno al que remitimos la discusión y las consideraciones que siguen.

Puntos de controversia:

- **Desde qué ámbito se sirve mejor el interés público**

Que un equipamiento público se pueda construir mejor desde un partenariado público-privado y no desde la propia Administración tiene que ver (i) con la capacidad o no del sector público para financiar la inversión, y el endeudamiento financiero consecuente para hacerle frente, de acuerdo con los límites internos o externos impuestos a esta financiación; (ii) con el mejor conocimiento (*know how*) sobre cómo construir (en tiempo y forma, sin desfases, desde la experiencia de haberlo hecho múltiples veces); (iii) en cómo la transferencia de riesgo a contrato con precio dado, a cambio de «llaves en mano», genere una mejor motivación para la eficiencia.

El valor de esas tres ventajas competitivas puede ser cuestionado en la realidad, sobre todo cuando este se contrapone al que debería ser un mayor coste financiero para la prima de riesgo mayor del endeudamiento privado sobre el público; pero nada impide, en principio, que los diferentes factores (i, ii y iii) no puedan más que compensarse con un ahorro de costes netos para el contribuyente.

Que un centro concertado pueda producir **mejores servicios en términos de coste-efectividad que los resultantes de la producción directa** tiene que ver (i) con el conocimiento más experto de la gestión privada de los recursos y las mayores capacidades de compra de *inputs* a



costes unitarios inferiores hechas por aquellos que actúan fuera de las trabas administrativas de la gestión pública tradicional; (ii) con el reconocimiento de unos aspectos motivacionales superiores en la gestión de servicios intensivos de mano de obra, resueltos de manera ajena a la función pública; (iii) la mayor flexibilidad del financiador que no se ha «pillado los dedos» con la producción directa de servicios, actuando desde la política como regulador, financiador, evaluador y responsable de exigir la rendición de cuentas. De nuevo estos extremos son valiosos en distintas circunstancias y sectores, siendo guía de la decisión extremos tales como a) la validación de la estabilidad de los mercados prestadores privados, b) la existencia de costes de transacción más o menos elevados en la contratación de los acuerdos, de lo contrario permisivos de oportunismo, y c) el hecho de que estos servicios concertados constituyan, o no, activos específicos al bienestar individual.

Finalmente, que la **gestión completa de un centro con todos los recursos** —incluidos los humanos y materiales— **a cambio de una financiación prospectiva a largo plazo** tenga sentido, como en el caso de las concesiones administrativas a largo plazo, puede depender de cómo se valore (i) el cambio desde la intervención pública directa hasta la regulación «retranqueada», indirecta (solo acreditación, *monitorización* y seguimiento); (ii) la existencia de unas cláusulas suficientemente robustas que generen tanta estabilidad para el concesionario como para el concesionario, sin revisiones posteriores desde posiciones asimétricas para una de las partes; y (iii) la incidencia, en positivo o en negativo, del cambio de gestión frente a un corporativismo profesional que se rompe, con lealtades que se desvanecen en múltiples direcciones bastante inciertas, ya sea respecto de los «ciudadanos en general», «mis enfermos», «nuestro centro», «mis compañeros», o «nuestros accionistas y gerentes que en su nombre mandan».

Nada, por tanto, conmina el sentido de las valoraciones en un sentido u otro, *a priori*: hay que analizar las circunstancias del tiempo y del lugar, y las realidades y alternativas de los puntos de partida en cada caso.

• **Cómo entender el excedente en sanidad**

Toda actividad relacional supone un excedente. Ya, de entrada, podemos identificar que una actividad humana genera bienestar —es decir, «se está a gusto con lo que se hace»— cuando, supuesto que hay que hacer, la peor de las cosas que hace (la más dudosa, la de más incertidumbre) sigue siendo mejor que la mejor de las alternativas que no hace.

Si la relación es de intercambio voluntario, este se produce porque las valoraciones de los bienes intercambiados entre individuos, sus relaciones marginales de sustitución no eran inicialmente iguales, de manera que todos ganan transaccionando, ya que lo que adquieren es más que lo que pierden con lo que dan a cambio. Cuando el intercambio es mercantil, el hecho de que el mercado fije un precio y no expolice la libre disposición a pagar por el consumidor con un precio diferente en cada unidad genera un claro excedente. Mientras este precio supere la utilidad marginal del último consumo hecho libremente, consumiremos generando



excedente. A la diferencia entre lo que habríamos pagado en subasta, dada nuestra disposición a pagar por cada unidad, y el precio fijo que pagamos por todas y cada una de las unidades libremente consumidas la llamamos «creación del excedente neto del consumidor». De manera similar, si hacemos el análisis sobre la oferta y no sobre la demanda podemos derivar, también, el excedente del productor.

En otras palabras, excedente lo hay siempre. El problema es cómo lo visualizamos y cómo, en este caso, lo valoramos. Cuando no se percibe la ineficiencia del productor, que se apropia del excedente del consumidor con unos costes más altos que los legítimos por una actuación eficiente, puede aceptarse sin más. *Ojos que no ven, corazón que no siente*. Pagar un precio (coste unitario) más alto, y así unos impuestos consecuentemente más elevados que los óptimos, debido a una provisión pública de producción directa, con dificultades de gestión que impliquen baja productividad y costes elevados, supone, de hecho, un expolio del excedente social en manos, pongamos por caso, de los profesionales ineficientes. Son estos quienes mejoran su utilidad trabajando con menos presión, más *slack*, más discrecionalidad respecto de lo que debería ser un coste menor y un mayor excedente social.

El hecho de que no sea transparente dificulta, está claro, su control, su singularización, y permite, a menudo, que sea el más perezoso, atrevido, poco comprometido, menos leal con el servicio público quien con impunidad resulte beneficiario (absentismo, escaqueo, peor atención). Fuera de la provisión pública (recordemos, sin embargo, sin alcanzar la verdadera privatización, línea roja mencionada), las formas concertadas (por el hecho de financiar actividad, *outputs* y no *inputs*) permiten, al menos, que las relaciones sean más transparentes, según tarifas y actividad, con contratos explícitos, revisables, controlables. De los concertados sabemos lo que cuestan los servicios al financiador; no lo que les cuestan a los prestadores, que organizados autónomamente buscan el excedente. Es la parte primera, pero la que nos interesa como contribuyentes; no la parte segunda, como a menudo, de manera errónea, se identifica. En todo caso, si la concertación se limita a instituciones sin ánimo de lucro, este excedente se diluirá en algo diferente (*if not for profit, for what?*) menos conocido, que puede tranquilizar a la ciudadanía por el hecho de su «no-reparto» o enajenación del sector.

Algunos piensan que esta concertación se puede extender no solo a instituciones sin ánimo de lucro, sino también a aquellas sociedades que, con ánimo de lucro, se gestionan por parte de los propios profesionales: desde una cooperativa (con beneficio devuelto al cooperativista, todos los trabajadores), a una sociedad limitada solo a profesionales, con distinto grado de apertura social. Pensamos, por ello, que forzar a todos los profesionales a recibir parte de su retribución con retorno cooperativo variable, en el primer caso, puede no ser aceptable para aquellos agentes aversos al riesgo o que, en su capacidad de decisión, influyen menos en la creación del excedente. Otra cosa es que la sociedad limitada, en el segundo caso, fije arbitrariamente quién puede y quién no puede ser accionista.

Otras opiniones harían extensivo el anterior alcance de prestación incluso a las sociedades anónimas, con la condición de que tengan especificidad en el sector, tales como entidades de



seguro, clínicas privadas, etc. Finalmente, algunos extenderían conciertos y concesiones a todo tipo de sociedad mercantil, sea o no de servicios, reparta o no beneficios, familiar o cotizada en bolsa; a accionistas de todo tipo, incluso fondos de capital riesgo y/o buitres, por aquello que se dice de que «el capital no tiene patria», o «el dinero no tiene color».

Notemos que en este *continuum* comentado las diferencias vienen de (i) que se visualice o no el excedente; (ii) quién y con qué mérito se lo apropie; (iii) si una vez identificado lo podemos regular; (iv) si es aceptable el ánimo de lucro aplicado a estas contingencias; y (v) el alcance de quién puede ser partícipe.

5. Comentario final

• Acuerdos y desacuerdos entre gestión pública y privada

En la matización del alcance que debiera tener el aprendizaje desde la gestión privada para la gestión pública conviene identificar algunos puntos referentes: (i) En gestión estratégica privada, explotar ventajas comparativas es no solo justificable sino, además, necesario para ser competitivo. Esto, a veces, puede contraponerse a la satisfacción de las necesidades entendidas como demanda revelada en la que la especialización no debiera cerrar el abanico de oferta de servicios disponibles, ni ignorar el valor de la externalidad opcional. Ello equivale a capacidad de servicios *stand by* (por ejemplo, manteniendo una Unidad de quemados, servicios de urgencia o una cámara hiperbárica) y un mínimo de capacidad ociosa para satisfacer puntas de utilización; (ii) en lugar de procesos de activación de la demanda (*marketing*), en la gestión pública a veces se ha de confrontar su opuesto («*Demarketing*») para frenar la utilización innecesaria o el uso inapropiado de los servicios; (iii) a veces el equilibrio de intereses colectivos e individuales hace aflorar costes de oportunidad que cuestionan el análisis coste-beneficio (o sus gradientes de coste-eficiencia, efectividad y eficacia) susceptible de ser trasladado a la esfera de las responsabilidades individuales; esto es, sonsacándolo de la libre disposición a pagar; y finalmente, (iv) en la gestión presupuestaria el ajuste coetáneo de ingresos y gastos ha de contener prioridades conocidas que sobrepasan los equilibrios anuales y corrientes.

6. Conclusión

Todas estas valoraciones vistas no deben tener, en democracia, otro referente que el expresado en el Parlamento, con decisiones basadas en la evidencia, disponible pero cambiante, mutante incluso a resultas de la actuación del propio financiador. Defender contra estas valoraciones desde el gestor público un supuesto interés general (a menudo identificable con el corporativo, de alguien que ve amenazado su *statu quo*), el interés público (entendido como de la Administración en su acción inercial) o social, es una extralimitación de la tarea del gestor. La decisión es, finalmente, política. Pero la sociedad tiene derecho a pedir claridad, información con concreción de pros y contras, y a exigir, sea cual sea la opción elegida en democracia, evaluación, aprendizaje, cribado y rectificación en su caso. Y si la opción política prevalente no




se considera adecuada, son las urnas las finalmente soberanas. Esto no es una incitación al abuso de las posiciones de dominio, por democrático que sea su apoyo, pero sí una invitación a situar el debate sobre la reforma del sector público en sus términos justos.

Referencias bibliográficas

ALBI, E., GONZÁLEZ-PÁRAMO, J. M. y LÓPEZ CASASNOVAS, G. (1997): *Gestión pública*, Ariel.

LÓPEZ CASASNOVAS, G. y DEL LLANO, J. (2017):

 <https://fundaciongasparcasal.org/colaboracion-publico-privada-en-sanidad-el-modelo-alzira/>

