



**Colección Policy Papers
2015 - 03**

CLARIFICAR LA GOBERNANZA SANITARIA

Guillem López-Casasnovas

Catedrático del Departamento de Economía y Empresa

Universitat Pompeu Fabra

Barcelona



La Colección Policy Papers engloba una serie de artículos, en Economía de la Salud y Política Sanitaria, realizados y seleccionados por investigadores del Centre de Recerca en Economia i Salut de la Universitat Pompeu Fabra (CRES-UPF). La Colección Policy Papers se enmarca dentro de un convenio suscrito entre la UPF y Almirall, entre cuyas actividades se contempla el apoyo no condicionado de Almirall a la divulgación de estudios y trabajos de investigación del CRES-UPF.

Barcelona, 14 de diciembre de 2015

CLARIFICAR LA GOBERNANZA SANITARIA

En política sanitaria es más fácil ponerse de acuerdo en el ‘qué’ que en el ‘cómo’ de las cosas, especialmente si los objetivos son lo suficientemente ambiguos, están definidos a grandes rasgos, y quien acuerda no tiene después responsabilidades de ejecución. Así que, si nos preocupamos por hacer mejor las cosas, basta con que nos aproximemos lo suficiente al objetivo (*no hay viento favorable para el que no sabe adónde va*) y que pongamos énfasis en el *cómo* para conseguir una contribución positiva.

En la sanidad, como en otros ámbitos de la gestión pública, existe un cierto lío entre la función del que manda y el que rema, el que regula y el que provee, el que produce y el que suministra el servicio y el que da la cara delante de los ciudadanos. El principio de la separación de funciones es correcto: regular no implica necesariamente proveer el servicio, y esta provisión no requiere la producción directa de dicho servicio. Para el buen funcionamiento de nuestro sistema, los agentes del ámbito sanitario son el Gobierno en su conjunto (responsable principal), el Departamento de Salud (que guía y establece directrices), el Servicio Catalán de Salud (que garantiza la cobertura asistencial) y el Institut Català de la Salut (ICS) y el resto de proveedores no públicos que proporcionan los servicios. Si cada agente tiene su razón de ser, deberíamos tener cuidado y no mezclar papeles y tergiversar los algoritmos de actuación que se esperan de cada uno. En todo caso, es la gobernanza del sistema el que tiene que contar con los instrumentos necesarios para facilitar que las partes aborden el todo, alineando sus incentivos.

Esto en la práctica significa que el regulador no puede ser arte ni parte: no puede fijar reglas para sentarse luego en los órganos de gobierno de quien las tiene que cumplir. En el consejo de dirección ejecutiva del proveedor no debe estar el financiador, ya que quien paga y quien produce tiene lógicas internas de actuación diferentes (los ingresos de uno son los gastos de otro).

Es tendencia política común alisar por la banda baja: dicen unos que si un proveedor recibe un euro de dinero público, esto ya hace que su administración se vuelva pública y, por consiguiente, la intervención que tenga que modular su capacidad de gestión. Esto es erróneo, ya que ignora matices. Hay gestión buena y mala, no “pública y privada” como categorías contrapuestas. Lo que hace que una gestión sea eficiente son las estructuras de contexto con las que esta se desarrolla y los incentivos de los profesionales que la llevan cabo.

La estructura es, efectivamente, una condición necesaria, pero posiblemente no sea suficiente para el buen funcionamiento del sistema. Lo que hace más probable el éxito del cometido son los factores de preservación de la propiedad (quién tiene los derechos residuales sobre el excedente) y el grado en el que el agente asume el riesgo. Vayamos por partes: si la propiedad del centro es pública (centros propios de la red, ambulatorios del ICS y otras entidades), el propietario se tiene que centrar en el órgano de gobierno

de quien produzca la asistencia. Este tiene que garantizar la buena salud de los activos y su correcta disposición para cumplir los objetivos, tanto los asistenciales como el resto de medios de propiedad pública. Es el propio Gobierno, o el departamento que este delegue, quien debe tomar la decisión (y no el Servicio Catalán de Salud). Y es mejor aún si este nombra a profesionales para esta función (y no a cargos de la Consejería de Economía ni de la Consejería de Salud) que tengan conocimiento sobre los temas que deban preservarse de la propiedad y que tengan unos contratos explícitos. De otra manera, en el Departamento en el que el gobierno delegue. Esta presencia sería lógica en las entidades no públicas, solo en la medida en que el financiador invierta en sus activos con subvenciones finalistas. Esto tiene que ser la excepción y no la regla, ya que se debería tender a que el centro concertado contara con la tarifa a coste completo que incluya las amortizaciones y permita un *cash flow* suficiente para invertir por cuenta propia.

En cuanto al riesgo, la simetría exige que se asignen algunos riesgos si un centro es propiedad del Gobierno y los profesionales reivindican autonomía a la organización. Por eso, (i) o bien el financiador sustrae del pago parte del coste completo una parte, como prima de reaseguramiento, construyendo un pool que pueden llegar a gestionar en paridad los propios afectados, para evitar, si fuera el caso, los abusos que acarrearía la relación directa entre político y proveedor; (ii) o bien se fuerza a los profesionales a avalar la provisión hecha desde su propia responsabilidad (asumiendo por eso un coste financiero indirecto) que ya internalizarán en la tarifa; (iii) o bien en aquellos casos que sea recomendable, dado que no configura un activo específico del sistema, se abre un proceso de alienación de aquellos activos públicos forzando a que la retribución de los profesionales incorpore una parte en forma de activo que acabe transfiriendo a favor de estos la propiedad inicial. Conseguida esta compra, desaparecería la interferencia directa al órgano de gobierno del antiguo propietario, ubicando la estrategia de control en alguno de los dos puntos anteriores.

El propietario situado en el gobierno del dispositivo público sin ninguna de las alternativas anteriores es quien manda. A veces puede ser conveniente granular, segmentar la red a favor de la autonomía de gestión; en otros casos, agrupar para integrar mejor la asistencia. Fuera de esta acción directa, con la propiedad pública compartida, el mecanismo en caso de derroche no puede ser otro que el de la intervención. Para el resto, la posición pública es contractual.

Una vez aclarado esto: una junta de accionistas no es un comité de dirección, i este no tiene nada que ver con un consejo de participación. Con las nuevas tecnologías, la participación directa ciudadana, y no por agrupaciones intermediarias que ya representan muy poco, tendría que estar en el orden del día. En este sentido, la Ley de Ordenación Sanitaria, de la que se cumplirán pronto 25 años, necesita una fuerte revisión.

Guillem López-Casasnovas

Univ. Pompeu Fabra

CENTRE DE RECERCA EN ECONOMIA I SALUT (CRES-UPF):
<http://www.upf.edu/cres/>

