

RETOS DE LA GOBERNANZA Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DEL SNS

**José Ramón
Repullo Labrador**

*Profesor Emérito de la Escuela Nacional de Sanidad
Instituto de Salud Carlos III*

SUMARIO

I. Fuga del derecho público: aventuras y desventuras. 1. Nuevas formas de gestión: ascenso, transformación y caída. 2. Gestión contractual entre financiador y proveedor público. 3. Como balance final. **II. Un marco conceptual: fallos del mercado y fallos del Estado.** 1. Fallos del mercado en la sanidad. 2. Fallos del Estado en la sanidad (y en los servicios públicos). 3. Dilema entre fallos de mercado y fallos del Estado. **III. Los vectores de Buen Gobierno.** **IV. Referentes en el debate de Buen Gobierno en la sanidad.** 1. Reseña de algunas iniciativas relevantes. 2. Análisis del posicionamiento del Foro de la Profesión Médica. **V. El posible papel de una Ley de Buen Gobierno para la sanidad.** **VI. Bibliografía.**

RESUMEN

Desde la Ley General de Sanidad de 1986 se han producido debates sobre cómo organizar y gestionar la red de servicios sanitarios públicos. Este texto hace una revisión somera de las propuestas y desarrollos de la gobernanza institucional, con particular foco en el ascenso y caída de algunas iniciativas que planteaban una separación del derecho público administrativo tradicional.

El “Buen Gobierno” se está convirtiendo en una disciplina que aporta criterios de análisis, y orientaciones útiles. Se revisan los principales proyectos de avance y se estudia con mayor profundidad el texto de 2025 del Foro de la Profesión Médica basado en la Comisión de Reconstrucción Social y Económica de 2020. Preocupa la crisis de implementación que padecemos y posibles alternativas.

PALABRAS CLAVE

Gobernanza sanitaria; Formas de Gestión; SNS español; Buen Gobierno; Externalización de servicios sanitarios.

ABSTRACT

Since the 1986 General Health Act, there have been debates about how to organize and manage the public health services network. This text briefly reviews the proposals and developments in institutional governance, with particular focus on the rise and fall of some initiatives that proposed a separation from traditional public administrative law.

“Good Governance” is emerging as a discipline that provides analytical criteria and useful guidelines. The main progress projects are reviewed, and the 2025 text of the Medical Profession Forum, based on the 2020 Commission on Social and Economic Reconstruction, is studied in greater depth. The current implementation crisis and possible alternatives are of concern.

KEYWORDS

Healthcare governance; Management models; Spanish NHS; Good governance; Outsourcing of healthcare services.

I. FUGA DEL DERECHO PÚBLICO: AVENTURAS Y DESVENTURAS

Con carácter general, el marco legal administrativo de las instituciones y la vinculación cuasi-funcionarial de los profesionales en la sanidad se adapta mal a la complejidad y dinamismo de lo biomédico y lo asistencial. No obstante, en la génesis de la sanidad pública española, la institucionalidad de la Seguridad Social y la vinculación estatutaria de su personal aportaron una holgura razonable, posiblemente suficiente para la complejidad menor de la sanidad en los años 60-70.

En los años 80-90 la complejidad de la sanidad y la extensión de la cobertura va rompiendo las costuras tradicionales: las reformas en Europa apuntan a conceptos como la separación entre financiación y provisión, creación de esquemas autogestionados para los centros sanitarios, y profundizar la vinculación flexible del personal¹.

Los reformadores (particularmente desde la perspectiva de la economía de la salud) apoyan la creación de un espacio de diferenciación entre financiación/autoridades y proveedores, y la introducción de (pseudo) contratos negociados que incluirían bonificaciones y penalizaciones en función del cumplimiento de resultados; de esta forma el financiador podría practicar una “compra estratégica” de servicios, influyendo de forma efectiva en los centros y servicios sanitarios². Buena parte del mundo académico y profesional del derecho sanitario lo percibió como una senda peligrosa: la fuga o huida del derecho público y la incorporación de instrumentos e incentivos propios del mercado.

Dos líneas fundamentales de cambio se plantean: el cambio en el modelo organizativo de hospitales y centros sanitarios (al que se le da el nombre de “nuevas formas de gestión”) y la introducción de la gestión contractual para estructurar las relaciones entre las autoridades los centros sanitarios.

1. Nuevas formas de gestión: ascenso, transformación y caída

En los años 90 en España se produce una fuerte corriente reformista, con amplios consensos

1 OVRETVEIT, J. (1995): “Purchasing for health: Multidisciplinary introduction to the theory and practice of health purchasing”. Michigan. Open University Press.

2 KLASA, K., GREER, S. L., VAN GINNEKEN, E. (2018): “Strategic purchasing in practice: Comparing ten European countries”. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*. 122(5), pp. 457-472. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.01.014>

políticos, orientada a otorgar flexibilidad interna al modelo de gestión administrativa. El Informe “Abril” de 1991³ señala claramente esta senda, y la Ley 15/1997 de habilitación de nuevas formas de gestión la consolida con una amplia mayoría parlamentaria. También merece la pena citarse el Real Decreto 29/2000, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud que busca homogeneizar y asegurar la buena gobernanza de estas iniciativas.

Este impulso reformista es autolimitado en el tiempo; el “ascenso y caída” de las nuevas formas de gestión tiene como punto de inflexión el año 2002, en el que, tras las transferencias y el nuevo modelo de financiación sanitaria autonómica no finalista, el Sistema Nacional de Salud (SNS) pasa a ser gestionado totalmente por las CCAA.

Se va produciendo la reversión de las nuevas formas de gestión con autonomía y personificación jurídica en Galicia, Andalucía, Madrid, Baleares y Rioja hacia la gestión directa administrativa, gestionada en muchos casos por los mismos partidos que las promovieron, sin que se haya producido una explicación o rendición de cuentas de este cambio de políticas de organización y gestión. Resulta verosímil que detrás de este proceso de reversión hayan actuado las autoridades económicas y de función pública autonómicas, que nunca han simpatizado con la singularidad de estas reformas ya que limitan su capacidad de control directo e influencia en un sector tan importante desde el punto de vista financiero y de empleo como es la sanidad.

Lo llamativo es que, sin dar explicaciones del cambio anterior, aparecen nuevas ilusiones reformistas en algunas CCAA: La Colaboración Público-Privada (CPP) tipo PFI (Iniciativa de Financiación Privada, en sus siglas inglesas) o tipo PPP (Partenariados Público-Privado).

Algunas CCAA busca expandir la red hospitalaria sorteando el límite presupuestario a la inversión y al endeudamiento: se empieza a utilizar la PFI para construir nuevos hospitales y proveer los servicios no sanitarios (externalización de bata gris) con el pago de un canon durante un amplio número de años, o las PPP (externalización de bata blanca) donde se contrata a empresas la construcción y provisión de todos los servicios para una población (con un pago per-cápita por la población asignada y compensaciones por asistencia a pacientes de fuera de su área contractual).

3 ABRIL-MARTORELL, F. (1991): Informe y recomendaciones de la comisión de análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud. Madrid, Congreso de los Diputados.

Los determinantes habituales de la conducta política presionan hacia su uso: la insoportable tentación de usar la CPP proviene de que permite construir rápido y sin asumir la financiación de la inversión: un político podía prometer en campaña un hospital, construirlo e inaugurarlos en su mandato, y trasladar el coste a la siguiente legislatura (y a la siguiente generación, cuando se establecían de 20 a 30 años de plazo de explotación); y, además, no contaba como endeudamiento (en las normas europeas de contabilidad de la época). Demasiada tentación para no hacerlo, y demasiada facilidad y rapidez como para pararse a pensar dónde y cómo hacer la inversión (lo que ha favorecido posibles errores técnicos de planificación, y vectores oportunistas de ubicar inversiones de acuerdo con la conveniencia electoral).

La aplicación de la CPP en sanidad pronto develó importantes debilidades: problemas de diseño del proceso contractual, de condiciones previas a la licitación, y del desarrollo de los propios contratos una vez adjudicados; una buena revisión de estos problemas la realizaron MENEU y URBANOS⁴, de los cuales destacamos los cuatro siguientes:

- Muestran la escasa o nula concurrencia, y las disfuncionalidades y reajustes de la relación contractual.
- Poca experiencia y mal desempeño en control de servicios externalizados por parte de los servicios de salud de las CCAA.
- Conductas de atracción selectiva de procesos clínicos rentables desde otras áreas y de aprovechamiento de la falta de compensación por flujos intercentros contrarios a las concesiones.
- Impugnación técnica: los activos esenciales y el núcleo de competencias no se deben externalizar: se trata en realidad de una externalización del aseguramiento operativo público.

Algunas CCAA le añaden a este cambio una preferencia ideológica adicional: se trataría de estancar o hacer retroceder la mayoritaria provisión pública de servicios y hacer crecer una provisión privada contratada vía CPP. Este proceso es autolimitado: el crecimiento incremental choca con la escasa disponibilidad de fondos para seguir creciendo en lo externo (se acaba el “bono de juventud” del modelo). Para profundizar en esta transformación resultaría necesario usar como yacimiento extractivo los centros públicos administrativos.

4 MENEU, R., URBANOS, R. (2019): “La colaboración público-privada en sanidad: hasta dónde y cómo delimitar sus fronteras”. *Cuadernos Económicos De ICE*. (96). <https://doi.org/10.32796/cice.2018.96.6743>

En otros términos: para seguir externalizando habría que cerrar o transformar los centros de gestión directa. El intento de hacerlo en Madrid en 2013 chocó no solo con la movilización popular (marea blanca) sino con la resistencia del *establishment* profesional médico (mayoritariamente conservador, pero que también quería conservar el modelo tradicional) y con una parte significativa del electorado y políticos de centroderecha^{5,6}.

El problema no es sólo de escala española o sanitaria: la UE y la Ley de Contratos acaban desaconsejando el modelo de CPP por limitada transferencia de riesgos que evidencian y por la excesiva cercanía del contratante y el contratado. El preámbulo de la Ley 9/2017 de Contratos del Sector Público (por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014) así lo señala: “*Respecto de la delimitación de los diferentes tipos de contratos, las principales novedades en este ámbito se han introducido en la regulación del contrato de concesión, en el contrato mixto y en el contrato de colaboración público-privada que se suprime*”. Se abandona esta modalidad en favor de concesiones de obra y servicio (desaparece la figura del contrato de gestión de servicio público y, con ello, la regulación de los diferentes modos de gestión indirecta de los servicios públicos que se hacía en el artículo 277 del anterior texto refundido).

Estos cambios de estrategias dejan el territorio institucional sanitario con un variado muestrario de modelos organizativos y de gestión, y en cierta forma también le dejan huérfano de una estrategia común de gestión y de interoperabilidad de modelos. En la Tabla 1 se muestran las camas hospitalarias en el año 2022 según grandes categorías: gestión pública directa (tradicional), las de gestión pública autónoma (nuevas formas de gestión de propiedad pública), y las de gestión indirecta (CPP de propiedad privada o centros vinculados); también figuran las de gestión privada independiente (algunas de las cuales pueden ser contratadas coyunturalmente vía conciertos). En la Figura 1 se desglosan las modalidades de gestión de los hospitales del SNS, pudiendo observarse tanto la preeminencia de la gestión directa administrativa, como la variabilidad y dispersión de modelos alternativos.

5 REJÓN, R., CHIENAROLI, N. (2014): “Javier Lasquetty: el hombre de FAES al que ahogó la marea blanca”. *El Diario*. 27 de enero de 2014. https://www.eldiario.es/sociedad/sanidad-privatizacion-lasquetty_1_5054246.html

6 LA VANGUARDIA (2012): “Botella firma contra el cierre de un hospital planteado por González”. *La Vanguardia (redacción Madrid)*. 12/11/2012. <https://www.lavanguardia.com/local/madrid/20121112/54355109681/botella-firma-contrata-cierre-de-la-princesa-que-plantea-gonzalez.html>

Distribución de camas (año 2022)	Nº Camas	%
Privadas independientes	25.880	18,4
Privadas Gestión indirecta	17.123	12,2
Públicas Gestión directa autónoma	32.137	22,9
Públicas Gestión directa administrativa	65.411	46,5
CAMAS TOTALES	140.551	100,0

Tabla 1: Distribución de camas por tipología de gestión, y porcentajes del total. Fuente SIAE (Sistema de Información de Atención Especializada) Ministerio de Sanidad. <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/S/siae>

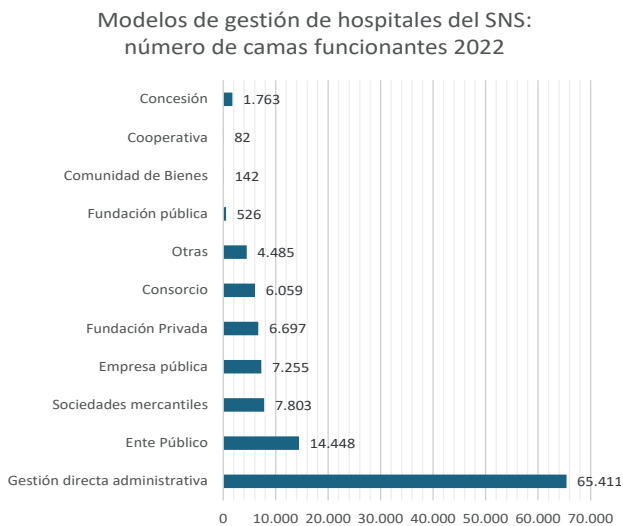


Figura 1: Número de camas en funcionamiento de hospitales del SNS según su fórmula jurídica de gestión, 2022. Fuente SIAE (Sistema de Información de Atención Especializada) Ministerio de Sanidad. <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/S/siae>

2. Gestión contractual entre financiador y proveedor público

Los experimentos de gestión contractual parece que funcionaron razonablemente bien. No se diseñaron como los británicos (“el dinero sigue al paciente”), en los cuales cada hospital debería buscarse su financiación atrayendo pacientes y facturando a “compradores” colectivos (atención primaria y autoridades de distrito); eran más bien experimentos con “gaseosa”, basados en incentivos blandos, con una bolsa anual de dinero que se repartía en función de los logros comparados por un sistema de torneo; pese a ser mucho menos potentes que el sistema de facturación británico, estos modestos incentivos

parece que fueron suficientes para generar cierta direccionalidad a las organizaciones y provocar transparencia y competencia por comparación.

En una evaluación inicial 75 hospitales de INSALUD se compararon en función de su frontera relativa de eficiencia (en qué medida unos inputs de recursos se transformaban en unos outputs de actividad); tras la introducción de los contratos programa (1992) los ineficientes bajaron del 70% en 1991 a 50% en 1993⁷.

No obstante, el fundamento técnico de los contratos de gestión se basa en la competencia por comparación, que exige un número amplio de centros y una base de datos fiable y completa. La descentralización a las CCAA que se produce en enero de 2002 tiende a debilitar el proceso contractual; tanto por razones técnicas como por interferencia política:

En efecto, después de 2002 todas las CCAA reciben las competencias de gestión de la sanidad pública y pasan a gestionar todos los establecimientos de titularidad pública en su territorio. Se resiente la gestión contractual al reducirse el número y tamaño de comparadores para evaluar los desempeños. Imaginemos una CA uniprovincial, cuyo gran hospital terciario carece de otros para compararse; difícil tanto establecer objetivos como evaluar los desempeños en estos casos.

Pero también se altera la capacidad del servicio de salud para bonificar o penalizar en función de los resultados: al estrecharse la “distancia terapéutica” entre el contratador y el contratado, resulta que el mal funcionamiento de estos puede suponer un daño o erosión política de aquellos.

Aunque se mantienen los contratos-programa (y todos aceptan que es mejor que sigan existiendo), se van convirtiendo en una rutina o liturgia administrativa que se empieza a gestionar tarde en el año, que no lidera los acuerdos con los centros o unidades clínicas, y que cada vez tiene menos capacidad motivadora para el desempeño.

3. Como balance final

Las experiencias radicales de separación compra-provisión (Reino Unido) mostraron la dificultad política para transferir riesgos a los proveedores

⁷ GONZALEZ LOPEZ-VALCARCEL, B., BARBER-PEREZ, P. (1996): “Changes in the efficiency of Spanish public hospitals after the introduction of program-contracts”. *Investigaciones Económicas*. Fundación SEPI, vol. 20(3), September, pp. 377-402, https://www.researchgate.net/publication/5108218_Changes_in_the_efficiency_of_Spanish_public_hospitals_after_the_introduction_of_program-contracts

públicos (no se les permite quebrar – desaparecer, y hay que rescatar). También desvelaron una creciente disfuncionalidad organizativa: las bonificaciones y penalizaciones permitían crecer a los hospitales que iban bien, y lo hacían en aquello que cada uno creyera conveniente o rentable; mientras, los que iban mal debían gestionar su disminución o recibir subvenciones a la explotación del gobierno para evitar el cierre de servicios. En todo caso, la necesaria planificación poblacional de red se resentía⁸.

Las experiencias menos radicales (España) ofrecen resultados positivos de la gestión contractual en los años 90 en los centros de gestión administrativa directa, y también en el presente siglo en las llamadas “nuevas formas de gestión” (empresas y entes públicos, fundaciones, consorcios, etc.) con personificación jurídica y capacidad de gestión económica de personal y de contratación de bienes y servicios. Esta política ha mostrado evidencias sólidas: la concesión de la personalidad jurídica y la autonomía de gestión a los proveedores públicos incrementa la eficiencia productiva en un 11,4%, es decir, que provee más actividad con iguales recursos⁹. Esto es verosímil: se gestiona mejor con las manos desatadas que con sistemas burocráticos evitables que centralizan las autorizaciones de compra, contratación, o modificaciones de personal, y que concentran en la caja pagadora de la hacienda autonómica la decisión sobre qué obligaciones atender primero, o cuales acumular como deuda.

Abandonar esta senda de innovación es poco razonable. Lo lógico que las innovaciones organizativas que funcionan se consoliden y generalicen. Pero, en todo caso, si por razones o preferencias políticas se emprende otra senda, la exigencia de rendición de cuentas obligaría a explicar por qué se deja de hacer algo y se empieza a hacer otra cosa diferente.

II. UN MARCO CONCEPTUAL: FALLOS DEL MERCADO Y FALLOS DEL ESTADO

La relación mercado-Estado forma parte de un debate clásico en economía política y en derecho.

8 REPULLO, JR. (1998): “Compra de servicios y contratos: balance del experimento del mercado interno británico (2ª parte: desarrollo de los contratos y función de compra)”. *Revista de Administración Sanitaria*. 2 (7): pp.39-63.

9 PÉREZ-ROMERO C., ORTEGA-DÍAZ MI., OCAÑA-RIOLA, R., MARTÍN-MARTÍN JJ. (2019): “Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y gestión”. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 33(4), pp. 325-332. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911118300682?via%3Dihub>

Los fallos del mercado en la sanidad han llevado desde hace muchas décadas a que la inmensa mayoría de países establezcan servicios públicos de salud para compensar los problemas que traería “sólo mercado” en la producción y distribuciones de bienes y servicios sanitarios. Pero el crecimiento exponencial del tamaño del Estado para la sanidad y otras funciones de bienestar y desarrollo (educación, servicios sociales, investigación, etc.) genera nuevos problemas de desajuste entre los modelos de gobernanza tradicionales en el núcleo del aparato del Estado, y lo que se precisaría para una gestión eficiente de servicios personales vinculados a las nuevas funciones de bienestar y atención a la ciudadanía.

1. Fallos del mercado en la sanidad

Hay una amplia y conocida lista de características del mercado que lo hacen poco apropiado para la producción y distribución de servicios de salud¹⁰; algunos muy relevantes son: a) Incertidumbre e información asimétrica (los resultados de los tratamientos son inciertos, y la información es desigual entre actores); b) Externalidades (los problemas de salud de unos individuos afectan a terceros); c) Existen bienes públicos (no es posible excluir a los que no consumen algunos servicios, o no hay rivalidad en el consumo como las medidas de salubridad ambiental); d) El mercado no puede llegar a grupos de ciudadanos que no pueden pagárselo o que están excluidos de lugares donde se concentran los servicios; e) Falta de racionalidad individual (situaciones donde el usuario no es capaz de tomar decisiones racionales o apropiadas: emergencias o enfermedad mental grave); f) Ineficiencia en la asignación de recursos (el mercado se guía por la demanda, no por la necesidad); g) Barreras de entrada y competencia imperfecta (limita la competencia entre proveedores y genera precios más altos).

En el ámbito de la salud pública (promoción de la salud, prevención y protección de la enfermedad, y vigilancia epidemiológica) los argumentos en contra del mercado son mucho más claros y contundentes, al tratarse en gran medida de bienes públicos¹¹. En la prestación de servicios asistenciales o clínicos hay una combinación compleja entre bienes públicos o bienes preferentes o de mérito, dado que hay externalidades, pero existe rivalidad en el consumo y posibilidad de excluir al que no aporta recursos.

10 TAMAYO P. (2021): “Sanidad”. En AYALA, L. (ed.). *Economía del Estado de bienestar*. Pamplona. Thompson-Reuters Aranzadi. pp.205-230.

11 GUIX OLIVER, J. (2011): “Salud pública y mercado”. *Gaceta Sanitaria*. 25(5), pp. 423-426. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.03.012>

Por ello, es necesario ampliar el foco argumental al ámbito de los fallos del Estado, y valorar en qué medida se incurren en nuevos problemas al abandonar el mercado.

2. Fallos del Estado en la sanidad (y en los servicios públicos)

En una descripción clásica de economía del bienestar se resumen los fallos del Estado¹² los principales los resumimos a continuación:

- a) Conocimiento y predicción imperfecta de necesidades y demandas de la población: especialmente cuando se quieren tomar decisiones sobre demanda de servicios (cantidades y calidades) que van a guiar la producción.
- b) Rigidez de la respuesta pública: las regulaciones y servicios públicos presentan inercias y son difíciles de modificar; y esto interfiere en sectores donde los cambios económicos, sociales y tecnológicos son muy acusados.
- c) Elección de medios ineficientes: los mecanismos de decisión pública no son tan estrictos como los de mercado a la hora de elegir los medios más económicos para obtener un fin (por el hecho de que los costes se reparten y diluyen en toda la sociedad).
- d) Segmentación administrativa basada en la especialización funcional: la manera en la cual se estructuran las burocracias (en el sentido weberiano de organización funcionalmente especializada) lleva a adquirir muchas competencias en áreas muy segmentadas, perdiendo la perspectiva de conjunto, y añadiendo rigidez ante cambios en los modelos de desarrollo social.
- e) Interferencia política, proveniente de las particularidades de los mecanismos democráticos de elección de representantes y gobiernos, que se concreta tanto en decisiones guiadas para maximizar el voto (más que en el bienestar general), como en actividades de influencia (lobby) de grupos afectados por decisiones que utilizan su poder económico o mediático para cambiar decisiones desde el interés general hacia el interés particular. Pasada una tenue barrera hablaríamos de corrupción política.

- f) Interferencia burocrática: los funcionarios y altos cargos de la administración pública introducen sus propias utilidades (carreras, sueldos, honores, competencias, presupuestos, plantillas...) y sus propias visiones (prejuicios, cultura...) en los procesos de decisión, aprovechando la posición que permite influir tempranamente en la concepción técnica de los problemas y los proyectos. Pueden incluirse también las burocracias profesionales (magistrados, médicos, arquitectos...), las cuales reinterpretan en su beneficio los aspectos técnicos para mejorar sus rentas o posición.

3. Dilema entre fallos de mercado y fallos del Estado

En las políticas públicas es conveniente incorporar un componente consecuencialista y contextual para definir qué combinación mercado-Estado sirve mejor al interés general. En palabras de GONZÁLEZ PÁRAMO y ONRUBIA: “*En la relación público – privado... no sólo es importante la justificación del intervencionismo público a partir de los fallos de mercado, sino que también es relevante el tipo de respuesta que puedan darse desde el Estado: así, la nueva agenda de modernización de la gestión pública tiene un significado muy importante para establecer el equilibrio entre lo que puede y debe asignarse vía mercado y vía Estado. En efecto, si el peso de ineficiencia de las decisiones públicas crece significativamente, la frontera de lo que podría hacer el Estado se desplazará hacia el mercado, y habrá que asumir pérdidas de bienestar social y de equidad que podrían haberse evitado*”¹³.

Habría, pues, un equilibrio dinámico: en la medida en la que el sector público sea capaz de actuar con suficientes recursos, calidad apropiada y eficiencia en su organización, el balance se desplazará del mercado al Estado, con las ventajas que ello supone para bienes públicos y bienes preferentes en términos de equidad y de interés general.

Otra forma de enfocar este dilema se representa en la Figura 2: Los fallos de mercado llevaron a que la mayoría de países utilizara el Estado como institución central para producir y distribuir servicios de salud; pero el crecimiento del aparato administrativo desveló los fallos del Estado, y algunos propusieron una retirada a favor del mercado (políticas de privatización y externalización); en las reformas

12 LIPSEY, R., HARBURY, C. (1990): *First Principles of Economics*. London. Weidenfeld and Nicolson: 276-277.

13 GONZÁLEZ-PÁRAMO, JL., ONRUBIA, J. (2003): “Información, evaluación y competencia al servicio de la gestión eficiente de los servicios públicos”. *Papeles de Economía Española*. (95), pp. 2-23.

del NHS británico, los laboristas de Anthony Blair buscaron un modelo intermedio entre Estado y mercado, una especie de tercera vía, que tuvo resultados controvertidos¹⁴. Una opción más actual consiste en enfrentar los fallos del Estado, para intentar modularlos o mitigarlos, de forma que el espacio público gane en eficiencia y no ponga en riesgo su contribución a la equidad: es este punto es donde se inserta el Buen Gobierno como agenda de transformación del funcionamiento del Estado.

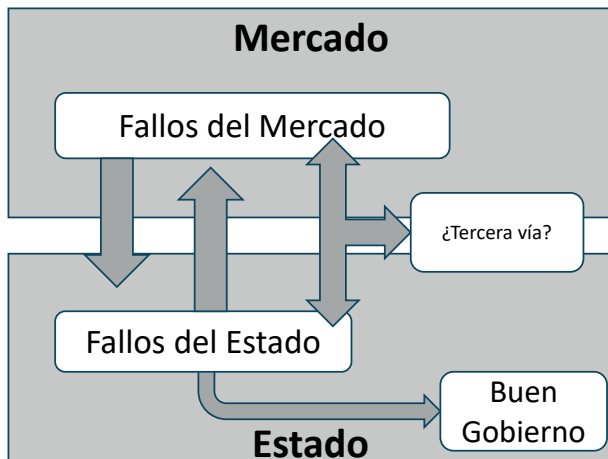


Figura 2: Relación entre fallos de mercado, fallos del Estado, y políticas de Buen Gobierno.

Algunas de las reformas planteadas o iniciadas en el sistema sanitario intentan hacer frente a los fallos del Estado mencionados; así:

- El déficit de conocimiento y predicción en entornos complejos y cambiantes lleva a buscar más “inteligencia” a través de agencias especializadas; por ejemplo, en las agencias de evaluación de tecnologías.
- La rigidez, formalismo y burocracia del aparato del Estado conduce a las formas de gestión de corte empresarial dentro del sector público.
- La elección ineficiente de medios por la dificultad de discriminar por desempeño en los acuerdos con terceros, impulsa a la gestión contractual (contratos programa o de gestión) y a sistemas de bonificaciones y penalizaciones que permitan cierta transferencia de riesgos a instituciones, directivos y empleados públicos.
- La excesiva segmentación funcional y compartimentación (modelos weberianos) favorece el trabajo por planes, procesos y proyectos.

14 GIDDENS, A. (1998): *The Third Way: The Renewal of Social Democracy*. Cambridge, Polity Press.

- La interferencia política conduce a políticas de buen gobierno y profesionalización de directivos en centros y servicios sanitarios.
- La interferencias burocráticas (administrativas y profesionales) también condiciona el uso de políticas específicas de promoción de buen gobierno, particularmente el control de los conflictos de interés, y del profesionalismo como espacio de autonomía responsable (gestión clínica).

III. LOS VECTORES DE BUEN GOBIERNO

“El buen gobierno es quizás el factor aislado más importante para erradicar la pobreza y promover el desarrollo”, como afirmó en una conocida cita el Secretario General de las Naciones Unidas Kofi Annan¹⁵.

Hay una amplia literatura a propósito del Buen Gobierno; en una publicación promovida desde el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud se elaboró una clasificación de cinco vectores que configuraban la matriz TAPIC¹⁶. Esta matriz se ha convertido en el referente habitual para estudiar las dimensiones de las políticas de Buen Gobierno:

- Transparency (transparencia).
 - Accountability (rendición de cuentas).
 - Participation (participación).
 - Integrity (integridad).
 - Capacity (capacidad técnica en elaborar y aplica políticas).
- a) **Transparencia:** Es esencial la disponibilidad de información sobre evidencia, decisiones, calidad y coste de los servicios de salud, particularmente para la medición del desempeño. Significa que las instituciones informan al público y a actores sociales sobre decisiones presentes y futuras, así como del proceso y los motivos por los cuales se toman.
 - b) **Rendición de cuentas:** se desarrollan líneas sólidas de relación entre la política y la gestión para aportar de forma irrestricta datos y

15 GISSELQUIST, R.M. (2012): “What Does Good Governance Mean?”. *WIDER Angle*, January 2012., Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2466430>.

16 GREER, S. L., WISMAR, M., FIGUERAS, J. (2016): *Strengthening Health System Governance Better policies, stronger performance*. England: Open University Press. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/307939/Strengthening-health-system-governance-better-policies-stronger-performance.pdf?ua=1

explicaciones que permitan evaluar la gestión y así alinear intereses de los diferentes actores. Implica que existe una relación entre un agente (a quien se delega) y una instancia principal a la que se informa sobre las decisiones tomadas y de la cual puede recibir mandatos y sanciones.

- c) Participación: existen mecanismos apropiados de participación que consiguen mayor implicación de los pacientes y otros agentes, y también facilitan la implementación de los cambios. Significa que las partes afectadas tengan acceso a la toma de decisiones, y tengan la oportunidad y el poder de aportar de forma significativa al desarrollo institucional.
- d) Integridad: garantiza que todas las partes interesadas, los ciudadanos y los pacientes pueden confiar en el sistema sanitario en sus reformas, al ser los procesos previsibles, basados en normas y respetuosos con la Ley. Basada en compromisos éticos del profesionalismo y ajuste a procedimientos y códigos de buena praxis.
- e) Inteligencia (capacidad de elaboración y aplicación de políticas): permite a los responsables institucionales planificar, implementar y evaluar políticas y reformas que puedan alinearse con los objetivos y recursos de la sociedad. El papel de los altos funcionarios estables para extraer sabiduría de los experimentos naturales anteriores.

Todos estos vectores confluyen en incrementar la probabilidad de políticas que superen los fallos del Estado; ninguno garantiza el éxito, pero su ausencia aumenta exponencialmente la probabilidad de un trabajo institucional subóptimo o que se aleje del interés general.

IV. REFERENTES EN EL DEBATE DE BUEN GOBIERNO EN LA SANIDAD

1. Reseña de algunas iniciativas relevantes

En la sanidad el tema del Buen Gobierno está cobrando una creciente relevancia: hay mucho dinero en juego (que va incrementándose), poca transparencia, y alta sensibilidad social. Existen muchas barreras e intereses contrarios a algunos aspectos centrales de los cambios necesarios, particularmente en torno a la profesionalización de directivos, la creación de órganos colegiados de gobierno, y la transparencia. De ahí que haya tanta distancia entre

lo que se predica y lo que se realiza; y también explica las múltiples iniciativas que han tenido débil o nula implementación. Citaremos seis iniciativas, y la séptima será analizada de forma amplia en el punto siguiente.

- a) Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Disposición Adicional décima: en ella se hace mención al establecimiento de requisitos y procedimientos para la selección, nombramiento o contratación del personal de dirección de los centros, así como a la evaluación del desempeño que podrá suponer la confirmación o remoción del interesado en tales funciones directivas.
- b) Decálogo para el Buen Gobierno de los Centros Sanitarios y la Profesionalización de la Dirección de OMC-SESPAS-SEDISA en 2005¹⁷. Se trata de un texto muy interesante por las instituciones colegiales, gestoras y científicas que lo asumen, y que incide en la necesidad de profesionalizar la gestión y crear órganos colegiados de gobierno.
- c) Recommendation CM/Rec(2012)8 of the Committee of Ministers to member States on the implementation of good governance principles in health systems. (Adopted by the Committee of Ministers on 12 September 2012 at the 1149th meeting of the Ministers' Deputies); esta recomendación aporta una lista para evaluar el avance hacia modelos de buen gobierno (rendición de cuentas, transparencia, acuerdos institucionales/ organizativos, participación, equidad, calidad, eficacia, eficiencia, sostenibilidad, capacidad de respuesta, integridad), así como una referencia específica a los conflictos de interés y a los mecanismos de información para recoger opiniones en internet¹⁸.
- d) Recomendaciones del Consejo Asesor sobre el Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca, elaborado en 2012. Expone con claridad los principios y ofrece criterios y acciones para profesionalizar la gestión, crear órganos colegiados de gobierno, desarrollar sistemas de participación e información, y actuar tanto en el nivel de la macro-gestión como en el de la meso-gestión¹⁹.

17 Disponible como anexo en: <https://www.medicos-ypacientes.com/articulo/tribuna-criterios-para-el-buen-gobierno-de-centros-e-instituciones-sanitarias/>

18 Documento disponible en: <https://www.refworld.org/legal/resolution/coeministers/2012/en/88692>

19 Documento descargable en: <https://www.osakidetza>

- e) Ley 11/2017, de 22 de diciembre, de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud. Esta iniciativa legislativa aprobó con una amplia mayoría una norma muy detallada sobre la creación de órganos colegiados de gobierno con participación experta de la comunidad y las instituciones, así como un modelo de concurrencia competitiva para el nombramiento de directivos, y orientaciones para cambiar el modelo de gestión contractual. Su aplicación no tuvo lugar salvo en algún aspecto parcial, y finalmente el gobierno de la Comunidad de Madrid se desvinculó, anulándola parcialmente por la Ley 16/2023, de 27 de diciembre, de medidas para la simplificación y mejora de la eficacia de instituciones y organismos de la Comunidad de Madrid - Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid de 29-12-2023
- f) Congreso de los Diputados. Conclusiones para la Reconstrucción Social y Económica. Dictamen sobre Sanidad y Salud Pública. Comisión para la Reconstrucción Social y Económica. Pleno del Congreso 29 de julio de 2020²⁰. Este texto, que consiguió un enorme apoyo parlamentario, podría considerarse una hoja de ruta para las reformas necesarias del Sistema Nacional de Salud, e incluye medidas muy específicas para introducir cambios en los modelos e instrumentos de gestión basados en principios de Buen Gobierno, y que permitirían una notable modernización y agilización de la gobernanza pública. Sin embargo, la relevancia de este documento en las iniciativas de cambio y reforma ha sido marginal o retórica hasta el momento, y tampoco ha servido para promover un espacio de consenso político para apoyarlas.

2. Análisis del posicionamiento del Foro de la Profesión Médica

Hacemos una referencia especial al documento “El Buen Gobierno de los Centros Sanitarios desde la perspectiva de la Profesión Médica Documento elaborado por el Observatorio de la Profesión e Identidad Médica (OPIMED) de la Organización

euskadi.eus/contenidos/informacion/cbil_buengobierno/es/cbil/adjuntos/Buengobiernomarzo.pdf

²⁰ Documento disponible en: https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/D/BOCG-14-D-130.PDF

Médica Colegial de España”²¹ por tres razones: es el texto más reciente (abril 2025), integra de forma amplia todos los antecedentes antes mencionados, y ha sido el resultado de un grupo de trabajo creado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, que luego ha sido asumido por el Foro de la Profesión Médica²².

Su texto recoge siete requisitos de buen gobierno para todo tipo de centro sanitario y organización asistencial (pública y privada): Destacamos algunos puntos:

- Elaborar y difundir su Reglamento, ubicarlo en lugar visible en el espacio público y accesible en la web del centro; mantener actualizado y visible en espacio público un cuadro médico con las unidades y profesionales que trabajan en el hospital o centro sanitario, así como una relación actualizada de la cartera de servicios del centro.
- Establecer y activar la Junta Técnico-Asistencial elegida por el cuerpo facultativo del centro, con reglamento interno y capacidad de elevar quejas y propuestas al máximo órgano de gobierno del que depende el centro sanitario; también constituir y/o fortalecer las Comisiones Clínicas y de Seguridad del Paciente.
- Crear un sistema de denuncia anónima para abusos e ilegalidades tutorizado desde la autoridad sanitaria, y también un órgano de inspección y evaluación de calidad y seguridad de la práctica clínica en el ámbito de la autoridad sanitaria autonómica.

El documento desarrolla diez líneas de trabajo específicas para los centros sanitarios públicos o vinculados; estas líneas están fuertemente ancladas en el documento del Congreso de los Diputados de 2020 antes mencionado, y se refieren a:

“1 - Innovar en modelos de gestión con mayor autonomía y responsabilidad en la rendición de cuentas.

²¹ Disponible en: <https://www.medicosypacientes.com/wp-content/uploads/2025/04/MEDICOS-Y-GOBERNANZA-DE-LOS-SERVICIOS-SANITARIOS-OPIMED.pdf>

²² El Foro de la Profesión Médica está formado por Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina, el Consejo Nacional de Especialistas en Ciencias de la Salud, la Confederación Española de Sindicatos Médicos, la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas y el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina.

2- Los reglamentos y normas de los centros sanitarios deben promover activamente una cultura de buenas prácticas y de ética profesional.

3- También deben facilitar el Buen Gobierno a través de participación, transparencia y rendición de cuentas: la información que evalúa el desempeño debe estar en dominio público.

4- La participación profesional y social es esencial: la Junta Técnico Asistencial (JTA) debe ser un agente activo en los procesos presupuestarios, contractuales y estratégicos del centro sanitario.

5- Los hospitales y centros sanitarios deberán contar con órganos colegiados de gobierno, que tendrán un papel central en reglamentación y normas, elaboración del presupuesto anual, planes de inversiones, planes estratégicos y directores, cambios en cartera de servicios, contrato programa y la Memoria Anual.

6- Establecer sistemas de concurrencia competitiva y evaluación pública de méritos para estimular la profesionalización de la función directiva y alta dirección.

7- Fortalecer los contratos de gestión entre la autoridad sanitaria y sus centros, dándoles proyección plurianual y transparencia para el seguimiento público y continuo de indicadores.

8- Retomar la organización asistencial de los hospitales y otros centros sanitarios sobre la base de la gestión clínica, la creación de Institutos y Áreas de Gestión Clínica, y la descentralización responsable a través de los acuerdos de gestión clínica.

9- Ensayar nuevos modelos de articulación territorial de especialidades a través de redes hospitalarias regionales multihospital y multiespecialidad.

10- Evaluar los modelos de gestión integrada Hospital + Atención Primaria, y en su caso establecer órganos de gobierno y gestión específicos para el nivel de Atención Primaria”.

V. EL POSIBLE PAPEL DE UNA LEY DE BUEN GOBIERNO DE CENTROS Y SERVICIOS SANITARIOS

A efectos de superar una situación donde los principios y regulaciones existentes son ampliamente desatendidos e incumplidos, se debería reclamar a la autoridad sanitaria central una Ley Estatal para asegurar la aplicación de los principios básicos,

comunes y mínimos del Buen Gobierno a todos los centros sanitarios, estableciendo la posibilidad de recurso, de petición de responsabilidad o de sanciones por su incumplimiento.

Esta norma podría ser más amplia y retomar y adaptar el tronco normativo de la Ley de Hospitales de 1962 (Ley 37/1962), así como las que desarrollaron modelos de gestión del ámbito público de gestión directa administrativa (Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud) o del ámbito público con gestión directa autónoma y con personificación jurídica (Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud).

Sobre esta base cabría establecer un marco normativo común, tanto para la organización hospitalaria en general (sea pública o privada), como para los hospitales y gerencias del SNS, basado en normas básicas, comunes y mínimas para su gobernanza.

Esta línea de regulación superaría en oportunidad y solvencia técnica a la anunciada iniciativa de Ley de Gestión Pública Sanitaria²³; es comprensible la preferencia política del gobierno actual de reforzar la gestión pública, pero tras completarse las transferencias a las CCAA el margen de intervención de la autoridad sanitaria central se va disipando, ante las amplias y crecientes atribuciones que éstas van asumiendo en la organización de sus servicios, reforzadas por los cambios en sus Estatutos de Autonomía, y avaladas por reiteradas sentencias a favor de éstas ante conflictos de competencias entre el Estado Central y las CCAA (como la STC 68/2021, en la que se recuerda que el autogobierno de las CCAA se extiende a la potestad de decidir cómo organizar el desempeño de sus propias competencias)²⁴.

En base a ello, y pese al debate actual sobre la derogación de la precitada Ley 15/1997, ésta resultaría irrelevante en lo normativo, aunque puede tener cierta significación simbólica en lo político. Por lo tanto, parece que las formas de gestión directa o indirecta que vaya a tener el sector sanitario público serán en último término un ámbito instrumental que dependerá de la voluntad política de las administraciones autonómicas.

23 Salió a consulta pública previa en abril de 2024 un texto del Ministerio de Sanidad con el título Proyecto de Ley de gestión pública e integridad del SNS https://www.sanidad.gob.es/normativa/docs/Ficha_consultapublica_ley_gestion_publica_revisado.pdf

24 CANTERO, J. (2024). “Sobre la gestión privada de la sanidad y la reforma que se avecina”. Cercle de Salut [blog]. 29 abril 2024. <https://cercledesalut.cat/bloc/sobre-la-gestion-privada-de-la-sanidad-y-la-reforma-que-se-avecina/>

Sin embargo, la administración general del Estado sí que podría condicionar requisitos y condiciones vinculadas al interés general a través de medidas de Buen Gobierno, que podrían ser aplicables en todas las CCAA y tanto en el sector público como en el privado. Esta sería una senda prometedora que habría que valorar y en la que se podría avanzar, sobre la base de fuertes consensos ya existentes. Su contribución al interés general y a la mejora en la organización y funcionamiento de la sanidad sería tan valiosa como inobjetable.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- ABRIL-MARTORELL, F. (1991): “Informe y recomendaciones de la comisión de análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud”. Madrid, Congreso de los Diputados.
- CANTERO, J. (2024): “Sobre la gestión privada de la sanidad y la reforma que se avecina”. *Cercle de Salut [blog]*. 29 abril 2024. <https://cercle-desalut.cat/bloc/sobre-la-gestion-privada-de-la-sanidad-y-la-reforma-que-se-avecina/>
- GIDDENS, A. (1998): *The Third Way: The Renewal of Social Democracy*. Cambridge, Polity Press.
- GISSELQUIST, R.M. (2012): “What Does Good Governance Mean?”. *WIDER Angle*. January 2012., Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2466430>.
- GONZALEZ LOPEZ-VALCARCEL, B., BARBER-PEREZ, P. (1996): “Changes in the efficiency of Spanish public hospitals after the introduction of program-contracts”. *Investigaciones Económicas, Fundación SEPI*, vol. 20(3), September, pp.377-402, https://www.researchgate.net/publication/5108218_Changes_in_the_efficiency_of_Spanish_public_hospitals_after_the_introduction_of_program-contracts
- GONZÁLEZ-PÁRAMO, JL., ONRUBIA, J. (2003): “Información, evaluación y competencia al servicio de la gestión eficiente de los servicios públicos”. *Papeles de Economía Española*. (95), pp. 2-23.
- GREER, S. L., WISMAR, M., FIGUERAS, J. (2016): *Strengthening Health System Governance Better policies, stronger performance*. England: Open University Press. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/307939/Strengthening-health-system-governance-better-policies-stronger-performance.pdf?ua=1
- GUIX OLIVER, J. (2011): “Salud pública y mercado”. *Gaceta Sanitaria*, 25(5), pp. 423–426. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.03.012>
- KLASA, K., GREER, S. L., VAN GINNEKEN, E. (2018): “Strategic purchasing in practice: Comparing ten European countries”. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 122 (5), pp. 457–472. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.01.014>
- LA VANGUARDIA (2012): “Botella firma contra el cierre de un hospital planteado por González”. *La Vanguardia (redacción Madrid)*. 12/11/2012. <https://www.lavanguardia.com/local/madrid/20121112/54355109681/botella-firma-contra-cierre-de-la-princesa-que-plantea-gonzalez.html>
- LIPSEY, R., HARBURY, C. (1990): *First Principles of Economics*. London. Weidenfeld and Nicolson, pp. 276-277.
- MENEU, R., URBANOS, R. (2019): “La colaboración público-privada en sanidad: hasta dónde y cómo delimitar sus fronteras”. *Cuadernos Económicos De ICE*, (96). <https://doi.org/10.32796/cice.2018.96.6743>
- OVRETVEIT, J. (1995): *Purchasing for health: Multidisciplinary introduction to the theory and practice of health purchasing*. Michigan. Open University Press.
- PÉREZ-ROMERO C., ORTEGA-DÍAZ MI., OCAÑA-RIOLA, R., MARTÍN-MARTÍN JJ. (2019): “Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y gestión”. *Gaceta Sanitaria [Internet]*. 33(4), pp. 325-332. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911118300682?via%3Dihub>
- REJÓN, R., CHIENAROLI, N. (2014): “Javier Lasquetty: el hombre de FAES al que ahogó la marea blanca”. *El Diario*. 27 de enero de 2014. https://www.eldiario.es/sociedad/sanidad-privatizacion-lasquetty_1_5054246.html

- REPULLO, JR. (1998): “Compra de servicios y contratos: balance del experimento del mercado interno británico (2ª parte: desarrollo de los contratos y función de compra)”. *Revista de Administración Sanitaria*. 1998; 2 (7), pp. 39-63.
- TAMAYO P. (2021): “Sanidad”. En AYALA, L. (ed.). *Economía del Estado de bienestar*. Pamplona. Thompson-Reuters Aranzadi. pp. 205-230.