

El buen gobierno de los servicios de salud de producción pública: ideas para avanzar

Good governance of publicly-produced health services: ideas for moving forward

José-Manuel Freire¹
Jose Ramon Repullo²

Abstract *The good performance of publicly-produced health services is of vital importance, well beyond the health sector. Taking into account the great complexity of the health services in the public sector due both to their public and professional nature, we identify seven Gordian Knots as being responsible for the most frequent problems of publicly produced health services in Spain and Latin America. From the concept of good governance we take its character as a normative and ethical benchmark and its potential to renew and invigorate the government of the public sector. From comparative analysis of publicly-produced health services in the best performing countries, we extract eight characteristics which contribute significantly to good performance. A final reflection is on the relevance of the importance of offsetting the potential hostility to a reformist impulse of the status-quo with alliances that strengthen public trust and the social contract between health professionals and citizens based on the values of public health systems.*

Key words *Good governance, Publicly-produced health services, Management, International comparisons, Contractual management, New public service*

Resumen *El buen desempeño de servicios de salud de producción pública tiene importancia vital, más allá del sector salud. Se aborda su buen gobierno y gestión a partir del marco conceptual de los valores e ideas del buen gobierno y de la experiencia de países más ejemplares, como referente práctico de buen desempeño. Se parte de la gran complejidad de los servicios públicos de salud, por su carácter público y su naturaleza profesional, y se identifican siete nudos gordianos de los servicios públicos de salud en España e Iberoamérica. Del concepto de buen gobierno se toma su carácter de referente ético y normativo y su potencial para renovar y dinamizar el gobierno de lo público. Del análisis comparado de los servicios de salud de producción pública se extraen ocho características que contribuyen a su buen desempeño. Se concluye con una reflexión sobre la importancia de compensar la posible hostilidad corporativa y gremial a un impulso reformista del statu-quo con alianzas que refuercen la confianza pública y el contrato social entre profesionales y ciudadanos en torno a los valores de los sistemas públicos de salud.*

Palabras clave *Buen gobierno, Servicios sanitarios de producción pública, Gestión, Comparación internacional, Gestión contractual, Nuevo servicio público*

¹Departamento de Salud Internacional, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia e Innovación. Av. Monforte de Lemos 5 ES-28006 Madrid España. jmfreire@isciii.es

²Departamento de Planificación y Economía de la Salud, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia e Innovación, España.

Introducción

El buen gobierno de los intereses públicos es uno de los principales retos de las sociedades de todas las épocas. En cada sociedad y momento histórico las tradiciones, la cultura, la religión y el juego de intereses han ido acuñando respuestas institucionales para gobernar y gestionar lo público. El Estado democrático de los países desarrollados es la manifestación más avanzada de esta evolución. Dentro del mismo, coexisten sin embargo en tensión permanente diferentes esquemas conceptuales sobre el papel del Estado, su esfera de actuación y los instrumentos de la misma. Estas concepciones reflejan diferentes perspectivas ideológicas y/o los de los actores implicados en las diversas opciones políticas, institucionales y organizativas existentes. La actual crisis económica ha contribuido a hacer visible la desnudez del emperador, los efectos negativos de las políticas desmanteladoras del Estado. Así, los premios Nobel Krugman¹ y Stiglitz² atribuyen en gran medida la actual crisis económica al debilitamiento de las instituciones del Estado encargadas de regular y controlar los mercados financieros.

Este trabajo trata del gobierno de los servicios de salud. Asume de partida que su financiación (por impuestos y/o seguros sociales obligatorios) es la única alternativa equitativa, racional y eficiente de aseguramiento-financiación. No entra en el debate sobre ventajas/inconvenientes de la producción pública integrada de los servicios o de contratación externa³. Su punto de partida es una doble constatación: (1) que la inmensa mayoría de los servicios públicos de salud en España, Portugal y gran parte de Iberoamérica son de producción pública directa (gobiernos regionales o centrales), (2) que su desempeño en eficiencia y calidad dista mucho de ser satisfactorio. El objetivo del presente trabajo es ofrecer un conjunto consistente de alternativas para el buen gobierno y la buena gestión de los servicios públicos de salud, a partir de la potencialidad e implicaciones del concepto de buen gobierno, de sus valores y principios, aplicados a los instrumentos de gobierno corporativo de lo público, así como de las buenas prácticas de aquellos países que cuentan con servicios ejemplares de salud de producción pública, en los que la gestión contractual desempeña un papel particularmente útil. No se trata aquí del conjunto del sistema de salud (nivel "macro"), si no únicamente del buen gobierno y gestión de las organizaciones, centros y unidades operativas que prestan servicios directamente a la población (Distritos o Áreas de Atención Primaria, Hospitales, etc.).

Para ello, analizaremos las raíces de la gran complejidad de los servicios públicos de salud, exploraremos el concepto de buen gobierno y extraeremos las enseñanzas que se derivan de la experiencia de los servicios públicos de salud de los países más avanzados en buen gobierno corporativo. Concluimos con una reflexión final a favor del desarrollo de un paradigma del "Nueva Gestión del Servicio Público" que consideramos elemento decisivo para el futuro de los servicios de salud de producción pública.

El reto de gobernar y gestionar los servicios públicos de salud

La complejidad de los servicios públicos de salud viene dada, (1) por tratarse de un servicio prestado en ámbito de lo público, (2) por la naturaleza profesional de la Medicina y (3) por el contexto institucional y político.

En primer lugar, el Estado y la gestión de lo público tienen características muy específicas derivadas de operar en marco jurídico y político que le da poder de coacción y autoridad legitimada por el proceso político democrático, y que a su vez le impone restricciones y controles a su organización y a su autonomía que son esenciales para la transparencia y rendición de cuentas⁴ propias de un Estado democrático. Estas características fueron diseñadas fundamentalmente para impedir el ejercicio arbitrario del poder; muchas datan del Estado del siglo XIX. No están pensadas para buscar la eficiencia que se exige a un Estado moderno, proveedor de servicios públicos. La respuesta organizativa de los Estados a estas nuevas necesidades ha sido diferente en cada uno de los dos grandes prototipos de culturas político-administrativas. En la cultura política anglosajona (Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda), dada su orientación más gerencialista, su mayor flexibilidad y orientación a objetivos más que a procedimientos, esta evolución parece haber sido más natural. Se expresa en el paradigma de la Nueva Gestión Pública (*New Public Management*)⁵, que ha dominado la literatura internacional sobre estos temas.

Por el contrario, en los Estados de tradición administrativa napoleónica⁶ (Francia, España, Portugal y toda Iberoamérica) la administración pública está más diseñada para la objetividad y la prevención de abusos, corrupción y fraudes, a través del control del cumplimiento de las normas. Su gestión se basa en procesos reglados en los cuales el operador público tiene un margen

muy limitado de discrecionalidad, con un control exhaustivo “ex ante” de todas sus decisiones, centrado en el cumplimiento de normas y procedimientos, más que en la eficiencia o efectividad. En estos países los nuevos servicios públicos del Estado moderno han dado lugar al desarrollo de organizaciones, cuerpos funcionariales y normas específicas dentro de su administración pública tradicional. Sin embargo, con la excepción parcial de Francia, país de referencia de este paradigma, todos los países de este grupo presentan, en mayor o menor grado, problemas y notables dificultades para lograr en los servicios públicos los niveles de eficiencia y calidad que piden sus ciudadanos. Un problema no menor para ello es la escasez en el mercado de ideas de un paradigma de Nueva Gestión del Servicio Público⁷ (*New Public Service*), equivalente al de la Nueva Gestión Pública, que tome como punto de partida los valores de la buena administración pública tradicional, para buscar su modernización y su mayor eficiencia⁸.

La segunda fuente de complejidad en la gestión de los servicios públicos de salud deriva de la naturaleza profesional de la práctica médica, que hace de los hospitales el prototipo clásico de organización profesional⁹, donde la materia prima es el conocimiento de unos profesionales, que ejercen su actividad con autonomía respecto a la jerarquía de la organización. Ésta detenta el poder administrativo pero no la autoridad profesional, la cual por estar basada en el conocimiento, pertenece a los profesionales¹⁰. Ello conlleva retos muy específicos de gestión y gobierno, con tensiones clásicas entre administración y profesionales, aunque lo verdaderamente crítico para la eficiencia y calidad de los servicios de salud es la vigencia práctica de los valores, principios y compromisos del profesionalismo médico¹¹.

El tercer elemento que determina la extraordinaria complejidad del gobierno y gestión de los servicios públicos de salud es el contexto institucional y social concreto del sector público de cada país. Su cultura y sus prácticas políticas, administrativas y de gestión prolongan en los servicios públicos de salud (y otros) todas sus dimensiones, positivas o negativas. Un Estado con un desempeño global eficaz tendrá servicios públicos de salud eficaces, y viceversa: la corrupción y la ineficiencia del sector público inevitablemente se verá reflejada en los servicios públicos de salud.

La idea del buen gobierno

El concepto de buen gobierno. La expresión “buen gobierno” contiene un juicio de valor (“bueno”) y un concepto complejo y polisémico (“gobierno”), que en este contexto, se refiere al modo de gobernar, también conocido como “gobernanza” (en inglés, *governance*). Es un concepto que ha adquirido una gran relevancia en las últimas décadas, sobre todo por la prioridad que ha recibido por parte de las grandes organizaciones internacionales, especialmente el Banco Mundial¹², pero también la OMS, PNUD¹³, OCDE¹⁴, etc. La expresión “buen gobierno” (*good governance*) no tiene una definición estándar y, como sucede con la salud, frecuentemente se mide a partir de sus contrarios: corrupción, despilfarro, nepotismo, ineficiencia (Banco Mundial¹⁵ y Transparencia Internacional¹⁶).

Pero, además de prevenir la corrupción y lograr un alto nivel de “integridad”, el buen gobierno persigue otros objetivos del máximo interés social, esenciales para que las organizaciones sanitarias cumplan su misión social: calidad, eficiencia, transparencia, rendición de cuentas, participación democrática, etc. El buen gobierno, exige buenos “resultados” (efectividad, eficiencia, calidad, equidad), pero también buenos “procedimientos” de toma de decisiones, de acuerdo a “normas” de participación democrática, de transparencia, de rendición de cuentas, de respeto a las leyes, etc. Procedimientos que están basados en “valores” de ética pública y política, que no es sino ética pública aplicada al gobierno y a la gestión de lo público, a la Administración y a todos sus servicios. Una ética política es obligada en todo el sector público, e incluye a los proveedores de servicios públicos, para los cuales es parte de su ética profesional. Sus principios y reglas, son entre otros: respeto a la ley, búsqueda del interés público, transparencia y rendición de cuentas, eficiencia, equidad, igualdad de trato y oportunidades, participación ciudadana y búsqueda del consenso, regulación de los conflictos de interés, etc. Buen gobierno es, pues, calidad institucional¹⁷. No cabe hablar de “buen gobierno” si falta alguno de los eslabones de la cadena causal que liga valores (éticos y democráticos), “procedimientos” de decisión eficaces que respondan a esos valores, y finalmente, “resultados” positivos.

Estas reflexiones son aplicables al sector salud¹⁸, como hace el Consejo de Europa en sus Recomendaciones para el Buen Gobierno de los Sistemas de Salud¹⁹ (Cuadro 1). La premisa que subyace en sus recomendaciones es que una bue-

na gobernanza basada en valores, influencia positivamente todas las funciones del sistema sanitario, mejorando su desempeño y, en última instancia, los resultados de salud.

Buen gobierno corporativo de los servicios públicos de salud

El modo de controlar y dirigir una organización se conoce como gobierno corporativo, una expresión nacida en el sector privado, donde es de uso común. Sin embargo, cada vez es más utilizada en el sector público (*public sector governance*) especialmente en los países de cultura anglosajona, destacando en ello Australia y Nueva Zelanda²⁰.

El gobierno corporativo de una organización se refiere a las estructuras de la misma, a los procedimientos existentes para lograr una gestión efectiva y eficiente, y a los mecanismos con los que se busca el cumplimiento de normas y objetivos y se previenen conductas contrarias a los mismos. La Australian National Audit Office (ANAO)²¹ define la gobernanza en el sector público como *los procesos a través de los cuales se dirige, controla y se ejerce la rendición de cuentas de una organización*. Posteriormente esta definición ha sido expandida para incluir también la cultura, la estrategia y las políticas de la organización, así como la forma en la que se relaciona con todos los actores implicados²².

Un punto importante para entender el gobierno corporativo es diferenciar en las organizaciones gobierno y gestión: gestionar (gestión) es diferente a gobernar (gobernanza). De la función de gobierno emanan las estructuras, normas y estrategia que rigen la organización, con las cuales

opera el gestor; la función de éste es la de ejecutor, es decir: ser responsable del día a día, y rendir cuentas de su gestión al órgano colegiado de gobierno (Patronato, Consejo de Gobierno o de Administración). Esta distinción, tradicional en muchas instituciones públicas especialmente hospitales, frecuentemente ha quedado devaluada por la pérdida del papel que corresponde a los órganos de gobierno. Este punto es crucial, porque un argumento central de este trabajo es que la recuperación de la función gobierno de los órganos colegiados tiene un gran potencial para renovar la gestión de las organizaciones públicas de servicios de salud y mejorar su desempeño.

Los principios del buen gobierno corporativo son similares en el sector público y en el privado: rendición de cuentas (*accountability*), transparencia, integridad, respecto a las reglas, eficiencia, efectividad, calidad, respetar los derechos de terceros (afectados, implicados, etc.). Es de especial interés práctico conocer los instrumentos (estructuras y procedimientos) del buen gobierno corporativo que contribuyen a un desempeño óptimo de las organizaciones. Del conjunto de códigos existentes, tanto para el buen gobierno corporativo del sector privado²³ como del público^{24,25}, se pueden extraer los elementos básicos mostrados en el Cuadro 2.

De estos elementos del buen gobierno corporativo, los órganos colegiados de gobierno (los Consejos) son sin duda el componente más importante, pero al mismo tiempo el más frágil. Su importancia deriva de ser el vértice de autoridad de sus organizaciones, de su potencial para tener una gran legitimidad social y política, por las posibilidades que da su carácter colectivo, y por ofrecer mayores garantías que un único órgano uni-

Cuadro 1. Consejo de Europa. *Recomendación CM/Rec(2010)6* sobre el buen gobierno de los sistemas de salud, 2010.

Apéndice (directrices)
I. Leyes y reglamentos para el buen gobierno de un sistema de salud basado en los valores y principios fundamentales.
II. Promover códigos de conducta para la buena gestión de un sistema de salud.
III. Seguimiento de buen gobierno de un sistema de salud.
IV. Gestión de conflictos de interés en los sistemas de salud.
V. Una estrategia de buen gobierno contra el fraude y la corrupción.
VI. Preparación de los profesionales relacionados con la salud para el buen gobierno: la educación y la formación de profesionales de la salud, administradores, gerentes y responsables de las políticas de buen gobierno basado en los valores de los sistemas de salud.

Fuente: Consejo de Europa (*Adopted by the Committee of Ministers on 31 March 2010*), www.coe.int

Cuadro 2. Características básicas del buen gobierno corporativo de las organizaciones sanitarias.

1. Existencia de un órgano colegiado de gobierno (Consejo), diferenciado de la Dirección ejecutiva (órgano gestor).
2. Consejos con características que la experiencia ha demostrado que contribuyen a su efectividad: (a) compuesto por miembros sin poder ejecutivo en la organización e independientes, sin intereses personales en ella; (b) tamaño adecuado, (c) consejeros con competencias relevantes para la organización, (d) funcionamiento de un subcomité de auditoría y de otros subcomités formados por los consejeros según necesidades.
3. Dirección ejecutiva (o Dirección-Gerencia): (a) seleccionada por procesos transparentes, (b) retribución con incentivos por desempeño.
4. Reglas de funcionamiento del Consejo y de la dirección ejecutiva, así como de la relación entre ambos, que respondan a estándares de los códigos de buen gobierno y buena gestión.

Fuente: Autores, Códigos de buen gobierno.

personal al buen funcionamiento y al cumplimiento de los fines de la organización²⁶. De hecho, es la forma de gobierno de todas las organizaciones con una cierta complejidad en los diferentes países. Por otro lado, de nada sirve la existencia de Consejos si éstos no son efectivos, lo cual requiere formar a sus miembros y la existencia de reglas y códigos de conducta adecuados^{27,28}.

Aprendiendo de los mejores servicios de salud de producción pública

Ocho características de los buenos servicios públicos de salud

Las instituciones que determinan las estructuras y procedimientos de gobierno y gestión de las organizaciones públicas, son el resultado de una compleja evolución histórica, compuesta de múltiples capas y dimensiones y con una notable inercia (dependencia de senda). Dado el fuerte carácter contextual, las experiencias ajenas raramente pueden, o deben, ser copiadas de un entorno a otro, aunque siempre es obligado aprender de ellas, adaptándolas a la propia realidad. Sin embargo, las comparaciones²⁹, han tenido y tienen una gran influencia en la construcción de políticas y en las propuestas de reformas.

Existiendo países cuyos servicios de salud destacan claramente por su alto nivel de eficiencia, calidad y equidad (acceso universal equitativo), tiene gran interés preguntarse por las características comunes a todos ellos en su organización, gobierno y gestión y contrastar estas características con las de nuestros propios servicios públicos. El análisis comparado³⁰ de los aspectos rele-

vantes del gobierno corporativo (estructuras y mecanismos de gobierno y gestión) de los servicios públicos de salud se ve dificultado por la escasez en la literatura e información sobre estos temas, tanto a nivel central, como territorial (Distritos, Áreas de Salud), con la excepción parcial de los hospitales.

Para nuestro análisis hemos considerado únicamente países con sistemas de servicios públicos de salud universales e integrados: Reino Unido, Italia, España, Países Nórdicos (Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia) y Portugal, y de fuera de Europa a Nueva Zelanda. La información ha sido extraída del European Observatory on Health Systems and Policies (cuya serie *Health Systems in Transition HiT*³¹ contiene un informe detallado de cada país), de la literatura profesional^{32,33}, de las páginas oficiales de Internet, así como de un estudio *ad hoc* realizado por los autores en cinco países europeos³⁴.

Este grupo de países incluye las dos tradiciones de administración pública, la gerencialista anglosajona y la administrativa napoleónica, diferencia, que como cabría esperar, tiene una gran influencia en el gobierno corporativo de los servicios públicos de salud. En algunos de estos países (Suecia, Reino Unido, España e Italia) los servicios de salud son responsabilidad de los gobiernos subnacionales, en un contexto semifederal; ello da lugar en ocasiones a notables diferencias entre las regiones de un mismo país (Escocia e Inglaterra). El Cuadro 3 muestra ocho características presentes en los países analizados. Han sido seleccionadas por considerarlas especialmente decisivas para el buen gobierno corporativo de los servicios públicos de salud. En nuestra opinión su existencia condiciona el buen desempeño

de Áreas/Distritos de Salud y Hospitales. A continuación analizamos brevemente las características seleccionadas y las peculiaridades que presentan en algunos países.

Separación y diferenciación entre el sistema sanitario público y la administración pública general

Los modernos servicios de salud son muy específicos y su gobierno tiene exigencias muy diferentes a las de la administración pública común. Esta lógica lleva a dar a los servicios públicos de

salud una personalidad jurídica diferenciada de la administración pública común. Es interesante constatar las dificultades en los países de tradición administrativa para adoptar formulas tipo empresa pública para sus servicios de salud; mientras que es fórmula general en Italia y en los hospitales portugueses, en España solo algunas Comunidades Autónomas la han adoptado para el conjunto de sus servicios de salud (País Vasco, Instituto Catalán de la Salud, Servicio Madrileño de Salud), pero en hospitales solo se utiliza en los de nueva creación. Estas reformas han encontra-

Cuadro 3. Características importantes de buen gobierno y desempeño en sistemas de salud públicos integrados de países seleccionados.

	Reino Unido	Países nórdicos	Nueva Zelanda	Italia	España	Portugal
Los servicios públicos de salud tienen personalidad jurídica propia, diferenciada de la Administración pública.	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Organización territorial descentralizada (Áreas/Distritos/hospitales).	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Gobierno de Áreas/Distritos/hospitales en base a órganos colegiados de gobierno (Consejos) ante los que rinden cuentas los gestores.	Si	Si	Si	No	No	No
Los gestores tienen carácter profesional, no son nombramientos discrecionales (políticos).	Si	Si	Si	No	No	No
Alto nivel de autonomía, tanto a nivel central respecto a la administración general, como localmente (Áreas/Distritos/Hospitales), que incluye contratación del personal propio.	Si	Si	Si	Si	No	Si
Atención Primaria fuerte: Médico General/de Familia puerta de entrada para la atención especializada, con lista de población a cargo.	Si	No (Suecia)	Si	Si	Si	Si
Regulación y organización de la profesión médica (y otras profesiones de la salud) favorable a los valores de la profesionalidad, al diferenciar regulación, aspectos sindicales y temas profesionales (conocimiento-competencias).	Si	Si	Si	No	No	Si
Desarrollo de la gestión contractual en cascada (intraorganizativa, o entre financiadores y proveedores) hasta el nivel de unidades clínicas.	Si	Si	Si	Si	Si	No datos

Fuente: Autores.

do resistencias, incluido el sorprendente reproche de “privatización”; el inmovilismo en lo administrativo alimenta de hecho la externalización hacia modelos privados comerciales.

Organización descentralizada de los servicios con base territorial

La planificación poblacional y territorial de los recursos en Áreas o Distritos de Salud, por razones de racionalidad y equidad, precisa de una organización de los servicios descentralizada en el territorio. Es esencial además para una buena gestión, con autonomía y control democrático, así como para la coordinación de los servicios y una atención integrada. Esta importante característica es común a todos los países analizados, sin excepción.

Gobierno en base a órganos colegiados de gobierno (Consejos) ante los que rinden cuentas los gestores

En estos Consejos, de Áreas/Distritos de Salud o de los hospitales reside la máxima autoridad de la organización; son un cauce de participación democrática y control cívico de los servicios públicos, que se contraponen al órgano unipersonal de gestión, parte de una cadena jerárquica de mando. El gobierno a través de Consejos es “la norma en todo tipo de organizaciones complejas”. El Cuadro 3 muestra en este punto las diferencias entre países con distintas tradiciones político-administrativas.

Gestores profesionales

Seleccionados con publicidad y transparencia, en base a su capacidad y experiencia, que responden ante los Consejos de gobierno. El carácter profesional de su función, la ausencia de connotación partidaria y la rendición de cuentas ante los Consejos confiere a los gestores la legitimidad, autoridad y estabilidad esenciales para su buen desempeño. También en este punto existe un contraste claro entre los países pertenecientes a la misma tradición político-administrativa: en España los responsables de los servicios públicos de salud y de sus instituciones (hospitales por ejemplo) tienen actualmente la consideración de cargos de confianza, de nombramiento político; en Francia sin embargo, los directores de hospitales públicos tienen un carácter funcional-meritocrático.

Alto nivel de autonomía de gobierno y gestión

Dentro un marco común, tanto en el nivel central respecto a la Administración general),

como localmente, las Áreas/Distritos de Salud, hospitales. Todos los países analizados tienen un alto grado de autonomía local, esencial para el buen funcionamiento de los servicios. Esta autonomía local, que opera dentro del marco corporativo general de los servicios públicos de salud, incluye la contratación por los centros de su propio personal, en condiciones muy similares – cuando no idénticas como en los países nórdicos – a las cualquier otro trabajador.

Atención Primaria fuerte

Se manifiesta principalmente, aunque no exclusivamente, en el papel de Médico General/de Familia como puerta de entrada a la atención especializada y en la continuidad que supone tener establemente una lista de población a su cargo. No es posible insistir bastante en que la buena organización y funcionamiento de este primer nivel de atención es condición esencial para la eficiencia, calidad y equidad (acceso universal) de los sistemas de salud. De los países analizados, la única excepción – más teórica que real por otra parte – es Suecia donde los pacientes pueden acudir directamente al hospital. España, destaca en este punto por la tradición y la solidez de su Atención Primaria.

Regulación y organización de la profesión médica (y otras profesiones de la salud)

La naturaleza profesional de los servicios de salud, hace particularmente importante un buen marco regulatorio y organizativo de la profesión médica y otras profesiones sanitarias, que favorezca y promueva los valores del profesionalismo. Ello implica diferenciación y organización eficaz de tres elementos: (1) la regulación legal, que corresponde al Estado, y que éste puede delegar parcialmente, (2) la gestión del conocimiento y competencias profesionales, actividad central de los Colegios u Órdenes y (3) la defensa de los intereses, responsabilidad propia de los sindicatos. Este esquema es típico de los países de tradición anglosajona y de los países nórdicos, y solo existe en parte en Francia, España, Italia y Portugal. Existen sin embargo líneas de convergencia y, por ejemplo, es de gran interés el desarrollo en España por la Organización Médica Colegial, de un amplio consenso profesional para impulsar los valores del profesionalismo, vinculándolo a la responsabilidad de los médicos hacia el Sistema Nacional de Salud³⁵.

Desarrollo de la gestión contractual pública, intraorganizativa o entre financiadores y proveedores públicos

Los fundamentos profundos de este desarrollo tienen que ver con la búsqueda de herramientas que complementen el modelo jerárquico dominante en el ámbito administrativo (e intra-organizativo, en general), habida cuenta de su insuficiencia real para gobernar organizaciones profesionales como son las de salud. En ellas el recurso a la estandarización no es suficiente, ni en su versión industrial (Tayloriana), ni en su versión procedimental (burocrático-Weberiana de clara inspiración napoleónica). De ahí la búsqueda de instrumentos nuevos que dentro de la arquitectura organizativa pública permitan obtener ganancias de gobernabilidad en la función sanitaria. Los contratos de gestión o contratos-programa, suscritos entre el financiador público y los proveedores públicos, son uno de los experimentos desarrollados en países con modelos sanitarios integrados en los años 90 y presentan aspectos positivos de relevancia³⁶. Se trata de un documento, que remeda un contrato, complementando la relación jerárquica o intra-organizativa, cuya base de autoridad está alterada en las organizaciones profesionales. Este tipo de instrumentos los contratos facilitan la implicación de los profesionales y la visualización de los compromisos de recursos por actividad, calidad y resultados.

El hecho de que los servicios de salud que se desempeñan con mayor nivel de calidad, eficiencia y equidad (acceso universal) son los de aquellos países que también tienen instituciones de más calidad, más sólidas y legitimadas, mejores indicadores de buen gobierno, apunta claramente a la importancia del contexto y de la calidad de la política³⁷. Las ocho características indicadas arriba, si bien valiosas por sí mismas, solo desarrollan todo su potencial de buen gobierno en un contexto político-social con un alto nivel de transparencia, rendición de cuentas, participación democrática y, en definitiva: una cultura de ética cívica y de servicio público. Sin embargo, es precisamente en ausencia de este entorno favorable cuando son más necesarias por su valor para inducir cultura de buena gestión pública y por ser instrumentos imprescindibles para la misma.

Es interesante comprobar cómo en los países de tradición administrativa napoleónica que tra-

tan de mejorar el desempeño de sus servicios públicos de salud, se reproducen los mismos temas y debates en relación a la imprescindible mejora de sus estructuras de gobierno y gestión. En España³⁸ desde los años 90, y más recientemente con la conversión del Instituto Catalán de Salud (ICS) en empresa pública; en Chile en relación a la autonomía de sus hospitales públicos³⁹; en Portugal con la transformación de sus hospitales en entidades públicas empresariales (EPE)⁴⁰. Aunque este tipo de reformas –tan necesarias por otro lado– encuentran una notable resistencia, se están produciendo avances en la práctica, como la reciente el Código de Buen Gobierno para la Sanidad Pública Vasca⁴¹ y los avances la gestión contractual.

Reflexión final

La mejora de los centros sanitarios públicos de gestión directa es un objetivo irrenunciable y prioritario para los sistemas sanitarios. Para ello se precisan cambios en su gobierno y en la gestión. El concepto de Buen Gobierno, aplicado al ámbito de la meso-gestión nos señala la importancia estratégica del gobierno corporativo, del que existen experiencias internacionales útiles, y que tiene su concreción fundamental en la creación y adecuado funcionamiento de órganos colegiados de gobierno (Consejos). Por su parte, la mejora de la gestión es más factible con la profesionalización de los directivos, con la gestión contractual y con todo un conjunto de políticas que permitan estimular el profesionalismo, mejorar la transparencia y facilitar la rendición de cuentas.

En el mundo actual, los valores sobre los que se asientan los sistemas públicos de salud deben necesariamente concretarse en cambios reformistas y regeneracionistas en los hospitales y otros centros sanitarios públicos. La hostilidad corporativa y gremial que podría suscitar el cambio del status-quo debe ser compensada con la transparencia y rendición de cuentas que implica el buen gobierno y con alianzas que refuercen el contrato social entre profesionales, pacientes y sistemas de salud. El desarrollo de una cultura de “Nueva Gestión del Servicio Público” es un elemento decisivo para el futuro de los servicios de salud de producción pública.

Colaboradores

J-M Freire y JR Repullo concibieron conjuntamente la idea del trabajo. JM Freire escribió un primer borrador que JR Repullo completó. Ambos autores revisaron complementariamente diferentes versiones del manuscrito y se corresponden por igual de la versión final.

Referencias

1. Krugman P. *The conscience of a liberal*. New York: Norton; 2009.
2. Stiglitz J. El papel económico del estado. Madrid: Ministerio de Economía y Hacienda. Instituto de Estudios Fiscales; 1993.
3. Preker AS, Harding A, Travis P. Make or buy decisions in the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78:779-790.
4. Jiménez Hernández E. Reinterpretando la rendición de cuentas o accountability: diez propuestas para la mejora de la calidad democrática y la eficacia de las políticas públicas en España [Internet]. 2009. [consultado 2010 nov 28]. Disponible en: <http://bit.ly/hG2f9a>
5. Pollitt C. What can we learn from 30 years of public management reform? [Internet]. Rome: 2010. [cited 2010 nov 28]. Available from: http://www.sspa.it/wp-content/uploads/2010/11/Pollitt_ROME_2010-2.pdf
6. Ongaro E. *Public management reform and modernization: trajectories of administrative change in Italy, France, Greece, Portugal and Spain*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing; 2010.
7. Denhardt RB, Denhardt JV. The new public service: serving rather than steering. *Public Administration Review* 2000; 60(6):549-559.
8. Lynn Jr. LE. The myth of the bureaucratic paradigm: what traditional public administration really stood for. *Public Administration Review* 2001; 61(2): 144-160.
9. Etzioni A. *Modern organizations*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1964. (Traducción española: Mexico City: U.T.E.H.A., 1965).
10. Varela J, Craywinckel G, Esteve M, Pica JM. Implicación de los médicos en la gestión basada en el profesionalismo y en el liderazgo de equipos multidisciplinares. *Med Clin* 2010; 134(1):35-39.
11. Borrell-Carrio F, Epstein RM, Pardell Alentà H. Profesionalidad y professionalism: fundamentos, contenidos, praxis y docencia. *Med Clin (Barc)* 2006 sep 9; 127(9):337-342.
12. World Bank. *Reforming public institutions and strengthening governance: a world bank strategy*. Washington, DC: World Bank, Poverty Reduction and Economic Management Network; 2000.
13. United Nations Development Program (UNDP). *Governance for sustainable human development*. New York: UNDP; 1997.
14. OECD. Principal elements of good governance [Internet]. [cited 2010 Dec 10]. Available from: http://www.oecd.org/document/32/0,3746,en_2649_33735_1814560_1_1_1_1,00.html
15. El BM tiene una gran riqueza de recursos dedicados al Buen Gobierno. Gobernanza y Control de Corrupción. [cited 2010 dec 10]. Available from: www.worldbank.org/wbi/governance/esp
16. Transparency International España. Barómetro Global de la Corrupción. [Internet]. [cited 2010 Dec 10]. Available from: <http://www.transparencia.org.es/>

17. Chong A, Gradstein M. Institutional quality and government efficiency [Internet]. Inter-American Development Bank; 2007. [cited 2010 Dec 10]. Available from: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=35061567>
18. Ortun V, editor. *El buen gobierno sanitario*. Madrid: Springer Healthcare Communications; 2009.
19. Council of Europe-Committee of Ministers. Recommendation CM/Rec(2010)6 of the Committee of Ministers to member states on good governance in health systems. European Health Committee. [cited 2010 dec 10]. Available from: <http://bit.ly/hWVDWE>
20. Corporate Governance ARC Project. University of Canberra, Australia [Internet]. [cited 2010 Dec 8]. Available from: <http://www.canberra.edu.au/corpgov%2Daps/>
21. Australian National Audit Office. *Corporate governance in Commonwealth authorities and companies principles and better practices*. Canberra: Australian National Audit Office; 1999.
22. Edwards M, Clough R. Corporate governance and performance: an exploration of the connection in a public sector context. Canberra: University of Canberra; 2005. [cited 2010 Dec 10]. Available from: <http://bit.ly/hBiNag>
23. Organisation for Economic Co-operation and Development. *OECD principles of corporate governance*. Paris: OECD; 2004. [cited 2010 Dec 10]. Available from: www.oecd.org/daf/corporate/principles
24. Victorian Government (Australia). State Services Authority. *Good practice guide: reference list* [Internet]. [cited 2010 Dec 10]. Available from: <http://www.ssa.vic.gov.au/CA2571C900701857/0/91471A81AD940C54CA2571CB002B9A7A>
25. The Independent Commission on Good Governance in Public Services. *The good governance standard for public services* [Internet]. London: OPM (Office for Public Management) and CIPFA (The Chartered I. of Public Finance and Accountancy); 2004. [cited 2010 Dec 10]. Available from: www.cipfa.org.uk
26. Bennington L. Review of the corporate and health-care governance literature. *Int J Health Plann Manage* 2010; 16(2):314-333.
27. Kathryn O'Neill J, editor. *Putting quality first in the boardroom: improving the business of caring*. London: The King's Fund; 2010.
28. NHS Healthy Board Principles Document. The National Leadership Council [Internet]. [cited 2010 Oct 13]. Available from: <http://www.nhsleadership.org.uk/workstreams-board-nhshealthyboard.asp>
29. Conill E. Sistemas comparados de saúde. In: Campos GW, Minayo MCS, Akerman M, organizadores. *Tratado de Saude Coletiva*. SaPo Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 563-615.
30. James O, Wilson D. Introduction: evidence from the comparison of public service performance. *Evaluation* 2010; 16(1):5-12.
31. WHO/Europe. Health system profiles (HiTs) [Internet]. [cited 2010 Dec 10]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits>
32. Dickinson H, Ham C. Health Services in Small Countries: what are the lessons for Wales? [Internet]. 2008. [cited 2010 Dec 10]. Disponible en: http://www.hsmc.bham.ac.uk/news/pdfs/Governance_Small_Country_English.pdf
33. Dentzer S. Lessons on health reform from across the waves. *Health Affairs* 2010; 29(8):1428.
34. Repullo J, Freire J, editores. Médicos en cinco Sistemas Sanitarios Integrados Europeos: relaciones contractuales de los profesionales médicos en los sistemas públicos de salud en países europeos seleccionados. [Internet] 2009. [consultado 2010 Nov 28]. Disponible en: <http://bit.ly/gQe5yK>
35. Rodríguez Sendín J. Los compromisos de la profesión médica ante los desafíos actuales. Conferencia Siglo XXI. Madrid: 2010. [consultado 2010 Nov 18]. Disponible en: <http://www.cgcom.org/sites/default/files/Conferencia.doc>
36. Øvretveit J. *Purchasing for health*. Buckingham: Open University Press; 1995.
37. Bresser-Pereira L, Grau N, Garnier L, Oszlak O, Przeworski A, editores. *Política y gestión pública*. Buenos Aires, Caracas: Fondo de Cultura Económica, CLAD; 2004.
38. Martín Martín J. El gobierno de las organizaciones sanitarias del estado español. In: Repullo Labrador J, Oteo Ochoa L, editors. *Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible*. Barcelona: Editorial Ariel; 2005. p. 333-348.
39. Méndez CA, Torres AMC. Autonomía en la gestión hospitalaria en Chile: los desafíos para el recurso humano en salud. *Rev Saude Publica* 2010; 44(2):366-371.
40. Campos A. *Reformas da saude: o fio condutor*. Coimbra: Almedina; 2008.
41. Recomendaciones del Consejo Asesor sobre el Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca. [Internet]. [consultado 2012 Abr 14]. Disponible en: <http://bit.ly/iHGbo8>

Artigo apresentado em 23/02/2011

Aprovado em 30/03/2011

Versão final apresentada em 14/04/2011