



**Universitat  
Pompeu Fabra**  
*Barcelona*



**Colección Health Policy Papers**

**2020 – 11**

## **TRES TEXTOS PARA EL DÍA DESPUÉS**

**Guillem López-Casnovas**

**Catedrático de Economía Pública, Universitat Pompeu Fabra  
CRES-UPF**

**Idefonso Hernández Aguado**

**Catedrático de Salud Pública Universidad Miguel Hernández**

La Colección Policy Papers, engloba una serie de artículos, en Economía de la Salud y Política Sanitaria, realizados y seleccionados por investigadores del Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universitat Pompeu Fabra (CRES-UPF), al amparo del apoyo incondicionado por convenio con “la Caixa”.

*"This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium provided that the original work is properly attributed"*



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

**Barcelona, Junio 2020**



## TRES TEXTOS PARA EL DÍA DESPUÉS

### ENTENDER LA REALIDAD. GASTO PÚBLICO Y FISCALIDAD. DÓNDE ESTAMOS Y LO QUE NOS ESPERA CON LA COVID-19 (#)

**Guillem López-Casasnovas. Catedrático de Economía Pública, Universitat Pompeu Fabra, CRES-UPF.**

El nivel de complejidad de las transacciones humanas y la sofisticación en el lenguaje que las describe ha generado un *gap* en la comprensión de la realidad. En la parte que afecta a la economía, estas son algunas lagunas y una explicación directa que pretendemos clarificativa, no siendo la menor que hablar de aumentar el gasto público sin aumentar los ingresos es impropio de personas razonables, y de que hay vida inteligente más allá del discurso centrado en más recursos sanitarios en los objetivos de mejora de la salud poblacional.

**Europa.** Un club de socios con poderes en organizaciones conjuntas según su peso relativo en el Producto Interior Bruto (PIB). Entre las instituciones compartidas, pocas merecen el calificativo *Europa*. Fluye sin embargo un interés común: la moneda, el euro. El Banco Central Europeo (BCE) es quien tiene delegada la misión de su defensa. Y para ello tiene un estatus que no requiere los consensos de 27. Ello le otorga credibilidad en sus posicionamientos. Pero el BCE es un banco: en sus pasivos, los billetes emitidos; en su activo, los valores adquiridos a cambio, más allá del capital. Cuando se exige que el BCE haga algo para revitalizar la economía europea -‘lo que haga falta’- éste toma deuda de un país, por ejemplo, y por la vía bancaria intermediaria le inyecta dinero. Lo hace triangulando, ya que no puede comprar deuda de un país directamente (monetizar deuda); de lo contrario, el dinero en circulación no permitiría una política monetaria propia, al ir lastrada por los requerimientos de los déficits fiscales (deudas) de los diferentes países. Sería como si pagase los tiques de los gastos de los Estados miembros. Aun así, inmersos en la crisis que vivimos, el BCE es la única institución que presta dinero de verdad y ya veremos con qué retorno. Claro que si los Estados no utilizan bien estos recursos, el valor de dicha deuda en los mercados bajará, y así el valor de los activos del BCE. Un país como España, que va a tener al final de la crisis cerca de medio billón de euros en deuda pendiente con el BCE, con la erosión del valor de ésta por el modo en que gasta e ingresa y mantiene déficits y deudas con otras partes del sistema económico (diferentes organismos prestamistas), puede poner en peligro la solvencia del BCE y del propio euro. Un país como Alemania, con más activos que pasivos en el BCE, tiene un interés necesariamente diferente que España, que es con respecto al BCE una especie de deudor neto. Los últimos tenedores

de una quiebra potencial del BCE serían, por supuesto, los Estados acreedores netos. Ojo, por tanto, a ser justos con la realidad.

De hecho, fuera del BCE, que adquiere deuda de modo masivo con los Estados deficitarios, el resto de instituciones europeas (Mecanismo Europeo de Estabilidad (MEDE), Banco Europeo de Inversiones (BEI)...) avalan el acceso a los mercados; pero la deuda con la que responden es deuda nacional: por tanto, una deuda que los mercados observan y a la que asignan prima de riesgo. Cada país la suya; no conjunta como la que supondría una emisión de eurobonos si se financiaran los préstamos para cubrir los déficits con deuda mutua, de la cual los prestamistas se responsabilizan también ante terceros en caso de no devolución. Incluso en el supuesto de deuda perpetua, de cupón cero o largos períodos de carencia, el valor del activo para el adquirente no dejaría de erosionarse. De ahí las resistencias de algunos, más observables cuando los países europeos no tienen delegadas el resto de sus políticas en las actuaciones de instituciones independientes.

La crisis originada por la pandemia de la COVID-19 va a dejar déficits inmensos; de los de doble hoja, con caída de la recaudación y explosión de gastos. Ciertamente, la magnitud de los impactos va a depender de cuánto tiempo se tarde en poder cerrar la tijera sin segundas oleadas de la epidemia, la composición sectorial en importación/exportación de productos de los distintos países, los márgenes que mantengan para el impulso fiscal y de que lo que empezó como una crisis de oferta se revierta en una recuperación de la demanda, con cambios estructurales en la propensión a ahorrar e importar. El terreno es desconocido, aunque ello graduará, no evitará, una nueva consolidación fiscal. Las ayudas europeas, si se producen en todo su alcance, tendrán sus condiciones (para inversiones, reestructuración económica...) y no globales para ya sea un subsidio europeo de paro o lucha contra la pobreza.

Rehacer la situación va a requerir consolidar fiscalmente las cuentas públicas. De otro modo, sin reconducir tal nivel de endeudamiento, un país deja de ser país y queda sometido a los acreedores, en sus múltiples formas. Por tanto, lo que pueda acontecer en el futuro con nuestro sistema sanitario, creemos que va a depender de los escenarios siguientes:

**Escenario 0.** *¿Qué pasará con la mutualización de la deuda?* El contraste entre el déficit público previsto en la zona euro y las medidas de financiación puestas en marcha por el momento, apenas suponen una tercera parte de los 1,5 billones de euros de los que se está hablando. Decisivo va a ser, especialmente para países como el nuestro, que se encuentra con una mano delante y otra detrás en la reacción fiscal, saber con qué grado de mutualización de la deuda va a responder la Comisión y allegados: fondo de rescate, movilización de crédito (MEDE), de inversiones (BEI), de desempleo (SURE), el PEPP (*Pandemic Emergency Purchase Programme*) del BCE en

adición o sustitución a su TLTRO-III (*Targeted Longer-Term Refinancing Operations*) o cualquier nueva sopa de letras resultante, en identificación de las medidas adoptadas. Clarifiquemos al respecto que se contemplan: (i) emisiones propias de cada Estado (de ellas compra y mucho el BCE, ¡jamén de la deuda corporativa!) y el resto va a mercados; (ii) crédito condicionado en destino y con aval del Estado receptor (se trata de una mutualización muy débil con efectos en prima de riesgo de la deuda propia emitida en la opción (i)); (iii) transferencias de recursos vía fondos europeos diversos financiados con una emisión de deuda europea. De acuerdo a la propuesta franco-alemana, cada país se responsabiliza de una cuota. Está claro que la opción interesa a los países candidatos a recibir un volumen mayor de fondos, que responderían en su caso por su cuota. Por ello, a algunos países como España les interesaría la financiación con deuda perpetua, ya que la trazabilidad se desvanecería. Y aún más les interesaría la financiación con coronabonos, ya que la cuota no sería mancomunada sino solidaria. Pero ya sabemos hoy que en el mejor de los casos las cifras finales acordadas financiadas por deuda europea se distribuirán como gastos corrientes ligados a la sanidad, expedientes de regulación temporal de empleo y a alguna otra partida, y por una cifra igual a la anterior, en proyectos de reforma económica aprobados a escala europea y financiación de capital graduada durante los tres próximos años. Nos ha de salvar Europa así de la tentación de dilapidar toda la financiación disponible gastando en hacer más de lo mismo.

**Escenario 1. Aumento de ingresos fiscales.** España tiene un problema de presión fiscal si comparamos recaudación y bases potenciales, no si lo valoramos como carga fiscal de los ya sometidos a tributación. El fraude fiscal es difícil de estimar por naturaleza, pero valorado macroeconómicamente (bases fiscales potenciales y PIB) pasa por neutralizar la elusión fiscal (no fraude), referenciar la diferencia entre la recaudación efectiva y la potencial. Conviene evitar, por tanto, confundir bases impositivas con recaudación. Por lo demás, fiar el cuadro futuro a la eliminación del fraude es deseable en cualquier caso, ya que legitima el cumplimiento de los que cumplen. Más allá de esta propuesta inocua (que paguen los que no pagan) queda la de aumentar los impuestos. Se trataría de una redistribución entre pagadores según composición de fuentes: rentas de capital, mixtas y del trabajo asalariado. Sería normal pensar en un reequilibrio en un contexto de creciente desigualdad social. Sobre ello hace falta reconocer que la dualidad fiscal en la que están instalados de manera descoordinada en el mundo occidental nuestros sistemas impositivos (con rentas de capital deslocalizables en un solo *click*), un creciente peso de la imposición indirecta (regresiva en sus efectos), y unas rentas personales con bases medias superiores para asalariados que para autónomos o empresas, no deja mucho margen. Fuera de la fiscalidad, la exploración de tasas por uso de servicios y copagos evitables, así como primas comunitarias por servicios complementarios debería considerarse sin mayores dilaciones; en particular, en servicios públicos (precios y tasas) y otros ingresos en

sanidad, dependencia y educación, parte substantiva del estado del bienestar. En todo caso, la visualización del destino del ingreso generado parece hacer más aceptable su aplicación.

**Escenario 2. Mayor control del gasto público.** El bucle de recortes en gasto tiene lecturas macro, meso y micro, con distinta graduación del elemento discriminativo y de priorización. A ello no será ajeno lo que pase con la llamada renta mínima o básica, general o no, garantizada coyunturalmente o para siempre, ya que ello supondría el fin de la política fiscal como hasta hoy ha sido considerada. Ante la imposibilidad de gestionar esta transición entre viejas y nuevas políticas, no parece aventurado pensar en el descontrol más que en el control del gasto. Las mejoras en los márgenes de eficiencia en el gasto son postulables, pero no inmediatos, y responden a una lógica similar a lo comentado en el fraude fiscal: forman parte de la higiene democrática de exigencia presupuestaria. Siendo sus multiplicadores superiores a los de la reducción impositiva, no parece que consolidar burdamente por el lado del gasto sea la política de consolidación fiscal que menos dañe al crecimiento económico. Por lo demás, su aplicación a sectores como el sanitario o de la investigación científica, que tan decisivos se han mostrado en la crisis del coronavirus, cierra esta posibilidad a una cuarta parte del gasto público. Y en el caso de las pensiones, su eventual reforma contendría potencialmente el gasto sólo en el medio plazo. Ello nos lleva, en resumen, a poner más énfasis en complementar ingresos (principalmente los no impositivos) que en minorar gastos sociales. En ambos supuestos, recuperar el empleo será el mayor antídoto para la sostenibilidad de las finanzas públicas.

**En cualquier caso.** En la nueva disyuntiva reaparecerá el debate fallo de mercados/rescate público. Y se abogará probablemente por 'más Estado' sin precisar el qué y el cómo de esta nueva y mayor intervención estatal. Cómo si no hubieran también 'fallos del Estado'. Se oyen ya las voces antibanca de que sea este sector el que pague ahora la crisis: 'se rescataron los bancos con dinero de todos', que sean los bancos los que ahora nos recaten a todos. Si las ideas se mueven por objetivos, un mal argumento puede arruinar el objetivo. A los bancos se les puede odiar por muchas razones. Entre otras porque como dibujaba Forges, 'ellos te prestan el paraguas justo el día que no llueve'. El del rescate a los bancos y ahora a las personas es un mantra que ya aburre. Primero, se rescataron mayoritariamente cajas de ahorros, no bancos. Segundo, se salvaron los depositantes, no a los accionistas (de hecho, el valor de las acciones de estos bajó a menos de la mitad). Tercero, el dinero no salió del presupuesto público, restando así recursos de otras políticas sociales. De hecho, fue a costa del déficit. ¿Quiere esto decir que los bancos son hermanitas de la caridad? Por supuesto que no. Por eso hoy debemos estar alerta para que el sistema de avales que se está articulando para las intervenciones más inmediatas, se canalice más como ayuda a la

banca y a las empresas grandes, en lugar de a las pequeñas, al no distinguir crédito nuevo de refinanciación y reinstrumentación de deudas anteriores.

**Comentario de cierre: no solo se trata de recursos, sino también de gobernanza**

Como servicios públicos administrados que son, nuestros gastos sociales se muestran muy politizados desde el primer momento, especialmente cuando sus gestores no cuentan con capacidades de decisión autónoma. Las necesidades detectadas inicialmente se filtran a conveniencia de los gobiernos en curso, según cómo se reconozca problema (aquí la valoración ideológica prima) y en la tardanza en las respuestas ('ganar tiempo' ya que las correcciones son más caras de aceptar). Los gestores son políticos que, a menudo, acompañan su ignorancia y falta de credibilidad competencial (muy explotada por la oposición) con un conjunto de expertos que resultan débiles en sus tareas orientadoras por proximidad política a quienes les nombraron y, en algún caso, sin fuerza académica suficiente para conducir o reconducir las actuaciones. Algunos debates entre expertos, con ciertas dosis corporativas competenciales, emergen puntualmente complicando los mensajes. La descentralización territorial en el despliegue de servicios más que funcional entre áreas asistenciales, estresa el sistema y hace que la coordinación sea muy compleja, y comúnmente resuelta en su acepción vertical, jerárquica, contradictoria con las distintas lecturas políticas de cada gobierno autónomo. Aún así, montar una respuesta administrativa coherente entre departamentos comporta elevadas dosis de improvisación; no solo en determinar las acciones, sino incluso a la hora de cuantificar los resultados y así exigir la rendición de cuentas. Finalmente, las acciones suelen chocar con las disposiciones presupuestarias que, en favor de la legalidad, constriñen la eficacia de las acciones. Sin tesorería propia ni fondos de contingencia y sin responsabilización funcional completa, más allá de identificar necesidades, los gestores no controlan los dispositivos asistenciales, ni poseen autonomía en una mínima planificación de los recursos. Todo ello exige planteamientos organizativos y de gobernanza de futuro más exitosos.

La comparativa de las realidades entre sistema de protección social no permite tampoco una criba fácil. Primero, los datos tienen problemas de comparabilidad; tampoco sirven para juzgar la calidad de los resultados (indicadores tales como los recursos financieros puestos a disposición, el acceso a los servicios (utilización) o el grado de restricciones impuestas a la libertad individual (listas de espera y libre elección)). La capacidad tecnológica en producción y análisis de laboratorio ha sido decisiva para la rapidez del abordaje poblacional. El funcionamiento mutual descentralizado hubiera permitido avanzar con correcciones de prueba y error, 'aprender haciendo' y emular las mejores prácticas. Al contrario, la centralización hace que, en incertidumbre, los errores se magnifiquen con estrategias que tienen difícil



marcha atrás por sus lecturas políticas, que admiten escasas matizaciones, y que no pueden evaluarse por comparación, en ausencia de diferencias.

La exclusividad de fuentes de financiación no permite compaginar copagos, primas complementarias adicionales a los recursos fiscales, junto a subvenciones locales, primas comunitarias obligatorias y cotizaciones. Todos estos instrumentos, en su acepción de impuestos afectados, resultan de mejor aceptación para la población que los impuestos generales, a efectos de considerar que la contribución la haga uno mismo o de que se priorice una forma de gasto desinteresándose del resto de partidas.

*(#) Esta contribución forma parte de la iniciativa de AES “Economía de la salud (y más) de la COVID-19”, y aborda el gasto público y fiscalidad, dónde estamos y lo que nos espera, con ocasión de la COVID-19.*

## **SISTEMA SANITARIO: QUO VADIS**

**Guillem López-Casasnovas, Catedrático de Economía Pública, Universitat Pompeu Fabra, CRES-UPF**

La covid-19 ha puesto patas arriba nuestro sistema sanitario. Se ha respondido el test de estrés que ha supuesto la pandemia con improvisaciones, forcejeos en la coordinación y en el mando político en plaza y una factura por ampliaciones de oferta asistencial de la que no se conoce aún su importe. Los hechos han acreditado dos cosas: la importancia de la respuesta de los profesionales, que acaba siempre salvando al sistema, y la relevancia/necesidad de disponer de un fondo de armario productivo y, sobre todo, de conocimiento de economía institucional, pública y de la salud. La administración española necesita mejorar y mucho en rebalancear el tufo burocrático peyorativo, ganado a pulso y puesto una vez más en evidencia, que hace que el talento huya de un servicio público muy cooptado por la vieja guardia administrativa.

Una vez hemos llorado por la situación y hechas las lamentaciones pertinentes, la cuestión es qué hacemos ahora con nuestro sistema sanitario. Nos dice la Comisión Europea que nos va a echar un capote para salir del embrollo, pero que lo tenemos mal financiado: es insostenible la presión de gasto que soporta el sistema, visto el esfuerzo fiscal que le estamos dedicando. Más allá, sin embargo, de hacerlo sostenible financieramente (tal como exige Bruselas, que aparenta por el momento estar dispuesta a tejer los descosidos actuales), un tal propósito requiere que se construyan los resortes que lo hagan solvente; esto es que se le dote de capacidad de respuesta ante nuevos envites, de flexibilidad de adaptación para solventar los problemas que ya tenemos en puertas: desde las innovaciones biogenéticas hasta, quizás, nuevas pandemias. De ahí que no sea sólo un tema de recursos sino también de gobernanza.

Ciertamente un país gasta en su sistema de salud lo que le permite su capacidad económica, y ello se refleja en su capacidad fiscal. La frontera entre curar y, a su vez, cuidar de los sistemas sanitarios modernos no cesa de aumentar aún con desigual coste efectivo. Pero, en general, una sociedad desarrollada gasta más en todas aquellas formas de atención, sentidas como parte del bienestar propio y de cohesión social aceptada para la comunidad. Ello nos deja tres cuestiones. En primer lugar, es seguro que el gasto sanitario total va a crecer en España. La duda radica en la capacidad para que mantenga firme en dicho crecimiento la financiación pública de dicho gasto a través de aumentos continuados de la presión fiscal. El tema de las tasas por servicios (que son copagos como parte de los ingresos públicos) se hace inevitable si no se quiere 'cutrificar' nuestro sistema sanitario. E incluso esto se puede plantear como mal menor respecto de la alternativa: excluir de la prestación pública tratamientos que, siendo eficientes, son inasumibles en su totalidad por su coste relativo: una exclusión

que equivale a un copago del cien por cien, porque lo que no se da no se prohíbe en sociedades democráticas.

En segundo lugar, el sistema sanitario español necesita resolver el embrollo autonómico. No es lógico mantener un mismo techo competencial para una comunidad de 250 mil habitantes que para una de 8 millones. Con y sin responsabilidad fiscal no tiene sentido la aspiración de cualquier ente regional a constituir su pequeño Servicio de Salud con ínfulas de autosuficiencia. Pero no por ello han de sufrir centralización Comunidades con registro probado de saber dar cobertura a un pool de riesgos poblacionales amplio y gestionar un servicio que necesita tener todos sus sensores sobre el territorio. Aquí es ineludible recuperar aquello de nacionalidades y regiones, manteniendo la gestión directa del Insalud para aquellas Comunidades que técnicamente requieran desconcentración de gasto más que descentralización plena. Y se han de abrir en la financiación territorial espacios fiscales para aquellas Comunidades que soportan por su nivel de desarrollo una mayor presión de gasto por el lado de la oferta (salarios reales y condiciones laborales con tanta compatibilidad público-privada como la hoy permitida) y, por el lado de la demanda, con una sociedad que aspira naturalmente a menos barreras de acceso, frecuentación elevada con elementos utilitaristas y de mejor calidad percibida. Aplicando estos baremos para una Comunidad como Cataluña, el déficit de financiación se situaría en unos 4 mil millones (un 40% respecto del nivel actual), que, si se tuviera que solucionar desde un estricto reparto según peso poblacional, obligaría a un imposible incremento global de más del 50% del gasto sanitario que hoy financia España.

Y la tercera y última consideración es que no tiene sentido esconder la cabeza debajo del ala. Aunque la ayuda europea disimule a corto plazo los agujeros de la financiación sanitaria pública, tarde o temprano se nos van a juntar una reconducción de las cuentas públicas y una reforma fiscal, que esperemos no nos pille con una economía aún hundida (lo que la haría irrealizable y contraproducente). Los cálculos de reorientación del sistema sanitario catalán hacia nuevos escenarios señalan que con incrementos de financiación sanitaria basados en una elasticidad de 1.2 sobre el crecimiento del PIB, atraparíamos a Gran Bretaña el 2030, a Dinamarca y Suecia el 2033 y a Francia el 2034... ajustando por el diferencial de renta y la estructura demográfica. Suponiendo en todo caso que estos países mantienen sus techos de gasto sanitario/PIB actuales y que nosotros reconducimos el crecimiento de la renta al 2% anual.

## **DISEÑAR LA AGENCIA NECESARIA DE SALUD PÚBLICA**

**Ildefonso Hernández Aguado, Catedrático de Salud Pública Universidad Miguel Hernández.**

**Guillem Lopez-Casasnovas, Catedrático de Economía Pública, Universitat Pompeu Fabra, CRES-UPF.**

Aprendiendo de los errores tras el estallido de la COVID-19 toca ahora instrumentar resortes que los eviten a futuro. Dos palabras surgen en la mayoría de las aproximaciones (\*): saber agencializar determinadas decisiones y trabajar desde una nueva gobernanza. Agencializar significa poner en manos de una institución formada por expertos independientes, decisiones que es bueno sustraer del debate de política en minúsculas. Una regulación que le otorga autonomía, con expertos propuestos que superan una comisión de nombramientos y que busquen desde el consenso más amplio posible las medidas a tomar. Es su capital humano el que está en juego y ellos mismos son *buffer* para los políticos de parte que cuestionen las decisiones conjuntas. Y esto desde una nueva gobernanza: decisiones institucionales basadas en la prudencia de los que más conocen y han pensado las medidas, con recomendaciones para los políticos de ‘haz, o explica por qué no haces’. Es el pequeño *nudge*, empujón, actuación por defecto que acaba marcando su efectividad.

En la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Parlamento del Estado se recogen estos días recomendaciones para articular una Sanidad y Salud Pública que responda a los retos presentes y futuros de la COVID-19 y sus incontables impactos. En medios científicos y profesionales hay coincidencia sobre la necesidad de una Agencia de Salud Pública independiente que aúne las capacidades científico-técnicas disponibles y las ponga al servicio de la sociedad. El tema no es nuevo pues ya se diseñó en el Anteproyecto de la Ley General de Salud Pública. La agencia quedó desdibujada en la Ley y para colmo, desde 2011 en que fue promulgada, no se ha cumplido ni tan sólo lo dispuesto, siguiendo la acuñada tradición de un estado que no cumple las leyes benéficas. Bienvenidas sean las coincidencias ahora de los expertos comparecientes, pero es tiempo de pasar de las palabras a los hechos. Sin duda es necesario articular toda la inteligencia sanitaria disponible en una agencia acreditada y que dé confianza a la población sobre las referencias científicas que deben informar las políticas de salud en tiempos convulsos derivados de la pérdida de salud y sus consecuencias socioeconómicas.

El logro en términos de beneficio público de la agencia será posible si lo que es conveniente para la sociedad es individualmente atractivo para los actores concernidos. Esto viene a cuento porque algunas propuestas hablan de reforzar el Ministerio de Sanidad y agrupar centros dispersos en una institución dependiente del Ministerio con participación de las comunidades autónomas. Pero una cosa es reforzar

el Ministerio en línea con los cambios estructurales que requiere la administración pública para que pueda innovar y evaluar de modo transparente, o para que cumpla su función reguladora de bases adelantándose al desarrollo de campos emergentes, y otra cosa es dotarle de una institución dependiente mal encajada en una estructura del estado que se quiera federal y un espacio de decisiones públicas multinivel. Como bien ha aprendido la OMS, que los estados sean partícipes de la Organización no significa que ésta tenga capacidad de decidir y actuar sobre éstos.

Las capacidades científicas y técnicas están ahora distribuidas en universidades, centros de investigación y otras instituciones con diversas fórmulas de dependencia administrativa. Se trata de configurar un organismo en red que sea capaz de aportar las directrices técnicas y científicas con celeridad, que tenga flexibilidad para incorporar la mejor inteligencia colectiva disponible. No se necesita mucha estructura física y aún menos que esté residenciado en una gran ciudad, siendo sus recursos científicos más contingentes que permanentes. La agencia debería saber qué hay que hacer y quien lo tiene que hacer y tanto las personas expertas como las instituciones contribuidoras serían colaboradores acreditados.

La clave está en articular una forma de gobierno que permita la participación de varias administraciones en la elección de sus órganos de dirección y una rendición de cuentas periódica a la cámara territorial. ¿Lo sabremos hacer esta vez?

*(\*) Véase por ejemplo:*

*[https://www.upf.edu/documents/3223410/234504796/Policy\\_Paper2020-10.pdf/f71960ab-1177-44b5-ff0c-121f3d52f475](https://www.upf.edu/documents/3223410/234504796/Policy_Paper2020-10.pdf/f71960ab-1177-44b5-ff0c-121f3d52f475)*

## Últimos Títulos de la Colección Health Policy Papers:

Esteve, M; Gascó, M; Jiménez-Asensio, R; Jiménez, F; Lapuente, V; Longo, F; López-Casasnovas, G; Manfredi, JL; De la Nuez, E; Del Pino-Matute, E; Ramió, C; Rodríguez, L; Sebastián, C; Vilalta, M; Villoria, M; "**Por un sector público capaz de liderar la recuperación**" Colección Health Policy Papers 2020-10.

López-Casasnovas, G; "**Entender la realidad. Gasto público y fiscalidad. Donde estamos y lo que nos espera**" Colección Health Policy Papers 2020-09\_GL.

Panos, K; López-Casasnovas, G; "**Is budget capping a successful macro policy to control drug expenditure? The spanish experience**" Colección Health Policy Papers 2020-08\_KP\_GL.

López-Casasnovas, G; "**Comparativa de sistemas de salud. Recursos y funcionamiento y valoración ante el test de estrés provocado por el coronavirus 19**" Colección Health Policy Papers 2020-07\_GL.

Ibern-Regàs, P; "**La regulació de l'assegurança voluntària de salut**" Colección Health Policy Papers 2020-06\_PI.

López-Casasnovas, G; "**El mundo que viene. Entre lo que no acaba de morir y lo que aún está naciendo**" Colección Health Policy Papers 2020-05\_GL.

López-Casasnovas, G; "**Reflexions entorn del Covid19**" Colección Health Policy Papers 2020-04\_GL.

López-Casasnovas, G; Beiggelman, M; "**La nueva economía de la soledad. Soledad y salud de las personas mayores**" Colección Health Policy Papers 2020-03\_GL\_MB.

López-Casasnovas, G; "**La malaltia de la sanitat catalana. Finançament i Governança**" Colección Health Policy Papers 2020-02GL.

López-Casasnovas, G; "**¿Qué hacemos con las desigualdades en salud?**" Colección Health Policy Papers 2020-01GL.

Ibern-Regàs, P. Campillo-Artero, C; "**Los biomarcadores y la medicina de precisión**" Colección Health Policy Papers 2019-19\_PI\_CC.

Ibern-Regàs, P; "**Los sistemas de pago a los proveedores: situación actual y vías de avance**" Colección Health Policy Papers 2019-18\_PI.

Ibern-Regàs, P; "**Aspectos clave para la mejora de la salud poblacional, una agenda para la acción**" Colección Health Policy Papers 2019-17\_PI.

Ibern-Regàs, P; "**La producció eficient i equitativa de salut**" Colección Health Policy Papers 2019-16\_PI.

López-Casasnovas, G; "**Evitar errores fiscales en sistemas sociales que se quieran inclusivos y favorables al crecimiento**" Colección Health Policy Papers 2019-15\_GL.

<https://www.upf.edu/web/cres/health-policy-papers>

