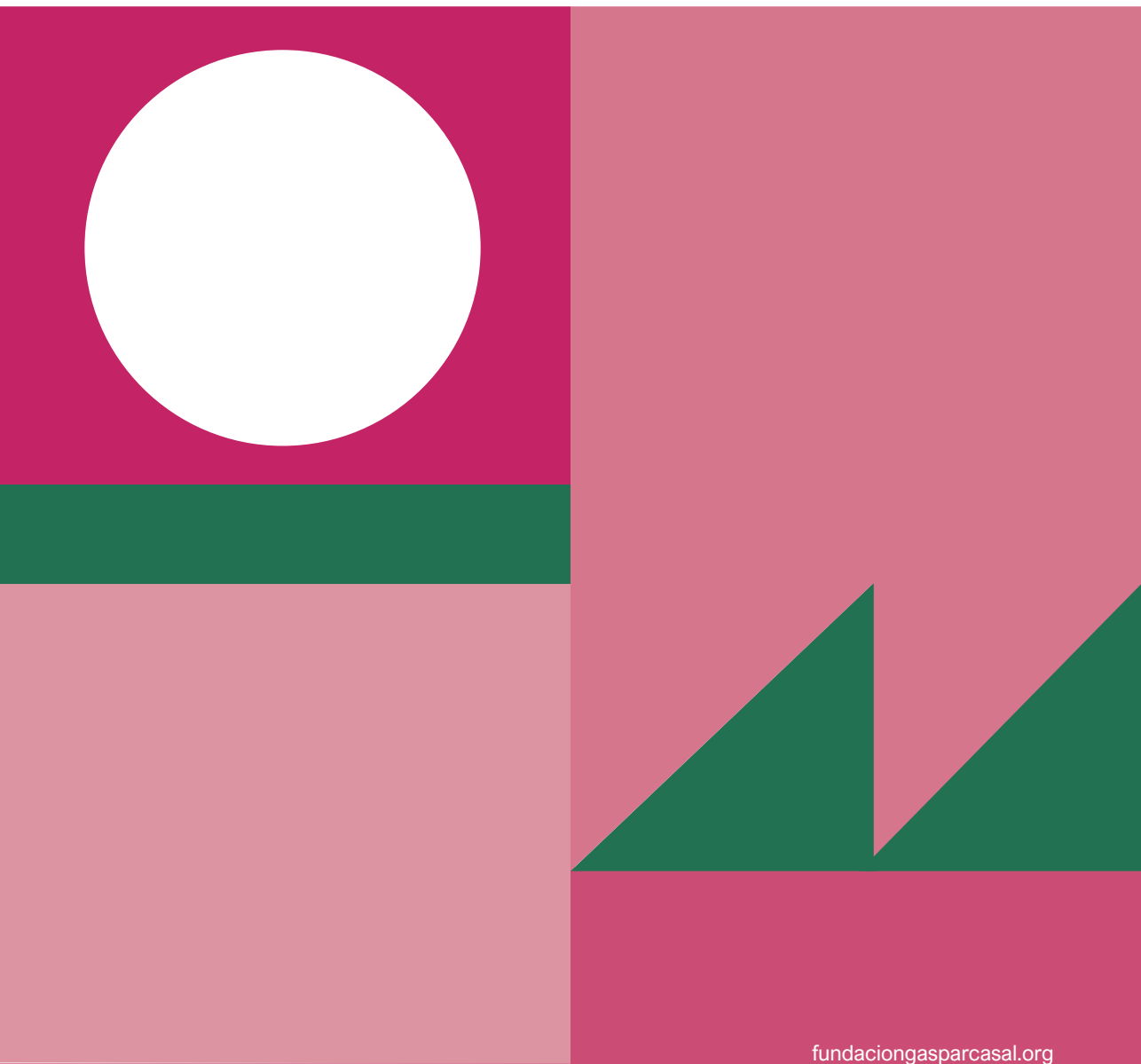


LA TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD PARA PRESERVAR SU ESENCIA



LA
TRANSFORMACIÓN
DEL SISTEMA
DE SALUD PARA
PRESERVAR
SU ESENCIA

LA TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD PARA PRESERVAR SU ESENCIA



La transformación del sistema de salud para preservar su esencia
Chiesi
Fundación Gaspar Casal

Coordinadora: Alicia del Llano Nuñez-Cortés

ISBN: 978-84-7360-885-5

Materias: Política sanitaria, Gestión sanitaria, Economía de la salud, Regulación.

Formato: 170 × 240 mm

Páginas: 46

© 2023 Fundación Gaspar Casal

fundaciongasparcasal.org

C/ General Díaz Porlier 78, 8A

28006 Madrid

Con la colaboración de:



Edita: Libroacadémico, S.L.

Tel.: 91 550 02 60

info@libroacademico.com

www.libroacademico.com

ÍNDICE

Autores	9
Prefacio	11
1 Preámbulo pandémico ineludible	15
2 Una transformación necesaria	19
3 Una propuesta de soluciones y vías de avance	23
1 Gestión integral del paciente.....	24
2 Participación del paciente y ciudadanía en las decisiones de política sanitaria.....	25
3 Estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la ciudadanía	25
4 Mejora en la equidad de la salud y acceso a sus recursos	26
5 Uso de la información sanitaria generada en los diferentes niveles de atención sanitaria	27
6 Mejora en la eficiencia del Sistema	29

4	La implementación de la transformación	31
1	Hacia un modelo sociosanitario integrado	32
2	Transformación digital acelerada	33
3	Hacia un Learning Health System	34
4	Autonomía de gestión	34
5	Salvar un ecosistema en extinción: la diversidad de modelos de gestión	35
6	Un nuevo modelo de servicio público	36
5	Corolario	41
6	Bibliografía	43

AUTORES

Marta Traperó Bertran

(Universitat de Lleida)

Juan del Llano Señarís

(Fundación Gaspar Casal)

Roberto Nuño-Solinís

(Fundación Gaspar Casal)

PREFACIO

De los muchos aprendizajes y cambios que ha provocado en la sociedad la pandemia de la COVID-19, destaca la importancia que han cobrado la salud y el bienestar de las personas para las organizaciones empresariales. No solo la salud de sus empleados, también se han centrado en proteger a sus clientes, proveedores y distintos stakeholders. Según el estudio “Impacto de la COVID-19 en las prioridades de la RSC/sostenibilidad”, antes de la pandemia ningún tema vinculado a la salud se encontraba en el Top 5 de prioridades de los responsables de RSC y sostenibilidad. Tras la crisis sanitaria mundial provocada por la pandemia, estas prioridades han cambiado drásticamente y tres de los cinco puntos más importantes para que las empresas avancen en el camino de la sostenibilidad están relacionados con la salud (salud y seguridad de los empleados, salud y seguridad de los clientes y salud y seguridad en la cadena de suministro).

Por tanto, en el entorno de complejidad económica, sanitaria y climática en el que nos encontramos inmersos, las empresas debemos responder a los desafíos vinculados a la salud y el bienestar como un eje fundamental de nuestras políticas de sostenibilidad. Por un lado, en el ámbito interno, se encuentra el bienestar de nuestros empleados. En este sentido, tras la pandemia ha cobrado especial importancia la salud mental. Según el último informe de la OCDE, los casos de depresión en España afectan al 18,7% de la población, por encima de

países como Italia (17,3%), Japón (17,3%) o la República Checa (11,8%). Y el coste total de los problemas de salud mental en España ya es un 4,2% del PIB (aproximadamente 45.000 millones de euros). Por ello, cada vez somos más las compañías conscientes de esta compleja situación y de la necesidad de invertir en proyectos de salud mental para nuestros empleados, y el contexto actual parece indicar que las organizaciones reforzaremos el desarrollo de programas estratégicos en este ámbito.

Por otro lado, a nivel externo, las empresas que realizamos una clara apuesta por la sostenibilidad estamos ampliando nuestros compromisos con la salud de nuestros grupos de interés de manera transversal, en la actividad de la compañía y en la apuesta por servicios y productos más sostenibles contemplan cada vez más el sector salud.

De hecho, la salud es un derecho humano fundamental y un indicador clave del desarrollo sostenible, y su carencia amenaza los derechos de los niños a la educación, limita las oportunidades económicas para hombres y mujeres y aumenta la pobreza tanto dentro de las comunidades como en los países de todo el mundo. Por ello, la salud es una prioridad en la Agenda 2030, con la que todos estamos comprometidos, de una manera transversal y más concretamente en el ODS 3 (garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades). En este objetivo España se sitúa entre el grupo de países con un mejor desempeño y contribución al ODS 3, posicionándose entre el 33% de países de la OCDE con tendencia positiva para lograr este objetivo en 2030.

Otro factor importante que debemos considerar es la influencia que está teniendo —y tendrá cada vez más— el cambio climático en la salud de las personas. Existe una relación causa-efecto que muchos científicos ya venían tratando de mostrar y visibilizar entre la aparición de nuevas enfermedades y la pérdida de biodiversidad que puede estar siendo causada entre otras variables por el impacto del cambio climático. Aquí las empresas también tenemos una responsabilidad muy importante en el reto Net Zero para la descarbonización de la economía.

En nuestro caso, como laboratorio biofarmacéutico líder en investigación e innovación sostenible, en Chiesi, la salud y la mejora de la calidad de vida de las personas siempre ha sido nuestra prioridad.

Porque en Chiesi pensamos en los pacientes ante todo como personas. Los pacientes no existen de forma aislada: son miembros activos y empoderados de nuestras sociedades. Por ello, creemos que la verdadera atención al paciente es mucho más que la investigación y fabricación de medicamentos, debe considerar también el impacto social de nuestras decisiones. Más allá del tratamiento de los síntomas de las enfermedades crónicas, tratamos de brindar a los pacientes y a sus familiares el apoyo necesario para vivir vidas más activas y satisfactorias.

Para conseguir este objetivo, escuchamos las necesidades de nuestros pacientes en cada paso del camino. Porque ellos —mejor que nadie— conocen las limitaciones que les provocan sus patologías, sus dificultades en el día a día y sus necesidades concretas.

Y como compañía biofarmacéutica global, debemos actuar de una manera que, además, tengamos en cuenta nuestro impacto en el mundo que todos compartimos. Por ello, nuestro propósito empresarial no solo se centra en nuestra capacidad para desarrollar medicamentos innovadores que brinden beneficios terapéuticos y en crear servicios nuevos y mejorados, que reduzcan las dificultades de los pacientes y les permitan tener una mejor calidad de vida. Nuestro propósito se extiende de forma que desarrollamos y proporcionamos estas soluciones teniendo en cuenta también el impacto social y ambiental de nuestro negocio.

Carmen Basolas,
Directora de Relaciones Institucionales y Sostenibilidad de Chiesi España

1

PREÁMBULO PANDÉMICO INELUDIBLE

Resulta ineludible comenzar este Cuaderno con una mención a la terrible pandemia que ha afectado al planeta. La epidemia provocada por el virus SARS-CoV-2 o COVID-19 ha creado una situación compleja, inesperada e incierta, causando una crisis de salud pública mundial que ha derivado en una crisis sanitaria sin precedentes recientes en cuanto a su dimensión y alcance. Además, las medidas de respuesta a la pandemia puestas en marcha en muchos países han implicado el confinamiento de la población, las restricciones a la movilidad, cierre de negocios y centros educativos, prohibición de eventos públicos, distanciamiento físico, aislamiento de casos, etc. Todo ello, ha ocasionado una paralización de amplios sectores de la economía y un estrés importante en la sociedad.

Asistimos al escenario crepuscular de la COVID-19, con la sociedad española inmersa en nuevas situaciones azarosas derivadas de un complejísimo entramado de factores internos y foráneos. Las evaluaciones independientes y de calidad de la gestión de la pandemia publicadas hasta la fecha no nos dejan en muy buen lugar (Sachs, 2022), mientras se esperan, aún, las anunciadas a bombo y platillo. España es, bajo cualquier estándar de comparación, uno de los países más afectados del planeta, singularmente en términos de la tasa de letalidad de la pandemia. En consecuencia, uno de los mayores logros de

España, como es contar con una de las poblaciones más longevas del planeta, ha sido un factor que ha agudizado el efecto letal del virus. Otros factores ligados al estilo de vida como la elevada movilidad poblacional, la existencia de relaciones familiares y redes sociales extensas, la ausencia de una cultura de prevención frente a enfermedades transmisibles, etc. han coadyuvado a la rápida expansión de la epidemia. Asimismo, la respuesta institucional y política, con sus plazos e intensidades asociados, han contribuido al impacto del fenómeno.

A finales de 2022, la mortalidad atribuible a la COVID-19 en España supera los 115.000 fallecidos (Datosmacro, 2022). La mortalidad en las personas mayores ha sido muy notable, especialmente en aquellos que estaban en residencias y ha puesto de manifiesto algunas de las debilidades del sistema de salud y del sistema sociosanitario, insuficientemente conectados y carentes de la capacidad organizativa de dar una respuesta integrada y centrada en las necesidades del paciente.

Emergen aquí algunos de los elementos que, como se verá a lo largo del documento, sirven de hilo conductor de la propuesta de transformación en él contenida, esto es: **el avance con determinación hacia la construcción de un sistema de atención y cuidados integrado, digital, con capacidad de aprender y orientado a la creación de valor en salud y bienestar a nivel individual y poblacional.**

La pandemia ha aflorado oportunidades de mejora de los sistemas de salud pública, de sanidad y de servicios sociales, cuya base entronca con la imperiosa necesidad de desfragmentar. Así, son múltiples los ejemplos de fragmentación de estructuras, servicios y procesos, así como de barreras sistémicas al aprendizaje que se han puesto de manifiesto. Algunos de esos obstáculos son particularmente ilustrativos, como el preocupante nivel de desconexión de los sistemas de información de las residencias de mayores y del sistema de salud, el cual es de tal calibre que ha impedido contabilizar los fallecimientos de forma ágil y con criterios claros, uniformes y comparables. Sin minusvalorar los efectos estadísticos de esa falta de interconectividad, son las disfunciones asistenciales derivadas de la misma las que resulta prioritario minorar desde una óptica de desarrollo de una atención más integrada y centrada en las personas. Además, en un mundo caracterizado por la

sobreabundancia de datos es llamativo que existan esas carencias y que la información relevante no esté en manos de los profesionales del cuidado en el momento oportuno, limitando, por tanto, el aprendizaje individual, grupal y organizativo.

Pese a esas carencias reseñadas, también se han visto ejemplos ilusionantes de capacidad de adaptación y de innovación acelerada, asentados en las capacidades de los profesionales y centros sanitarios y sociosanitarios. Así, se han reconvertido hospitales y centros de salud para dar respuesta a los pacientes afectados por el virus COVID-19; los profesionales sanitarios han trabajado en grupos multidisciplinares salvando barreras tradicionales provenientes de la departamentalización de las especialidades médicas; se han modificado los flujos y procedimientos de trabajo; se han construido infraestructuras en plazos cortos de tiempo; se ha utilizado de forma masiva la tele-consulta; se ha colaborado y compartido conocimiento con otras organizaciones, actores económicos y científicos para encontrar soluciones inmediatas a cuestiones logísticas y de fabricación de equipamientos y productos necesarios como respiradores, máscaras o equipos de protección individual.

Detrás de todas esas iniciativas, cabe identificar elementos organizativos y de gestión estrechamente vinculados con la capacidad de aprender, como son: la existencia de unos trabajadores del conocimiento con una alta cualificación profesional; la experimentación; el intercambio de conocimiento en redes establecidas o espontáneas; la búsqueda de soluciones sistemáticas a los problemas basadas en la mejor evidencia científica disponible, junto con liderazgos clínicos y gestores que han reforzado esas prácticas de aprendizaje, y, todo ello, en un contexto que no ha sido particularmente propicio, dadas las situaciones de emergencia y de proximidad al colapso en el pico de la crisis, junto con la existencia de un entorno político tensionado y poco favorecedor.

El legado de la COVID-19 ha visibilizado la importancia para la sociedad de la transformación del sistema con unos pilares nuevos y fortalecidos caracterizados por un sistema de atención y cuidados integrado, digital, con capacidad de aprender y orientado a la creación de valor en salud y bienestar a nivel individual y poblacional. Pero, es muy importante que esta llamada a la transformación no se confunda con una intención de demoler todo lo

anterior. Al contrario, hay muchísimos elementos de excelencia a preservar, pero, en particular, **hay que blindar atributos, valores y principios esenciales que han demostrado su validez y cuentan con un gran respaldo de la ciudadanía**. En la confianza de que este Cuaderno suponga una aportación relevante en ese propósito, se expone, a continuación, su justificación detallada.

2

UNA TRANSFORMACIÓN NECESARIA

Existen muchos factores de demanda (envejecimiento, cronicidad, multimorbilidad, nuevos perfiles de pacientes) y de oferta (escasez de profesionales, innovación de alto coste, disrupción digital) que hacen necesaria una transformación del SNS. El ritmo de avance de las presiones externas y de las tensiones internas requieren una actuación inmediata, con una visión estratégica compartida, respaldo político y social, y horizonte de largo plazo. Hay factores de coyuntura (disponibilidad de fondos europeos) que pueden ayudar a avanzar en la buena senda, pero el escenario dista de ser el idóneo.

Nada de esto es nuevo. La necesidad de cambios en el Sistema es motivo de recurrente de informes de expertos que pasan al archivo vertical de los decisores una vez pasado un período de cortesía tras su presentación pública. A lo máximo que pueden aspirar esas propuestas es a ser incorporadas al acervo de los especialistas con un nombre “propio” como sucedió con el “Informe Abril” (1991).

Desde la ingenuidad y el optimismo de creer en lo que hacemos (transformar el conocimiento en acción), aspiramos a que este breve informe tenga el impacto suficiente para propiciar la reflexión sobre la perdurabilidad o sostenibilidad del SNS entendida con una perspectiva de solidaridad intergeneracional. Frente a visiones catastrofistas, el SNS es el pilar del Estado de Bienestar que es mejor

valorado por la ciudadanía, que resiste de forma encomiable en la parte de arriba de cualquier ranking (decente) comparativo de sistemas de salud, que ofrece estándares de calidad clínica y de gestión muy por encima del resto de servicios públicos. Además, es referente internacional por su universalidad y nivel de acceso en comparación con otros muchos países desarrollados.

Es, por ello, imprescindible preservar sus principales atributos, pero, en especial, su esencia, sus valores, sus principios fundacionales. Existen amenazas a esos principios, algunas explícitas y otras subyacentes.

Importancia de proteger la equidad. La principal amenaza es la propia dificultad de preservar la equidad en diecisiete subsistemas donde las reglas y tiempos de acceso, los recursos invertidos, la cartera de prestaciones, las tecnologías (en especial fármacos y terapias innovadoras), la calidad de servicio y, sobre todo, los resultados en salud individuales y poblacionales tienden a divergir. La opacidad del sistema brinda una protección psicológica a una ciudadanía muy poco consciente de esta realidad.

Re-enfocar los verdaderos riesgos privatizadores. El mantra de la privatización es, sin duda, la amenaza más mediática que llena de forma cotidiana las redes sociales. Sin embargo, la última década ha sido esencialmente publicadora (Zambonino-Pulito, 2016), de retorno al derecho administrativo, de fortalecimiento de las capacidades de gestión, de extinción paulatina de todas las formas de gestión alternativas (consorcios, empresas públicas, modelo concesional...). La privatización de la gestión no ha deteriorado el servicio, más bien al contrario, ha servido como plataforma de innovaciones relevantes, pero ha servido para desenfocar sobre la privatización que más peligrosa puede llegar a ser para la sostenibilidad del SNS. Nos referimos al auge del doble aseguramiento donde las clases medias y altas urbanas buscan minorar las barreras temporales de acceso o la posibilidad de acceder directamente a ciertas especialidades. Como describen López-Valcarcel y Ortún (2022) existe un riesgo de “latinoamericanización” del sistema de salud, con un nuevo descremado social, similar al propiciado por el mutualismo administrativo, por cierto, sumido en una importante crisis de financiación.

La importancia de innovar y gastar mejor. Otra amenaza procede de las soluciones simplistas las que abogan por un aumento del gasto sanitario

público como bálsamo de Fierabrás. El test que ofrece la situación actual en la que algunas CCAA gastan un 60% más que otras y no escapan a los malestares de fondo nos indica que esta no es la solución. Esto no quiere decir que un aumento de la inversión pública en sanidad es más que conveniente siempre que esté orientado a una verdadera innovación organizativa y digital, acompañada de modelos de gobernanza y de gestión con altura de miras (profesionalización de la gestión, despolitización, flexibilidad contractual, desburocratización masiva) y de una reflexión estratégica profunda sobre como transitar de un modelo basado en la enfermedad hacia uno articulado por la salud y el bienestar que contemple verdaderamente los ámbitos del curar y del cuidar.

El despilfarro de conocimiento es una amenaza silenciosa. No hay aprendizaje por comparación, falta evaluación sistemática, no se dispone de datos integrados a nivel de persona en la mayor parte de las CCAA. Se desperdicia el enorme activo que supondría una base de datos poblacional con información de salud y sus determinantes y nos pondría en la senda de un sistema socio-sanitario con capacidad de aprender. Mientras, la disrupción acecha y vendrá, con consecuencias imprevisibles, de actores no convencionales. Solo un liderazgo “desde dentro”, proactivo e inteligente minorará esos riesgos o mejor aún generará las sinergias del maridaje de saberes diversos y del enorme potencial innovador de los actores tecnológicos, tanto consolidados como incumbentes. Lástima que la colaboración público-privada esté más encorsetada que nunca, mientras los modelos de compra pública innovadora no terminan de emerger con contundencia. Bajo el esquema actual, el sistema sanitario español no es sostenible.

Reimpulsar las estrategias de integración asistencial. La pulsión fragmentadora está presente en todos los sistemas de salud, en España se ha incorporado la retórica de la integración asistencial, pero salvo algunas CCAA como Euskadi y Galicia no puede hablarse de avances reales. Ningún aprendizaje serio de islas de excelencia como algunas Organizaciones Sanitarias Integradas catalanas (como SSIBE) con décadas de trayectoria y abocadas al ostracismo. La integración es el núcleo duro de las Estrategias de Cronicidad deficientemente desplegadas y pobremente evaluadas en la mayoría de los casos. Es llamativo que la mayoría de los profesionales sanitarios (60%) desconozca la existencia de esas Estrategias a la par que consideran la atención a la cronicidad

como tarea más prioritaria de intervención en el sistema sanitario (Hiris de la Sanidad, 2022).

Reducir la variabilidad injustificada y avanzar en la gestión sanitaria basada en valor. Las variaciones injustificadas de las prácticas clínicas y de gestión es el principal “yacimiento” de mejora de la calidad y de la eficiencia. La existencia de un recurso excepcional como el Atlas de Variación de la Práctica Médica ofrece los datos de vida real que puede guiar la mejor toma de decisiones sea a nivel macro, meso o micro. Es otro recurso que pasa desapercibido, pese a contener mimbres de avance claves para la creación de valor, sea en sus acepciones “Right Care”, porteriana o estilo Berwick. El movimiento de Value-based Healthcare se está afianzando de forma notoria en sistemas de salud líderes a nivel mundial con iniciativas relevantes, en particular, en el plano de la estandarización internacional de medición de resultados de salud (*ICHOM standard sets*) y en la generación de Hojas de Ruta para guiar este avance a nivel de organizaciones sanitarias.

En definitiva, la administración del bienestar hay que reformarla para defenderla. El actual momento de crisis geoestratégica y energética está poniendo al descubierto las debilidades de un modelo de intervención pública fuertemente expansivo, alimentado en parte por la descentralización del estado, y desarrollado durante los años de crecimiento económico sostenido que se vivieron en España antes de la Gran Recesión. Endeudamiento, déficits presupuestarios perennes, estructuras administrativas caducas y clase política polarizada amenazan la perdurabilidad del SNS, es hora de remangarse y empezar a implementar las **soluciones**, muchas de ellas bien conocidas desde hace tiempo.

3

UNA PROPUESTA DE SOLUCIONES Y VÍAS DE AVANCE

Como se menciona en el preámbulo, una de las pocas cosas que parece que sí que hemos reconocido con la pandemia del COVID-19 es que existe la necesidad de preparar el Sistema Sanitario Español para prevenir y afrontar otras amenazas sanitarias globales como la que estamos viviendo desde el 2020. Esa necesidad de contar con un sistema más preparado y resiliente viene acompañada de otros pilares clave de una **Hoja de Ruta** transformadora que permita abordar los retos existentes.

Algunos de los pilares que tenemos que asentar de un modo firme en un futuro próximo son: (1) **la gestión integral del paciente** y para ello la cohesión de los diferentes niveles de atención sanitaria que ofrece el sistema (primaria, hospitalaria, sociosanitaria); (2) **la participación del paciente y ciudadanía** en las decisiones de política sanitaria y una mayor educación de la población en estos temas; (3) **la estrategia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad** como pilar para la sostenibilidad del sistema sanitario; (4) **la mejora en la equidad de la salud** y el acceso a sus recursos de los grupos considerados más vulnerables de la población (como por ejemplo igualdad de género en salud, recursos para las enfermedades mentales, igualdad en el acceso de la ciudadanía a tratamientos entre diferentes CCAA; (5) integración,

cultura y uso de la **información sanitaria real** para la toma de decisiones de política sanitaria; y (6) la **mejora en la eficiencia del sistema**, desde las decisiones de selección de la innovación a la cartera de servicios del SNS hasta la gestión profesionalizada de los profesionales sanitarios.



1 GESTIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE

Una gestión integral del paciente ayudaría a poder calcular el impacto en el SNS, en términos de resultados en salud y costes, de las diferentes intervenciones y programas que se hacen al paciente. De esta manera se podría proceder a una evaluación completa y eficiente de la gestión del paciente. Además, favorecería a la posibilidad de desarrollar modelos de gestión de cuidados para pacientes con fragilidad, enfermedades crónicas o necesidades de atención más complejas o con varias comorbilidades. Es muy difícil que ocurra esta gestión integral del paciente sin promover el desarrollo profesional,

el liderazgo y la participación de los y las profesionales sanitarios en la gestión sanitaria.

Otra tarea pendiente que tiene el SNS es integrar la coordinación de los Servicios Sociales y los Servicios Sanitarios en un nuevo modelo de atención a la comunidad “integrado”. Esta coordinación permitiría eliminar ineficiencias actuales del SNS, facilitar el cuidado integral y la calidad de vida del paciente.

En algunas patologías crónicas, como la diabetes, la coordinación y atención integrada entre los centros de atención primaria y el hospital está mucho más normalizada e incorporada en los procedimientos estandarizados que en otras patologías, como, por ejemplo, las patologías respiratorias y la salud mental.

2 PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE Y CIUDADANÍA EN LAS DECISIONES DE POLÍTICA SANITARIA

El proceso de gestión integral del paciente también debería potenciar la participación activa de la ciudadanía en el cuidado de la salud y en las políticas públicas de salud, llevando a mejorar la corresponsabilidad entre el paciente-sociedad y el SNS.

En algunas CCAA, la participación del paciente en las decisiones sanitarias de provisión y financiación están normalizadas y forman parte íntegra del proceso (Cataluña: Comisión Farmacoterapéutica para el SISCAT (CFT-SISCAT)). Sin embargo, aún falta que esta normalización se extienda en otras comunidades autónomas del país y se incorpore la figura de la ciudadanía, además de la del paciente.

3 ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN LA CIUDADANÍA

Para poder promocionar la salud en la sociedad, en general, hay que proporcionar a los individuos y las comunidades sanas los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poderla mejorar. La prevención en salud es clave para prevenir la aparición de la enfermedad,

reducir los factores de riesgo existentes, detener su avance y atenuar sus consecuencias.

La pandemia del COVID-19 nos ha enseñado que tenemos mucho espacio de mejora en cuanto a estrategias poblacionales de prevención y promoción de la salud, donde disciplinas como la Economía del Comportamiento pueden ayudar mucho a hacerlas más efectivas. Para conseguir este objetivo es imprescindible incrementar las capacidades de Salud Pública y los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica del SNS y desarrollar una estrategia de seguridad nacional frente a catástrofes y pandemias.

La creación de la Agencia Estatal de Salud Pública es un signo positivo, y un ejemplo por parte del legislador, para empezar a desarrollar más capacidad de prevención y promoción de la salud. Sin embargo, sorprende que no se haya hecho un mayor y mejor uso de estructuras ya existentes, como la Escuela Nacional de Salud Pública, del Instituto Carlos III, como plataforma histórica para ello.

4 MEJORA EN LA EQUIDAD DE LA SALUD Y ACCESO A SUS RECURSOS

Probablemente un refuerzo del Ministerio de Sanidad en la gobernanza y la coordinación del SNS ayudaría a mejorar la equidad en el acceso entre las diferentes comunidades autónomas. También se debería favorecer el desarrollo de medidas para disminuir las desigualdades sociales en salud. La consideración en profundidad de los determinantes sociales de la salud y la identificación de grupos vulnerables, como las mujeres, los inmigrantes, los pacientes con enfermedades mentales, etc. deberían tenerse en cuenta en el diseño de estrategias explícitas para la mejora de la equidad en la salud.

La OMS ya apuntaba en mayo de 2022 que la pandemia de COVID-19 ha interrumpido los servicios de salud, poniendo en mayor riesgo a las personas que ya se encuentran en situaciones vulnerables y obstaculizando la capacidad de los sistemas de salud para responder a sus necesidades. Los refugiados y migrantes siguen siendo unos de los grupos más vulnerables de la sociedad, y a menudo se enfrentan a la xenofobia; discriminación; condiciones de vida,

vivienda y trabajo deficientes; y acceso deficiente o restringido a los servicios de salud generales. Además, este grupo vulnerable suele excluirse de los programas nacionales de promoción de la salud, prevención, tratamiento y atención de enfermedades, así como de la protección económica en el ámbito de la salud. En España tenemos pendiente revisar la ley de extranjería, nombre con el que se conoce la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, modificada por las LLOO 8/2000, 14/2003 y 2/2009, ya que las necesidades de la población inmigrante han cambiado y los flujos migratorios también.

5 USO DE LA INFORMACIÓN SANITARIA GENERADA EN LOS DIFERENTES NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA

El desarrollo de la Estrategia de Salud Digital del SNS (2021) sienta las bases del uso e importancia de la información sanitaria para tomar decisiones de política sanitaria más informadas. El desarrollo de esta estrategia es clave y su ejecución, en estos momentos, es imprescindible. Tal y como muestra la estrategia es fundamental que el Ministerio de Sanidad sea el coordinador y la actuación de ejecución sea acordada y compartida con las comunidades autónomas. Este es un ejemplo de la nueva era en la que entramos donde la información sanitaria y digitalización de la información son esenciales para informar las decisiones en los diferentes niveles de la atención, la gestión y las políticas sanitarias.

Las decisiones de incorporación de innovación en la cartera común de servicios del SNS y farmacia muchas veces tienen asociado un alto nivel de incertidumbre. La disposición de información detallada y actualizada es indispensable para poder tomar las mejores decisiones, ayudando a medir y cuantificar el valor que aportan y justificando el precio.

Esta disponibilidad de información no es posible sin la colaboración de los profesionales sanitarios que prestan atención a los pacientes. La calidad de la recogida de estos datos, para poder informar correctamente las decisiones sanitarias, recae en transmitir la importancia de este proceso y generando corresponsabilidad entre los diferentes agentes del sistema.

En la última década, la llegada e incorporación de la innovación sanitaria se ha convertido en un reto en sí misma. Primero porque el ritmo de llegada de las innovaciones, en términos de tiempo, es alto y esto hace que, a veces, el sistema no tenga suficiente capacidad de evaluación para dar una respuesta a corto plazo o en los plazos establecidos. Segundo, porque los precios de esta innovación son generalmente muy altos y no hay posibilidad de incorporar toda la innovación con los recursos disponibles. Sin embargo, se puede avanzar en la transparencia de los criterios de priorización de cara a mejorar la eficiencia del uso de los recursos públicos dedicados a sanidad. La información actualizada y dinámica ayudaría a poder medir y dimensionar mejor los criterios de priorización y, consecuentemente, tomar decisiones mejor informadas. Tercero, por el aumento del grado de incertidumbre clínica, y también de eficiencia, que conllevan cada una de estas innovaciones que aparecen, se hace necesario establecer un marco robusto para la evaluación de esta incertidumbre y cómo afecta o puede afectar a la inclusión y exclusión de la cartera de servicios del SNS es imprescindible para poder tomar decisiones sanitarias informadas y eficientes. Cuarto, por la falta de cultura evaluativa y digital que tenemos en nuestro país aún. Es imprescindible que los profesionales sanitarios entiendan la importancia de la evaluación y qué elementos, en términos de información y uso de los datos, se necesitan para poder evaluar la innovación y/o intervenciones, para informar las decisiones sanitarias. Además, es imprescindible que los profesionales sanitarios tengan una retroalimentación de cómo se ha utilizado la información y ha influenciado en la toma de decisiones sanitarias. La conexión entre el nivel más micro, profesionales sanitarios, y el macro, regulador o legislador, es imprescindible si queremos que el sistema funcione. La Transformación Digital (la nueva Estrategia de Salud Digital del SNS) de la información sanitaria puede ayudar a establecer lazos de conexión más fuertes entre los diferentes niveles de gestión sanitaria.

Para poder hacer uso de la información sanitaria se necesita eliminar algunas barreras administrativas injustificadas de protección y acceso a los datos (necesidad de aportar financiación a los métodos de control jurídico del uso de los datos). España no tiene un problema de disponibilidad escasa de datos, sino que se analizan y evalúan muy poco (falta de recursos y percepción de que no es importante analizarlos).

La disponibilidad de datos no solo ayudaría a informar las decisiones de incorporación de innovación, sino a monitorizar y reevaluar las decisiones en el tiempo. Probablemente el SNS sería más eficiente en la identificación de los subgrupos de pacientes que se beneficiarían más, en términos de resultados en salud, de las decisiones sanitarias tomadas.

El sistema de salud, a través de sus actividades de innovación y desarrollo, y en colaboración con empresas y Universidades, puede ser un impulsor del conjunto del sistema económico español hacia actividades de mayor valor añadido en el campo de la “economía de los datos” (en el contexto del naciente Espacio Europeo de Datos Sanitarios). Sin embargo, pervive un anquilosamiento que están aprovechando diversos agentes para extraer valor privado de los datos públicos, cuando deberían crearse escenarios diáfanos y reglas del juego transparentes (dados los retos éticos y de ciberseguridad) para generar “valor compartido” (*shared value*) y, sobre todo, ecosistemas de innovación.

Es importante reconocer que existen barreras que deberemos superar para que la transformación digital tenga éxito en el contexto sanitario. La falta de recursos humanos en España que sean especialistas en informática médica y ciencia de datos hacen que la implementación de esta transformación digital no tenga bases sólidas. Es necesaria la captación de perfiles interdisciplinares con buen manejo de herramientas de datos. Éstos pueden importarse de otros países o desarrollar capacidad en el país para el desarrollo de los mismos internamente. El déficit de herramientas de análisis de información para la extracción de la información es otra barrera a superar que tiene que ver con la dotación de recursos técnicos del sistema. Y, como ya se ha comentado, es imprescindible eliminar algunas barreras administrativas de protección y acceso a los datos para permitir que la capacidad de investigación evaluativa del país pueda colaborar con el regulador en el análisis de los datos.

6 MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL SISTEMA

El factor de capital humano tiene un efecto directo en la productividad y eficiencia del SNS. Existe un problema histórico con la inversión educativa a nivel de país en la formación de los futuros profesionales sanitarios y la fuga de estos talentos al extranjero. Por lo tanto, es imprescindible diseñar estrategias para

atraer y retener a estos profesionales, equilibrando el trinomio de atención sanitaria, docencia e investigación en su desarrollo profesional individual de los diferentes servicios. Para poder retener a los profesionales es necesario establecer la mejora en las condiciones de trabajo, mecanismos de participación en la toma de decisiones, y, sin ser menos importante, de reconocimiento e incentivación.

Para mejorar la eficiencia del SNS es imprescindible que la selección de personal sanitario tenga sus bases en méritos profesionales y técnicos, se despoliticen los procesos de decisiones sanitarias, y se incorpore la evaluación como herramienta imprescindible en la toma de decisiones.

Es importante que se identifiquen y eliminen duplicidades de gestión sanitaria en el sistema y se creen sinergias entre diferente ámbitos y niveles competenciales para mejorar la capacidad, coordinación y tiempos en las decisiones sanitarias.

Aunque es imprescindible caminar hacia un SNS más eficiente, ya que siempre habrá espacio de mejora en esta área, es igual de importante asegurar mecanismos de inclusión, no inclusión y exclusión de la financiación de forma dinámica, suficiente y sostenible para abordar los nuevos retos en salud que se presentan en nuestra sociedad.

En el documento de recomendaciones sobre los criterios y procedimientos para orientar la fijación de precios y la inclusión y exclusión de un medicamento en la cobertura pública, que publicó el Comité Asesor para la Financiación de la Prestación Farmacéutica del SNS (2022). Así, sería clave que la posible modificación de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios incluyera algunos de estos aspectos.

4

LA IMPLEMENTACIÓN DE LA TRANSFORMACIÓN

El objetivo de este epígrafe es reflexionar sobre cómo avanzar en la senda de la transformación de un modo ágil, efectivo y consistente. En la sección anterior, se perfilaba una Hoja de Ruta transformadora, centrada más en los “qués” que en los “cómos”. Llega ahora el momento de reflexionar cómo hacer realidad los cambios.

De un modo reduccionista, la visión “*show me the money*” es la que acapara más titulares; se traduce en llamadas a más inversión en el sector y mayores salarios. Otros planteamientos, más sofisticados, se enfocan a la esencia del profesionalismo, a la base de la evidencia científica, y a mostrar mejoras en resultados y experiencia de los pacientes. Sin embargo, ninguno de esos enfoques alcanzará todo su potencial sino se actúa sobre la calidad de las instituciones y los mecanismos de gobernanza.

Un sistema de salud descentralizado es potencialmente más innovador (Scarffe et al, 2022) y más receptivo a las necesidades locales. Sin embargo, es muy sensible a problemas de coordinación que son esenciales para preservar sus objetivos de equidad, solidaridad, eficiencia y resiliencia. La pandemia ha supuesto un “*reality check*” de nuestro SNS y ha puesto disfuncionalidades en los

órganos macro de gobernanza y articulación de los niveles competenciales del Estado, las comunidades autónomas y las administraciones locales.

La respuesta ágil y eficiente a los retos exige disponer de organizaciones y equipos con autonomía y capacidad de gestión, fundadas en reglas del juego explícitas y transparentes. Las decisiones clínicas cotidianas son el principal inductor del gasto (y los beneficios clínicos) del sistema, el alineamiento de los marcos decisionales es clave en el desempeño organizativo. La disociación del mundo de los gestores y de los clínicos perpetúa disfuncionalidades a las que se suma el efecto de una intervención política en la mesogestión con un empeño en convertir a los gerentes en meros administradores. La gestión clínica “*old school*” prácticamente desaparecida en nuestro país sigue siendo el mejor mecanismo de alinear el “día a día” con los objetivos organizativos. Afortunadamente, asistimos a un desarrollo de métricas que miden la creación de valor que permiten abrir nuevas conversaciones, basadas en contribución real y no mero conteo de actividad.

A continuación, vamos a desglosar los elementos nucleares, junto con los atributos facilitadores para el avance hacia la construcción de un sistema de atención y cuidados integrado, digital, con capacidad de aprender y orientado a la creación de valor en salud y bienestar a nivel individual y poblacional.

1 HACIA UN MODELO SOCIOSANITARIO INTEGRADO

Citando a Carles Blay, “la atención sanitaria del futuro será integrada o no será”. La epidemiología caracterizada por cronicidad y multimorbilidad exige integración asistencial, no solo sanitaria sino también sociosanitaria. No transitar esa senda con paso presto nos aboca a una dilución consumista del sistema de salud hacia servicios episódicos no longitudinales. El éxito de la integración requiere cambios culturales en las organizaciones apoyados en herramientas tecnológicas (historias integradas sociosanitarias, canales personales de salud...) y organizativas (la olvidada gestión clínica como argamasa de los ámbitos clínico y gestor) (Nuño-Solinís, 2020). Si además, los esquemas de incentivos financieros ayudasen (por ejemplo, financiación capitativa de organizaciones integradas y remuneración parcial a profesionales por logro de objetivos compartidos entre ámbitos asistenciales), la generación de valor en salud para individuos

y poblaciones aumentaría notoriamente por los ya demostrados efectos de la coordinación, continuidad y longitudinalidad (Mártinez-González et al, 2014).

2 TRANSFORMACIÓN DIGITAL ACELERADA

Es necesario un impulso decidido a la transformación digital que añada valor, esto es transitar hacia un paradigma de salud digital basada en valor (Nuño-Solinís et al, 2022). Así, la transformación digital es un proceso indispensable para los servicios de salud del futuro, que debe ayudarnos a hacer frente a los desafíos del sistema sanitario, permitiendo una Sanidad más conectada y con capacidad para medir resultados.

La salud digital debe valorarse en base a los resultados (en salud y económicos) que aporte, vigilando también sus efectos sobre la equidad, ya que las personas carentes de competencias digitales podrían quedar relegadas, lo que afecta particularmente a grupos de población de bajo nivel educativo y personas de edad avanzada. En un contexto en el que la transformación digital incide en todos los sectores de actividad, incluido el ámbito de la salud, y en el que dentro del sector sanitario asistimos a la difusión del paradigma del *Value-based Healthcare* (Atención Sanitaria basada en Valor), resulta inevitable una confluencia de ambas tendencias.

La salud digital basada en valor se entiende como la utilización de las herramientas, soluciones, estrategias y ecosistemas digitales para contribuir a la generación de valor en el ámbito de la salud. Este enfoque requiere, por tanto, evaluar la aportación en términos de resultados en salud y económicos del conjunto de iniciativas digitales desplegadas en el sector.

Esa transición digital impulsada por el acelerado cambio tecnológico requiere para su consolidación y permanencia considerar a las personas y sus competencias digitales, ya que profesionales sanitarios y ciudadanos tienen “la última palabra” en su avance. Un avance que, a su vez, viene modelado y modulado por unas reglas del juego, esquemas de incentivos y estructuras organizativas que no siempre son las más adecuadas para acelerar la innovación.

Validar las herramientas de salud digital implica nuevos retos regulatorios, examinar las relaciones entre desarrolladores y personas usuarias, y valorar

requisitos técnicos, clínicos, de usabilidad y de coste. Establecer el valor clínico para los/las pacientes es primordial para evitar la fascinación tecnológica. La revolución digital caracteriza una nueva economía de datos en la que se está desarrollando nuestro día a día. A esta tendencia no escapa el ámbito de la asistencia sanitaria, tanto en lo que se refiere a los aspectos organizativos, hasta el diagnóstico o tratamiento. Esta revolución se puede entender como la suma de tres componentes. De un lado, la digitalización propiamente dicha, esto es, la utilización de un ámbito tecnológico digital frente a uno analógico. De otro lado, la automatización, es decir, la sustitución del trabajo humano por trabajo realizado por máquinas para determinadas tareas repetitivas. Y finalmente, la dataficación, esto es, a que cada vez más aspectos de nuestra vida y nuestros cuerpos, que hasta hace bien poco era prácticamente privados, comienzan a registrarse, básicamente de forma digital, esto es, la conversión de aspectos cualitativos de la vida en datos cuantificados vía sensórica, *quantified-self* o internet de las cosas.

3 HACIA UN *LEARNING HEALTH SYSTEM*

La capacidad de aprender de individuos y organizaciones es una competencia minusvalorada, solo así se explica el trato hacia el personal sanitario como recursos humanos y no como trabajadores del conocimiento, los cambios organizativos “caprichosos”, la ausencia de evaluación, los cambios de rumbo estratégico cada vez que cambian los responsables políticos, sean o no de diferente signo político.

La capacidad de aprendizaje en el sistema requiere estabilidad, confianza, seguridad psicológica y reconocimiento, entre otros factores. Es la inteligencia humana la que hay mimar sobremanera, sin desdeñar la inteligencia artificial, ya que de un maridaje sabio y mesurado de ambas puede emerger ese “sistema que aprende” tan necesario y que nos situaría en la senda de la medicina exponencial y de la capacidad de aprender a aprender.

4 AUTONOMÍA DE GESTIÓN

Los centros sanitarios y, en particular los hospitales, son probablemente las organizaciones más complejas diseñadas por el ser humano. El volumen de

conocimiento y su complejidad solo puede absorberse desde la confianza en los profesionales. Muchos de ellos son los que más horas de formación acumulan en comparación con los trabajadores del resto de los sectores de actividad económica. Reducir esa complejidad desde modelos uniformes de mando-obediencia pensados para una administración weberiana perpetúa disociaciones (administradores vs clínicos) altamente disfuncionales.

Los trabajadores del conocimiento necesitan autonomía para responder a las necesidades de los pacientes, actualizar su acervo científico, y adaptarse a los continuos cambios organizativos, tecnológicos y de roles profesionales. Debe haber autonomía y capacidad de decisión en la micro y en la mesogestión, sabiamente armonizadas a través de los mecanismos de la gobernanza clínica y el alineamiento de liderazgos clínicos y gestores (Savage et al, 2020). Hay antecedentes muy potentes basados en la confianza y en la transparencia junto con esquemas claros de evaluación y rendición de cuentas.

Así, la pandemia rompió las reglas del juego y las burocracias dejando emerger respuestas innovadoras, creativas, con enorme plasticidad, basadas en el profesionalismo... ¿Cabe pensar en generar contextos que preserven esos atributos no solo en situaciones críticas? No parece fácil, el retorno al derecho más encorsetado muestra un considerable músculo, así como la sobrecarga burocrática en algunos ámbitos, en especial de Atención Primaria, donde las llamadas serias a la autonomía de gestión están restringidas a círculos o experiencias (como las exitosas Entidades de Base Asociativa) muy concretas. Convertir a la Primaria en un ente administrativo es la mejor receta para su pérdida de protagonismo en el SNS.

Esencialmente, la autonomía de gestión permite un manejo más ágil y eficiente de los recursos y políticas de personal más flexibles con capacidad de atraer y gestionar el talento, así como desarrollar el capital humano que es el principal activo del sistema de salud.

5 SALVAR UN ECOSISTEMA EN EXTINCIÓN: LA DIVERSIDAD DE MODELOS DE GESTIÓN

Aspira al mediocre a la uniformidad, la opacidad y la falta de evaluación y lleva años ganando la batalla pese a los llamamientos en sentido contrario, desde

muchos ámbitos. A pesar de la robusta base de evidencia (Pérez-Romero et al, 2019; Ocaña-Riola et al, 2021) de que la capacidad de gestión y la personalidad jurídica propia favorecen la eficiencia.

Pese a lo cual, asistimos hacia un proceso de uniformización y de retorno al derecho administrativo en prácticamente todas las CCAA y con independencia del partido gobernante. Así, el modelo concesional valenciano se extingue paulatinamente y Andalucía ha renunciado a personalidades jurídicas diversas en sus organizaciones sanitarias, pese a albergar verdaderas *best practices* como la empresa pública Costa del Sol (Nuño-Solinís, 2020).

Existen muchas pruebas acerca de cómo la competencia entre centros sanitarios y profesionales mejora la calidad de la atención (Wohlin et al, 2021). En definitiva, resulta indispensable la reforma de este patrón burocrático uniforme y su sustitución por un marco plural y diversificado de organizaciones y de sistemas de empleo. En el sector salud, el corsé uniformador burocrático-funcionario impone a los gestores y a los profesionales, en la atención primaria y en la hospitalaria, restricciones que limitan enormemente la capacidad de gestión. Y la gestión importa (Bloom et al, 2012).

Así, para hacer frente al escenario post COVID-19 hace falta:

- Innovación (un sabio mix top-down y bottom-up) y evaluación
- Internalización de la inteligencia y externalización del trámite
- Diversificación y flexibilización de las fórmulas contractuales y de incentivación
- Liderazgo y gestión profesional

6 UN NUEVO MODELO DE SERVICIO PÚBLICO

Nuestro modelo es una burbuja del servicio público caracterizado por cinco rasgos principales:

- Fuerte crecimiento y diversificación de las áreas de intervención pública, tendencia a la elevación sostenida de los estándares de servicio

comprometidos. Más y mejores servicios en campos cada vez más diversos.

- Pérdida de foco, provisión de servicios esenciales junto a otros cuya prioridad es claramente discutible.
- Financiación íntegra, las más de las veces, con cargo a los presupuestos públicos. Universalización y gratuidad como lógicas dominantes de distribución. Servicios para todos, y tendiendo a coste cero.
- Interiorización de este modelo por la sociedad. Elevado nivel de presión de determinados grupos sociales sobre los gobiernos para la satisfacción de sus expectativas y preferencias de intervención pública.
- Despreocupación por la eficiencia. Opacidad de los costes de los servicios. Holgura confortable en las estructuras y procesos de la Administración. Caída de la productividad del empleo público.

Esta burbuja del servicio público se revela insostenible en un contexto de bajo crecimiento sostenido de los ingresos públicos (ya nos lo ha pedido la UE). Los fondos Next Gen UE tienen caducidad. Las políticas de ajuste y consolidación fiscal serán indispensables. Hay que señalar que estas reformas se harán especialmente urgentes en las CCAA y municipios sobre los que recaen tanto la mayor parte de la factura como las atribuciones competenciales y normativas. Necesitamos una gestión pública basada en datos y evidencias. Aprovechemos la transformación digital y la inteligencia artificial en el diseño y prestación de los servicios públicos. Necesitamos una Administración íntegra y transparente, capaz de rendir cuentas de modo efectivo y de abrirse al escrutinio social. No hay mejor modo de combatir la corrupción y recuperar la confianza del ciudadano.

La transformación del modelo debe comenzar con una revisión de la oferta de servicios públicos que deberá afectar tanto a la cartera como a los estándares. La idea debe ser la concentración en lo esencial. Una estricta atención a los costes de oportunidad debe presidir esta revisión, dando lugar a la eliminación de aquellas actividades en las que éstos sean superiores al valor público creado. En síntesis, aminorar actividades rutinarias –que serán automatizables en breve- servidas con empleados de baja cualificación, con retribuciones por

encima de mercado, y elevar dosis masivas de talento, con empleados de alta cualificación y salarios más estimulantes.

Introducir en la Administración incentivos a la eficiencia, hoy inexistentes. En el sector salud hay una franja de alta dirección que sigue colonizada, en buena medida, por los partidos políticos. Esta franja debiera ser ocupada por una dirección pública profesional meritocrática teniendo muy en cuenta los postulados de Michael J. Sandel en la “La tiranía del mérito” (2020).

La implantación de mecanismos de gestión por resultados, de mejora de la transparencia y de rendición de cuentas ayudaría a que se hiciese realidad. La regulación del empleo público debe garantizar mérito y capacidad como ya hacen, pero para actividades como la sanitaria debe ser más diverso y flexible con el foco puesto en el talento, el rendimiento, el aprendizaje y la adaptación al cambio a través de prácticas de gestión de las personas que incorporen acceso y desvinculación, duración, movilidad, evaluación, desarrollo e incentiviación, y por tanto favorezcan la gestión de la diferencia reforzando valores y planificación. No parece que el RD 14/2021 para la reducción de la temporalidad vaya en esta dirección.

En definitiva, necesitamos ya unos poderes públicos más potentes en sus roles de promotores (impulsores de conductas en los mercados y la sociedad) y de reguladores (creadores de reglas de juego y garantes de su cumplimiento), y más autocontenidos en su papel de productores de bienes y servicios públicos. La gobernanza de la salud debe comenzar partiendo de una propuesta para profesionalizar la función directiva, mejorar en la empatía a todos los niveles (político y técnico), alcanzar consensos y mayorías que den credibilidad y permitan una agenda de política sanitaria para España que tenga la “*policy capacity*” de saber convertir las ideas en políticas públicas efectivas y ejecutables. Conseguir esta gobernanza pasa por asumir que el liderazgo debe ser multinivel, no solo desde un punto de vista territorial, sino también intelectual y que debe saber integrar a perfiles políticos, técnicos y académicos con una tarea de servicio público compartida: cambiar el relato para saber comunicar el potencial de la salud y su capacidad para ser tractor de los avances que precisa España. La administración está acostumbrada a remar y no tanto a llevar el timón. Hace cosas más que consigue que pasen cosas. La creación de valor público es una tarea cada vez más colaborativa.

Ganar en eficiencia y mejorar en calidad será un imperativo por la fuerte limitación de recursos.

Hay que mejorar mucho la capacidad gerencial minimizando la colonización política del espacio directivo, y mejorando las limitaciones del modelo burocrático de la función pública. Su papel es hoy estratégico y debe liderar procesos sociales capaces de producir un alto impacto en las áreas –como la sanitaria– donde se concentran las prioridades del país.

La actitud hasta ahora de los poderes públicos era la de atender solo al sistema público e inhibirse ante el sector privado. Es fundamental, desde el principio de refuerzo del sistema público, implicar al sector privado en el servicio público, impulsar las formas de colaboración público/privadas y considerar a las empresas farmacéuticas, de tecnología médica y de tecnologías de la información como parte esencial de la cadena de valor del sector sanitario.

Necesitamos reformar la Administración Pública y lo necesitamos con urgencia, y más tras las enseñanzas que nos deja la Covid-19. Son cambios que requieren análisis, diagnósticos y orientaciones de expertos, pero que sólo son viables como reformas políticas. Sólo la política puede reformar la Administración Pública.

5

COROLARIO

El sistema sanitario arrastra carencias que son necesario atajar cuanto antes y su reforma requiere una urgente transformación de la Administración pública. Abogamos por el **avance con determinación hacia la construcción de un sistema de atención y cuidados integrado, digital, con capacidad de aprender y orientado a la creación de valor en salud y bienestar a nivel individual y poblacional**. Este propósito supone co-crear entre los agentes del sector un sistema sanitario inclusivo centrado en la respuesta a las necesidades de los ciudadanos y pacientes. Debe ser un modelo asistencial adaptado a las nuevas necesidades y demandas sociales, eficiente, transparente y abierto a la innovación y el desarrollo.

6

BIBLIOGRAFÍA

- Bloom, N., Sadun, R., & Van Reenen, J. (2012). Does management really work?. *Harvard business review*, 90(11), 77-148.
- Comité Asesor para la Financiación de la Prestación Farmacéutica del SNS (2022). Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/farmacia/pdf/20220615_Recoms_Finales_LE2_1LE2_2_CAPF_v15.pdf.
- Datosmacro Coronavirus España (2022), disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/otros/coronavirus/espana>
- Estrategia de Salud Digital del SNS (2021). Disponible en https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Digital_del_SNS.pdf
- González López-Valcárcel, B., & Ortún, V. (2022). Reconstrucción del sistema sanitario: gobernanza, organización y digitalización. Informe SESPAS 2022 [Rebuilding the healthcare system: governance, organization and digitalization. SESPAS Report 2022]. *Gaceta sanitaria*, 36 Suppl 1, S44–S50.
- Hiris de la Sanidad (2022), disponible en: <https://hirisdelasanidad.com/nota-de-prensa-sobre-atencion-a-la-cronicidad-en-la-sanidad-espanola/>
- Martínez-González, N. A., Berchtold, P., Ullman, K., Busato, A., & Egger, M. (2014). Integrated care programmes for adults with chronic conditions: a meta-review. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 26(5), 561-570.
- Michael J. Sandel. The tyranny of merit: what's become of the common good? Allen Lane: London, 2020

- Nuño-Solinís, R. Análisis de la relación entre el aprendizaje organizativo y la integración asistencial en sanidad. Madrid: 2020. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=292091>
- Nuño-Solinís, R., et al. Haciendo realidad la Salud Digital basada en Valor. Deusto Business School: Madrid, 2022.
- Ocaña-Riola, R., Pérez-Romero, C., Ortega-Díaz, M. I., & Martín-Martín, J. J. (2021). Multilevel Zero-One Inflated Beta Regression Model for the Analysis of the Relationship between Exogenous Health Variables and Technical Efficiency in the Spanish National Health System Hospitals. *International journal of environmental research and public health*, 18(19), 10166.
- Pérez-Romero, C., Ortega-Díaz, M. I., Ocaña-Riola, R., & Martín-Martín, J. J. (2019). Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y gestión [Multilevel analysis of the technical efficiency of hospitals in the Spanish National Health System by property and type of management]. *Gaceta sanitaria*, 33(4), 325-332.
- Sachs, J. D., Karim, S., Akin, L., Allen, J., Brosbøl, K., Colombo, F., Barron, G. C., Espinosa, M. F., Gaspar, V., Gaviria, A., Haines, A., Hotez, P. J., Koundouri, P., Bascuñán, F. L., Lee, J. K., Pate, M. A., Ramos, G., Reddy, K. S., Serageldin, I., Thwaites, J., ... Michie, S. (2022). The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. *Lancet (London, England)*, 400(10359), 1224-1280.
- Savage, M., Savage, C., Brommels, M., & Mazzocato, P. (2020). Medical leadership: boon or barrier to organisational performance? A thematic synthesis of the literature. *BMJ open*, 10(7), e035542.
- Scarffe, A. D., Coates, A., Evans, J. M., & Grudniewicz, A. (2022). Centralization and innovation: Competing priorities for health systems?. *The International journal of health planning and management*, 37(5), 2534-2541.
- Wohlin, J., Fischer, C., Carlsson, K. S., Korlén, S., Mazzocato, P., Savage, C., Stalberg, H., & Brommels, M. (2021). As predicted by theory: choice and competition in a publicly funded and regulated regional health system yield improved access and cost control. *BMC health services research*, 21(1), 406.
- Zambonino-Pulito, M. (2016). Reformas en la gestión directa de los servicios sanitarios. ¿Huída o vuelta al Derecho Administrativo? *Revista General de Derecho Administrativo*, 41.

Con la colaboración de:

