



# Implementando estrategias para mejorar el gobierno institucional del Sistema Nacional de Salud

José Ramón Repullo<sup>a,\*</sup> y José Manuel Freire<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Planificación y Economía de la Salud, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

<sup>b</sup> Departamento de Salud Internacional, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 26 de noviembre de 2015

Aceptado el 18 de abril de 2016

### Palabras clave:

Buen gobierno  
Sistemas sanitarios  
Políticas sanitarias  
Organizaciones  
Responsabilidad social  
España

## R E S U M E N

El debate de la gobernanza o el buen gobierno, tras adquirir visibilidad y actualidad con la grave crisis económica iniciada en 2008, corre el riesgo de estancarse en un discurso académico y político que apenas rebasa lo declarativo. Constatamos que hay valiosos documentos de sociedades científicas sanitarias y algunas propuestas institucionales que apuntan a transformaciones prometedoras. Definido el buen gobierno desde variables de rendición de cuentas, participación, transparencia, inteligencia e integridad, hay que identificar determinantes de la inacción y eliminar las barreras que bloquean el avance de propuestas razonables y ampliamente compartidas. Lo anterior aconseja: 1) ubicar las propuestas en niveles de gobierno institucional (macro, meso y microsistema, y entorno sistémico) para involucrar de forma más directa a los agentes del cambio, y 2) destacar algunos nodos de decisión que pueden actuar como palancas de radicalismo selectivo para catalizar las transformaciones e iniciar los procesos de cambio. En la diversidad de actores y escenarios parece poco probable o viable el desarrollo de arriba abajo de una estrategia reformista racional e integrada para el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Este artículo pretende fomentar el cambio estableciendo una agenda focalizada y argumentada que permita visibilizar temas clave y activar la reflexión y la abogacía multinivel y multidimensional de los agentes sanitarios y sociales implicados.

© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Implementing strategies to improve the institutional governance of the Spanish National Health System

### A B S T R A C T

The 2008 economic crisis made the issue of good governance more present and visible, but the debate risks stalling in an academic and political discourse that barely exceeds the declarative. We acknowledge the existence of noteworthy documents from scientific medical societies and some institutional proposals that point towards promising changes. Viewing good governance as accountability, participation, transparency, intelligence and integrity, our objective is to identify the determinants of inaction and remove the barriers that prevent the adoption of rational and widely agreed-upon proposals. This led us: 1) to allocate the proposals to their appropriate governance level (macro, meso, micro and system environment) so as to more directly engage the agents of change; and 2) to highlight some decision nodes that can act as levers to catalyse selective transformations and to initiate the change processes. Taking into account the diversity of actors and scenarios, a top-down rational, integrated and reformist strategy for the whole Spanish National Health System does not seem likely or viable. Therefore, the purpose of this paper is to promote changes, setting a targeted and reasoned agenda to visualise key issues and to enable multilevel and multidimensional thinking and advocacy of health-sector and society stakeholders.

© 2016 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Keywords:

Good governance  
Health systems  
Health policies  
Organisations  
Social responsibility  
Spain

## Introducción: contexto y caracterización del problema del buen y el mal gobierno sanitario

El Informe Mundial de la Salud de 2000<sup>1</sup> sobre el desempeño de los sistemas de salud reflejaba una clara preocupación por la «rectoría» (*stewardship*), basada en la creciente dificultad para

dar direccionalidad a unos sistemas sanitarios que habían crecido hasta convertirse en enormes agregados de instituciones, centros y servicios. Este informe consideraba la «gobernanza» como problema instrumental: si el mecanismo del timón no funciona, la nave no podrá dirigirse en el rumbo deseado. Los problemas del mal gobierno afectan a las políticas de salud pública, tanto a las que se hacen desde el sistema asistencial como a las más específicas desde los servicios de salud pública y también por las actuaciones no sanitarias con importantes efectos en la salud de la población.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jrepullo@isciii.es](mailto:jrepullo@isciii.es) (J.R. Repullo).

### Puntos clave

Un catálogo de propuestas de buen gobierno del Sistema Nacional de Salud (SNS), para impulsar por diversos agentes y en diferentes niveles, y promover transformaciones reales en la lógica del radicalismo selectivo:

- Macro: universalización ligada a ciudadanía y residencia + marco financiero estable + *HispaNICE* + Agencia del SNS + transparencia reforzada (sistema de información) + potenciación de instrumentos de gestión del servicio público sanitario + revisión del marco estatutario.
- Meso: autonomía real de los servicios de salud en personal y presupuesto + órganos colegiados de gobierno y profesionalización de directivos + innovar en contratos de gestión.
- Micro: cambio organizativo para generalizar la gestión clínica + acuerdos de gestión clínica globales y plurianuales + difundir mejores prácticas de gestión por procesos + potenciación de enfermería + activación del paciente.
- Entorno: integridad e inteligencia en parámetros técnicos para la compra de bienes y servicios + transparencia y efectiva regulación de conflictos de intereses a todos los niveles (público-privado, compras, ensayos clínicos, etc.).

No es posible, por la extensión de esta revisión, centrarse en estos dos últimos aspectos (remitimos a las reflexiones de Hernández<sup>2</sup>), aunque intentaremos incorporar alguna perspectiva de gobernanza en salud pública más próxima a la de los servicios sanitarios. En todo caso, es un reto para la investigación en salud pública y para SEESPAS redirigir el debate del buen gobierno desde las coordenadas de las organizaciones asistenciales, donde ha cristalizado inicialmente, hacia las estrategias que los gobiernos y sus diferentes Administraciones han de articular para que la salud tome cuerpo en todas las políticas.

Para los gestores de los grandes sistemas sanitarios públicos, la mejora de la gobernanza ha sido una necesidad imperiosa desde los debates de reformas sanitarias de la década de 1970<sup>3</sup>. Y la «bondad» del gobierno no era sólo un tema instrumental, sino que solía referirse a superar las crecientes contradicciones y tensiones entre el modelo organizativo tradicional y las nuevas necesidades, expectativas y preferencias de usuarios y pacientes.

Uno de los ejes centrales del debate ha sido cómo preservar las ventajas y garantías de la intervención estatal, y conseguir la adaptabilidad, la orientación al usuario y la eficiencia productiva de la empresa; o cómo evitar la rigidez y la ineficiencia innecesaria y autoinfligida del funcionamiento burocrático sin caer en las inequidades y los problemas de ineficiencia asignativa del mercado<sup>4</sup>.

Pero lo que definitivamente hace ascender en la agenda política el reto del buen gobierno es la doble deslegitimación en la empresa y las instituciones que se desencadena con la crisis de 2008: en la empresa, la quiebra del contrato implícito entre accionistas y directivos (Lehman-Brothers y auditoras), y los escándalos por fraudes y negación de la responsabilidad social corporativa (motores de Volkswagen); en el sector público, la corrupción, la apropiación privada de excedentes sociales y el ventajismo de suministradores y de empresas sometidas a regulación (puertas giratorias). En España, esta deslegitimación se añade a la creada históricamente por la inmanejable densidad procedimental de su estructura burocrática, la ineffectividad técnica y una acrisolada insensibilidad hacia el ciudadano.

Por eso, no sólo la rectoría (direccionalidad) es importante: los esquemas de gobernanza sobrepasan su función instrumental y se ubican en el centro del debate político como desafíos para un impulso regeneracionista (fines y medios determinados mutuamente y requiriendo reformas articuladas). Los vectores principales

de este nuevo reto de gobernanza serían<sup>5</sup>: 1) rendición de cuentas, 2) transparencia, 3) participación, 4) integridad (prevenir el fraude y la corrupción), y 5) inteligencia (capacidad técnica de diseño y desarrollo de políticas).

Para avanzar en el buen gobierno del Sistema Nacional de Salud (SNS) se han hecho importantes aportaciones desde el ámbito de las sociedades científicas vinculadas a SEESPAS, siendo destacable el amplio informe de la Asociación de Economía de la Salud (AES) de 2013<sup>6</sup> y el posicionamiento de SEESPAS sobre la privatización de los servicios de 2012<sup>7</sup>. Importante es también la referencia al documento de 2012 de la Organización Médica Colegial<sup>8</sup> (que continúa y amplía otro pionero firmado con SEESPAS en 2005 enunciando un decálogo para el buen gobierno<sup>9</sup>), y muy relevante (en lo político y en lo técnico) resulta el documento *Recomendaciones del Consejo Asesor sobre el Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca* de 2011<sup>10</sup>. En 2012, una recomendación a los gobiernos del Consejo de Europa incidía en la necesidad de introducir prácticas de buen gobierno en el sector sanitario<sup>11</sup>.

Como resultado de la influencia de estas nuevas ideas, en 2015, una moción presentada por el grupo socialista sobre órganos colegiados de gobierno y profesionalización de directivos consiguió el apoyo unánime de la Asamblea de Madrid<sup>12</sup>, y la aprobación de un texto legal<sup>13</sup> con medidas novedosas de transparencia, protección de denunciantes (*whistleblowing*), regulación de conflictos de intereses, etc. Este extenso catálogo de propuestas, ampliamente convergentes, configura el sustrato sobre el cual seleccionaremos estrategias y palancas de cambio para optimizar su implementación.

La experiencia internacional en buena gobernanza aporta valor, pero no es fácil encontrar referentes (*benchmarks*) de modelos organizativos, ya que estos no dejan de tener un rol instrumental frente a los valores y las preferencias sociales o sanitarias.

### Barreras para avanzar en el buen gobierno

Por todo lo anterior, conviene dirigir la reflexión a las dificultades existentes en diseñar y materializar las propuestas de buen gobierno, ya que debe haber una poderosa lógica racional en las barreras que se alzan para el cambio. En realidad, la conducta política exhibe una adaptación darwiniana a las siguientes presiones evolutivas<sup>14</sup>:

- Prevención del coste político, soslayando acciones que supongan costes a grupos bien definidos y cuyos beneficios sean tan indefinidos que no sean asumidos por ningún colectivo.
- Aprovechamiento de vetas electorales: fomentando acciones con costes muy diluidos o escondidos (despiertan poca hostilidad), y que presentan beneficios bien definidos (adhesión de beneficiados y empatía de otros grupos).
- Tendencia a la miopía y «cortoplacismo»: las reglas del juego electoral favorecen una suerte de *FastFoodPolitics* donde cabe todo lo que puede capitalizarse a corto plazo, pero se desatiende a lo que tarda en ser «cocinado» y servido.

El resultado de la evolución adaptativa en clave de vectores de buen gobierno sería:

- Erosión de la rendición de cuentas: por el *marketing* electoral, escasa exigibilidad de las promesas, coartadas contextuales (al llegar al poder no son realizables por situaciones no previstas) y saturación de mensajes con temas nuevos que ocultan los anteriores (confeti visual).
- Vaciamiento de la participación estructurada y visible: las iniciativas tienden a polarizarse en la urgencia (obligada por el contexto) o en la irrelevancia (enquistada y a veces

alimentada como pasatiempo político). Cuando la participación escasea encima de la mesa, la influencia de grupos de interés se vuelve más activa por debajo.

- **Transparencia maquillada:** el control de la información que se difunde a los medios pasa a ser de interés estratégico. Ministerios y Consejerías refuerzan sus gabinetes de comunicación («gabinetización») <sup>15</sup>. El acceso a bases de datos por personas externas se considera una práctica de alto riesgo político. Frente a esta actitud y comportamiento defensivo, la AES ya planteó que debería prevalecer el criterio de que toda información generada con dinero público ha de ser de dominio público, salvo que afecte a la privacidad individual <sup>16</sup>.
- **Inteligencia debilitada, desvalorizada y externalizada:** la tecnoestructura de altos funcionarios estables de ministerios y consejerías ha sido debilitada por la ocupación del espacio de mérito por cargos de confianza y libre designación, y la deliberación institucional ha sido desplazada hacia cónclaves menores de grupos de confianza y afinidad política. En la intimidad de estos pequeños núcleos duros decisorios, el interés general se ve crecientemente supeditado al cálculo de ventaja y oportunidad electoral; la desconfianza en la inteligencia interna lleva a contratarla a consultores externos, cuyo trabajo descontextualizado no puede suplantarla; existe la tentación de usar un modelo de consultoría mercenaria cuyas conclusiones van dictadas por los deseos de la parte contratante.
- **Integridad devaluada al contorno de la legalidad penal:** el concepto de integridad queda inactivado porque se predica que todo lo no ilegal es moralmente aceptable (desmesurada interpretación del principio de presunción de inocencia), y porque la jungla normativa permite usar selectivamente instrumentos para castigar al adversario.

A lo anterior se añade en España la particular insignificancia que las políticas sectoriales (salud, educación, servicios sociales) tienen en la agenda política real; en la sanidad, la baja prioridad política puede guardar relación con el menor uso del SNS por las élites generadoras de opinión (mutualismo administrativo) y por los periodistas (larga historia de cobertura por «entidades colaboradoras» de la Seguridad Social).

### Estrategias por niveles sistémicos y palancas de cambio para facilitar la mejora de la gobernanza en el SNS

La implementación de propuestas de buena gobernanza puede mejorar vinculando estrategias con agentes. Para ello, es útil tomar como referencia el esquema de niveles que propuso el Institute of Medicine <sup>17</sup>, basado en el clásico macro, meso y micro (sistemas), que tiene la virtud de enfatizar la importancia que estos últimos tienen en las organizaciones profesionales; se ha añadido una categoría adicional, el entorno sistémico, que intenta recoger vectores que combinan los tres niveles con elementos contextuales de influencia externa.

En la [tabla 1](#) se han seleccionado en cinco dimensiones un total de 20 dilemas estratégicos relevantes, formulando una pregunta que focaliza el reto de la gobernanza en nuestro SNS. Los documentos y textos de entidades y sociedades mencionados se refieren de forma insistente a estos nodos de decisión; por razones de espacio, no podemos mostrar dicha correspondencia, que en todo caso es muy evidente al consultar los textos citados. La tabla es en buena medida autoexplicativa y permite trazar un mapa de temas clave para el debate.

La anterior focalización por niveles puede ser útil, pero se precisa algo más. La capacidad de desactivar propuestas a través de diversas prácticas dilatorias (esperar un momento oportuno que nunca llega) o de condicionamientos cruzados (antes de hacer esto

**Tabla 1**

Dimensiones y retos estratégicos para el buen gobierno del Sistema Nacional de Salud

#### Macrosistemas

- 01 *Cobertura y financiación:* ¿Qué derechos de ciudadanía sanitaria existen y cómo garantizarlos? (tras el RDL 16/2012 y el Art. 135 de la CE)
- 02 *Fortalecimiento institucional:* ¿Qué modelos mejoran la debilidad del gobierno sistémico del Sistema Nacional de Salud?
- 03 *Rediseño de la gestión pública:* ¿Cómo incorporar herramientas ágiles para potenciar el servicio público sanitario y evitar el colapso administrativista?
- 04 *Fomento de la dimensión profesional:* ¿Cómo migrar desde la mera regulación de personal hacia políticas profesionales que revitalicen el contrato social con las profesiones?
- 05 *Potenciar la autoridad de/en salud pública:* ¿Cómo influir saludablemente en otros sectores y contrarrestar influencias perjudiciales del entorno?

#### Mesosistemas

- 06 *Gobernanza de la atención sanitaria en red:* ¿Cómo minimizar la interferencia administrativa extrasanitaria, fomentar la articulación de redes asistenciales, habilitar la conexión sociosanitaria y desplegar el potencial integrador de la atención primaria?
- 07 *Órganos colegiados de gobierno:* ¿Cómo diseñarlos para fomentar la buena gestión, la rendición cotidiana de cuentas a la ciudadanía representativa y experta, y la reducción de la interferencia política y gremial?
- 08 *Profesionalización directiva:* ¿Cómo capacitar, promover y estabilizar al buen directivo para capitalizar talento y competencias, y minimizar influencias partidarias y cortesanas?
- 09 *Contractualismo avanzado:* ¿Cómo migrar hacia contratos de gestión entre financiadores y proveedores públicos con perspectiva plurianual y vinculación a la presupuestación?
- 10 *Objetivos de salud para la gestión:* ¿Cómo incorporar situación de salud y resultados en salud en prioridades, métricas de desempeño e incentivos?

#### Microsistemas

- 11 *Gobernanza clínica:* ¿Cómo rediseñar toda la organización asistencial para la transformación de servicios hospitalarios y los equipos de primaria en áreas y unidades de gestión clínica?
- 12 *Contractualismo clínico:* ¿Cómo avanzar en acuerdos de gestión clínica integradores, coherentes y transparentes?
- 13 *Gestión estratégica del conocimiento clínico:* ¿Cómo alinear a clínicos y gestores en la planificación de tecnología, cartera e inversiones a medio plazo?
- 14 *Gestión del conocimiento más fundamentado y normalizado:* ¿Cómo aprovechar al máximo el trabajo por procesos, la delegación interprofesional, la activación de los pacientes y la automatización (TIC)?
- 15 *Sistema basado en atención primaria e inspirado por la salud pública:* ¿Qué instrumentos ayudarían a poner al paciente y a la comunidad en el centro de la visión clínica?

#### Entorno sistémico

- 16 *Integridad y transparencia en la relación con proveedores:* ¿Qué cambios en los sistemas de compra y contratación?
- 17 *Nuevo profesionalismo sanitario:* ¿Cómo reducir conflictos de intereses en empleos públicos y privados, garantizar calidad y meritocracia al empleo público, y fomentar las organizaciones profesionales y su asesoría?
- 18 *Protección del interés social en medicamentos y otras tecnologías:* ¿Cómo controlar la escalada de precios, decidir basándose en la evaluación y fomentar las políticas de uso apropiado en un SNS altamente descentralizado?
- 19 *Impulso a la formación e investigación controlando conflictos de intereses:* ¿Cómo resituar las funciones esenciales de gestión del conocimiento para maximizar el interés público?
- 20 *Políticas públicas saludables:* ¿Cómo extender a otros ministerios, al gobierno y a los parlamentos su necesidad y efectividad?

hay que acabar otra cosa), otorga una gran ventaja a quien no quiere hacer algo, pero no desea pagar el coste por no hacerlo. Por ello, puede ser una buena ocasión para recordar una añeja propuesta de Ortún y López-Casasnovas de 1993 <sup>18</sup>, propugnando un «radicalismo selectivo» que permitiera circunvalar las resistencias a grandes reformas, centrándose en transformaciones escogidas, de gran alcance, sobre un frente clave y reducido, que permitiera evitar las coaliciones de bloqueo.

En este sentido, en la [tabla 2](#), al hilo de los 20 dilemas estratégicos, se desarrollan líneas de acción con alto poder de movilización

**Tabla 2**  
Relación de líneas de actuación que servirían de palancas de cambio para mejorar el buen gobierno del Sistema Nacional de Salud

<b>Macrosistemas</b>	<p><b>01</b> El Sistema Nacional de Salud debe volver a la cobertura universal por ciudadanía; perfeccionar esta definición con garantías (constitucionales o legales) sería una tarea para resolver la débil institucionalización del Sistema Nacional de Salud. La accesibilidad económica exige (cuando menos) establecer exenciones y techos de aportación en los copagos. La garantía financiera en el actual escenario implica asegurar un marco financiero estable y realista.</p> <p><b>02</b> Creación de la Agencia del Sistema Nacional de Salud con nuevos instrumentos de coordinación operativa: fondos de cohesión, de compensación y de inversión; evaluación de tecnologías y medicamentos (<i>Hispa-NICE</i>); y aplicación de criterio de transparencia reforzada y comparación abierta en todos los sistemas de información de comunidades autónomas, centros y servicios.</p> <p><b>03</b> Los modelos de gestión pública sanitaria no se potencian con la habilitación para externalizar, sino con la efectiva y positiva atribución de competencias y herramientas de gestión económica, contractual y de personal, de acuerdo con las especificidades de lo sanitario. Un marco normativo estatal (¿ley de gobierno y gestión sanitaria pública?) podría servir de apoyo a los servicios de salud de las comunidades autónomas para reducir la interferencia de otras consejerías, mejorar la gestión y aumentar la armonización de normas sanitarias.</p> <p><b>04</b> Adaptación-complementación del actual marco estatutario, para la selección de profesionales sanitarios, y en particular para las especialidades médicas. Un régimen estatutario especial podría ensayarse con evaluación nacional periódica de competencias (<i>board</i>) y concurso local de adaptación a perfil y puesto; evitaría el actual sistema de dilatados y conflictivos concursos-oposiciones masivos y de periodicidad errática, con correlato de empleo precario y arbitrariedad local en las coberturas temporales.</p> <p><b>05</b> La regulación y gestión de programas de salud pública, y su articulación con las políticas europeas e internacionales, es un reto permanente; la palanca de cambio más inmediata es volver a la senda de la Ley 33/2011 General de Salud Pública, e invertir los recursos necesarios en la creación y la dotación técnica de la Autoridad Sanitaria Estatal.</p>
<b>Mesosistemas</b>	<p><b>06</b> Los servicios de salud de las comunidades autónomas deben contar con una organización autónoma y diferenciada en funciones económicas, de personal y de contratación, sin interferencias basadas en las conveniencias de las consejerías de hacienda o función pública; su estructura interna facilitará la articulación sanitaria, sociosanitaria y el papel integrador asistencial de la atención primaria.</p> <p><b>07</b> Crear y evaluar juntas-consejos de gobierno-administración en centros-áreas, ante las que respondan los gestores, abiertas a representación ciudadana institucional, asociativa o experta, para orientar y controlar la gestión, hacerla más responsable y transparente, e informar-decidir nombramientos de directivos.</p> <p><b>08</b> Concursos transparentes y meritocráticos para dotación y nombramiento de directivos, asegurando convocatorias abiertas con concurrencia competitiva, curricular y proyectos-memoria consultables, decisiones motivadas, con informe preceptivo de órganos de gobierno.</p> <p><b>09</b> Pilotar contratos de gestión avanzados: armonizados con los presupuestos del centro, plurianuales, monitorizables de forma concurrente (mes a mes) por un cuadro de mandos visible para todos, y con bonificación vinculada inmediatamente a esfuerzo y logros.</p> <p><b>10</b> Promover la investigación y la innovación para incorporar objetivos de salud poblacional y métricas de resultados en salud en la evaluación del desempeño de centros y servicios, e investigación en medidas de resultados en salud percibidos y comunicados por los pacientes.</p>
<b>Microsistemas</b>	<p><b>11</b> La adaptación de la organización asistencial a la naturaleza profesional de la actividad requiere la transformación sostenida e inclusiva de toda la red operativa asistencial en áreas y unidades de gestión clínica, que asuman la delegación responsable de funciones gestoras, y la asunción del papel organizativo que las especialidades desarrollan de forma fragmentaria y poco integradora.</p> <p><b>12</b> Es esencial enlazar los acuerdos de gestión de las áreas y unidades de gestión clínica (unidades productivas) con los contratos de gestión del centro o área sanitaria (marco organizativo y nexo institucional y contractual con los financiadores públicos).</p> <p><b>13</b> El enfoque plurianual hace migrar la visión de las áreas y unidades desde los gastos corrientes hacia la cartera tecnológica y de servicios, su coordinación en red, y la correspondiente planificación y gestión del capital humano, físico, tecnológico y de competencias necesario para adaptarse a objetivos de medio plazo establecidos.</p> <p><b>14</b> Donde hay consenso y evidencia cabe estandarizar: buscar la diseminación de experiencias exitosas de gestión basada en procesos (mapas de procesos, protocolos, guías, vías, trayectorias, procesos asistenciales integrados, etc.), y potenciar el papel de la enfermería, incorporar al paciente activado, integrar la dimensión preventiva, desarrollar las TIC y la informatización de los procesos, y evaluar.</p> <p><b>15</b> Los informes de salud en el ámbito estatal, autonómico y de áreas de salud son un marco importante para estimular la visión de salud pública; el papel del agente de las necesidades de los pacientes de la atención primaria aconseja un rol activo de «comisionamiento» en la elaboración de los contratos de gestión de los hospitales.</p>
<b>Entorno sistémico</b>	<p><b>16</b> La asesoría sanitaria (pliegos de prescripciones y características técnicas) para las compras de tecnologías y productos sanitarios deben ubicarse en ámbitos de mayor concurrencia, neutralidad y visibilidad cuando haya posibilidades de conflictos de intereses.</p> <p><b>17</b> Los conflictos de intereses en la compatibilización de la actividad privada con el puesto de trabajo público pueden reducirse con políticas de oferta de jornadas de tarde vinculadas a necesidad asistencial y prioridad para que las jefaturas de área-unidad de gestión clínica tengan plena dedicación pública.</p> <p><b>18</b> Desarrollar y evaluar iniciativas para obtener valor por el dinero en medicamentos y otras tecnologías, suministros y servicios: transparencia de precios de adquisición; centrales o plataformas de compras; subastas de medicamentos; concursos de fijación de precio máximo (Sistema Nacional de Salud/comunidades autónomas), etc.</p> <p><b>19</b> Se precisa una política de reducción rápida de conflictos de intereses en la financiación de ensayos clínicos y en la formación continuada del personal sanitario, que incluya métodos de financiación independiente y de declaración de ayudas concedidas y recibidas.</p> <p><b>20</b> El ensayo de debates parlamentarios tipo «estado sanitario de la nación/comunidad autónoma» puede ser una excelente palanca para interesar y fomentar políticas multisectoriales y gubernamentales saludables.</p>

y fomento de dinámicas reformistas y regeneracionistas. Cuando las ideas generales se formulan como acciones específicas, tiende a reducirse el consenso. Pero dado que el *Informe SESPAS* debe orientarse a la efectiva implementación de los cambios, los autores creemos que hay que avanzar y formular un listado de propuestas comprometidas que catalicen las transformaciones necesarias. La *tabla 2* se ha elaborado de forma autoexplicativa; por ello, los comentarios que hacemos a continuación tienden a destacar aspectos relevantes de la aplicación de las agendas en cada nivel sistémico, orientados al buen gobierno de los servicios de atención sanitaria.

### Macrosistemas

Se precisa una redefinición legal de la naturaleza del SNS, que incluya la ciudadanía sanitaria y sus garantías legales y financieras. Sus componentes incluyen la universalización de la cobertura ligada a ciudadanía y residencia, e igual para todos; y un marco financiero estable y razonable, asegurando que si hay copagos exista un amplio cuadro de exenciones para rentas bajas y topes máximos anuales. El fortalecimiento institucional del SNS se beneficiaría de nuevos marcos organizativos (una «Agencia del SNS»), y también de instrumentos de coordinación operativa, como un

fondo de cohesión, un fondo de compensación por derivaciones entre comunidades autónomas y un fondo de inversiones para cofinanciar nuevas instalaciones y equipamientos que pasen un filtro de necesidad y adecuación; un «Hispa-NICE» y un sistema de información sanitaria común a todas las comunidades autónomas, centros y servicios, que genere emulación y mejoras, etc.

La gestión pública sanitaria necesita nuevos instrumentos, adaptados a este sector tan específico, que combina cambio y complejidad, con altas exigencias de calidad y satisfacción. Para ello, las consejerías de hacienda y función pública deben ceder a los servicios de salud de las comunidades autónomas una amplia autonomía económica y de personal. Ello exige la revisión del estatuto marco –y de otras leyes que afectan al personal estatutario– para dotar de meritocracia profesional, y de agilidad y adaptabilidad local, a perfiles y subespecializaciones de los puestos de trabajo.

### Mesosistemas

Se trata de hacer posible una buena gestión pública; de salir de la fragmentación y promover una fuerte integración autonómica de servicios clínicos, revitalizando la atención primaria y activando los vínculos sociosanitarios. Para ello, es esencial que el servicio de salud cuente con autonomía real, presupuestaria y de personal, asumiendo sus responsabilidades en un espacio diferenciado (el modelo de gestión integrada y con amplias atribuciones del Servicio Vasco de Salud –Osakidetza– podría ser un buen patrón de referencia).

Habría que incorporar a la arquitectura organizativa los órganos colegiados de gobierno (Juntas de Gobierno), ante los que respondan los gestores, abiertos a la participación (corporaciones locales y miembros expertos de la ciudadanía); cubrirían un rol de orientar y controlar la gestión cotidiana, así como de fortalecer la perspectiva del interés general en las decisiones evitando sesgos gremiales o locales. En el mismo sentido, la profesionalización de los directivos tendría como palanca el mero concurso abierto para su cobertura, con transparencia curricular y de proyectos, y mejoraría con su vinculación directa a los órganos colegiados de gobierno (nombraimiento o informe preceptivo del mismo).

El contractualismo público debe evolucionar: los contratos de gestión entre el servicio de salud autonómico y los proveedores (áreas, grupos hospitalarios, hospitales o grupos de atención primaria) se beneficiarían de la plurianualidad (se inicia el año con objetivos y presupuesto fijados) y de su gestión continua; esta se desarrollaría a través de cuadros de mando visibles por toda la red sanitaria, donde van marcados los objetivos, de forma que bonificaciones o penalizaciones se aplican en tiempo real. Y los contratos-programa de cada centro se articularían con los de las áreas de gestión clínica, que son las unidades de producción que realmente han de ejecutar y asegurar los objetivos.

### Microsistemas

Necesitamos migrar a un modelo de centros basados en áreas de gestión clínica; en ellos, la gerencia y las direcciones funcionales (médica, enfermería, gestión, servicios generales...) actuarían como soporte logístico, funcional y relacional, para que las áreas como divisiones de producción de servicios clínicos asumieran el necesario protagonismo y responsabilidad. La plurianualidad en los acuerdos de gestión clínica facilitaría salir del «cortoplacismo» del presupuesto anclado y cerrado para cada año. Esto aporta una visión de medio plazo en temas como cartera de servicios, tecnología, gestión del conocimiento y desarrollo del capital humano. También posibilita estructurar alianzas entre servicios y productos de la gestión clínica, el trabajo por procesos, puede facilitarse a través de la difusión activa, en particular de las mejores prácticas

(evaluadas), y posibilita la potenciación de la enfermería clínica, y a través de la activación del paciente incorporarle como agente empoderado de su propio proceso de curación.

### Entorno sistémico

Es fundamental reconocer la importancia de los elementos no visibles en el comportamiento de las instituciones y los profesionales, y activar políticas que alineen visiones y regulen los conflictos de intereses. Algunos temas que nos parecen esenciales son: 1) ubicar el informe técnico de las adquisiciones de tecnología y suministros a la distancia apropiada y con la suficiente implicación de expertos diversos, como para asegurar que el interés general está razonablemente ponderado en la decisión; 2) mejorar la fidelización de los profesionales, habilitando en lo posible y de acuerdo a las necesidades la vinculación en la jornada de tarde, y por esta vía conseguir un uso más intensivo de las instalaciones y una reducción de los conflictos de intereses con el trabajo privado vespertino; 3) transparentar los precios de adquisición de bienes y servicios, tanto en el ámbito autonómico como en el estatal (la mera comparación ya genera cambios), así como fomentar modelos inteligentes de subastas de medicamentos y productos sanitarios y concursos de fijación de precios máximos en redes sanitarias, para retener el máximo beneficio en manos del servicio público; 4) racionalizar el desarrollo de los ensayos clínicos en los centros sanitarios públicos para conciliar los intereses diversos; y finalmente, 5) dar una gran relevancia a la regulación de los conflictos de intereses, implementándolos a todos los niveles de las organizaciones, junto con otros mecanismos de promoción de la integridad y de lucha contra el fraude y la corrupción, como la protección de denunciantes.

### Conclusiones

Se han revisado el concepto de buen gobierno general y sanitario, sus vectores y sus determinantes e implicaciones. De la amplia literatura de propuestas de reforma se han extraído 20 dimensiones-retos estratégicos para enfocar un trabajo sensible a los niveles y ámbitos institucionales (macro, meso, micro y entorno), y se han identificado otras tantas palancas selectivas para el cambio, en clave de radicalismo selectivo que facilitaría superar las inercias y las alianzas de bloqueo.

Este catálogo de dimensiones, estrategias y palancas puede ser útil para identificar y aprovechar oportunidades de mejora de la gobernanza de la sanidad pública. En clave más amplia y regeneracionista, lo mejor sería que el SNS estableciera y asumiera una política de buen gobierno institucional, y priorizar un conjunto de iniciativas movilizadoras para impulsar el buen gobierno de la sanidad, que tuvieran la máxima prioridad y apoyo político, organizativo, social y profesional. No obstante, ante el habitual dominio de lo retórico y la falta de implementación de los grandes paquetes de reformas que se enuncian, es necesario activar un plan alternativo: la posibilidad de avanzar de forma asimétrica a través de medidas de radicalismo selectivo en diferentes niveles y dimensiones. Se trataría de establecer una agenda focalizada y argumentada que permita visibilizar temas clave y activar la reflexión y la abogacía multinivel y multidimensional de los agentes sanitarios y sociales implicados, buscando que estas acciones produzcan cambios y que estos, además, tengan efectos multiplicativos.

### Editora responsable del artículo

Carmen Vives-Casas.

