

# La crisis actual del sistema de salud

José R. Repullo

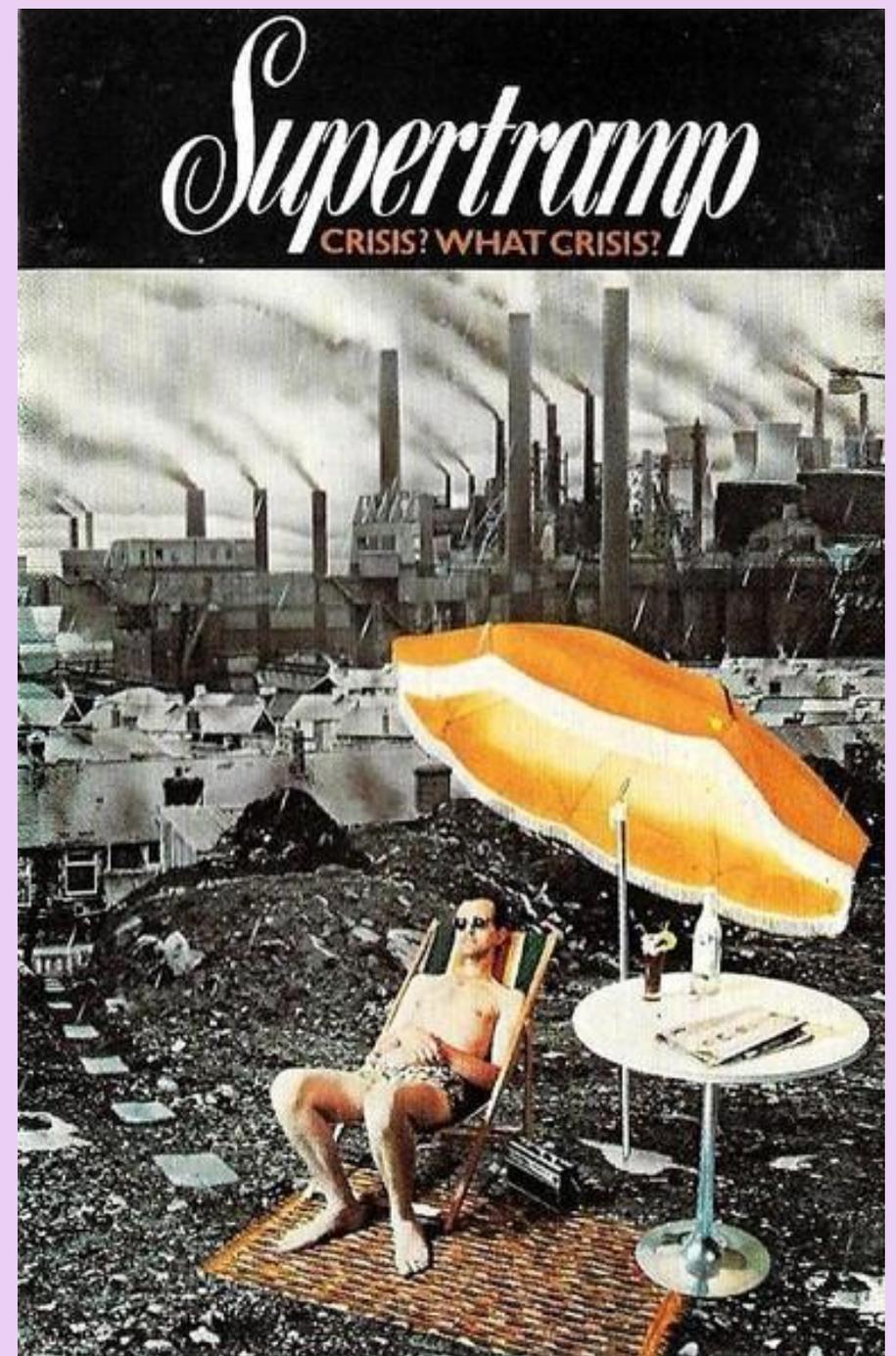
Profesor Emérito de Planificación y Economía de la Salud

Escuela Nacional de Sanidad

Instituto de Salud Carlos III

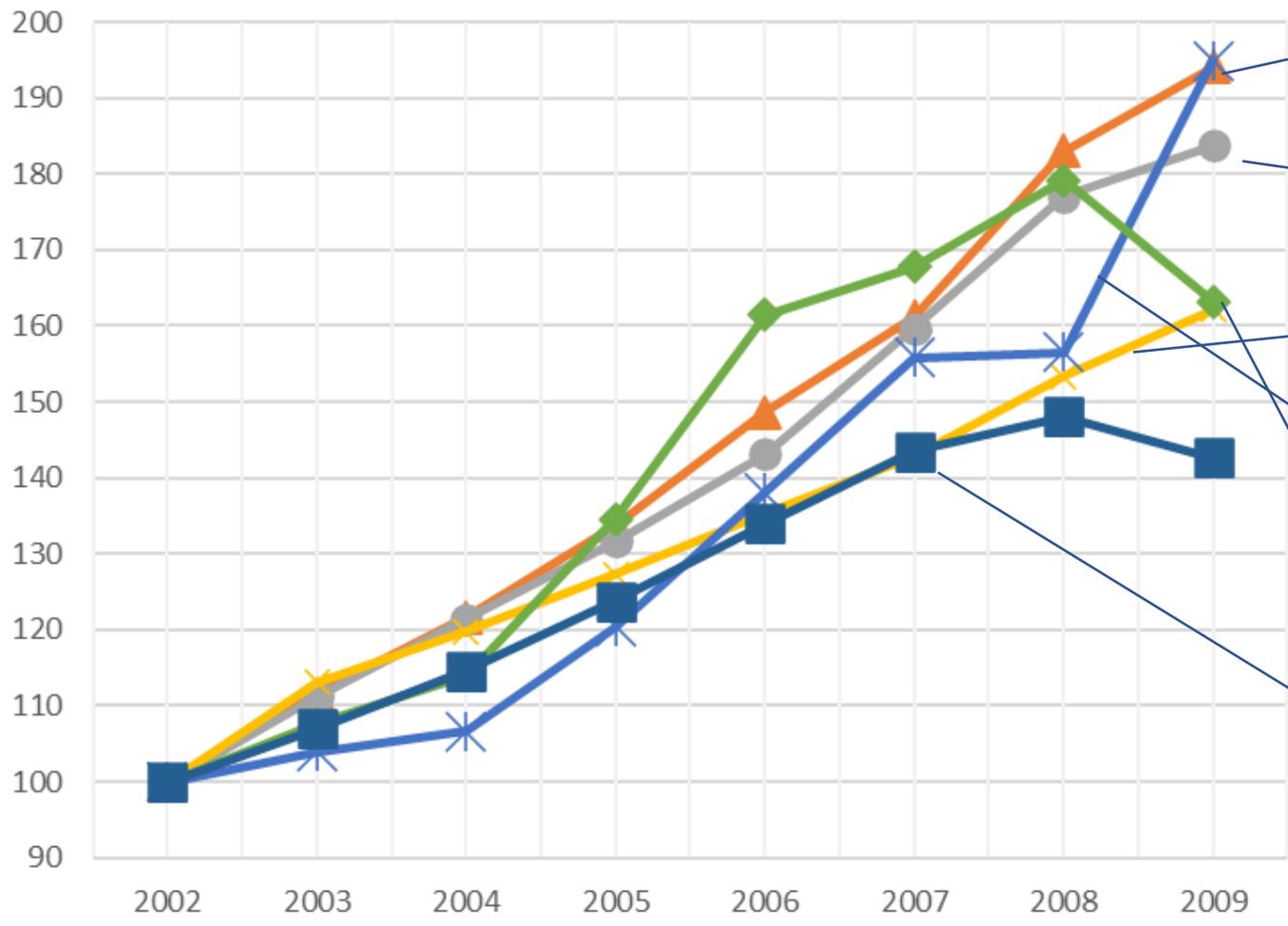
[jrepullo@gmail.com](mailto:jrepullo@gmail.com)

Crisis, ¿qué crisis?



# EL SNS tenía deficiencias estructurales... a las que se añadieron...

- **La Gran Recesión** (2009-2014) redujo de forma brutal (9 mil Millones, y 30.000 médicos y enfermeras), inclemente y miope los activos del SNS (capital humano e inversiones).
  - Miope, porque los recortes lineales rompían la funcionalidad de los servicios: por ejemplo, la tasa de reposición cero (si se te jubilaban 3 anestelistas, no te dejaban convocar la plaza ni contratar las vacantes).
- Tras rescatar a los bancos, y a la salida de la crisis (2014 a 2019), la **recuperación fue lenta e incompleta**; la sanidad no era prioritaria...
- Y luego llegó la **ola destructiva de la pandemia COVID-19**. El SNS, sus médicos y sus profesionales y empleados dieron un claro y ejemplar testimonio de su entrega y compromiso, con un alto sacrificio de vidas y de salud. Y es de justicia reconocer el trabajo del sector socio-sanitario, y particularmente de los trabajadores de las residencias de mayores... un espacio social muy olvidado por todos.



- ▲ Hospitals and ambulatory specialized services
- Primary Healthcare
- × Farmaceutical prescriptions, prosthesis, transport
- \* Public Health and colectively provided services
- ◆ Capital-investments
- GDP

Hospital

Atención Primaria

Recetas -  
medicamentos

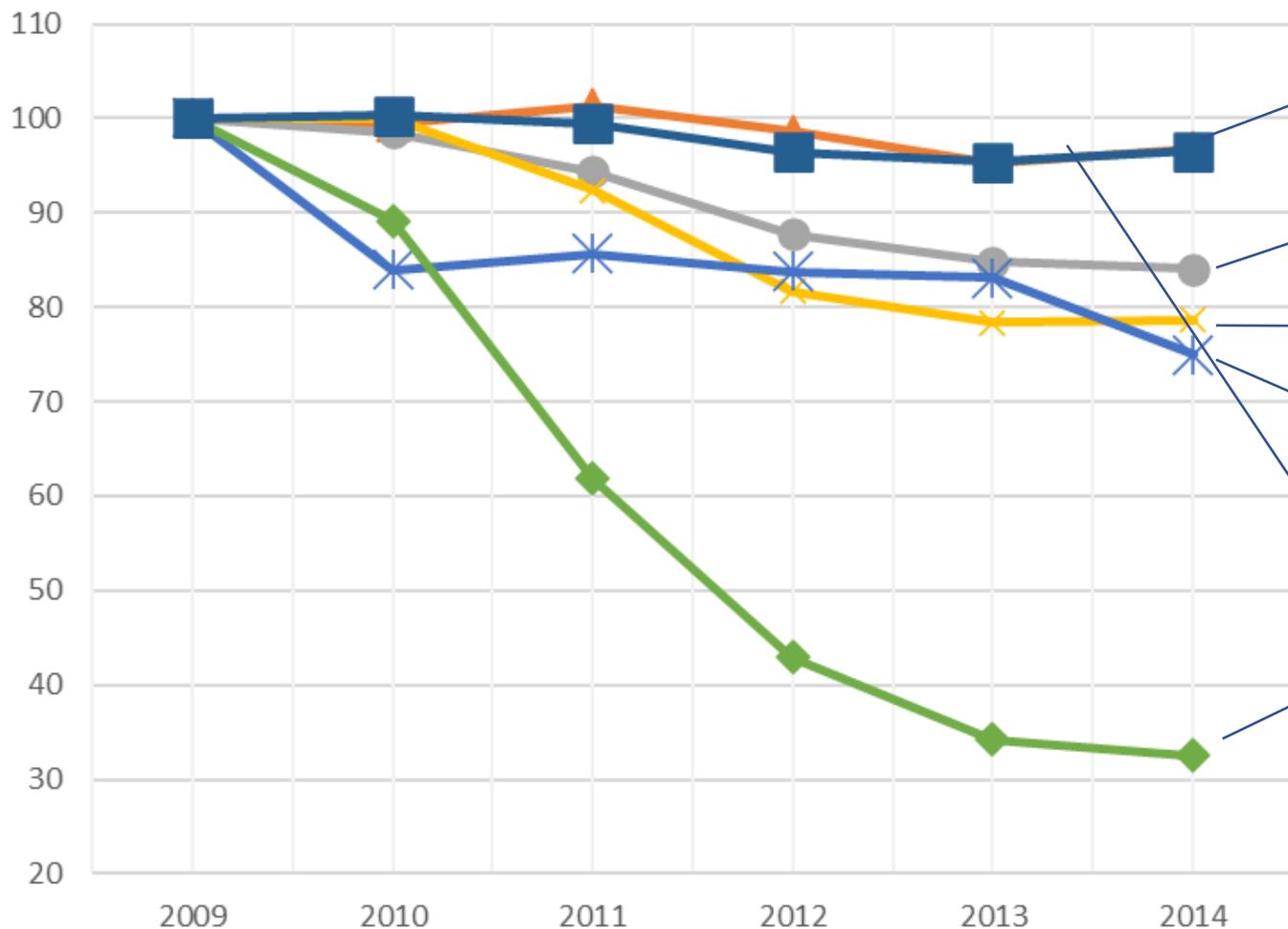
Salud Pública y  
servicios colectivos

Inversiones-gasto  
de capital

PIB

Evolución PIB  
y gasto  
sanitaria  
público por  
funciones;  
2002-2009  
(2002=100)

Evolución PIB y gasto sanitaria público por funciones; 2009-2014 (2009=100)



- ▲— Hospital and ambulatory specialized services
- Primary Healthcare
- ×— Farmaceutical prescriptions, prosthesis, transport
- \*— Public Health and colectively provided services
- ◆— Capital-investments
- GDP

**Hospital**

**Atención Primaria**

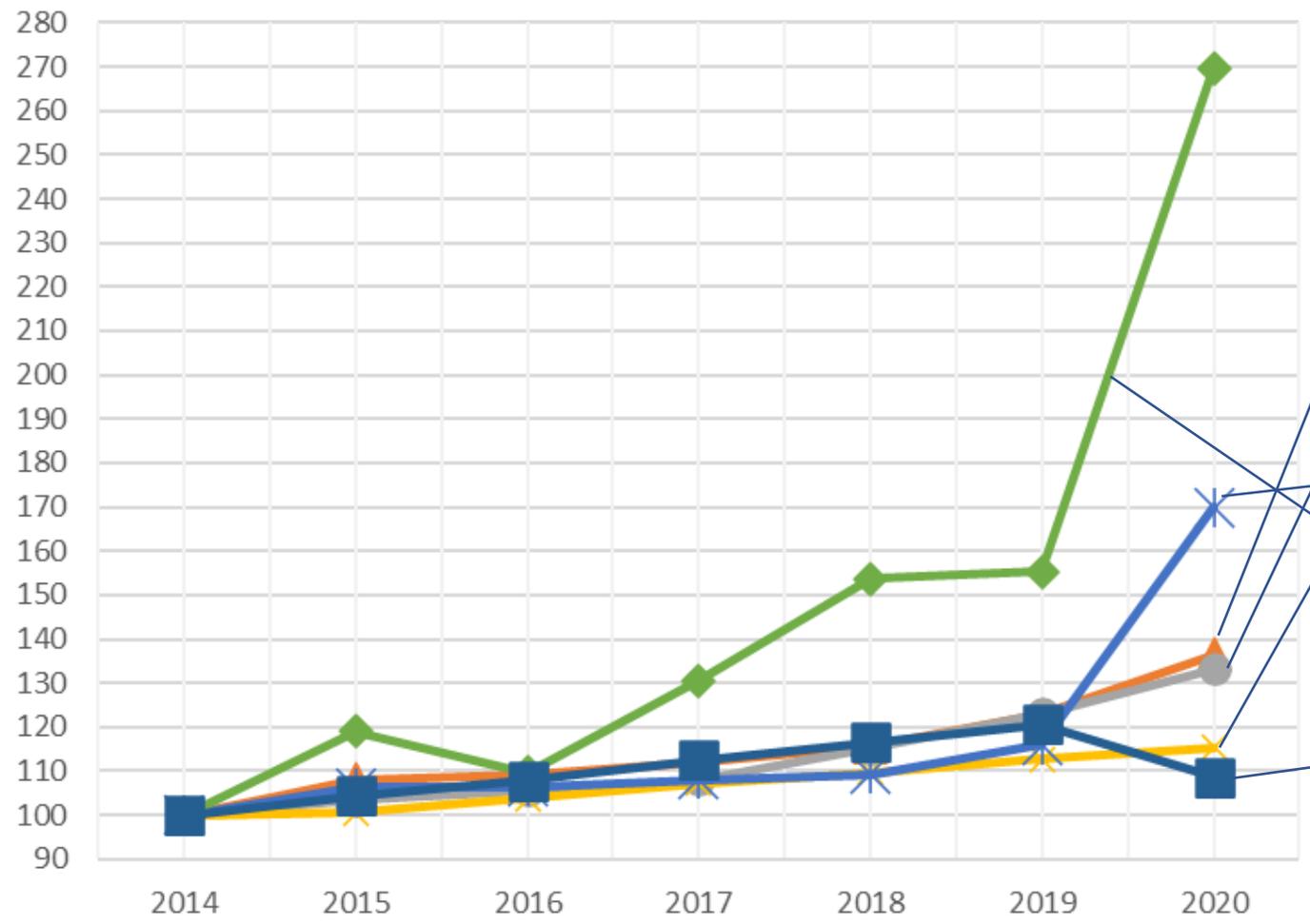
**Recetas - medicamentos**

**Salud Pública y servicios colectivos**

**Inversiones-gasto de capital**

**PIB**

**Evolución PIB y gasto sanitaria público por funciones; 2014 - 2020**  
(2014=100)



- ▲ Hospitals and ambulatory specialized services
- Primary Healthcare
- ✕ Farmaceutical prescriptions, prosthesis, transport
- ✱ Public Health and colectively provided services
- ◆ Capital-investments
- GDP

**Hospital**

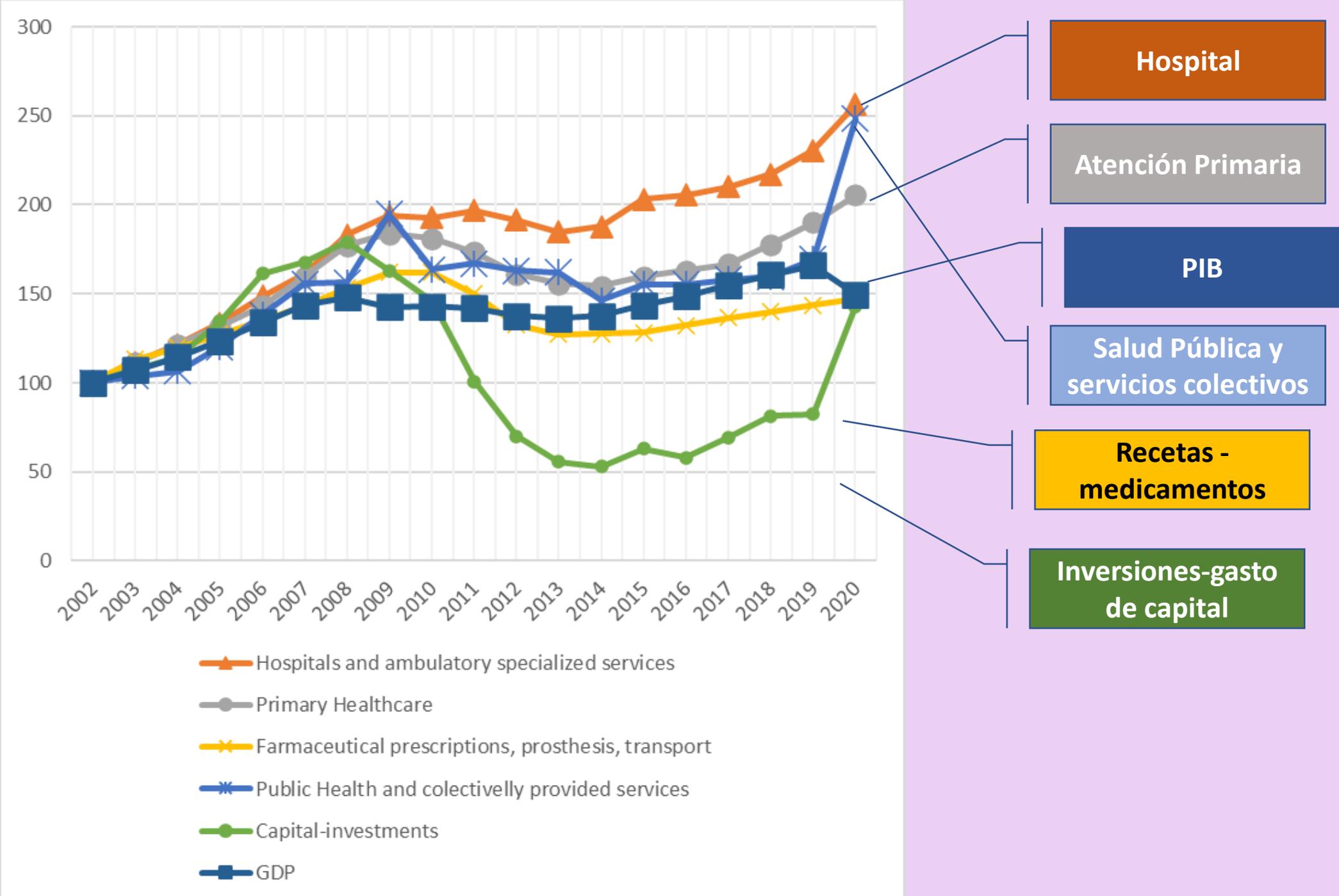
**Atención Primaria**

**Recetas - medicamentos**

**Salud Pública y servicios colectivos**

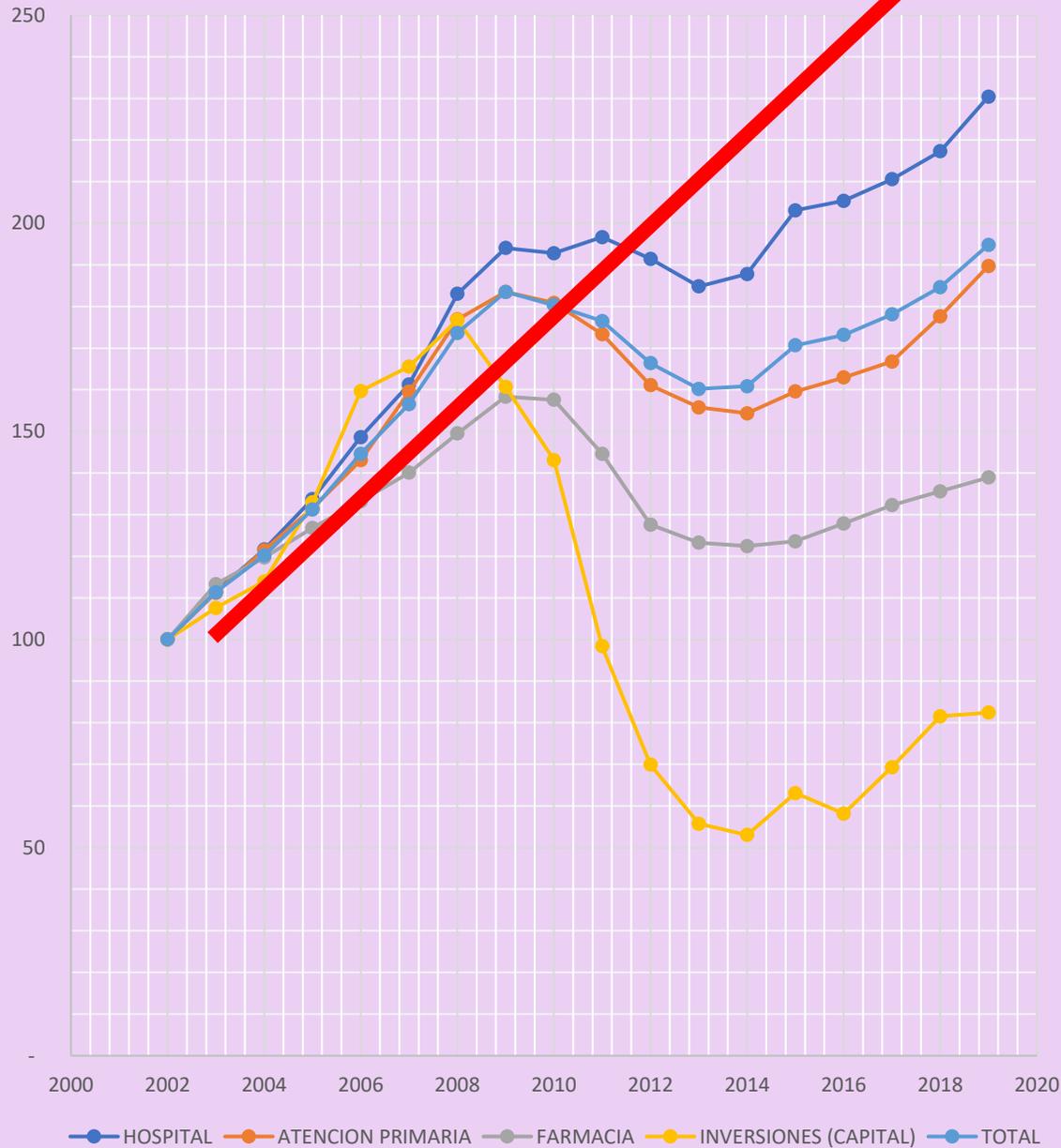
**Inversiones-gasto de capital**

**PIB**



Evolución GS por rúbricas funcionales  
(2002 = 100)

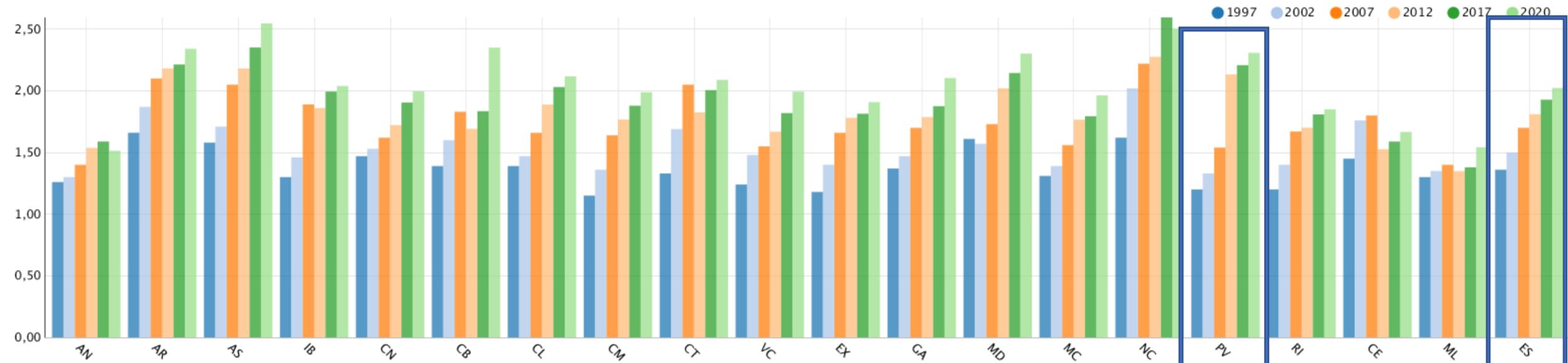
**285% incremento en gastos de farmacia hospitalaria (2003 a 2019)**



Hay decremento en gastos de farmacia por receta (control de precios en los años de crisis) ...

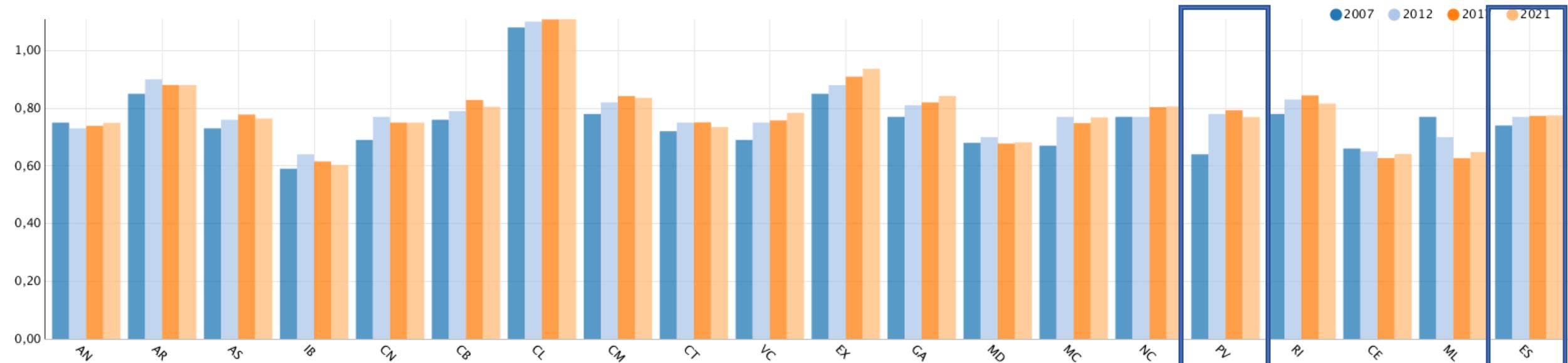
Pero en crecimiento del gasto de farmacia en hospitales es sostenido y muy acelerado

Personal médico en atención especializada por 1000 hab. según CC.AA. y Años. Total



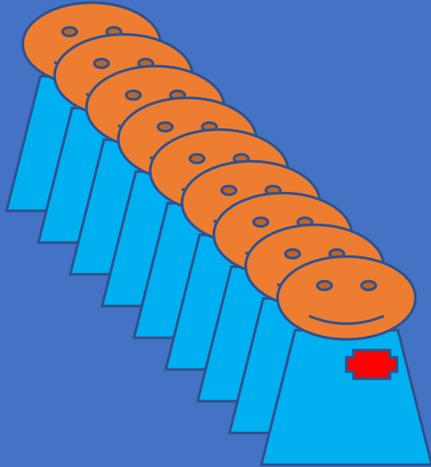
Fuente: Hasta el año 2009 inclusive "Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado". A partir de 2010 "Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada". MSCBS. Cifras de Población (años 2007 a 2012). INE. Proyecciones de Población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991 (años 1991 a 2001). INE. Extraído de INCLASNS (25/2/2023 - 11:0.00)  
 Observaciones: Incluye centros públicos y privados

Personal médico atención primaria por 1000 personas asignadas según CC.AA. y Años. Total



Fuente: Sistema de información de atención primaria (SIAP). MSSSI. Extraído de INCLASNS (25/2/2023 - 11:2.00)

SERVICIO DE ESPECIALIDAD



¡¡¡NECESITAMOS MÁS PERSONAL!!!

Subespecialidad 1

¿Adecuada capacidad y rendimiento?

Subespecialidad 2

¿Adecuada capacidad y rendimiento?

Unidad Clínica inter-especialidades 1

¿Adecuada capacidad y rendimiento?

Proceso o procedimiento de alta especialización

¿Adecuada capacidad y rendimiento?

- En Julio de 2020, cuando se aprobó en el **Congreso de los Diputados** el dictamen de medidas sanitarias para la Reconstrucción Social y Económica, parecía que los aplausos de la población a los sanitarios tenían por primera vez efecto en los políticos y las instituciones.
- Pero se apagaron los ecos de aquellos aplausos, y los compromisos institucionales fueron cayendo en el olvido. Y el SNS va entrando en una **triple crisis**: tres grietas aparecen en su estructura:



- La **crisis de la atención primaria**, en la que la desinversión crónica, las malas condiciones de trabajo y la jubilación masiva (conocida pero ignorada), ha roto la tradicional accesibilidad, continuidad y longitudinalidad... los tres atributos esenciales para una buena medicina y enfermería del primer nivel de atención.
- La **crisis moral de los profesionales** del SNS: su desafección y desilusión forma parte de un grave problema, pues rompe el contrato social implícito en el que se anclan los valores que sustentan el compromiso y la fidelización.
- La **crisis de la cobertura pública**, que está llevando a parte de las capas medias de la sociedad a escaparse al aseguramiento privado para sortear las crecientes esperas y dificultades de la sanidad pública. Si esta tendencia se mantiene, la sanidad se dualizará; y un SNS para pobres, acabará siendo un pobre SNS.

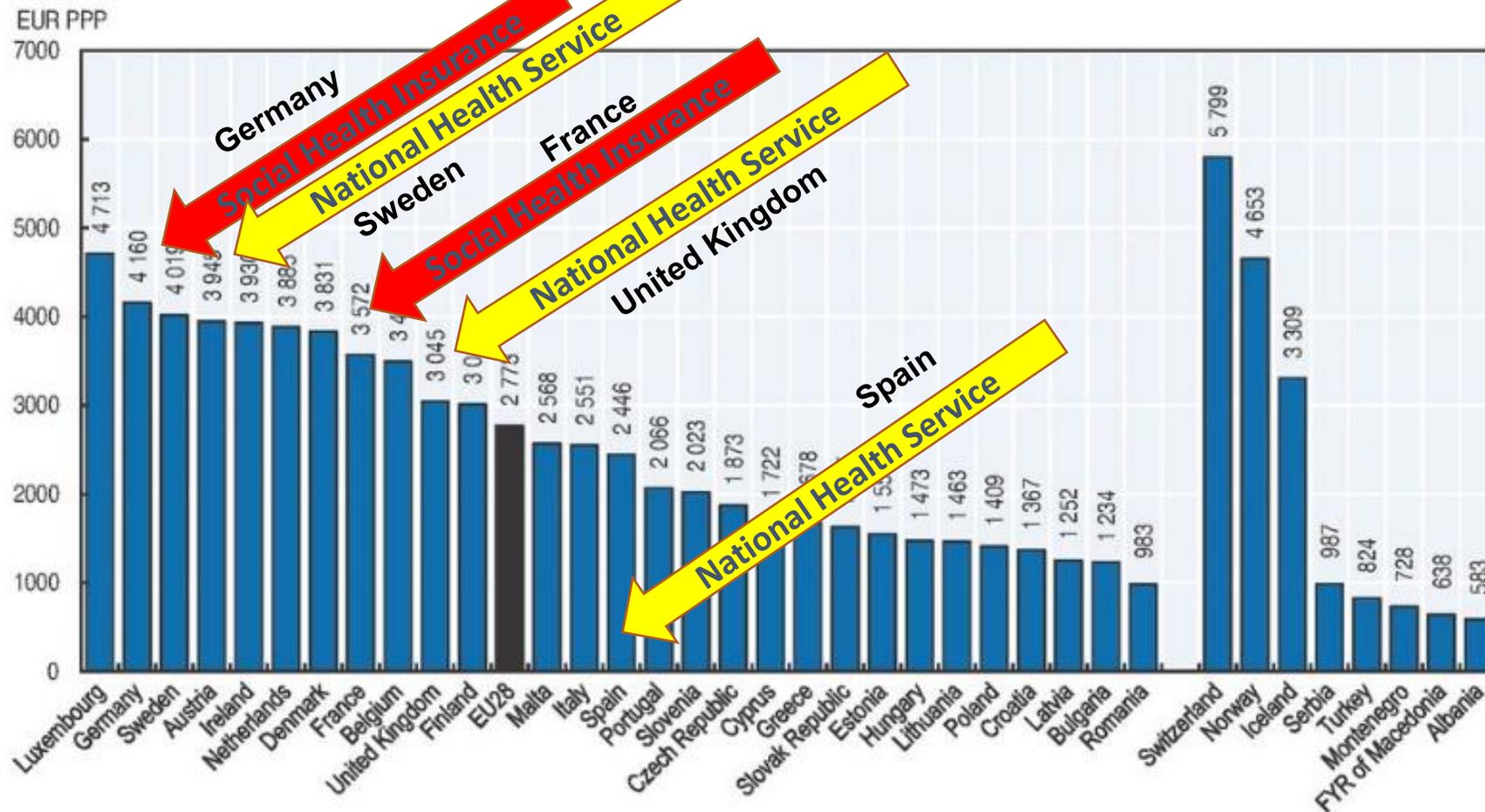


# ¿Está “agotado” el “modelo”?

- Muchos formulan que este **sistema sanitario está agotado**, que no das más de sí...
  - *Algunos estarían encantados de que se agotara el impulso del sistema público de salud, para que se abrieran de par en par las puertas al mercado.*
- Pero, **antes de desecharlo, miremos fuera** de España: en los modelos sanitarios donde domina el mercado y la iniciativa privada, se produce mucho más gasto, y no se obtienen resultados en salud tan buenos como los nuestros (no sólo en longevidad, sino en mortalidad evitable o prevenible).
- Porque no es el modelo; es el **sistema de gobernanza y gestión** que lo soporta; y que ha sido **descuidado, desfinanciado y olvidado** desde hace más de dos décadas por la política partidaria en España.



## 5.1. Health expenditure per capita, 2017 (or nearest year)

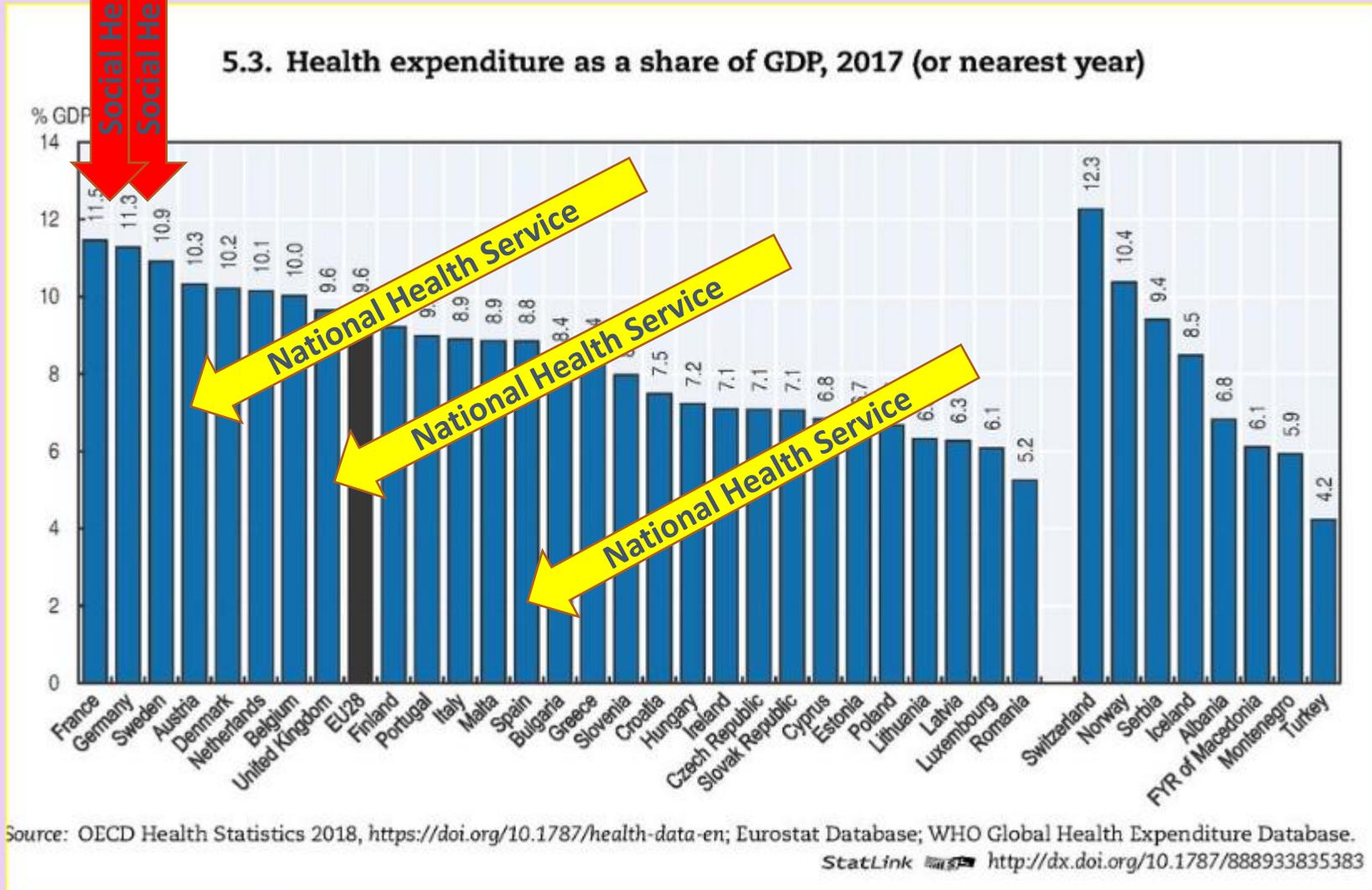


Source: OECD Health Statistics 2018, <https://doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933835345>

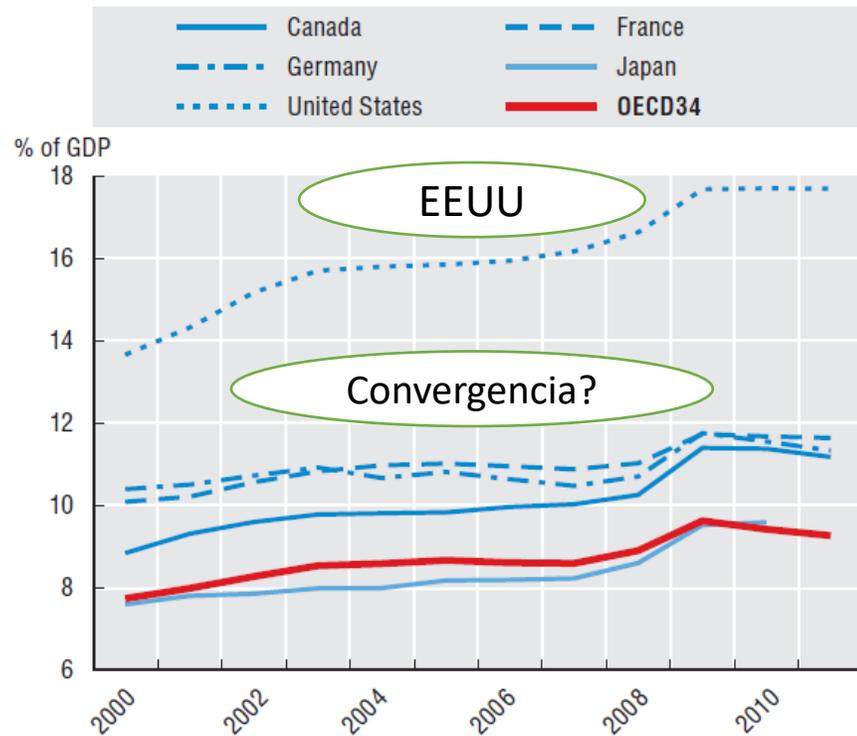
Los países más desarrollados, tienden a tener un gasto sanitario per cápita mayor  
España está por debajo de la media del gasto UE-28

Los modelos de seguro social suponen un porcentaje del PIB mayor, que los de servicio nacional de salud (con predominio de la integración). España también está por debajo de la media.



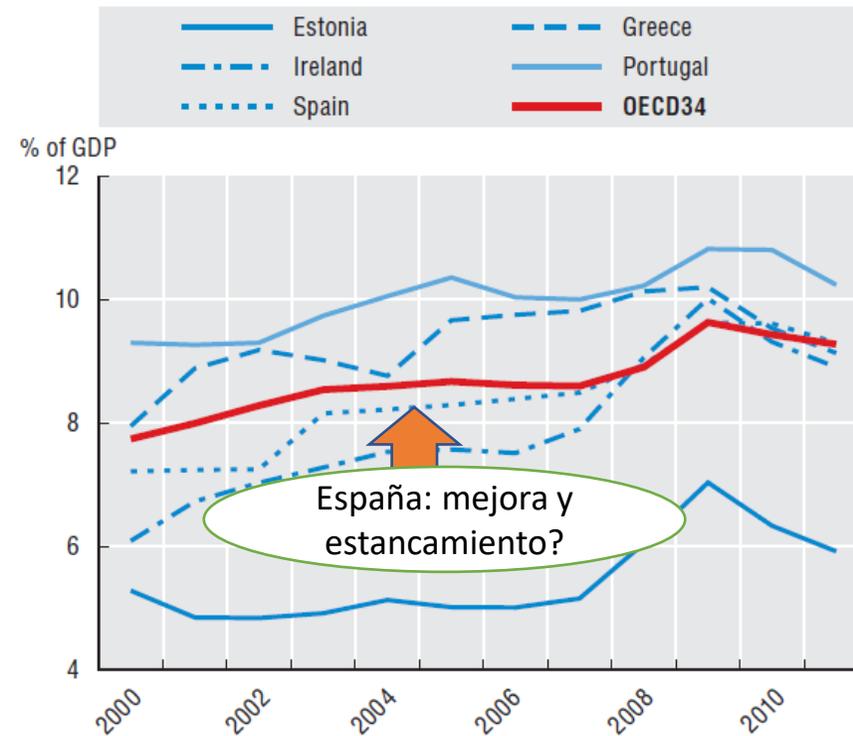
# EVOLUCION...

7.2.2. Health expenditure as a share of GDP, 2000-11, selected G7 countries



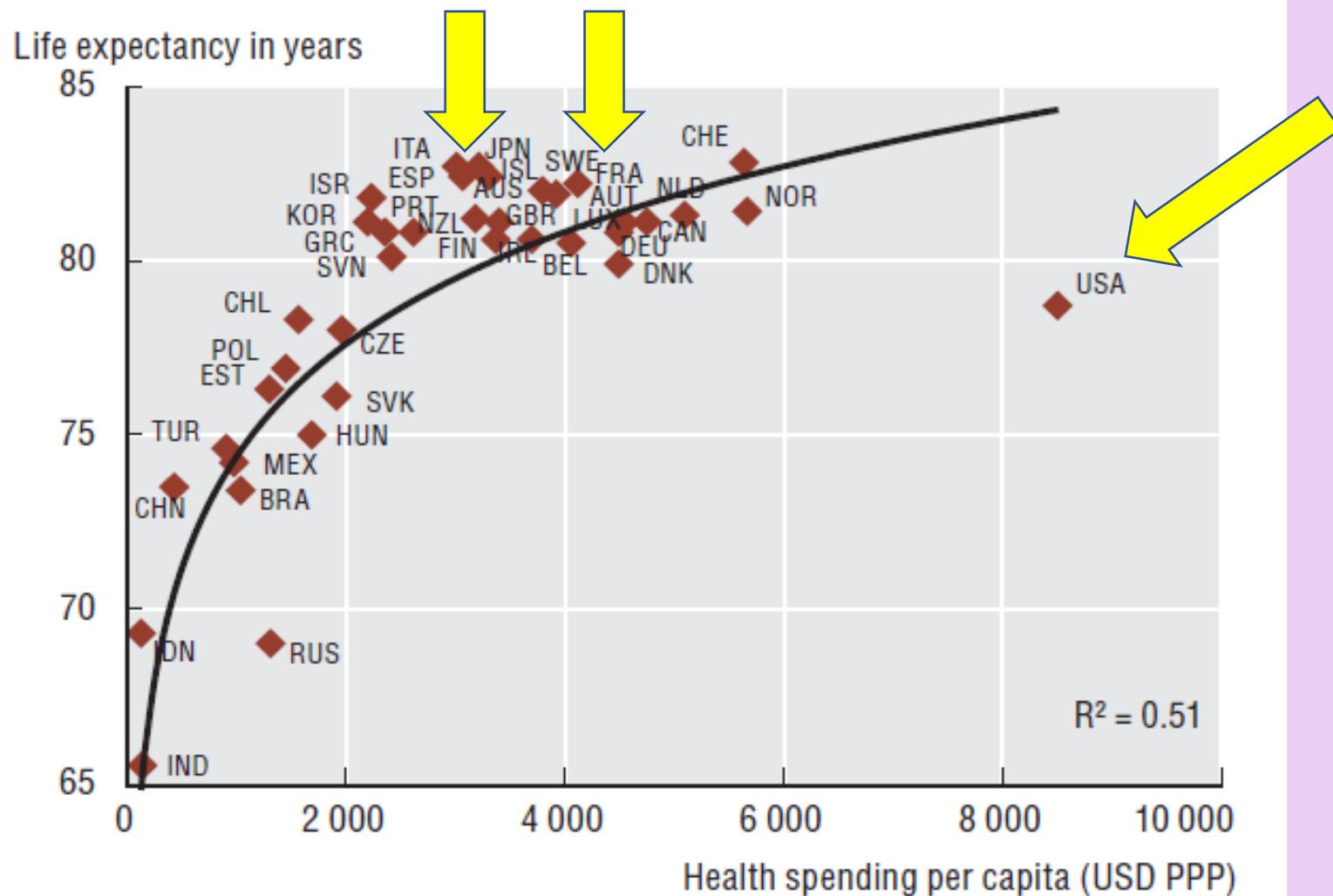
Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.  
StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932918890>

7.2.3. Health expenditure as a share of GDP, 2000-11, selected European countries



Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.  
StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932918909>

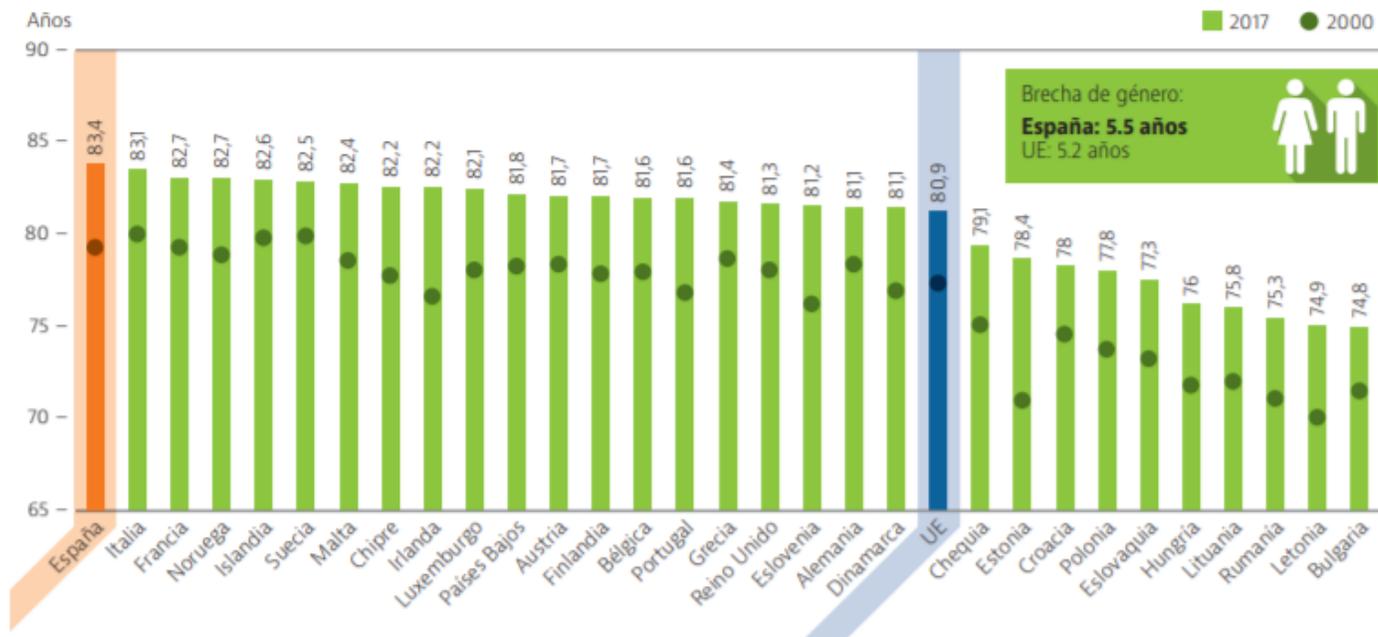
### 1.1.3. Life expectancy at birth and health spending per capita, 2011 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; World Bank for non-OECD countries.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932916040>

### Gráfico 1. La esperanza de vida en España es la más elevada de la UE



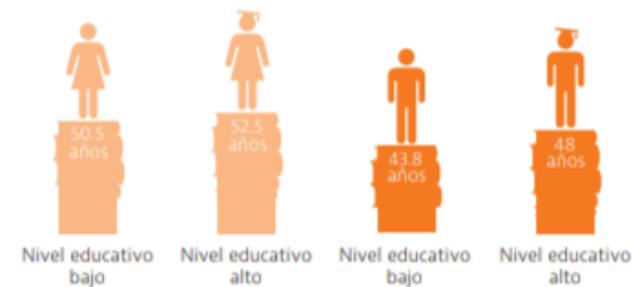
Fuente: Base de datos de Eurostat.

### Las desigualdades sociales en lo referente a la esperanza de vida son menos pronunciadas que en muchos otros países

Hay desigualdades en lo referente a la esperanza de vida en España no solo en función del género sino también de la posición socioeconómica, aunque son menos pronunciadas que en muchos otros países de la UE. La esperanza de vida a la edad de treinta y cinco años de los hombres con el nivel educativo más bajo es de más de cuatro años menos que en el caso de los hombres con los niveles educativos más elevados (gráfico 2). Esta diferencia en la longevidad debida a la educación es inferior entre las españolas, alrededor de dos años.

La brecha puede explicarse, al menos en parte, por la diferente exposición a diversos factores de riesgo; por

### Gráfico 2. La brecha en la esperanza de vida por nivel educativo es de más de 4 años en el caso de los hombres y de 2 años en el de las mujeres

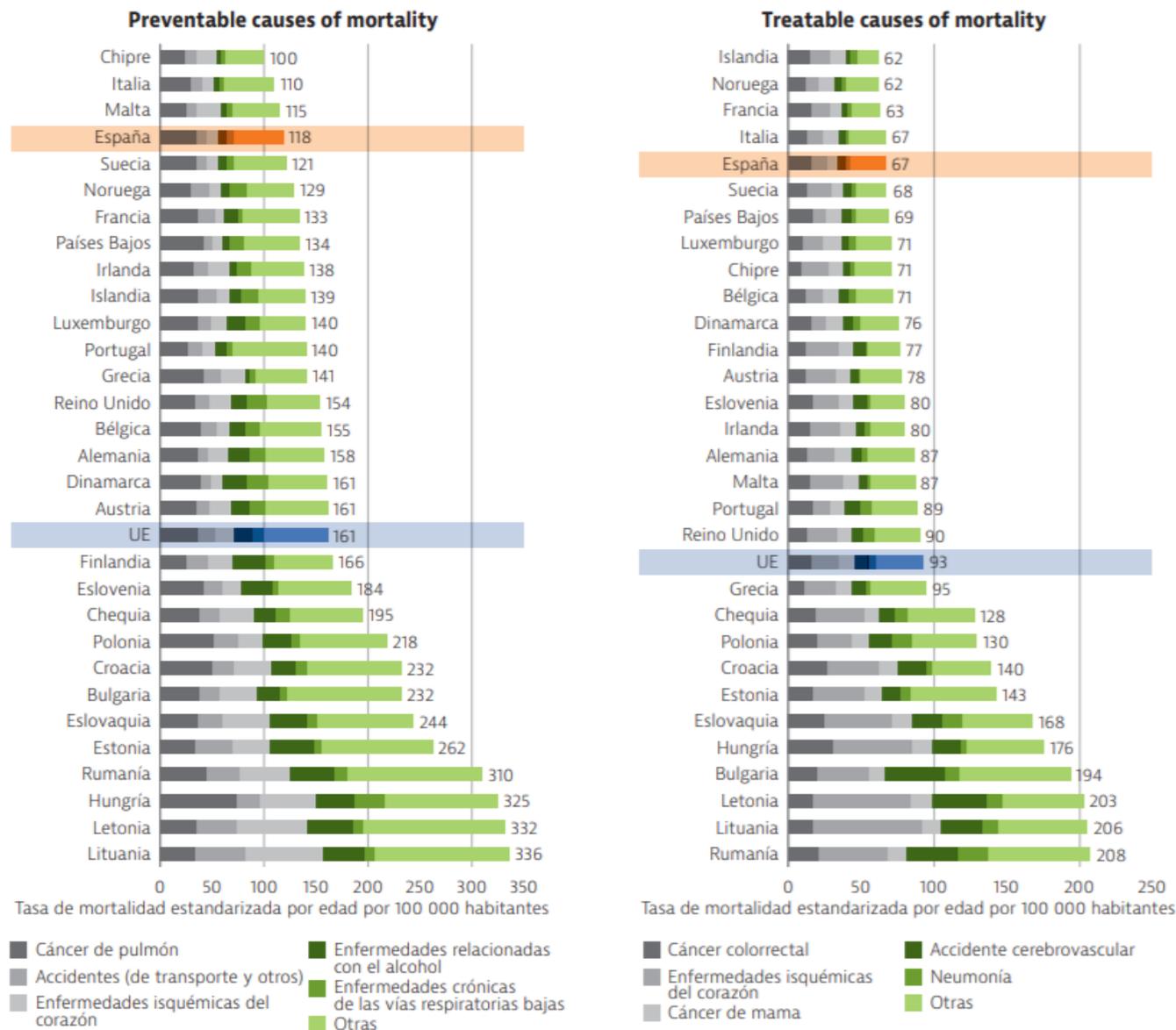


Brecha en la esperanza de vida por nivel educacional a los 35 años de edad:

España: 2 años  
UE16: 3.6 años

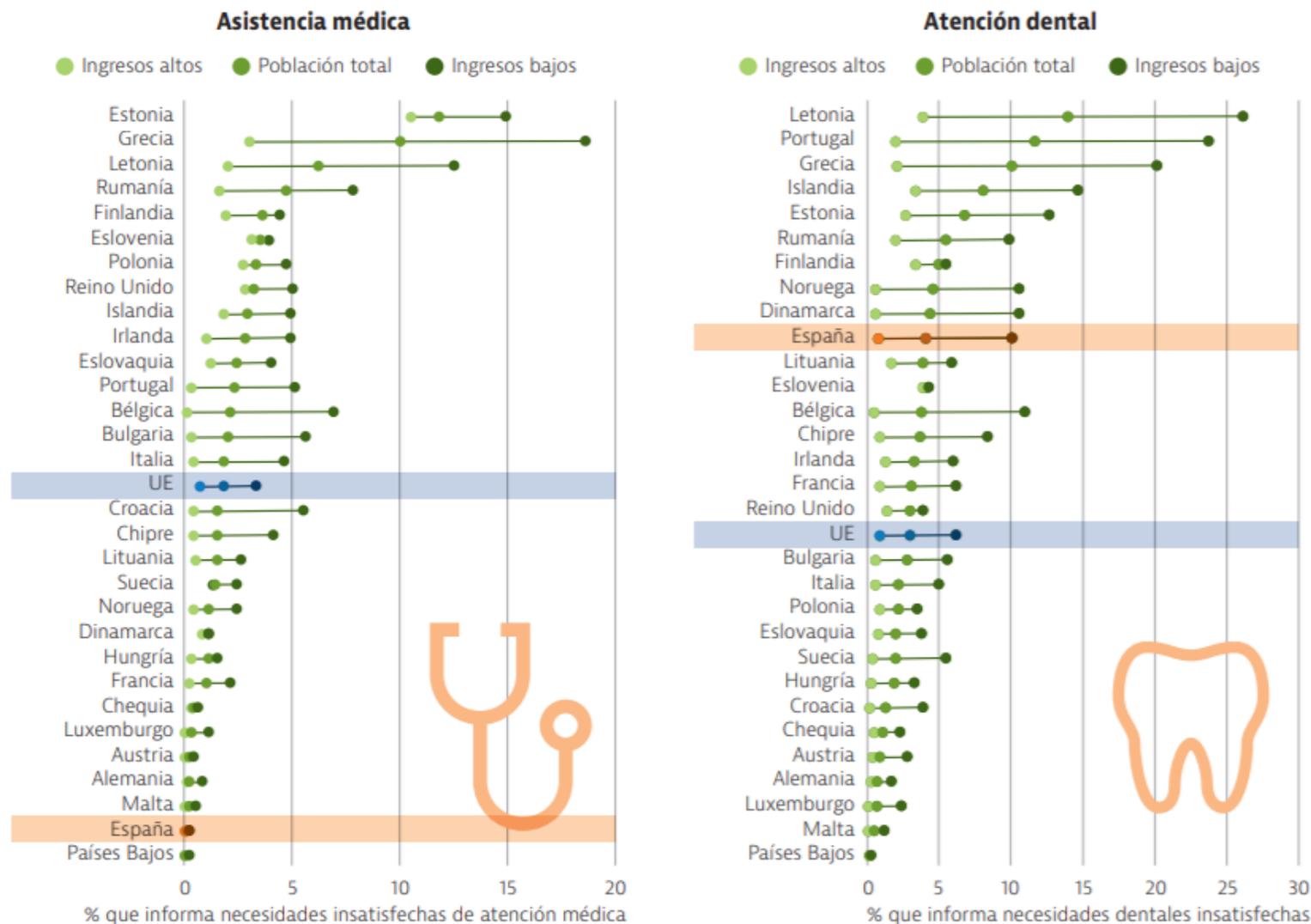
España: 4.2 años  
UE16: 6.5 años

**Gráfico 9. La mortalidad por causas evitables y tratables es más baja que en la mayoría de los países de la UE**



*Nota: La mortalidad evitable se define como las muertes que pueden evitarse fundamentalmente a través de intervenciones de sanidad pública y de prevención primaria. La mortalidad por causas tratables se define como las muertes que pueden evitarse principalmente a través de intervenciones sanitarias, que incluyen las pruebas diagnósticas de cribado y el tratamiento. Ambos indicadores se refieren a la mortalidad prematura (menos de 75 años de edad). Los datos se basan en las listas revisadas de la OCDE o Eurostat.*

**Gráfico 14. Los españoles refieren un bajo nivel de necesidades insatisfechas de asistencia médica, pero es más elevado en el caso de la atención dental**



*Nota: Los datos corresponden a las necesidades insatisfechas de reconocimientos o tratamientos médicos y dentales debidas a los costes, la distancia o los tiempos de espera. Se requiere cautela al comparar los datos entre países, ya que existen ciertas variaciones en el instrumento de encuesta utilizado. Fuente: Base de datos de Eurostat, basados en EU-SILC (datos correspondientes a 2017).*

# Tres niveles de problemas y disfuncionalidades

- 1- **AUTONÓMICOS**: Servicios de Salud de las CCAA -> cosas que dependen en mayor medida de la gobernanza autonómica
- 2- **SISTÉMICOS**: Sistema Nacional de Salud (SNS)-> cosas que dependen en mayor medida de la gobernanza central del SNS
- 3- **ESTRUCTURALES**: Formas en la que se responde a la expansión del saber, a los cambios disruptivos de la tecnomedicina y a la complejidad creciente de la morbilidad y comorbilidad.

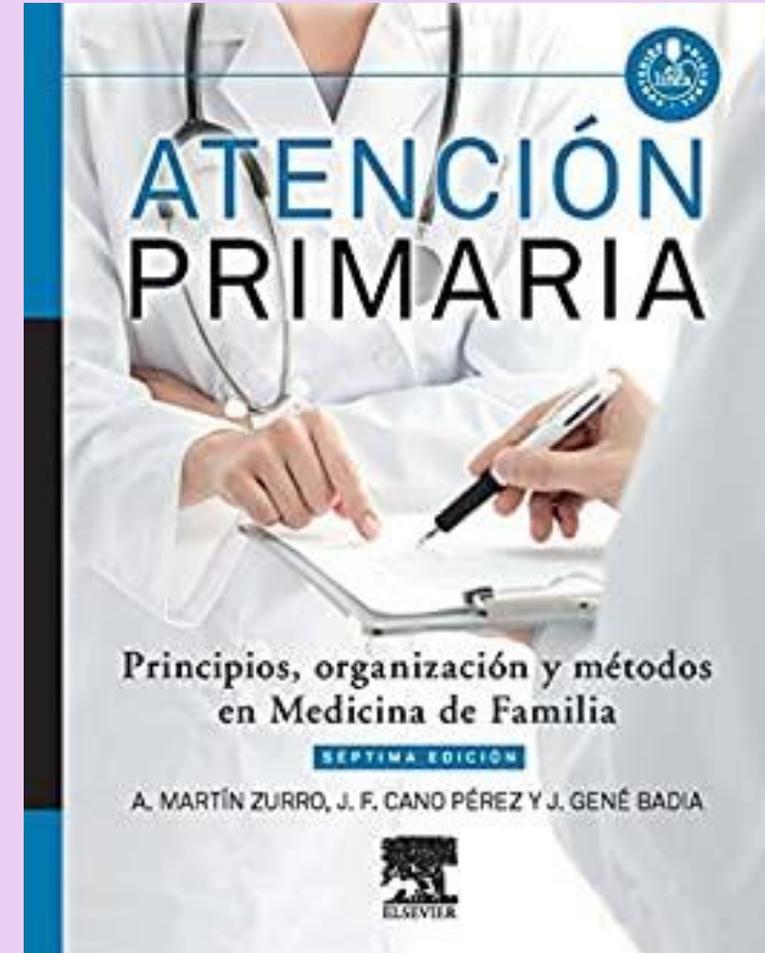
Entorno ideológico

Postmodernidad

Limitante ecológica

...

1 - Evolución del **Rol de la Atención Primaria** en el Sistema de Salud, desde la declaración de Alma Ata hasta el momento actual.



# Algunas preguntas...

1. ¿Tuvo éxito Alma Ata en meter la AP en la agenda de prioridades de los gobiernos?
2. ¿España tuvo mayor receptividad a la reforma pro-AP? ¿Porqué?... ¿y lo “comunitario”?
3. ¿Puerta de entrada o ... centrocampista?
4. Director de orquesta... ¿y si es un concierto con solista?
5. Puede funcionar la AP sin soporte accesible y ágil de los especialistas del hospital, atención domiciliaria, y apoyo de servicios sociales?
6. Se puede compensar la falta de médicos con enfermeras?
7. ¿Cómo es que ha dejado de ser “sexy” la primaria en España?
8. ¿Porqué decae justo cuando más la necesitamos para abordar la fragilidad y la cronicidad?
9. ¿Se puede arreglar con un “plan de choque”?
10. ¿Qué medidas clave pueden ayudar a abrir soluciones?



## **E** *Crisis de la atención primaria en Madrid: cuando alcanzar el malestar del resto de España es un objetivo deseable*

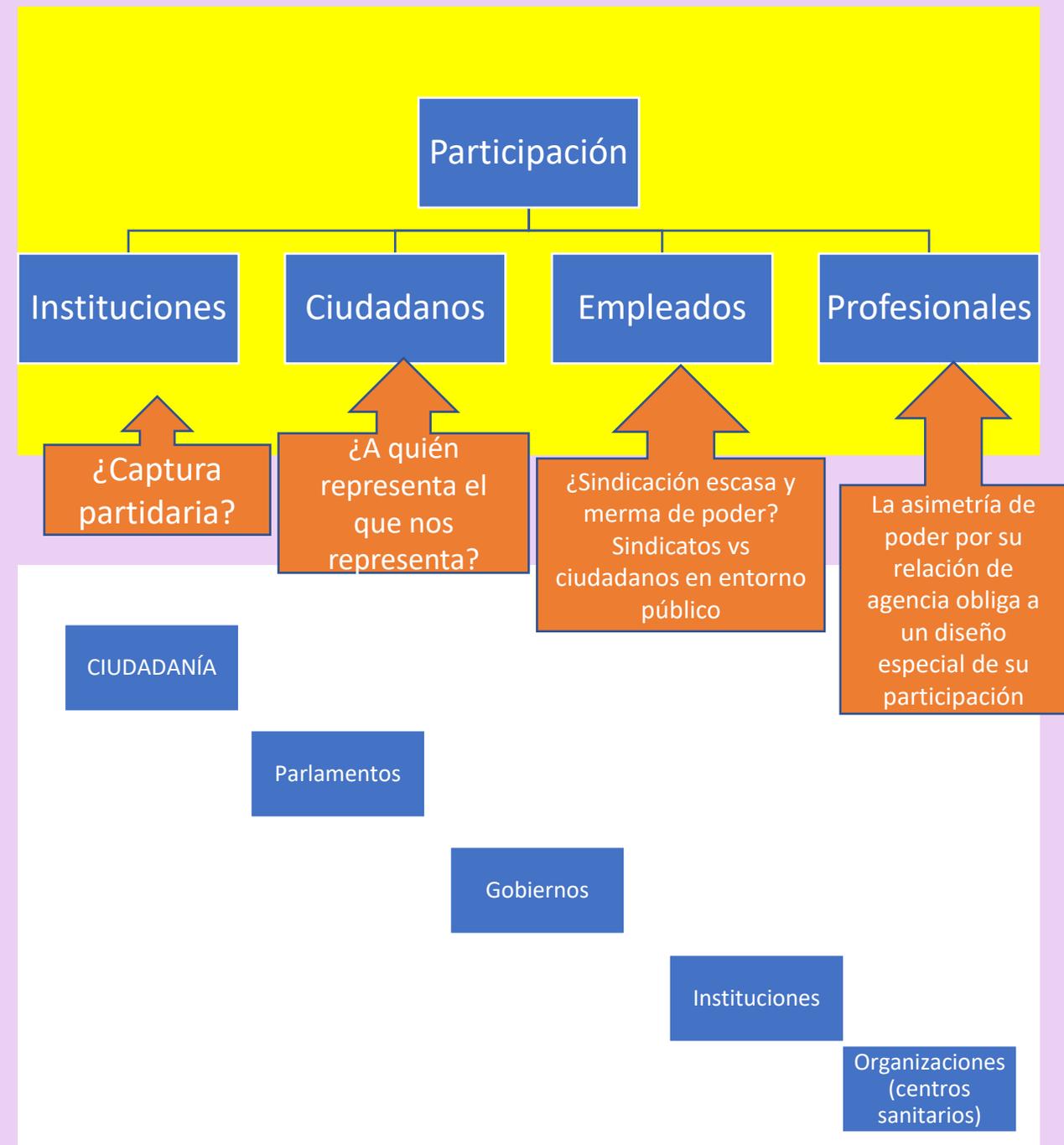
El abandono y la incompetencia, a lo largo de muchos años, lleva a que la sanidad pública acabe siendo una sanidad para pobres y una pobre sanidad



La presidenta de la Comunidad de Madrid, Isabel Díaz Ayuso, durante la inauguración del Hospital Enfermera Isabel Zendal, el 1 de diciembre de 2020.  
CHEMA MOYA (EFE)

2- La participación ciudadana y profesional existente en los procesos de gestión de los Servicios de salud, tanto la Institucional como la no institucional. Sus valores, éxitos y fracasos.





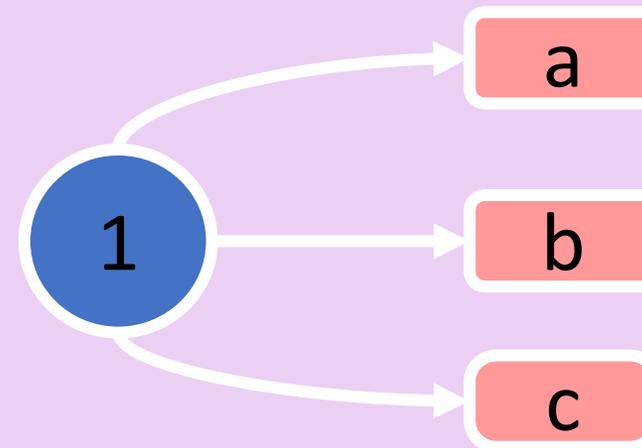
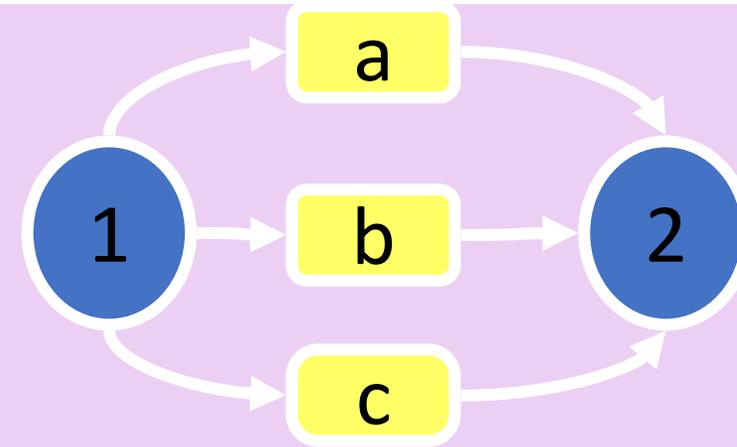
# Dos tipos de racionalidad, y dos ámbitos muy diferentes de la participación: **el cómo y el qué hacer**

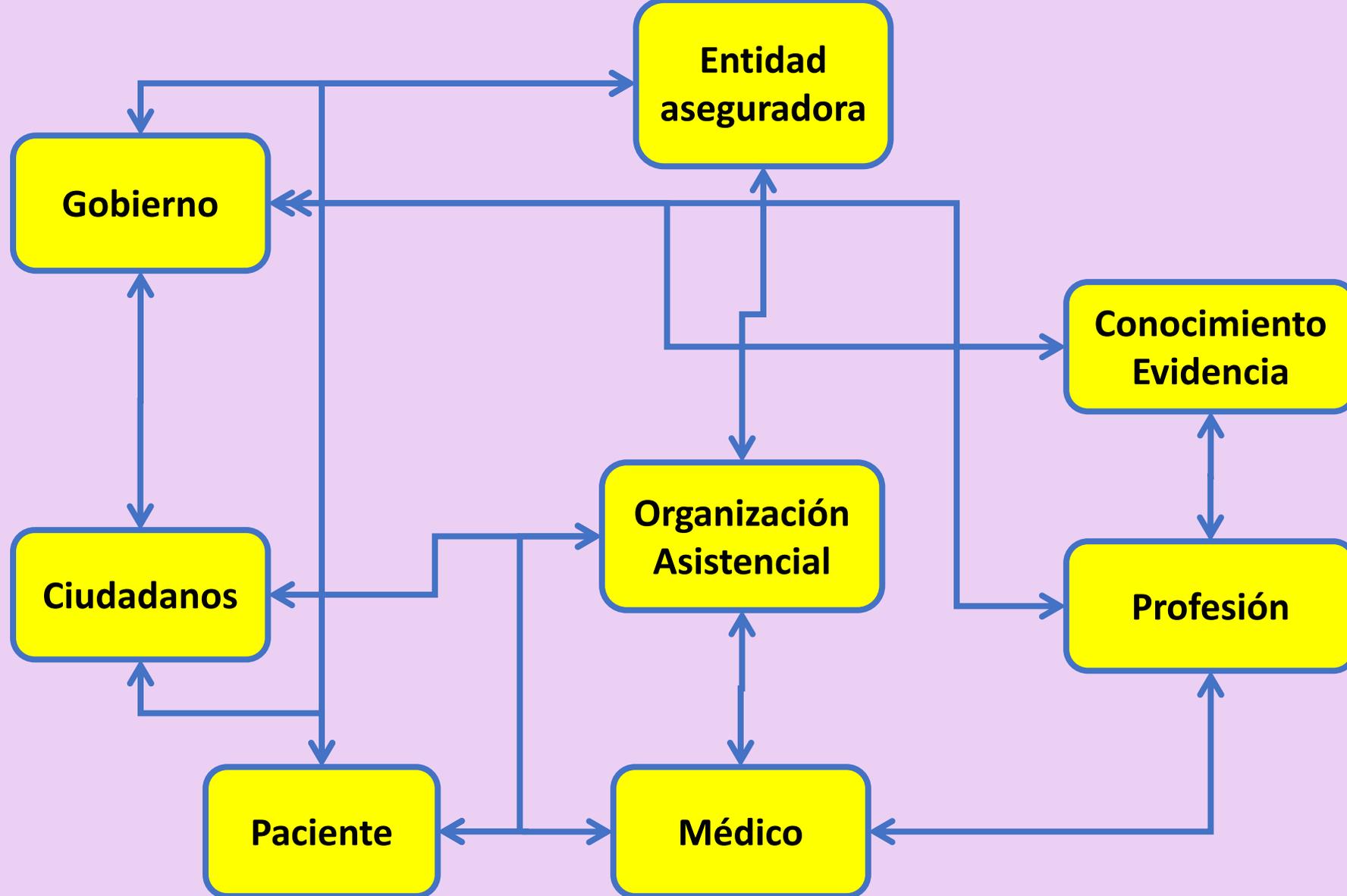
- **FORMAL**

- La racionalidad formal optimiza los métodos para conseguir unos fines bien establecidos y definidos (medios)

- **SUSTANTIVA**

- La racionalidad substantiva valora los retos y alternativas de acción más idóneas para orientar las transformaciones de la organización (ideas que guían los cambios)





Basado en: Peter C. Smith, Elias Mossialos and Irene Papanicolas. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. World Health Organization 2008.

Disponible en: <http://www.who.int/management/district/performance/PerformanceMeasurementHealthSystemImprovement2.pdf>

**Relaciones múltiples de agencia y rendición de cuentas:**

## Strengthening Health System Governance

Better policies, stronger performance

Edited by  
**Scott L. Greer**  
**Matthias Wismar**  
**Josep Figueras**

La gobernanza importa porque condiciona qué políticas se eligen y cómo se desarrollan. Una cierta calidad de gobierno es necesaria para evitar el fracaso de las políticas.

El MODELO TAPIC identifica cinco atributos mutuamente excluyentes que influyen en el tipo y consecuencias de las decisiones:

**Transparency** (transparencia)

**Accountability** (rendición de cuentas)

**Participation** (Participación)

**Integrity** (Integridad)

**Capacity** (capacidad técnica en Políticas)

# TAPIC

- **Transparencia:**

- Es esencial la disponibilidad de información sobre evidencia, decisiones, calidad y coste de los servicios de salud, particularmente para la medición del desempeño. Significa que las instituciones informan al público y a actores sociales sobre decisiones presentes y futuras, así como del proceso y los motivos por los cuales se toman.

- **(Accountability) Rendición de cuentas:**

- Se desarrollan líneas sólidas de relación entre la política y la gestión para la rendición de cuentas que permiten alinear intereses de los diferentes actores.
- Implica que existe una relación entre un agente y un foro al que informa sobre decisiones tomadas, y del cual puede recibir mandatos y sanciones.

- **Participación:**

- Existen mecanismos apropiados de participación que consiguen mayor implicación de los pacientes, y también facilitan la implementación de los cambios.
- Significa que las partes afectadas tengan acceso a la toma de decisiones, y tengan la oportunidad y el poder de aportar de forma significativa al desarrollo institucional.

- **Integridad:**

- Garantiza que todas las partes interesadas, los ciudadanos y los pacientes pueden confiar en el sistema sanitario en sus reformas, al ser los procesos previsibles y basado en normas y respetuosos con la Ley.

- **Capacidad de elaboración de políticas**

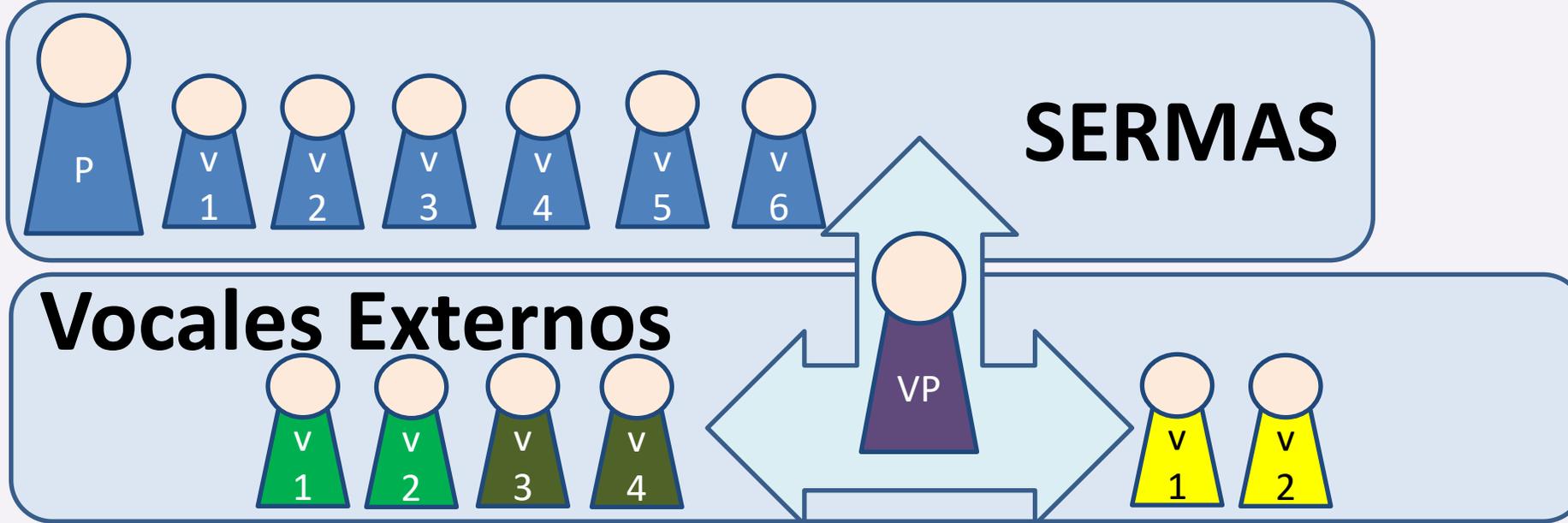
- Permite a los responsables institucionales planificar, implementar y evaluar políticas y reformas que puedan alienarse con los objetivos y recursos de la sociedad.

Ley 11/2017, de 22 de diciembre, de  
Buen Gobierno y Profesionalización de  
la Gestión de los Centros y  
Organizaciones Sanitarias del Servicio  
Madrileño de Salud.

- <http://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-1610-consolidado.pdf>

## JUNTA DE GOBIERNO (1)

- Las organizaciones gestionadas por el Servicio Madrileño de Salud dispondrán de un órgano colegiado de gobierno denominado Junta de Gobierno, al que se le atribuye la misión fundamental de la superior administración del centro.
- La Junta de Gobierno estará compuesta como máximo por los siguientes miembros: un presidente, un vicepresidente y 11 vocales



Convocatoria pública dirigida a organizaciones sociales y económicas, entidades académicas, asociaciones ciudadanas, colegios profesionales, sociedades científicas, y otras organizaciones de participación ciudadana...  
trayectoria profesional, mérito y conocimientos requeridos por la convocatoria

La Secretaría General del Servicio Madrileño de Salud comprobará la adecuación de las propuestas a la convocatoria y dará traslado de las que cumplan los requisitos a la Junta Técnica Asistencial para que elija a los vocales, de los cuales al menos dos deberán ser profesionales sanitarios.

Dos vocales en representación de los ciudadanos que serán designados a propuesta de la Federación de Municipios de Madrid teniendo en cuenta el ámbito de actuación en el que presta asistencia la organización sanitaria

## JUNTA DE GOBIERNO (2)

- El secretario será designado por el presidente entre personal de la organización y actuará con voz pero sin voto.
- El **director gerente** de la organización asistirá a las reuniones de la Junta de Gobierno **con voz pero sin voto**.
- El **presidente y los vocales externos** ejercerán su cargo sin **ninguna vinculación orgánica ni retribución salarial**, teniendo derecho al reembolso de **gastos de desplazamiento y a las asistencias** que estén establecidas con carácter general por la concurrencia a órganos colegiados de la Administración.
- Tendrán derecho a la **asistencia y defensa jurídica** por los Servicios Jurídicos de la Comunidad de Madrid en los asuntos derivados de las actuaciones u omisiones que traigan causa directa de su participación en la Junta de Gobierno.
- El **mandato** de los miembros de la Junta de Gobierno propuestos conforme al artículo 5.4.b) será de **cinco años**.

### 3- Análisis de las relaciones

“sistémicas” entre los diversos elementos o subsistemas del Sistema de salud:

los centros de salud, los Hospitales, los Servicios de Salud Mental y los Hospitales psiquiátricos, los Servicios de Salud Pública, el espacio socio sanitario... ; los sistemas de salud y los sistemas sociales de Cuidados.



# Algunas preguntas clave...

1. ¿Crece la interdependencia entre proveedores de servicios?
2. ¿Crece la co-morbilidad en los pacientes? (cronicidad)
3. ¿La expansión del conocimiento y la subespecialización se van a incrementar en un futuro?
4. ¿Alguien está al frente de los casos complejos y de las decisiones difíciles?
5. ¿Cómo equilibrar los sesgos de la tecnomedicina a favor de unos pacientes y enfermedades (y contra otros)?
6. ¿Cómo tender un puente sobre el abismo que hay entre la sanidad y las necesidades sociales de pacientes y familias?
7. ¿Alguien puede parar la obstinación terapéutica y aceptar el envejecimiento y la muerte?



4- Los programas de **incentivación laboral**, el trabajo en equipo, los **roles profesionales** y sus tendencias (Rol de profesional de enfermería), las condiciones laborales.

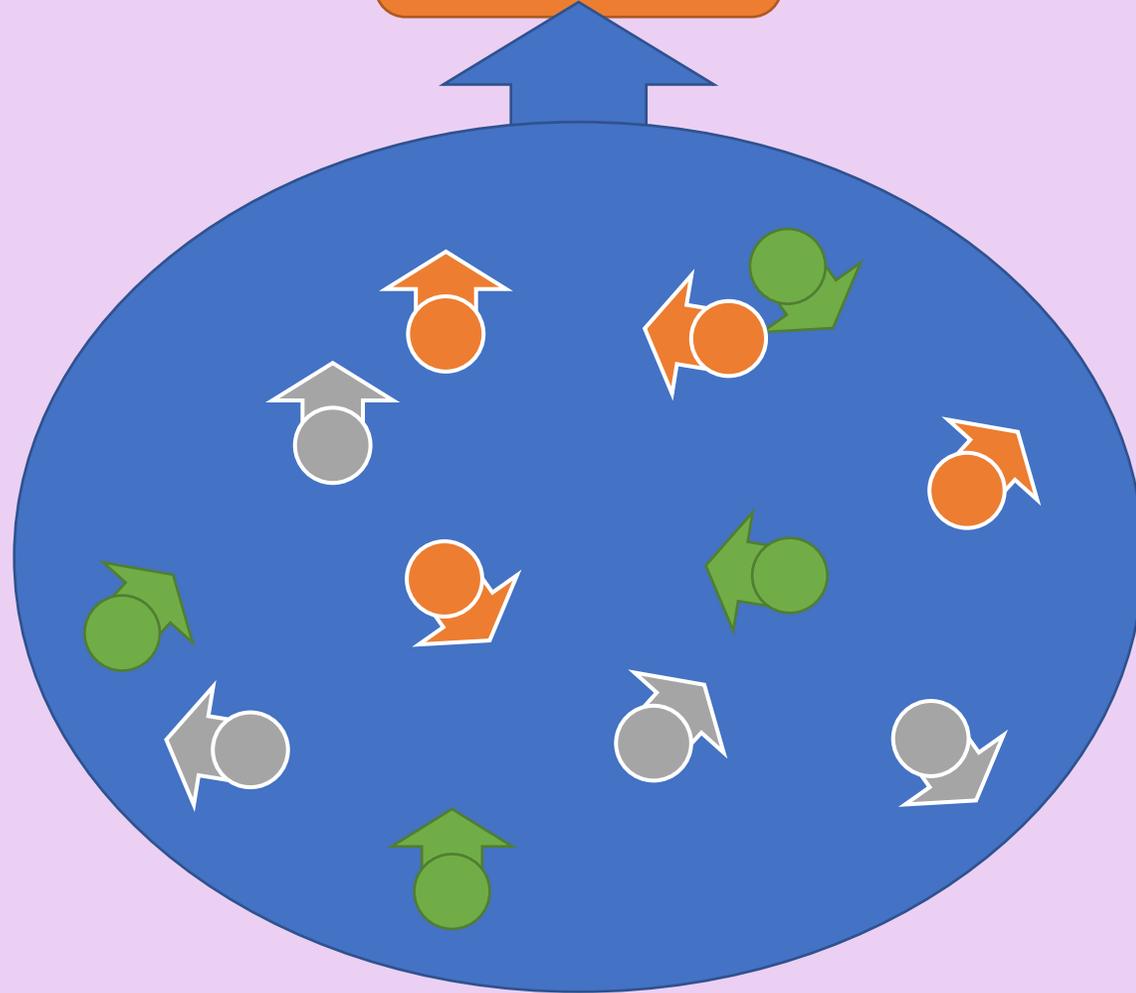


```
graph TD; A[objetivos] --> B((organización));
```

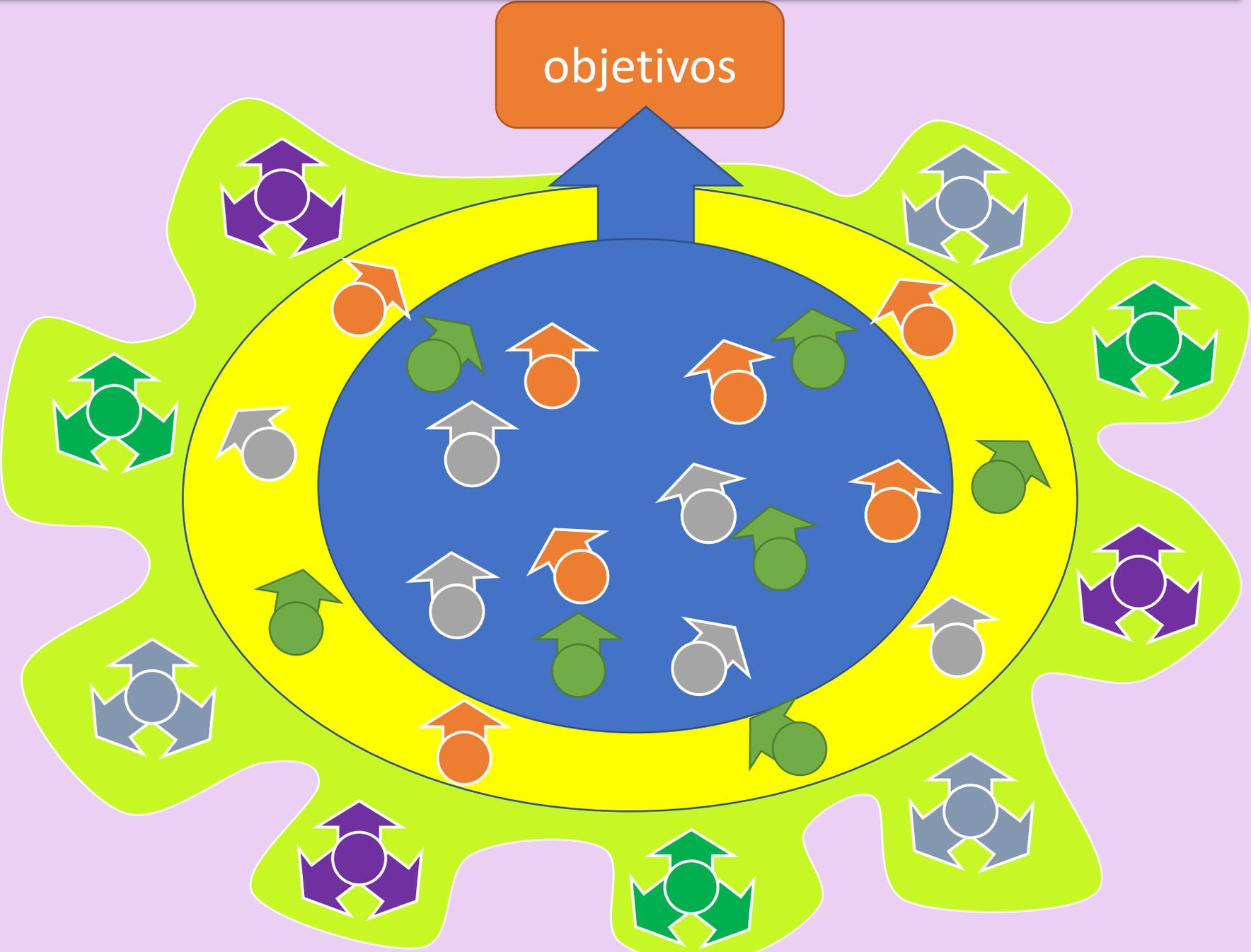
objetivos

organización

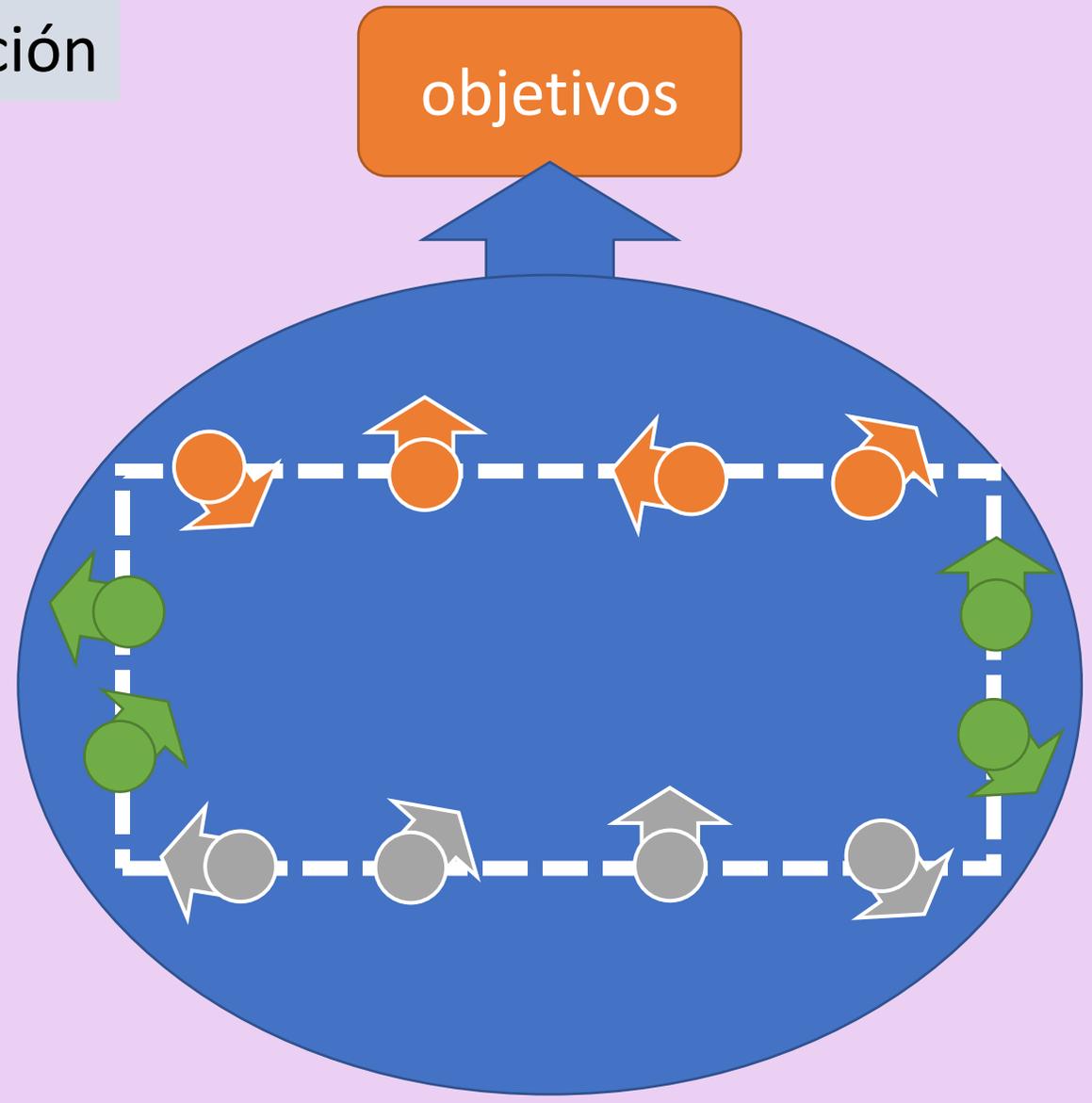
objetivos



Las Organizaciones tienen empleados con diferente nivel de vinculación y dedicación

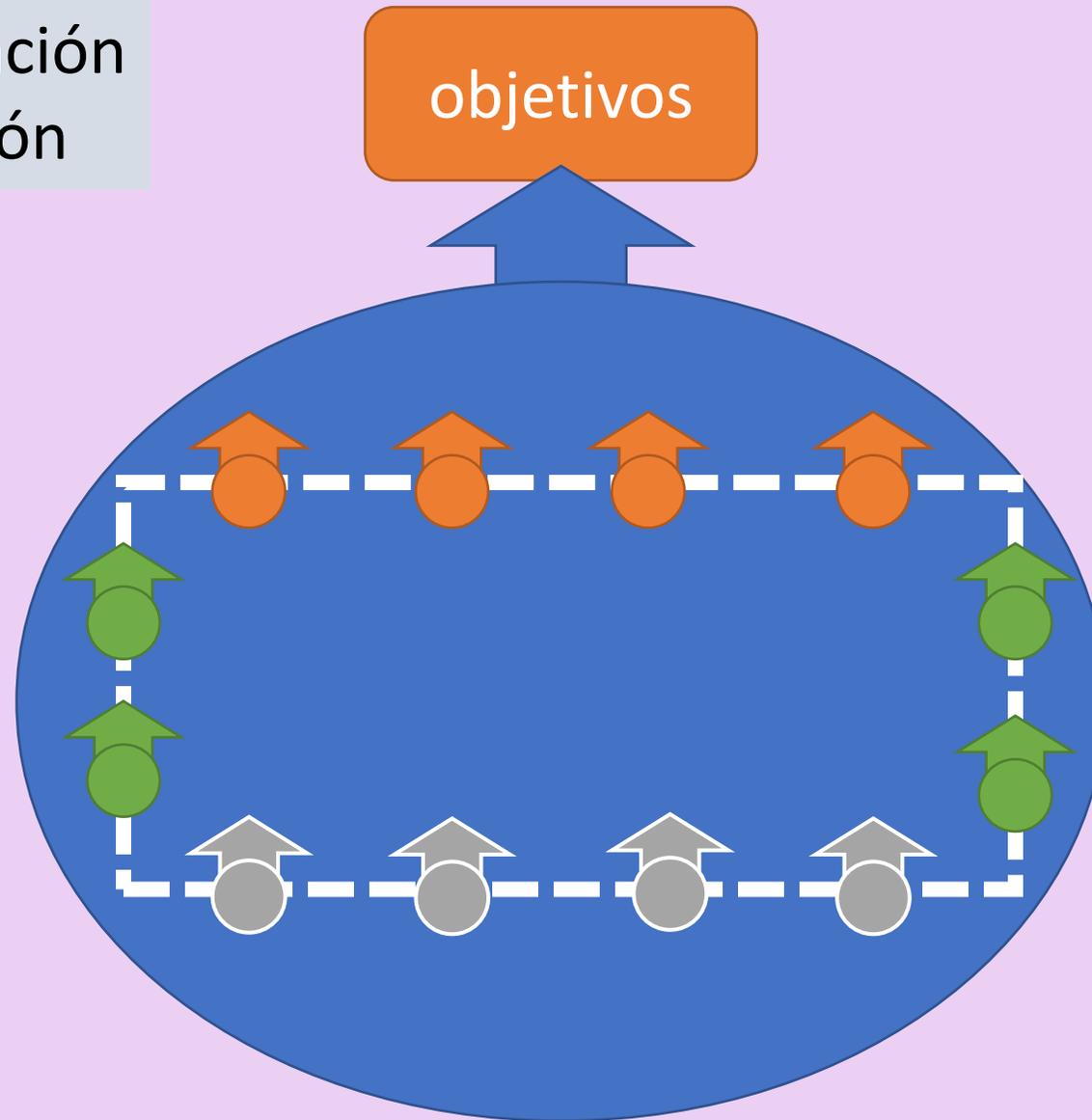


GESTIÓN  
a) Coordinación



# GESTIÓN

- a) Coordinación
- b) Motivación

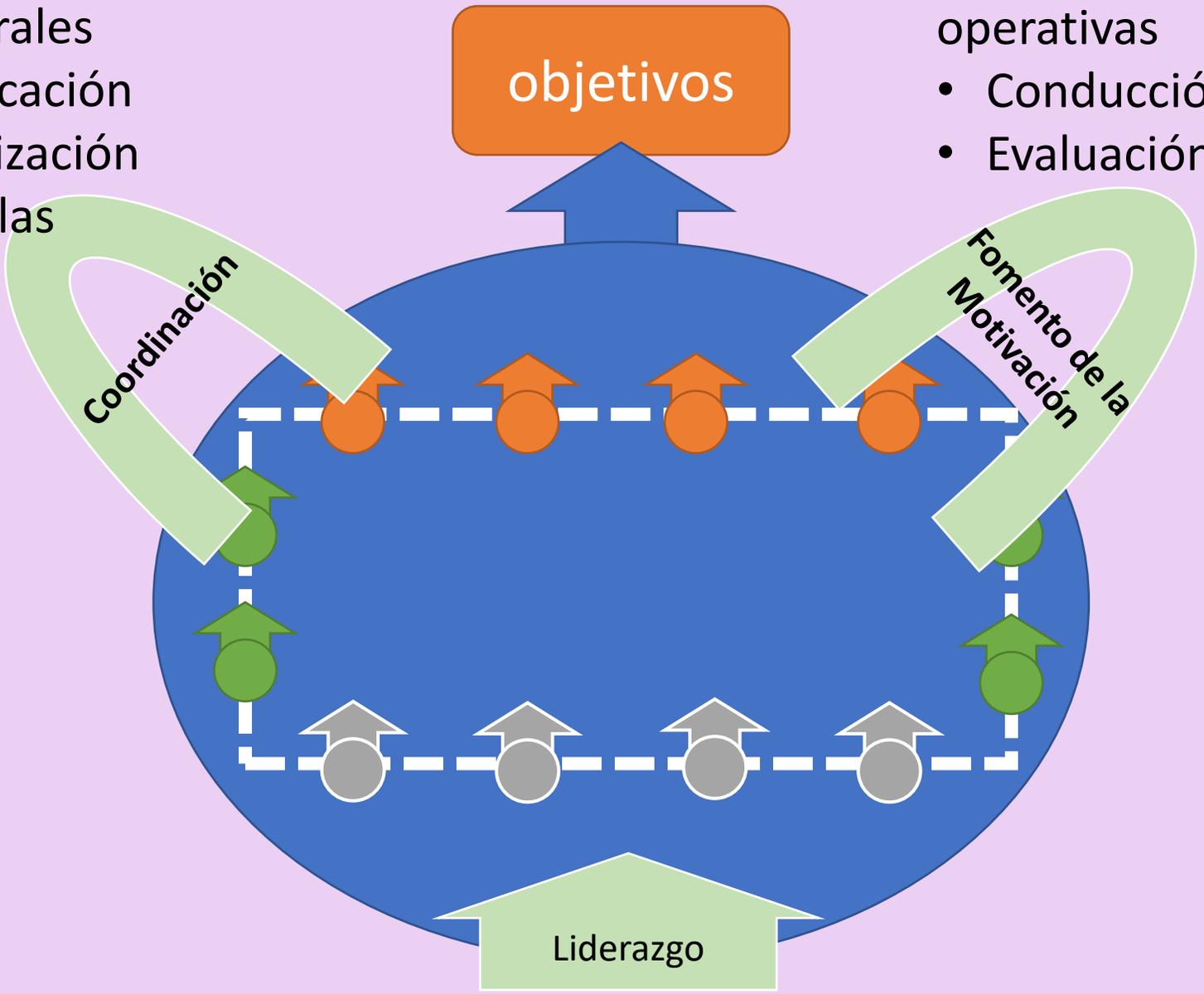


Funciones Directivas estructurales

- Planificación
- Organización
- Plantillas

Funciones Directivas operativas

- Conducción
- Evaluación



objetivos

Coordinación

Fomento de la Motivación

Liderazgo

Funciones Directivas intangibles

- Liderazgo



## INCENTIVOS ESTRUCTURALES Y ESPECÍFICOS

- *Para generar motivación en los trabajadores, y “alinear” su visión, objetivos e intereses con los de la organización, existen múltiples instrumentos.*
- *Aunque el término incentivos se ha venido aplicando como un impulso adicional o incremental para conseguir objetivos de desempeño, puede ser útil concebir el **conjunto de instrumentos que motivan el comportamiento del trabajador**:*
  - *unos serían más **estructurales** (estables y relacionados con el esquema laboral y retributivo)*
  - *y otros más **funcionales y específicos**, ligados a esfuerzos notorios, o a la consecución de metas o resultados previamente determinados.*



- **LA “ESTRUCTURA DE INCENTIVOS”..**

- *... establece el marco de **reglas de juego** que determina el comportamiento de las personas y grupos que componen una organización.*
- *Desde enfoque más **transversal**, el salario, el modelo de contratación y las características del puesto de trabajo, serian factores “higiénicos” que permiten atraer, retener y articular el capital humano, aunque no tengan un efecto motivador sostenido a medio plazo.*

1. *vinculación contractual del personal*
2. *Retribución*
3. *Condiciones de trabajo, turnicidad y penosidad*
4. *Clima laboral y capacidad de apoyo mutuo*



## NO HAY NINGÚN SISTEMA DE VINCULACIÓN DE PROFESIONALES ÓPTIMO:

- todos tienen problemas... hay que probar combinaciones y gestionar iterativamente sus efectos adversos.
- *«Existen muchos mecanismos para pagar a los médicos. Algunos son buenos y otros malos. Los tres peores son el pago por acto, la capitación y el salario.»*
  - *El pago por acto premia la provisión de servicios inadecuados, la sobrecondición fraudulenta de visitas y procedimientos, y el “coleguismo” de las derivaciones en ping-pong entre especialistas.*
  - *La capitación premia la denegación de servicios adecuados, el menosprecio de los enfermos crónicos, y una visión estrecha de la práctica médica que excluye a los pacientes cuya atención requiere mayor tiempo.*
  - *El salario socava la productividad, fomenta las vacaciones en el trabajo y conduce a una mentalidad burocrática en la que cada procedimiento se convierte en un problema»*

Robinson JC. Theory and practice in the design of physician payment incentives. Milbank Q. 2001;79:149-77

<http://www.milbank.org/quarterly/7902feat.html>><http://www.milbank.org/quarterly/7902feat.html>

# Relatividad de los Sueldos

- *Un salario realmente mínimo*
  - *Es el que permite la subsistencia y reproducción de la mano de obra*
    - *Proletario: Roma imperial: proletarii eran los ciudadanos de la clase más baja, que no tenían propiedades y solamente podían aportar prole (hijos) para engrosar los ejércitos del imperio.*
- *Un salario “adecuado”*
  - *Es justamente la retribución que desalienta a un trabajador para irse a otra empresa*
  - *Mercados laborales - profesionales / acción sindical / acción empresarial*
- *Un salario “justo”*
  - *Implica una referencia al reparto del valor añadido entre rentas del trabajo y del capital, y la desigualdad entre las rentas*

≡ EL PAÍS 

ECONOMÍA

[ECONOMÍA](#) [EMPRESAS](#) [MERCADOS](#) [BOLSA](#) [MIS AHORROS](#) [VIVIENDA](#) [TECNOLOGÍA](#) [OPINIÓN/ANÁLISIS](#) [BLOGS](#) [EMPLEO](#) [FORMACIÓN](#) [TITULARES](#) »

## Suiza rechaza limitar los grandes salarios

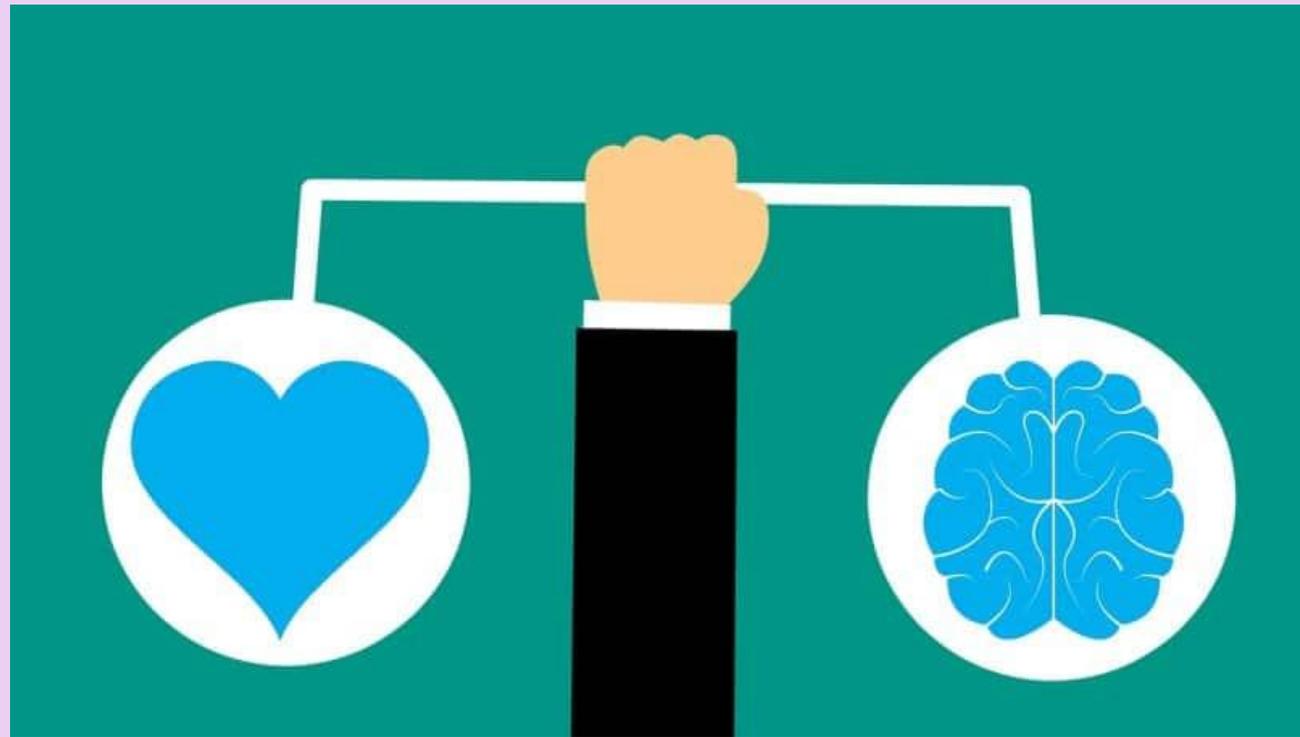
La iniciativa I:12, promovida por los socialistas, solo cosecha el 35% de los votos

Se planteaba evitar que ningún directivo gane más de 12 veces lo que el empleado peor pagado

- Desde un enfoque más **dinámico o longitudinal**, las perspectivas que ofrece un puesto de trabajo para la mejora futura y el desarrollo profesional y personal, son atractores importantes.
  - La capacidad del trabajador de **controlar** su entorno laboral.
  - Su perspectiva de **progresar** y promocionarse con el tiempo
  - La posible ganancia en **prestigio, reputación y desarrollo** científico, técnico y profesional.
  - Y la posibilidad de **capitalizar en trabajos complementarios** la excelencia y especialización adquirida, con mejora incremental de rentas y/o reputación



*Al final, **cada trabajador hace un balance de ventajas e inconvenientes** del conjunto de características estructurales, y de ello depende en buena medida tanto su continuidad como su comportamiento en relación al desempeño*



# Incentivos específicos...

- No hay una clara distinción entre estructura de incentivos principal, e incentivos específicos
  - Unos afectan más a la vinculación de los inputs
  - Otros se relacionan con determinados outputs
- En realidad hay un gradiente desde la integración (internalización) a la contratación externa (externalización)
  - En la externalización plena los incentivos específicos (ligados al volumen de producción) también configuran lo esencial de la estructura de incentivos

# ¿Nos incentivan las mismas cosas en diferentes edades y circunstancias?

- Circunstancias vitales:
  - Juventud, Madurez, Senioridad
  - Hombres y Mujeres
  - Especialidades
- Motivadores cambiantes:
  - Diferentes necesidades económicas (extrínsecas)
  - Necesidades variadas de reputación y reconocimiento (extrínseca pero menos tangible)
  - Disfrute variado del trabajo bien hecho y de la mejora de medios (intrínseca)
  - Realización por ayudar a terceros (extrínseca)

# Hay tres tipos de médicos que hacen muchas guardias

- Los que se están comprando una casa
- Los que se están divorciando
- Los que se están divorciando y se están comprando una casa



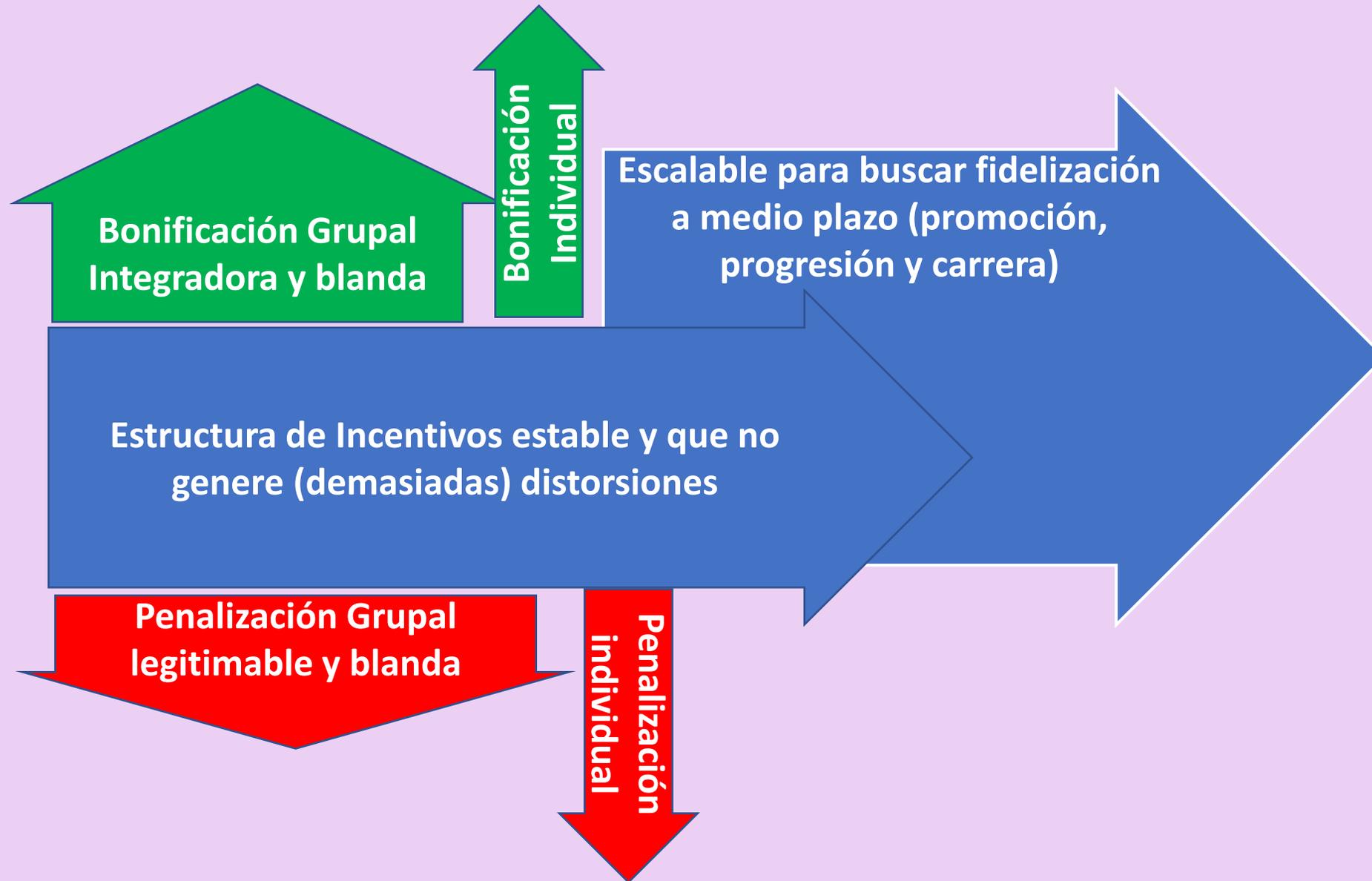
# Pero... ¡Hay que pagar más al mejor y al que más trabaje!

- *Correcto, aunque hay que ponerse de acuerdo en cuál es el desempeño que hay que recompensar*
  - *PAY FOR PERFORMANCE P4P*
- **Cuatro preguntas**
  - *¿qué variables usamos?*
  - *¿cómo las medimos?*
  - *¿cuánto recompensamos?*
  - *¿qué efectos secundarios tiene esta medicina?*

# ¿Cómo retribuir puestos de trabajo “multi-tarea”?

- Varias tareas
- Substitutivas
- Unas más fáciles de medir que otras
- Unas incentivadas y otras no
- Algunas imposibles de controlar pero con mucha importancia en la calidad del servicio
  - Escucha y empatía
  - Formación y actualización profesional
  - Sensibilidad para adaptar tratamientos a condiciones familiares y sociales del enfermo
    - Verdadera “medicina personalizada”

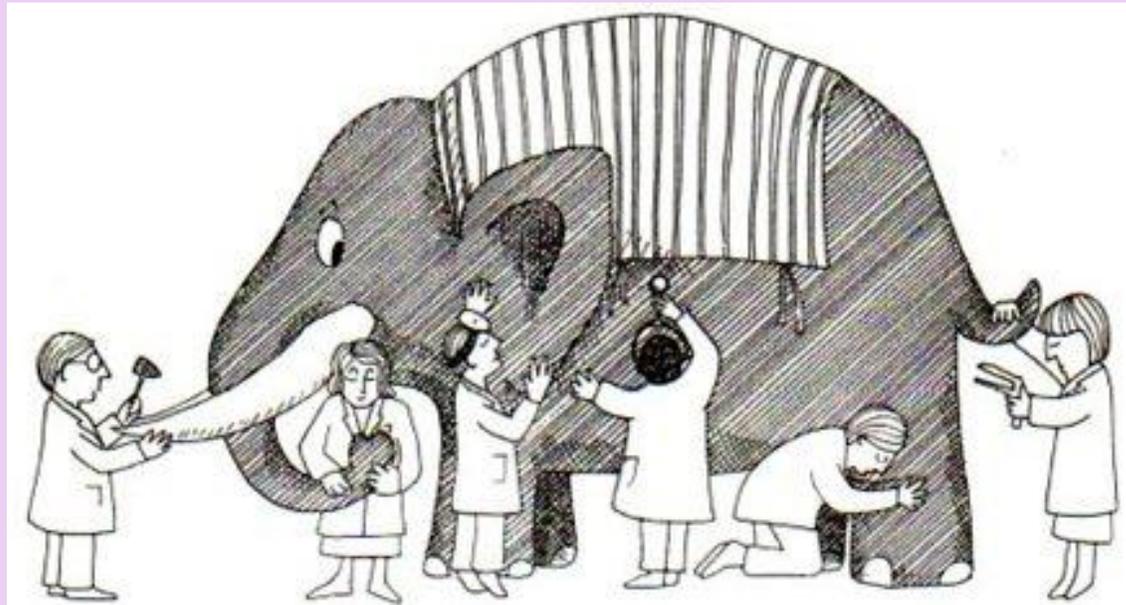
# ¿UN ÚNICO SISTEMA PARA MOTIVAR A UNA BIODIVERSIDAD DE EMPLEADOS?



5- La **micro gestión** en los diversos centros:  
Autonomía deseada y evolución esperada.



# Reconstruyendo un marco conceptual más amplio para la gestión clínica



# GESTIÓN CLÍNICA ES... o puede ser

Una manera racional, juiciosa, dialogada y equilibrada de **tomar decisiones** con cada paciente... guiando el proceso diagnóstico, terapéutico, de cuidados, y de conciliación de problemas y tratamientos

Una forma de organizar el trabajo en equipo ante enfermedades y/o tratamientos bien establecidos, sistematizados y estabilizados... a través de **procesos** asistenciales integrados, protocolos y otros sistemas de estandarización

Un modelo y cultura de **funcionamiento** y desarrollo de **actividades** que facilite la comunicación, coordinación, fijación de objetivos, mejora de competencias, y rendición de cuentas; incluye el desarrollo de liderazgo y gobierno clínico profesional y participativo.

Un **rediseño de la organización** de los servicios y unidades para que la división de tareas sea más sensata y racional, y para que el conjunto del centro se gobierne sobre la base del profesionalismo y la orientación a procesos y pacientes.

# Algunos temas para ensanchar el debate...

- Debido a las **asimetrías** de información, formación y poder entre profesionales, pacientes y directivos, hay cosas que o se gestionan “abajo” (en los microsistema clínicos) o no se van a gestionar de forma eficaz o eficiente.
- **Combinar**: espacio de auto-organización con control de conflictos de interés, y con sistemas de rendición de cuentas (acuerdos de gestión clínica) y competencia por comparación.
- Entender la **complejidad**: la regulación puede bloquear la flexibilidad interna.
- La autonomía de gestión como **motivador**

6- El papel del **Plan de Salud** como determinante de los procesos de gestión.



# Los Planes de Salud...

- ¿Porqué los hicimos, los hacemos y los seguiremos haciendo?
- ¿Son generadores de cambios y transformaciones?
- ¿Hay diferentes maneras de confeccionar y gestionar los Planes de Salud para que cumplan su propósito reformista?

## Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud



Resumen Ejecutivo [Escuchar](#)

English version: The prevention and health promotion strategy of the spanish NHS [Escuchar](#)

[Escuchar](#) Resumen Divulgativo [Escuchar](#)

Memorias de implementación

Memorias de Buenas Prácticas

### Healthy People 2030

Building a healthier future for all

Healthy People 2030 sets data-driven national objectives to improve health and well-being over the next decade.

[Browse objectives by topic](#)

# 358

Healthy People 2030 includes 358 core — or measurable — objectives as well as developmental and research objectives.



## Saving Lives: Our Healthier Nation

Presented to Parliament by the  
Secretary of State for Health

by Command of Her Majesty, July 1999

## PLAN DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA

Castilla-La Mancha  
Consejería de Sanidad

# HORIZONTE 2025

# MODELOS CLÁSICOS ORIENTADOS A LA SALUD (PLANES DE SALUD)

- Orientación epidemiológica: Alan Dever

- *"Mediante la aplicación de los principios y métodos epidemiológicos, los administradores de los servicios de salud pueden precisar cuáles son las **enfermedades** que tienen **mayor importancia** en determinada población...identificar los **individuos** en situación de riesgo – o sea, su mercado..."*

- Esquema de Donabedian (Pineault)

- NECESIDADES DE SALUD  
↓
- NECESIDADES DE SERVICIOS  
↓
- NECESIDADES DE RECURSOS (EQUIVALENTES)

Pero... ¿es lógico o legítimo que no sean las necesidades de salud lo que determine las prioridades?

- Quizás no sea ni legítimo ni socialmente eficiente, pero ha ocurrido, ocurre y ocurrirá.
- Mejor entender las razones por las cuales hacemos cosas muy caras y poco efectivas, mientras postergamos otras que evitarían mucha morbimortalidad y sufrimiento.
  - Dos ejemplos: regla de rescate y tasa de descuento
- Y con mayor conocimiento de la dinámica social y sanitaria, poder dar nuevas oportunidades a intervenciones más efectivas y eficientes

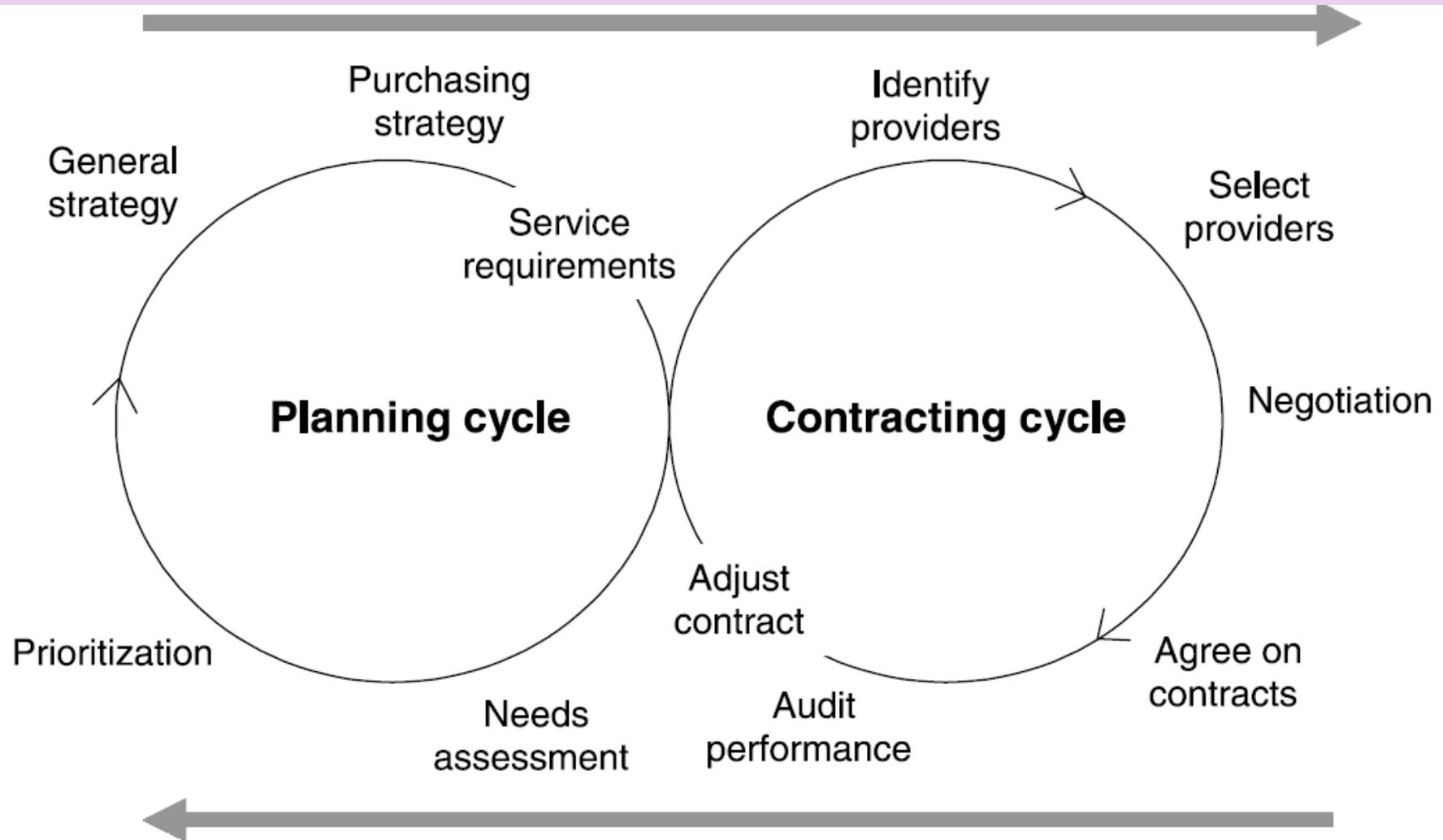
# ¿Documentos no diseñados para gestionar su implementación?

*La dimensión estratégica de los Planes brilla por su ausencia; un único libro, un único instrumento, para diversos escenarios y modos de influencia; un libro que habla de casi todo, y que parece concebir su implementación como un proceso de contagio-cultural-cognitivo, atomizado y autogobernado.*

*El grupo que laboriosamente ha editado el Plan, en general se disuelve tras su publicación, y confía en la difusión editorial; desde las estanterías de muchos sitios, y casi sin necesidad de abrirlos, se espera que ejerzan una benéfica influencia en el comportamiento de todos los agentes; con algunas excepciones, realmente no se considera que los Planes haya que «gestionarlos».*

# Por donde van las alternativas...

- **Diversificar los instrumentos y formatos:** Más que un libro, hace falta una “**meta-estrategia**” que se proyecte en diferentes líneas e instrumentos de acción.
- Usar el **conocimiento científico** como llave para facilitar el cambio en los profesionales. Guías consultables por los interesados, que soportan muy bien la “pulsión de exhaustividad”
- **Centrar las prioridades reales en pocos objetivos**, bien gestionados, actualizados cada cierto tiempo y con la participación proactiva de los implementadores.
- Para gestionar un Plan, hace falta un **grupo de gestión y un polo de referencia visible por toda la organización**
- Los cambios precisan con frecuencia **recursos incrementales**; no sólo voluntarismo.



**Figure 9.1** Planning and contracting cycles.

Source: Øvretveit (1994: 135).

# 7- Los Determinantes Sociales de la Salud y su relación con la actividad comunitaria en los Centros de Salud.



## Un ejemplo de la importancia de los determinantes sociales en la salud y la longevidad (diferencias étnicas en EEUU)

- En 2019, la esperanza de vida general en años fue de 85,7 para la población asiática, 82,2 para la población latina, 78,9 para la población blanca, 75,3 para la población negra y 73,1 para la población AIAN (American Indian and Alaska Native).
- Entre 2000 y 2019, la esperanza de vida aumentó más para la población negra (3,9 años), la población asiática (2,9 años) y la población latina (2,7 años). Al mismo tiempo, el aumento de la esperanza de vida de la población blanca fue más moderado (1,7 años). Para las poblaciones AIAN, no hubo mejora en la esperanza de vida.



## Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



## Tú código postal es más importante para tu salud que tu código genético (1)

### Your post code is more important for your health than your genetic code (1)

«if the major determinants of health are social, so must be the remedies»

*Michael Marmot*

Vamos a poner que tienes unos 1.525 pacientes en tu cupo. Mitad hombres y mitad mujeres. Justo. Casi 4 de cada 10 son pensionistas. Ciento treinta personas no tienen soporte social; es decir, declaran no haber tenido a nadie en caso de haber necesitado ayuda. Puede que alrededor de 150 personas estén en paro. De las personas que tienen un contrato laboral, un 89% tiene un contrato indefinido. No lo sabes a ciencia cierta, pero intuyes (Wilkinson y Marmot, 2003), que la incertidumbre laboral es causa de tanta

miedo. Puede que hayas gestionado alrededor de 150 IT al año. Aunque no tienes la información precisa intuyes que la aparición, evolución, pronóstico y desenlace de muchos de los episodios que atiendes todos los días tienen que ver con las condiciones de vida de esas personas. Es decir, con el lugar donde viven, cómo viven, cómo trabajan o cómo se relacionan. Su código postal influye más en su salud que su código genético<sup>1</sup>. Una cosa son estilos de vida y otras son condiciones de vida (Irigoyen, 2010). E intuyes que es difícil tomar determinadas decisiones saludables en entornos y «códigos postales» no saludables. El centro de salud no es el único centro de la salud. Sabes que además de tu aportación como profesional sanitario desde la consulta con un



# OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE



8- Líneas concretas de **mejora** en los distintos niveles de los Servicios de Salud, y en las diversas prestaciones de las carteras de servicios existentes, que conforman la oferta actual.



Repullo JR, Freire JM. Implementando estrategias para mejorar el gobierno institucional del Sistema Nacional de Salud. Gac Sanit. 2016;30(S1):3–8.  
Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/implementando-estrategias-mejorar-el-gobierno/articulo/S0213911116300620/>

# Selección de nodos clave de reforma del SNS

Ubicación por niveles de gestión

Radicalismo selectivo: palancas

# Radicalismo Selectivo

- 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.
  - Ortún V, López-Casasnovas G. La reforma del Sistema Sanitario Español: radicalismo selectivo. En: Economía de la Salud: El Sistema Sanitario Español. Hacienda Pública Española [Monografías 1/1993]. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales, 1993: 15-31. [http://www.upf.edu/pdi/vicente-ortun/\\_pdf/RadicalismoSelectivo93.pdf](http://www.upf.edu/pdi/vicente-ortun/_pdf/RadicalismoSelectivo93.pdf)

	Dimensión	Estrategias	Palancas selectivas para el cambio
Macro-Sistemas	1 Cobertura y Financiación	Ciudadanía Sanitaria y derechos garantizados	Universalidad, marco financiero estable y realista, exenciones y techos para copagos
	2 Fortalecimiento institucional	Rediseño del gobierno sistémico del SNS	Creación de la Agencia SNS con nuevos instrumentos de coordinación operativa; “Hispa-NICE”; Transparencia reforzada
	3 Rediseño de la gestión pública	Instrumentos para el servicio público sanitario	Leyes para la gestión diferenciada de los servicios públicos sanitarios
	4 Fomento de lo profesional sanitario	Revitalización del contrato social con las profesiones	Actualización del marco estatutario con adaptación a las profesiones sanitarias

	Dimensión	Estrategias	Palancas selectivas para el cambio
<b>Meso-Sistemas</b>	5 Gobernanza en Red para los servicios autonómicos de salud	Organización autonómica integrada, eficiente, basada en atención primaria.	Gestión operativa autónoma y diferenciada, en funciones económicas, de personal y de contratación sin interferencias de hacienda ni función pública.
	6 Órganos colegiados de gobierno a todos los niveles	Diseño de estructuras organizativas y de órganos colegiados de gobierno	Juntas de Gobierno, ante las que respondan los gestores, abiertas a ciudadanía para orientar y controlar la gestión
	7 Profesionalización directiva	Capitalización y desarrollo del talento y competencias directivas	Concursos transparentes para dotación de directivos
	8 Contractualismo avanzado	Contratos de gestión plurianuales y enlazados con los presupuestos reales	Pilotar Contratos de Gestión por cuadro de mandos transparente y evaluación-bonificación continuada

# Micro-Sistemas

	Dimensión	Estrategias	Palancas selectivas para el cambio
	9 Gobernanza Clínica	Rediseño de grandes áreas y centros para la gestión clínica	Trasformación sostenida e inclusiva de toda la red operativa asistencial en áreas y unidades de gestión clínica
	10 Contractualismo clínico	Acuerdos de Gestión Clínica (AGC) integradores, coherentes y transparentes	Enlace de Acuerdos de Gestión Clínica y Contratos de Gestión del centro sanitario
	11 Gestión estratégica del conocimiento clínico	Fomento de visión a medio plazo en la tecnología y cartera	Internalización en el AGC de la planificación y gestión del capital humano, físico, tecnológico y de competencias (pluri-anualidad)
	12 Gestión por procesos asistenciales	Trabajo por procesos, delegación y automatización (TICs)	Diseminación de experiencias exitosas de gestión basada en procesos; potenciación de la enfermería; activación del paciente.

	Dimensión	Estrategias	Palancas selectivas para el cambio
<b>Entorno - Sistémico</b>	13 Garantías de integridad en relación a proveedores	Revisión de sistemas de compra y contratación.	Regulación y gestión de Conflictos de Interés en decisiones de contratación (independencia de criterio técnico)
	14 Ética de servicio público sanitario	Políticas de fomento del profesionalismo y de sus organizaciones	Regulación y gestión de Conflictos de Interés en actividad pública-privada(jornada de tarde vinculada a actividad)
	15 Protección del interés público en medicamentos	Negociación sistémica con industria y fomento de fármacos genéricos	Central de transparencia de precios; subastas autonómicas; concursos de fijación de precio máximo (SNS/CCAA)
	16 Impulso a la formación e investigación	Nuevo marco para la investigación y la formación	Registro Nacional de ensayos clínicos y Regulación de Conflictos de Interés en este tema



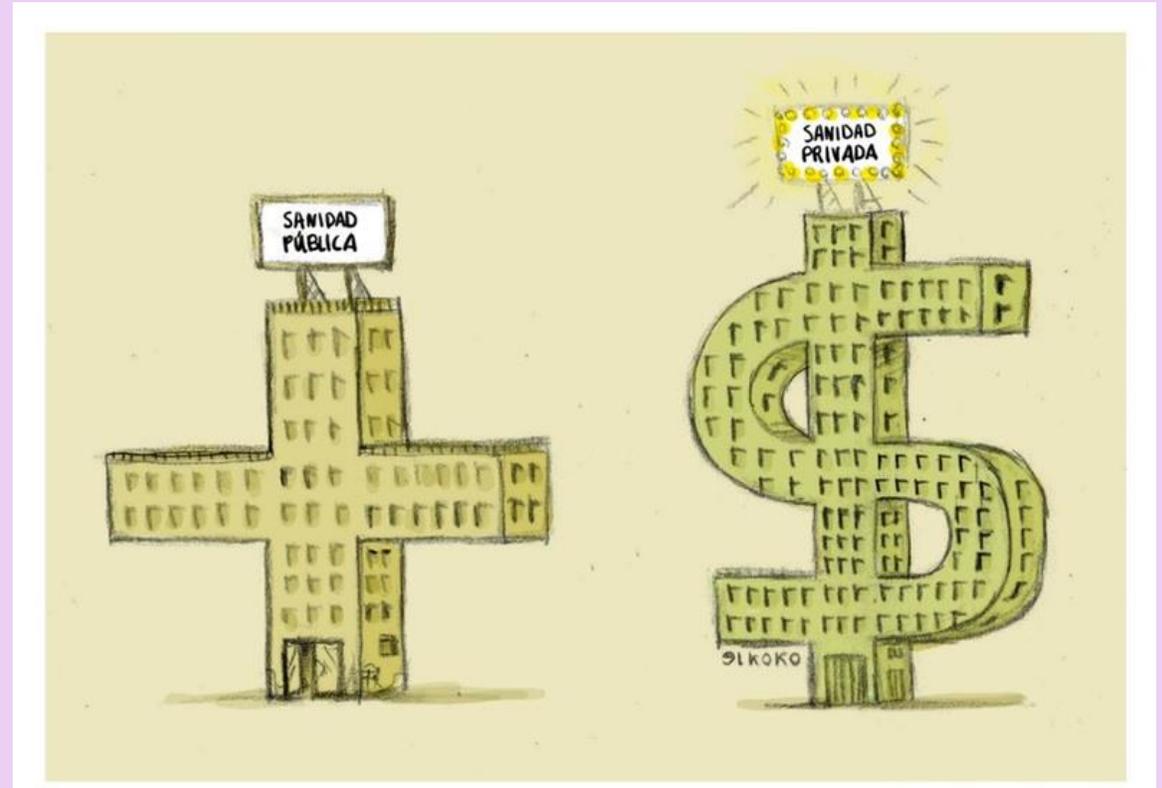
*Congreso de los Diputados*

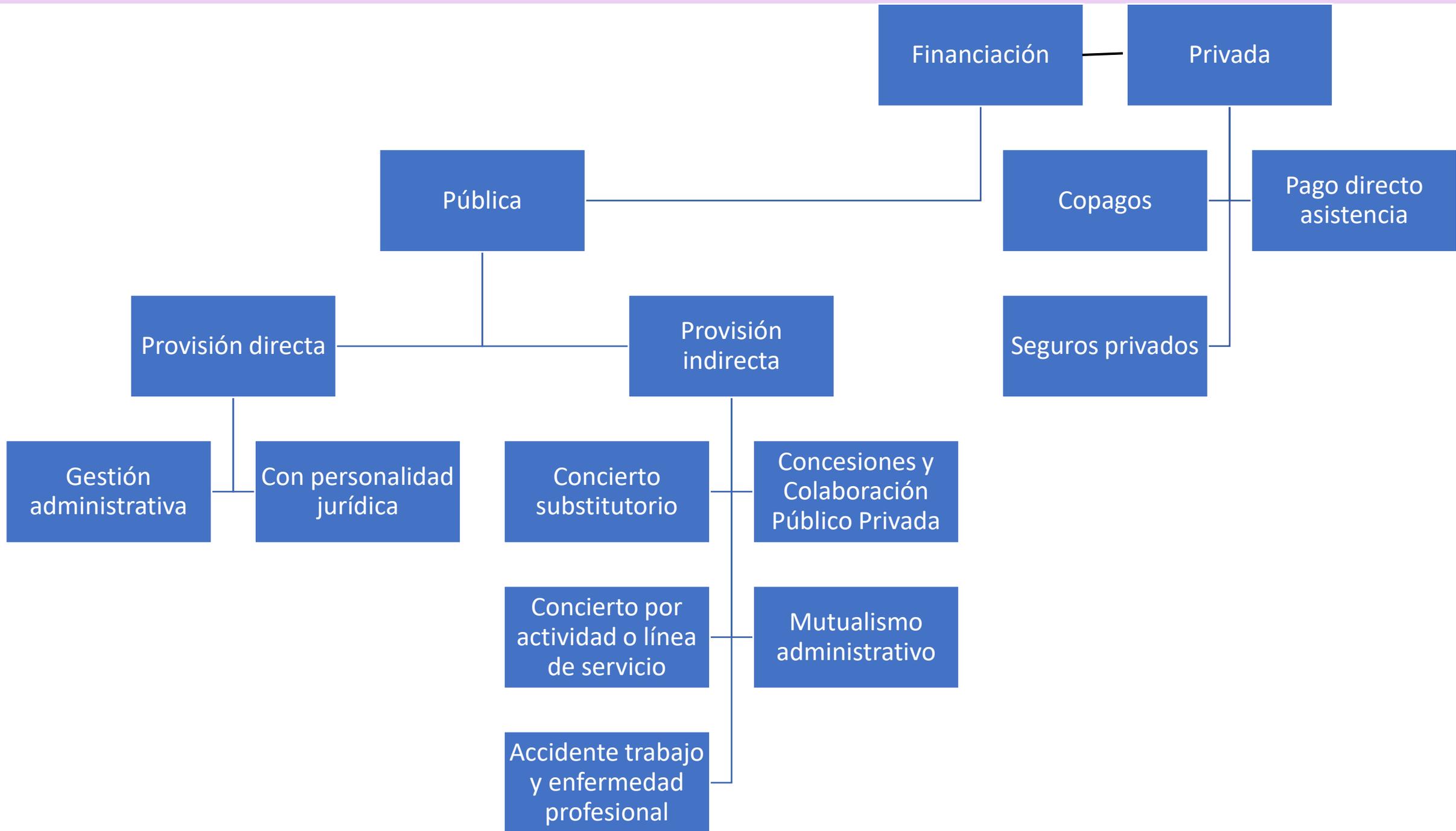
CONCLUSIONES PARA LA RECONSTRUCCIÓN  
SOCIAL Y ECONÓMICA



[http://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153\\_1\\_Dictamen.pdf](http://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Dictamen.pdf)

9- Público-Privado: ¿qué hacer ante el peligro de dualización?





INFORME 'SANIDAD PRIVADA, APORTANDO VALOR'

## La sanidad privada bate de nuevo su récord: ya tiene 12 millones de asegurados en España

El presidente de la Fundación IDIS, Juan Abarca, lo achaca, entre otras cosas, a "la deriva del sistema público"

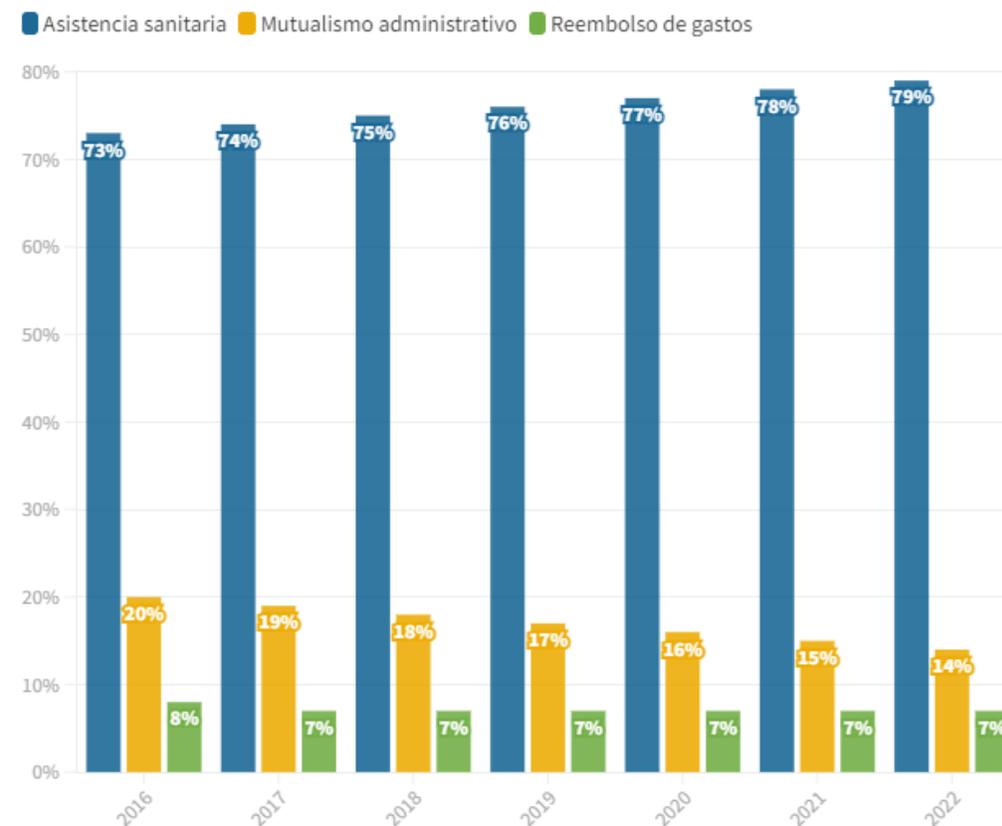


De izda. a dcha.: Juan Abarca, Marta Villanueva y Ángel de Benito, presidente, directora general y secretario general de la Fundación IDIS, respectivamente. (Cedida)

[https://www.elconfidencial.com/alm-a-corazon-vida/2023-04-29/sanidad-privada-publica-espana-informe\\_3618913/](https://www.elconfidencial.com/alm-a-corazon-vida/2023-04-29/sanidad-privada-publica-espana-informe_3618913/)

... 2022 finalizó con un total de **12.024.000 asegurados** de la sanidad privada, lo que supone un crecimiento del 4% respecto a las cifras de 2021 y la cifra más elevada desde que empezó a medirse estos parámetros...

9,45 millones son **pacientes de asistencia sanitaria**, 1,73 millones de **mutualismo administrativo** y 839.000 de **reembolso de gastos**.



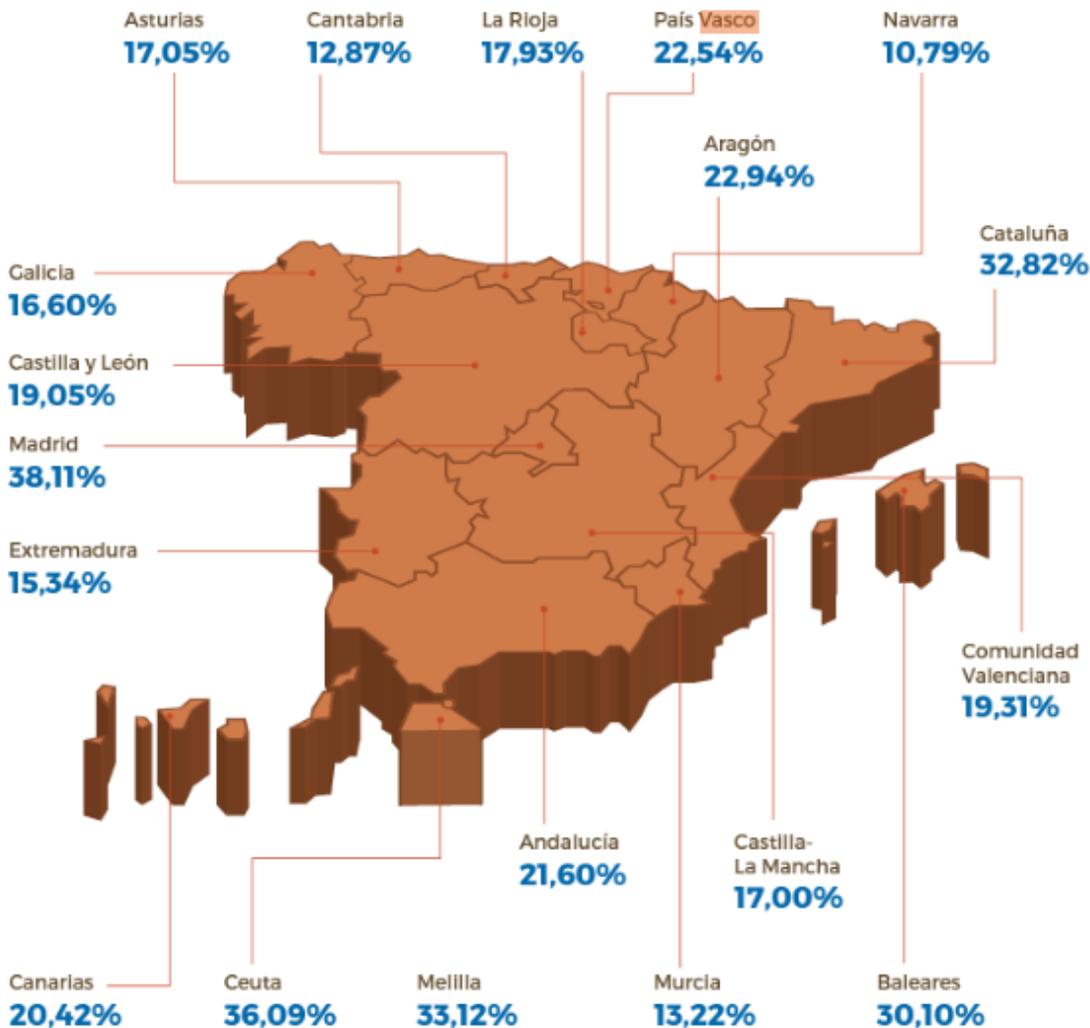
Fuente: [Fundación IDIS](#)

# EL SEGURO DE SALUD EN ESPAÑA

## PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN CON SEGURO DE SALUD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, POR CCAA

Datos 2021.

España **24,41%**



# Memoria Social del Seguro

2021

<https://www.unespa.es/main-files/uploads/2022/07/Memoria-Social-del-Seguro-2021-FINAL-Pagina-individual.pdf>

# Razones para usar la sanidad privada

- Preferido:
  - distinción social o elementos interpersonales y contextuales
- Facilitado:
  - ofrece comodidades que contrastan con las inconveniencias de la oferta pública
- Fomentado:
  - la desinversión en el sector público promueve objetivamente la fuga de clases medias al sector privado (y algunos políticos llegan a pensar que esto libera recursos para atender mejor a los desfavorecidos)
- Inducido:
  - los profesionales bombean activamente pacientes de la pública a la privada, y costes de la privada a la pública (diagnóstico, medicamentos, etc.)
- Forzado:
  - la precarización de la sanidad pública en necesidades vitales obliga a buscar alternativas en el sector privado.



**Tabla 1**

Propiedad y formas de gestión de los hospitales generales del Sistema Nacional de Salud español

Propiedad y forma de gestión			Descripción y principales características
1. Propiedad pública (gestión directa)	Sin personalidad jurídica	Hospital tradicional	Hospital público sin personalidad jurídica Constituyen la mayor parte de oferta hospitalaria del Sistema Nacional de Salud Están fuertemente integrados en los servicios de salud de cada comunidad autónoma Su régimen de personal es estatutario en todos los casos
	Con personalidad jurídica	Consorcio	Entidades dotadas de personalidad jurídica y patrimonio propio, creadas por diversas administraciones públicas pertenecientes a diferentes ámbitos territoriales (estatal, autonómico o local); la legislación local también admite que puedan integrarse en ellos entidades privadas sin ánimo de lucro Contratación según derecho privado (han de respetarse los principios de publicidad y libre concurrencia); personal laboral y estatutario/funcionario
		Empresa pública (ente de derecho público; agencia pública empresarial)	Organizaciones con personalidad jurídica pública, pero que actúan en la gestión de sus recursos conforme al ordenamiento jurídico privado Contratación según derecho público; personal laboral (estatutario/funcionario si lo prevé su ley de creación) En España todas las experiencias han optado por el marco laboral
		Fundación público-sanitaria	Organizaciones dotadas de personalidad jurídica, constituidas sin ánimo de lucro por personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que por voluntad de sus creadores tienen afectado de modo duradero su patrimonio a la realización de fines de interés general Contratación según derecho privado (los contratos de gran cuantía han de someterse al derecho público); personal laboral
2. Propiedad privada (gestión indirecta)	Hospital privado	Hospital privado no lucrativo	Hospital privado sin ánimo de lucro con concierto sustitutorio
		Hospital privado lucrativo	Hospital privado con ánimo de lucro con concierto sustitutorio
	Colaboración público-privada	Concesión administrativa sanitaria (modelo Alzira)	Concesiones administrativas para la construcción y gestión del edificio, y la provisión de servicios sanitarios y no sanitarios para una población definida La prima de seguro por persona adscrita incluye el pago de la inversión inicial para la construcción de hospitales y centros de salud, y la dotación y renovación de todo tipo de mobiliario y equipamiento tecnológico Se exige transferencia de riesgos del sector público al privado
3. Propiedad público/privada	Colaboración público-privada	Empresas públicas/privado lucrativo ( <i>private finance initiative</i> )	Entes de derecho públicos con concesiones de obra pública para la construcción y gestión del edificio sanitario y la provisión de servicios no sanitarios Se exige transferencia de riesgos del sector público al privado

Fuente: elaboración propia a partir de Martín et al.<sup>8</sup>

## Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y gestión

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112019000400325](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112019000400325)

## Resultados

El índice medio de eficiencia técnica global de los hospitales sin personalidad jurídica es inferior al de los hospitales con personalidad jurídica (0,691 y 0,876 en 2012).

Un 29% de la variabilidad en la ETP (eficiencia técnica pura) es atribuible a diferencias entre comunidades autónomas.

**La dotación de personalidad jurídica del hospital aumenta en 11,14 puntos la ETP** (eficiencia técnica pura).

## Discusión

**Tener personalidad jurídica favorece la eficiencia técnica.** El *marco de regulación y gestión de los hospitales, más que la propiedad pública o privada*, parecen explicar la eficiencia técnica.

**Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y gestión**

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112019000400325](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112019000400325)

## CONCIERTO (externalización de actividad asistencial) vs

## COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA (externalización de parte del aseguramiento poblacional)

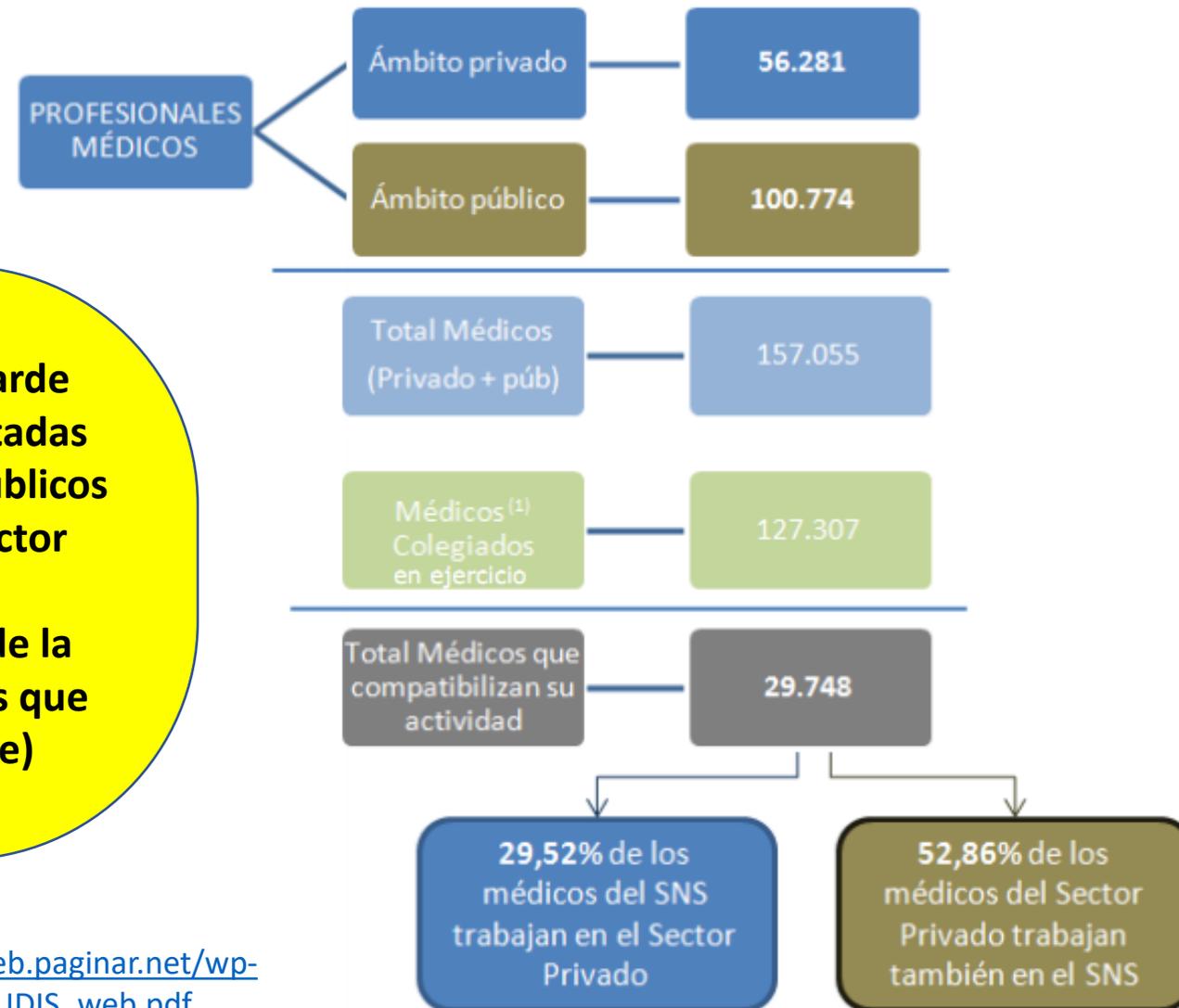
- 1) **EL CONCIERTO** o contrato de servicios, es el método habitual, por el que el servicio de salud paga a un precio acordado una serie de servicios bien identificados (consultas, intervenciones, estancias, estudios, procedimientos o procesos), con límites en las cantidades contratadas. El control social de esta externalización se garantiza por vía presupuestaria, y la eficiencia se asegura por el sistema de licitación, en el cual una serie de hospitales y centros compiten entre sí por estos servicios.
- 3) **LA COLABORACIÓN PÚBLICO PRIVADA Y LOS CONCIERTOS DE TIPO SUSTITUTORIO**, implican que para una determinada población su hospital “asignado” para una serie de necesidades y demandas es un CENTRO PRIVADO VINCULADO: se trata habitualmente de HOSPITALES GENERALES para atender un amplio elenco de patologías médicas, quirúrgicas, pediátricas y gineco-obstétricas.

*Esta vinculación supone que “se compete **por** el mercado para no competir **en** el mercado” ; es decir, que toda la competencia entre proveedores ha de producirse en el momento de la ADJUDICACIÓN, dado que lo que se va a conceder es un MONOPOLIO NATURAL en régimen de concesión cuasi-exclusiva y difícilmente reversible: bien por el número de años (hasta 30 años).*

*Además, una vez iniciada una actividad como HOSPITAL DE REFERENCIA PARA LA RED DE UTILIZACIÓN PÚBLICA, se crea una situación de alta inter-dependencia, donde el Servicio de Salud de la CCAA es altamente vulnerable a problemas del proveedor, y debe asumir que en caso de quiebra con toda seguridad deberá proceder al RESCATE, para no dejar desatendida a una población.*

Gráfico 10

Médicos que ejercen en el sector privado,  
en el público y médicos que compatibilizan su actividad



**La mañana y la tarde están inter-conectadas 30% de médicos públicos trabajan en el sector privado (y suponen más de la mitad de todos los que trabajan en éste)**

Lo privado vive dentro de lo público:

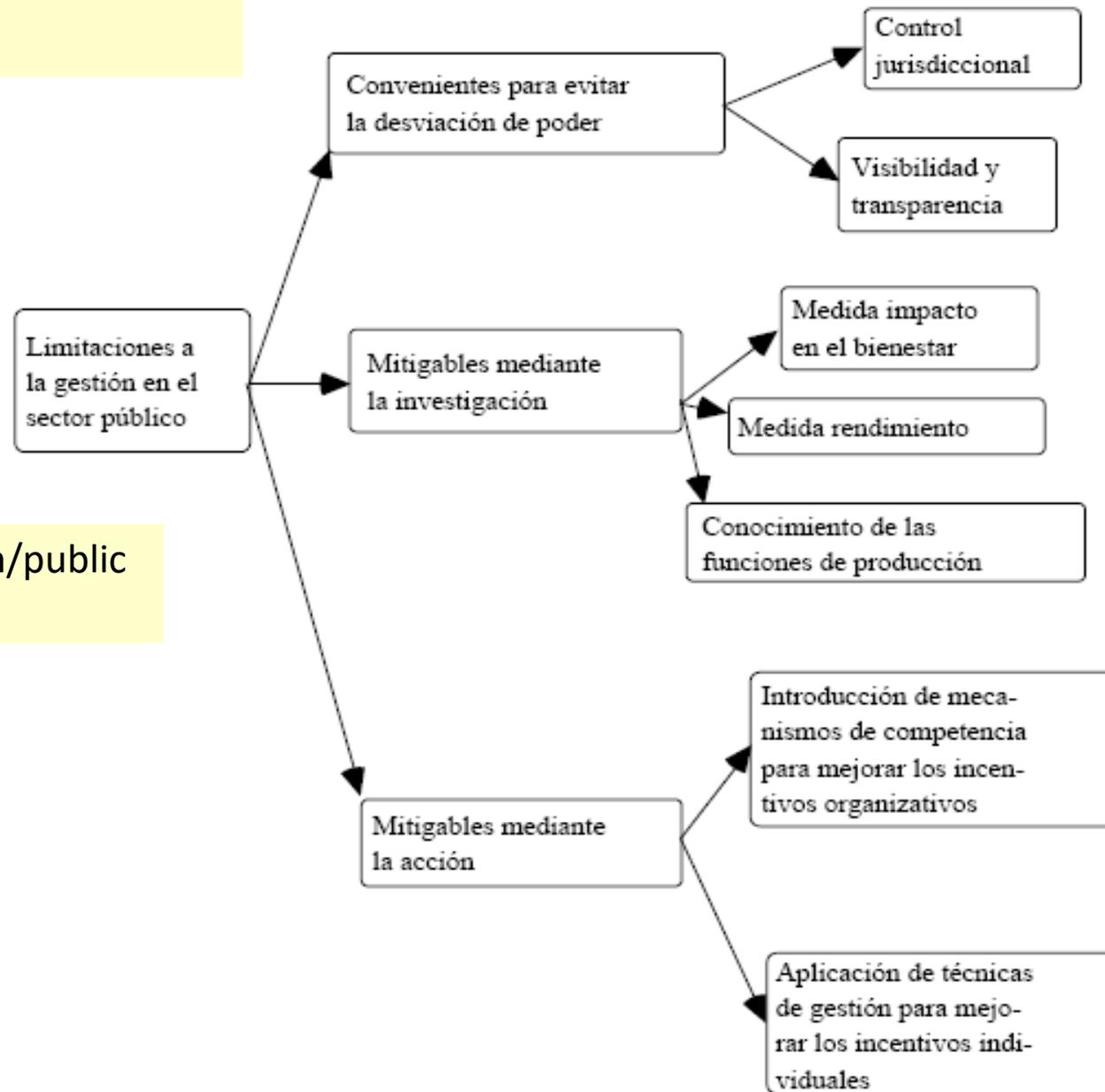
¿Existe “privatización oculta” de las instituciones públicas por sus propios profesionales?

1. *Uso del tiempo público contratado para actividades privadas*
2. *Uso de recursos públicos para lucro privado*
3. *Adelantamiento y saltos de lista de espera amistosos o lucrativos*
4. *Pesca de pacientes de la pública para la privada*
5. *Acoplamiento preferente de medios diagnósticos públicos para pacientes privados*
6. *Pagos “bajo cuerda” a profesionales en instituciones públicas para obtener asistencia pública.*
7. *“Dicotomía”; un especialista o unidad de laboratorio o imagen, gratifica las derivaciones y pruebas con un porcentaje al médico que las ha indicado.*

# FALLOS DEL ESTADO

- **Déficit de conocimiento y predicción en entornos complejos y cambiantes**
  - Lleva a buscar más “inteligencia”: agencias de evaluación de tecnologías
- **Rigidez, formalismo y burocracia del aparato del estado**
  - Lleva a intentar nuevas formas de gestión de corte empresarial dentro del sector público
- **Elección ineficiente de medios por no transferencia de riesgos**
  - Lleva a la gestión contractual y ensayar cierta transferencia de riesgos a instituciones, directivos y empleados públicos
- **Excesiva segmentación funcional – compartimentos**
  - Impulsa el trabajo por procesos y proyectos
- **Interferencia política**
  - Impulsa buen gobierno y profesionalización de directivos
- **Interferencias burocráticas (administrativas y profesionales)**
  - Impulsa buen gobierno y nuevo profesionalismo

Gráfico 1. Tipos de limitaciones a la gestión en el sector público



<http://84.89.132.1/~ortun/publicaciones/RAE95.pdf>; (4).

- *“En la relación público – privado... no sólo es importante la justificación del intervencionismo público a partir de los fallos de mercado, sino que también es relevante el tipo de respuesta que puedan darse desde el Estado:*
  - *así, la nueva agenda de modernización de la gestión pública tiene un significado muy importante para establecer el equilibrio entre lo que puede y debe asignarse vía mercado y vía Estado.*
  - *En efecto, si el peso de ineficiencia de las decisiones públicas crece significativamente, la frontera de lo que podría hacer el Estado se desplazará hacia el mercado, y habrá que asumir pérdidas de bienestar social y de equidad que podrían haberse evitado”.*[\[i\]](#)

• [\[i\]](#) González-Páramo JL, Onrubia J. Información, evaluación y competencia al servicio de la gestión eficiente de los servicios públicos. Papeles de Economía Española, 2003; (95): 2-23.

A MODO DE EPÍLOGO

# Dos frases para pensar (de mi amigo Miguel Ángel Máñez)

*Cuando un problema dura más de un año se convierte en una característica.*

- En vez de usar técnicas de resolución de problemas, habría que emplear las de gestión del cambio.

*Motivar es dar motivos, no dar ánimos*

- Matiza la sobreutilización del pensamiento positivo y el recurso fácil a la afectividad, y refuerza la necesidad de actuar sobre los factores que mueven o motivan.



repu nomada  
@repunomada



El voluntarismo, en dosis adecuadas, es un poderoso lubricante de organizaciones y proyectos.  
En dosis excesivas es tóxico, porque disuade a los jefes de arreglar los verdaderos problemas:  
¿Para que emprender cambios, si hay "sufridores" que pueden con todo?

<https://twitter.com/repunomada/status/1500905958821744644>