

# ARTÍCULO ESPECIAL



Gac Med Bilbao. 2023;120(4):156-162

## Reilusionar a la princesa del estado de bienestar

Nuño-Solinís Roberto<sup>a</sup>, Ortún-Rubio Vicente<sup>b</sup>

a) Universidad de Deusto. Deusto Business School. Bilbao, España.

b) Universitat Pompeu Fabra. Barcelona, España.

Recibido el 23 de junio de 2023; aceptado el 25 de junio de 2023

### PALABRAS CLAVE

Reforma de Sistemas de Salud.  
Calidad asistencial.  
Acceso y evaluación.

### Resumen:

En este artículo se consideran tanto problemas comunes con otros países europeos como problemas específicos de España para plantear líneas de actuación convenientes y algunos cambios concretos que contribuyan a dibujar un escenario más ilusionante para nuestro Sistema Nacional de Salud ("La princesa del estado de bienestar"). Entre los desafíos comunes, se destaca el reto epidemiológico y demográfico y el estancamiento de la productividad aparente; y, entre los específicos, la funcionarización de las relaciones laborales, el desaprovechamiento de fórmulas para flexibilizar la gestión, la falta de una gobernanza competente de la colaboración público-privada, el deterioro de la Atención Primaria y el riesgo de evolucionar hacia una sanidad dual en función de niveles de renta.

Se muestra que reilusionar a la princesa del estado de bienestar no va a ser tarea fácil, va a requerir nuevas narrativas, consensos y alianzas y mucha dosis de buen gobierno (imparcialidad, calidad regulatoria, efectividad gubernamental, control de la corrupción, respeto a la ley), fortalecer la Atención Primaria, así como recuperar la gestión clínica y sanitaria desde la confianza en el profesionalismo y dentro de marcos propiciadores de la integración asistencial y de la creación de valor para individuos y poblaciones.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

### GILTZA-HITZAK

Osasun-sistemak eraberritzea.  
Asistentziaren kalitatea.  
Sarbideta ebaluazioa

### Ongizate estatuko printzesa birilusionatzea

#### Aurrekariak eta helburua:

Artikulu honetan Europako beste herrialde batzuekiko arazo komunak eta Espainiako berriazko arazoak hartzen dira kontuan, gure Osasun Sistema Nazionalarentzat ("Ongizate-estatuaren printzesa") egoera ilusionagarriagoa marrazten lagunduko duten jardueraraino egokiak eta aldaketa zehatz batzuk planteatzeko. Erronka komunen artean, erronka epidemiologiko eta demografikoa eta itxurazko produktibitatearen geldialdia nabarmentzen dira; eta, espezifikoen artean, lan-harremanen funtzionarizazioa, kudeaketa malgutzeko

formulen aprobexamendua galtzea, lankidetzeta publiko-pribatuaren gobernantza eskudunik eza, Lehen Mailako Arretaren nariadura eta errenta-mailen araberako osasun dualerantz eboluzionatzeko arriskua.

Erakusten da printzesa ongizate-estatuaz berilusionatzea ez dela lan erraza izango, narratiba, adostasun eta aliantza berriak eskatuko dituela, eta gobernu onaren dosi handia (inpartzialtasuna, erregulazio-kalitatea, gobernu-eraginkortasuna, ustelkeriaren kontrola, legearekiko errespetua), Lehen Mailako Arreta indartzea, bai eta kudeaketa klinikoa eta sanitarioa berreskuratzea ere, profesionalismoarekiko konfiantzatik abiatuta eta asistentzia integratzeko eta gizabanakoentzako eta biztanleentzako balioa sortzeko esparru bultzatzaileen barruan.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

## Empowering the Princess of the Welfare State

### Abstract:

In this article, both common problems with other European countries and specific problems in Spain are considered in order to propose appropriate lines of action and some specific changes that contribute to drawing a more exciting scenario for our National Health System ("The princess of the Welfare State"). Among the common challenges, the epidemiological and demographic challenge and the stagnation of apparent productivity stand out; and, among the specific ones, the rigidity of labor relations, the wastage of formulas to make management more flexible, the lack of competent governance of public-private collaboration, the deterioration of Primary Healthcare and the risk of evolving towards a two-tier health care system, are particularly relevant.

It shows that reillusioning the princess of the Welfare State is not going to be an easy task, it is going to require new narratives, consensus and alliances and a large dose of good governance (impartiality, regulatory quality, government effectiveness, corruption control, respect for the law), strengthen Primary Care, as well as recover clinical and health management based on trust in professionalism and within frameworks that promote care integration and the creation of value for individuals and populations.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

## KEYWORDS

Healthcare reform.  
Health Care Quality.  
Access, and Evaluation.  
Spain.

## Introducción

La financiación pública, con impuestos y cotizaciones, del Sistema Nacional de Salud (SNS) es la que permite atender las necesidades de salud según criterios clínicos y sanitarios. Sin financiación pública la atención sanitaria se guiaría por la disposición a pagar de los ciudadanos. Para que un sistema sanitario financiado públicamente, como el SNS, sea sostenible es preciso que ofrezca capacidad resolutoria a toda la población, la cual, con su voto, apuesta por el mantenimiento, y consolidación, de esa conquista de la humanidad que se llama estado de bienestar (EB) siempre que esté satisfecha con sus prestaciones. La razón fundamental para financiar públicamente servicios de salud es la eficiencia: la atención a la necesidad clínica y sanitaria más que a las veleidades de la disposición a pagar. El factor de sostenibilidad del componente sanitario del EB es una cartera de servicios sensata establecida considerando el coste-efectividad de las prestaciones, su impacto presupuestario y las preferencias sociales, entre ellas el acceso equitativo a las prestaciones y servicios del sistema. Ofrecer esa capacidad resolutoria a poblaciones com-

pletas requiere adaptaciones a los problemas que se presentan y aprovechar las oportunidades que así mismo van surgiendo.

En este artículo se consideran tanto problemas comunes con otros países europeos como problemas específicos de España para plantear líneas de actuación convenientes y algunos cambios concretos que contribuyan a dibujar un escenario más ilusionante para nuestro Sistema Nacional de Salud ("*La princesa del estado de bienestar*"<sup>1</sup>). Previamente, se arranca con una imprescindible mención al contexto post-pandémico con una reflexión sobre cómo los sistemas de salud han gestionado la Covid-19 y algunos aprendizajes relevantes de esa gestión.

### El contexto: la respuesta de los sistemas de salud a la Covid-19

A principios de mayo 2023, la OMS ha anunciado el fin de la emergencia sanitaria por Covid-19. Oficialmente, casi siete millones de muertes en el mundo y, algo más de 20 según estimaciones solventes que la propia OMS acepta<sup>2</sup>. A esta última cifra se llega calculando el exceso de mortalidad: la diferencia entre

muerres observadas por todas las causas en relación con las normalmente esperables. En una pandemia, las muertes aumentan considerablemente, pero las causas a menudo se registran de manera incorrecta, en particular cuando no se dispone ampliamente de pruebas confiables. Por lo tanto, el recuento de muertes atribuido a Covid-19 puede estar significativamente subestimado. Los datos de exceso de mortalidad superan dos problemas al informar las muertes relacionadas con Covid-19. Se evita el cálculo erróneo de diagnósticos erróneos o la notificación

insuficiente de muertes relacionadas con Covid-19. Los datos de exceso de mortalidad incluyen "daños colaterales" de otras condiciones de salud, que no se tratan si el sistema de salud se ve abrumado por los casos de Covid-19, o por acciones deliberadas que priorizan a los pacientes con Covid-19 sobre aquellos con otros síntomas.

Otra aproximación ilustrativa al impacto de la pandemia es la que calcula la pérdida, en meses, de la esperanza de vida al nacer registrada durante los años 2020 y 2021 que recoge la Tabla I.

**Tabla I**

Meses perdidos en esperanza de vida al nacer en los años 2020 y 2021 (países seleccionados). Fuente: elaborado a partir de Schöley, J. et al<sup>3</sup>.

País	Esperanza de vida perdida (en meses)
	2019-2021
Bulgaria	-43
Estados Unidos	-28,2
Polonia	-26,6
Chile	-21,1
Grecia	-15,5
Inglaterra y Gales	-9,3
Portugal	-7,6
Italia	-7,4
Holanda	-7,4
España	-7,4
Alemania	-5,7
Francia	-1,2
Suiza	-0,5
Dinamarca	-0,4
Noruega	1,7

En la Tabla I aparecen algunos países ordenados de mayor a menor pérdida durante a lo largo de los años 2020 y 2021. Lidera -este ranking desafortunado- Bulgaria con una pérdida de 43 meses, seguido a poca distancia de EUA con 28,2 meses (dos años y cuatro meses). Holanda y España 7,4 meses, y Alemania 5,7. Ciertamente las cifras de la tabla han de ser ajustadas por otras variables, pero una importante no afecta ya que todos los países de la Tabla I han compartido la llamada Red Zone Strategy, de mitigación donde el "grifo" de las restricciones a la movilidad e interacción humanas se abre y cierra en función de la tasa observada de incidencia y de la ocupación de camas hospitalarias. En Europa,

la Green Zone Strategy, implementada en Australia, Nueva Zelanda, China, Japón, Corea del Sur, Islandia, Taiwán, China, Vietnam, Singapur y algunos estados-islas y caracterizada por la supresión<sup>4</sup> no tuvo países seguidores privando de un elemento de comparación en contextos más equiparables.

Si evitamos el sesgo retrospectivo a la hora de juzgar la gestión de la pandemia en España, y a la espera de dictámenes y publicaciones sobre el tema que van a llegar con una demora excesiva, puede acordarse que dicha gestión fue razonable pese a la disparidad de resultados entre CCAA. La excepción más reseñable fue la gestión de la primera ola en las residencias. Tal y como han mostrado Oliva y Longobardo<sup>5</sup>

indicando que el exceso de fallecimientos en las residencias fue 26.448 personas entre marzo de 2020 y mayo de 2021 (un 10,6% del total de las personas dependientes atendidas en residencias, con un exceso de mortalidad del 43,5%), concentrándose las muertes en los primeros meses de la pandemia. Sin olvidar otros efectos como los que afectan a la salud mental y la calidad de vida de residentes, familiares y personal de las residencias. A nivel comunitario, mejoró claramente la capacidad de gestión macro con los estados de alarma entre marzo de 2020 y mayo 2021. Las estrategias de test, rastreo y aislamiento, esenciales antes de las vacunas, fueron de efectividad muy diversa entre CCAA, pese a su elevada coste-efectividad (siete euros de gasto sanitario ahorrados por cada euro gastado)<sup>6</sup>.

En la gestión hospitalaria, flexibilizada la gestión de recursos humanos y parcialmente liberada de la Ley de Contratos del Sector Público, mostró una extraordinaria capacidad de reorganizar centros –tanto para enfermos Covid como no-Covid- estableciendo nuevos circuitos. Se crean comités de crisis multidisciplinares, colaboran diversos perfiles profesionales, y aparecen nuevos liderazgos.

En la gestión de la atención primaria, la que atendió los millones de personas, hubo más precariedad: presenta menor diversidad profesional, autonomía más limitada y mayor falta de recursos. Como la hospitalaria, impulsó el uso de la telemedicina y el empleo de los sistemas de control de gestión para anticipar la respuesta a la evolución previsible de la pandemia. Importantes diferencias entre CC.AA. a la hora de atender residencias de personas mayores y dependientes o en la implantación de estrategias de rastreo y seguimiento, una vez desbordadas las estructuras de Salud Pública.

Puede afirmarse que la gestión de la pandemia constituyó un auténtico alarde de profesionalismo clínico y gestor (se descubre que la gestión importa<sup>7</sup>). En la actualidad, restablecida la falta de autonomía profesional y atenuado tal vez el sentido de misión que la “*trinchera*” había proporcionado parece haberse instalado un cierto desánimo entre profesionales y gestores.

¿Hará falta otro estado de alarma para gestionar la esclerosada sanidad española?, ¿la capacidad de innovación organizativa se activa únicamente en situaciones de emergencia?... son múltiples las cuestiones que emergen de un análisis del abordaje de la pandemia.

### Problemas y desafíos del SNS

Nuestro SNS comparte con los sistemas de salud de otros países europeos la explosión de la demanda y el estancamiento de la productividad aparente. En un SNS sin barreras económicas, físicas, administrativas ni demasiadas de índole cultural, constituye demanda la necesidad expresada. Esa necesidad expresada que reflejan las estadísticas de morbilidad y que in-

debidamente aceptamos como necesidad cuando la morbilidad no es más que un indicador de utilización: el encuentro entre una oferta y una necesidad expresada. Sin hospitales, no hay morbilidad hospitalaria. De ahí la importancia de la gestión de la utilización a través del control de oferta, recursos físicos y humanos, que la planificación puede proporcionar, o de la orientación del sistema hacia la atención primaria.

El reto demográfico es el mayor desafío para el SNS y para todo el EB en la que va a ser la sociedad más envejecida del planeta<sup>8</sup>. La esperanza de vida al nacer ha aumentado ocho años en los últimos 40 como han aumentado también los años de vida vividos con discapacidad por mucho que la morbilidad se comprima. Mientras la industria recluta científicos que trabajan en envejecimiento y se habla de vivir 120 años, en Francia la V República corre peligro pues la mayoría poblacional no quiere trabajar más allá de los 62 años. En este contexto, parece muy conveniente reflexionar sobre si llevamos una senda digna, independiente y sostenible hacia la eventual fragilidad y dependencia. Amartya Sen<sup>9</sup> ya constató en 1992 la paradoja de la contradicción entre indicadores objetivos de salud que mejoran e indicadores subjetivos que empeoran. Ciertamente el cáncer se cronificará, tal vez el 70% de los cánceres ya en 2030; dando más tiempo para que se instalen otras condiciones crónicas como las neurodegenerativas contribuyendo a aumentar una carga epidemiológica que -en estos momentos- se caracteriza porque más del 90% de la morbimortalidad es atribuible a condiciones crónicas<sup>10</sup>. Ezekiel Emmanuel ya suscitó un debate en esta línea explicando por qué quería morir a los 75 años<sup>11</sup>. Posiblemente no tuvo en cuenta un párrafo de su propio artículo donde recuerda que las personas adaptamos nuestras expectativas a la disminución de capacidades físicas y mentales.

La Productividad aparente estancada es el otro problema compartido. Recordemos que debido al efecto Baumol<sup>12</sup> el aumento en la densidad de pruebas diagnósticas y terapéuticas por proceso señala caídas de productividad aparente. Solo cuando se miden Años de Vida Ajustados por Calidad (AVACs) resultantes de la atención sanitaria, y más si se valoran según disposición a pagar, se consigue un cuadro más risueño de aumento de productividad. En promedio, los AVACs valen lo que cuestan, compatible -eso sí- con importantes bolsas de inadecuación, tanto por sobreutilización como por infrautilización<sup>13</sup>.

Entre los problemas específicos, la pandemia ha permitido testar la inadecuada preparación del sistema frente a un fenómeno de esa magnitud con una insuficiente dotación en el ámbito de una Salud Pública muy precariamente coordinada con los servicios asistenciales, así como otras problemáticas que las acríticamente asumidas bondades de la globalización nos habían impedido prevenir, como la necesidad de garantizar cadenas de suministros y asegurar depósitos estratégicos.

Entre los problemas específicos que se arrastraban cabe destacar las manifiestas insuficiencias del carácter funcional de las relaciones contractuales: Un Estatuto Marco del 2003 en la onda de los años sesenta del pasado siglo, una evaluación que no acaba de ser plena ni en cartera de servicios ni en los experimentos con gaseosa.

Se desgastan conceptos al aplicarlos mal: sea el de colaboración público-privada sea el de competencia por comparación en calidad. El marco legal para la contratación con el sector privado ofrece menús suficientes, y afortunadamente homogéneos dentro de la Unión Europea (UE), con antecedentes sanitarios que no descartan un buen uso de ese marco<sup>14</sup>. Pesa mucho, no obstante, la experiencia disponible sobre la poco competente manera de contratar grandes infraestructuras con gran impacto en la opinión pública<sup>15</sup>, con diversos ejemplos donde los beneficios conseguidos en la construcción compensaron sobradamente las pérdidas del escaso capital privado aportado por las concesionarias (depósito Castor, túnel de El Pertús y radiales de Madrid). Las pérdidas públicas han sido, en cambio, formidables. El sector sanitario no ha sido ajeno a rescates también de ciertas experiencias concesionales. Estos fracasos han servido para etiquetar como privatizadora cualquier experiencia con modelos alternativos, tanto de CPP como netamente públicos (empresas públicas, fundaciones, etc.), pese a la base de evidencia en soporte de que la capacidad de gestión y la personalidad jurídica propia favorecen la eficiencia de las organizaciones sanitarias<sup>16-17</sup>. Pese a lo cual, asistimos a un proceso de uniformización y de retorno al derecho administrativo en prácticamente todas las CCAA y con independencia del partido gobernante. Así, el modelo concesional valenciano se extingue paulatinamente y Andalucía ha renunciado casi totalmente a disponer de personalidades jurídicas diversas en sus organizaciones sanitarias. Existen diversos ejemplos acerca de cómo la competencia entre centros sanitarios y profesionales mejora la calidad de la atención en sistemas financiados públicamente como en Suecia<sup>18</sup>.

En cualquier caso, la competencia por comparación requiere nivelar el terreno de juego a riesgo de que se produzca un trasvase masivo de pacientes en todas las actividades desde los hospitales públicos tradicionales hacia los gestionados privadamente como ha sucedido en la red de utilización pública del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) debido a un esquema de incentivos que lo ha propiciado<sup>19</sup>. Sorprende la escasez de evaluaciones detalladas de esta experiencia de Área Única. Así, una evaluación reciente<sup>20</sup> analiza el “*experimento natural*” que tuvo lugar dentro del SNS español en 2009 por el que los ciudadanos de la Comunidad de Madrid podían elegir libremente cualquier médico de cabecera y otros especialistas de su región convertida en un área unificada. El análisis empírico se realizó con datos del

período 2002-2016 y utilizó técnicas de control sintético. Los hallazgos muestran una reducción de los tiempos medios de espera quirúrgica y un aumento de satisfacción de los pacientes con la atención hospitalaria. La necesaria nivelación del terreno de juego requerirá que los hospitales de gestión directa tengan flexibilidad presupuestaria y tengan incentivos tanto para atraer pacientes como para no perderlos.

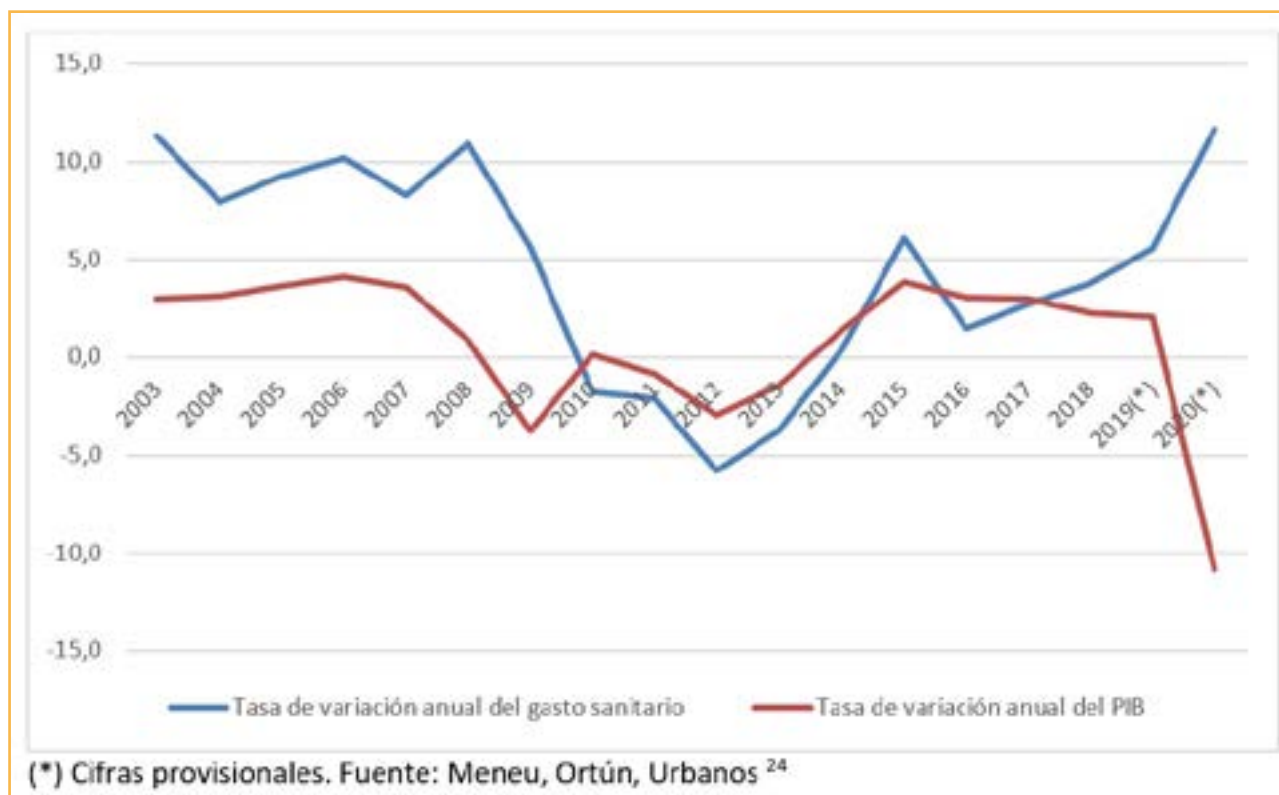
Al hilo del primer nivel de atención, el malestar y deterioro de la Atención Primaria (AP) es uno de los dos problemas más importantes para la sostenibilidad del SNS y afecta a todas las CCAA. Revertir esa situación es fundamental, pues es el único componente de la atención sanitaria cuyo aumento en la oferta mejora tanto salud como equidad<sup>21</sup>. Aunque hablar monográficamente de AP, es reproducir modelos mentales basados en silos. Hay que transitar a modelos integrados de base poblacional. Así, la integración asistencial se hace más necesaria a medida que la sociedad envejece. El abordaje de la cronicidad no permite soluciones «*fabriles*», sino «*artesanas*», y una financiación capitativa de organizaciones integradas podría, en el marco de autonomía de la gestión, contribuir a mejoras sustanciales. La financiación capitativa es un acicate para la integración, y esta proporciona longitudinalidad del cuidado, evitando las prácticas de derivación inapropiada y sobre-prescripción, el hacer por hacer y la competencia entre niveles que caracteriza a los sistemas fragmentados. Una organización sanitaria autónoma, bajo una política consistente, gestiona la utilización orientándose hacia la coordinación entre niveles tanto sanitarios como sanitario-sociales.

El segundo problema más importante es el del voto con los pies, la huida hacia la financiación privada que amenaza con un regreso al sistema benéfico-privado del que partimos hace unas décadas. Hace quince años que hemos dejado escrito que España tiene un buen sistema sanitario, pero con mal pronóstico<sup>22</sup>. Ese pronóstico está empeorando claramente: entre 2009 y 2014 el porcentaje de financiación pública del gasto sanitario pasó del 75,4% al 70,3%; y los seguros sanitarios privados vienen experimentando un rapidísimo crecimiento desde la Gran Recesión. Nuestro sistema sanitario tiene el riesgo de evolucionar hacia un sistema dual en función de la renta. Argumentamos esta situación en mayor profundidad, pues es clave para no perder la “*esencia del sistema*”<sup>23</sup>.

Hasta el año 2009, España siguió la tendencia internacional de aumento continuado del gasto sanitario. En este contexto, los fondos destinados a la sanidad pública experimentaron durante muchos años una tasa de crecimiento continuada y muy superior a lo que marcaba la evolución del PIB. Solo a partir del año 2010, ante las enormes dificultades del Gobierno español para cuadrar las cuentas públicas y las exigencias de la Unión Económica y Monetaria en un entorno de crisis, se invierte el patrón, con caídas

del gasto superiores a las del PIB, y una recuperación posterior más lenta que la de la actividad económica general en algunos años (2014, 2016 y 2017) (ver

Figura 1). Esta moderación del gasto sanitario desaparece en 2018 y ha quedado pulverizada a raíz de la pandemia.



**Figura 1.** Evolución interanual del gasto sanitario público y el PIB en el período 2003-2020 (%).

Otra de las tendencias destacables que se ha producido en los últimos años en lo que a gasto sanitario se refiere, es el cambio en la proporción que los componentes público-privado representan en el conjunto. Si bien hasta el año 2009 se registró una tendencia al aumento del componente financiado por las Administraciones Públicas (hasta alcanzar más de las tres cuartas partes del gasto total), a partir de ese momento comienza a perder peso en favor del gasto privado. En apenas un lustro, entre 2009 y 2014, la proporción de gasto público descendió del 75,4% al 70,3%. Pese a cierto repunte posterior, vuelve a descender a partir de 2016 hasta situarse en un discreto 70,7% en 2019, algo por detrás de la media de la Unión Europea (71,7%), y muy por debajo de países como Luxemburgo o de cualquiera de los países nórdicos, que superan el 80% sobre el total. Solo como consecuencia de la crisis de la COVID-19 el porcentaje ha vuelto a incrementarse hasta el 73,5%, similar al que se registró en 2011.

Afortunadamente, los niveles de protección financiera que proporciona nuestro SNS siguen siendo comparativamente muy elevados. Un informe recién

analiza cómo, a pesar del empeoramiento sufrido durante los años de la Gran Recesión, la incidencia del denominado “gasto sanitario catastrófico”, (esto es, la proporción de hogares que realizan pagos directos en salud superiores al 40% de su capacidad de pago, una vez satisfechas sus necesidades básicas), sigue siendo reducida, alcanzando apenas al 1,6% de los hogares españoles<sup>25</sup>. Este porcentaje es mucho menor al que se esperaría teniendo en cuenta que la proporción que los pagos directos representan sobre el gasto sanitario total en España es relativamente elevada en comparación con países próximos como Francia, Alemania, Irlanda, Reino Unido y Suecia, entre otros

Como medida del progreso económico y social, el bienestar supera a la mortalidad cuyos determinantes conocemos<sup>26</sup>. Centrarse en el bienestar de la población, presente y su sostenibilidad en el tiempo, medir los servicios no tanto por los gastos sino por sus resultados, otorgar más importancia a la distribución de los ingresos, del consumo y de la riqueza, contabilizar actividades no mercantiles como las domésticas y el tiempo libre, valorar la calidad de vida

en todas sus dimensiones... Aproximaciones prácticas han sido el Índice de Desarrollo Humano de Naciones Unidas, desde 1990, y el Better Life Index de la OCDE, situadas entre el insuficiente PIB y la excesiva FIB (Felicidad Interior Bruta) de Bután.

La financiación pública del gasto sanitario es lo que permite atender a la población según necesidad clínica o sanitaria posibilitando la eficiencia asignativa, la consecución de la mayor cantidad y calidad de vida con los recursos disponibles. Atender la demanda solvente lleva a dedicarse, en ocasiones, a tratamientos de bajo valor, incluso inadecuados, obviando tratamientos efectivos a aquellos con escasa disposición a pagar.

Estas razones de eficiencia son más permanentes, sólidas e independientes de ideologías que los conceptos de equidad. Se basan en el teorema de Rothschild-Stiglitz<sup>27</sup> que muestra como la selección adversa impide un mercado eficiente salvo que salga a cuenta asegurar el mayor riesgo. En la realidad, y es una cuestión empírica, en un año cualquiera más de la mitad del gasto sanitario se concentra en población que no pertenece a colectivos de población ocupada asegurable. Queda la alternativa de seguro público obligatorio universal como único eficiente.

En definitiva, la consecución de esa conquista de la humanidad llamada estado de bienestar necesita participación mayoritaria. La votación con los pies hacia el aseguramiento privado recuerda que se ha de revertir la tendencia a la disminución del porcentaje de gasto sanitario financiado públicamente para que se mantenga la asignación de recursos según necesidad clínica o sanitaria, así como potenciar la capacidad resolutoria orientando el sistema de cuidados hacia la atención primaria<sup>28</sup>. Por tanto, Sanidad financiada públicamente, y sobre todo Educación, en la medida que ‘crean’ capital humano, fomentan la ‘pre-distribución’ de renta y riqueza. Además, la Sanidad –especialmente la atención primaria– es redistributiva en España, pro-pobre, notoriamente en el caso de Euskadi<sup>29</sup>.

## Conclusiones

La pandemia ha puesto en valor el profesionalismo, ha retado la resiliencia del sistema y ha mostrado que la gestión importa. Pese al impacto humano y socioeconómico de la misma, ha propiciado innovaciones y aflorado competencias poco perceptibles en el día a día de las organizaciones. Aprender de esa capacidad de cambio y mantener esa agilidad fuera de estados de alarma y situaciones de emergencia son retos clave para afrontar el escenario demográfico, epidemiológico, social y de disrupción tecnológica que va a caracterizar los próximos años. Por otro lado, la pandemia ha puesto de manifiesto la precaria arquitectura institucional del sistema de salud y los problemas de coordinación entre niveles competenciales y asistenciales; en particular, la necesidad de una coordinación efectiva entre salud pública y aten-

ción primaria, junto con la necesidad de desfragmentar el ámbito sociosanitario, donde la falta de integración ha mostrado sus efectos más indeseables en términos de sufrimiento humano en las residencias durante la pandemia.

La sostenibilidad del SNS y de todo el EB en clave de solidaridad intergeneracional requiere un mejor Estado, no tanto más Estado, con riesgo de desfallecer por ser gestionada como un negociado de vados. Un paso adelante más permanente requiere centrarse en la mejora de la gestión pública y en los resultados de salud y bienestar, más que en la actividad sanitaria. Preocupa el “control de la legalidad” (o su apariencia) no la eficacia gestora que hace resolutoria la sanidad y, por tanto, deseable para la población votante. Es urgente la reforma de la Administración pública, también en lo que concierne a la sanidad.

Es necesario revertir la exnovación de modelos alternativos de gestión dentro de la financiación pública ya que pese a la evidencia en favor de la autonomía de gestión se camina en el sentido contrario. El debate sobre privatización cuando se recurre a fórmulas de colaboración público-privada en la provisión hurta la reflexión sobre otras privatizaciones relevantes (Mutualismo administrativo, plaza en “propiedad”, etc.). La colaboración público-privada es un elemento fundamental de la transformación del Sistema, pero plantea retos éticos y regulatorios de gran calado. Vamos a necesitar un Estado con mayor capacidad resolutoria y más democráticamente controlado a través de una sociedad fuerte y movilizadora.

Reilusionar a la princesa del estado de bienestar no va a ser tarea fácil, va a requerir nuevas narrativas, consensos y alianzas y mucha dosis de buen gobierno (imparcialidad, calidad regulatoria, efectividad gubernamental, control de la corrupción, respeto a la ley), fortalecer la Atención Primaria, así como recuperar la gestión clínica y sanitaria desde la confianza en el profesionalismo y dentro de marcos propiciadores de la integración asistencial y de la creación de valor para individuos y poblaciones.

## Declaración de autoría

Ambos autores han contribuido a la concepción, diseño, escritura y aprobación de la versión final del presente manuscrito.

## Financiación

Sin financiación.

## Agradecimientos

A Joseba Vidorreta por impulsar el área de conocimiento de Economía de la Salud en la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao y propiciar la conferencia de Vicente Ortún (4 de mayo de 2023) que sirvió de inspiración a este artículo.

## Conflictos de intereses

Ninguno.

**Bibliografía**

1. Ortún V. La princesa del estado de bienestar está triste (Sostenibilidad y cambios en el SNS). Health Policy Papers Collection, 2023.
2. UN News. WHO chief declares end to COVID-19 as a global health emergency. 5 Mayo 2023. Disponible en: <https://news.un.org/en/story/2023/05/1136367>
3. Schöley J, Aburto JM, Kashnitsky I, et al. Life expectancy changes since COVID-19. *Nat Hum Behav.* 2022;6(12):1649-1659.
4. González López-Valcárcel B. ¿Rojo o verde? Estrategias óptimas de macrogestión de la Covid. Blog Nada es Gratis, 23 julio 2021. Disponible en: <https://nadaesgratis.es/beatriz-gonzalez-lopez-valcarcel/rojo-o-verde-estrategias-optimas-de-macrogestion-de-la-covid>.
5. Oliva J, Peña Longobardo LM. Impacto de la COVID-19 en la atención sociosanitaria: el caso de las residencias. Informe SESPAS 2022 [Impact of COVID-19 on long term care: the case of residential facilities. SESPAS Report 2022]. *Gac Sanit.* 2022;36 Suppl 1: S56-S60.
6. González López-Valcárcel B, Vallejo-Torres L. The costs of Covid and the cost-effectiveness of testing. *Applied Economic Analysis.* 2021; 29(85): 77-89.
7. Bloom N, Sadun R, Van Reenen J. Does management really work? *Harv Bus Rev.* 2012;90(11):77-148.
8. Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A, et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories using data from the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet.* 16 October 2018.
9. Sen A. Health: Perception versus observation. *BMJ.* 2002; 324:860.
10. Soriano JB, Rojas-Rueda D, Alonso J, et al. The burden of disease in Spain: Results from the Global Burden of Disease 2016. La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. *Med Clin (Barc).* 2018;151(5):171-190.
11. Emmanuel E. Why I hope to die at 75. *The Atlantic,* octubre 2014.
12. Baumol W, Bowen W. Performing arts, the economic dilemma; a study of problems common to theater, opera, music and dance. Cambridge, Mass: MIT Press, 1968.
13. Ortún V, Varela J. Infra y sobre utilización. ¿Inventando problemas? *Gestión Clínica y Sanitaria.* 2017; 19(3): 87-9.
14. Meneu R, Urbanos R. La colaboración público-privada en sanidad: hasta dónde y cómo delimitar sus fronteras. *Cuadernos económicos de ICE.* 2018; 96:35-56.
15. Bel G, Bel-Piñana P, Rosell J. Myopic PPPs: Risk allocation and hidden liabilities for taxpayers and users. *Util Policy* 2017; 48:147-56.
16. Ocaña-Riola R, Pérez-Romero C, Ortega-Díaz MI, Martín-Martín JJ. Multilevel Zero-One Inflated Beta Regression Model for the Analysis of the Relationship between Exogenous Health Variables and Technical Efficiency in the Spanish National Health System Hospitals. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(19):10166.
17. Franco Miguel JL, Fullana Belda C, Cordero Ferrera JM, Polo C, Nuño-Solinís R. Efficiency in chronic illness care coordination: public-private collaboration models vs. traditional management. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):1044.
18. Wohlin J, Fischer C, Carlsson KS, et al. As predicted by theory: choice and competition in a publicly funded and regulated regional health system yield improved access and cost control. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):406.
19. González López-Valcárcel B. Dictamen de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica (sanidad): paso adelante y oportunidad perdida. Blog Nada es Gratis, 24 julio. Disponible en: <https://nadaesgratis.es/beatriz-gonzalez-lopez-valcarcel/dictamen-de-la-comision-de-reconstruccion-social-y-economica-sanidad-paso-adelante-y-oportunidad-perdida>
20. Fernández-Pérez A, Jiménez-Rubio D, Robone S. Freedom of choice and Health services's performance: Evidence from a National Health System. *Health Policy.* 2022; 126 (12): 1283-90.
21. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2021. Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundation of Health Care. Washington, DC: The National Academies Press.
22. Bernal-Delgado E, Ortún-Rubio V. La calidad del Sistema Nacional de Salud: base de su deseabilidad y sostenibilidad. *Gac Sanit [Internet].* 2010; 24( 3 ): 254-258.
23. Trapero M, Del Llano J, Nuño-Solinís R. La transformación del sistema de salud para preservar su esencia. Fundación Gaspar Casal, 2023.
24. Meneu R, Ortún V, Urbanos R. La Sanidad en la encrucijada post-Covid. Financiación, organización y gestión. Health Policy Papers Collection, CRES 2023.
25. González-Touya M, Stoyanova A, Urbanos-Garrido RM. COVID-19 and Unmet Healthcare Needs of Older People: Did Inequity Arise in Europe? *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(17):9177.
26. Puterman E, Weiss J, Hives BA, et al. Predicting mortality from 57 economic, behavioral, social, and psychological factors. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2020;117(28):16273-16282.
27. Rothschild M, Stiglitz J. 1970. Increasing Risk: I. A definition. *Journal of Economic Theory.* Vol 2, 225-243.
28. González López-Valcárcel B, Ortún V. Reconstrucción del sistema sanitario: gobernanza, organización y digitalización. Informe SESPAS 2022 [Rebuilding the healthcare system: governance, organization



- and digitalization. SESPAS Report 2022]. Gac Sanit. 2022;36 Suppl 1: S44-S50.
29. Orueta JF, García-Álvarez A, Alonso-Morán E, Vallejo-Torres L, Nuño-Solinis R. Socioeconomic variation in the burden of chronic conditions and health care provision--analyzing administrative individual level data from the Basque Country, Spain. BMC Public Health. 2013; 13:870.