
LA SALUD: PERSPECTIVA ESTRATÉGICA

ISABEL DE VAL PARDO

Universidad Pública de Navarra

JAVIER CARNICERO

Cognitio Salud

La política sanitaria incorpora matices de aspiración o propósito general de una propuesta o conjunto de propuestas, de un programa particular, o de unas acciones formalmente autorizadas, en las que subyace una directriz de actuación por medio de la cual se orienta a las personas implicadas en atender la salud de los ciudadanos en los ámbitos promocional, preventivo, de curación y rehabilitación o de mantenimiento; viene condicionada por la realidad (morbilidad y mortalidad, esperanza de vida, tasa de natalidad, demanda, recursos escasos y finitos) y se desenvuelve en el seno de criterios diferentes que concurren de manera amalgamada y contradictoria en un marco de valores en liza como son la ética, la igualdad o la equidad.

El texto alude al estadio posterior, a la praxis de los servicios de salud desde los puntos de vista de la economía (maniatados por la escasez de medios y la necesidad de elección, pues la voluntad humana persiste en tratar de exceder la capacidad de provisión); y del *management* estratégico (en la búsqueda de situaciones futuras intentando adaptar la posición competitiva de la actividad conforme evolucionan las circunstancias); al ofrecer la co-creación de valor y plantear la salud de vanguardia de la población como una misión, la dinámica del bucle de salud y la sincronía entre los grupos de interés, todo en aras del mayor valor de los servicios de salud. La eficiencia del Sistema de Salud de una Comunidad Autónoma se debe principalmente a las decisiones meso y micro en el nivel táctico y operativo de las actividades esenciales de la cadena de valor, con el soporte de las de apoyo que en el mar-

co del *New Public Management/Governance* o del *Public Value Paradigm* proceden con perspectiva de alcance sujetos al *tempo* de la política sanitaria y presupuestaria, y a las decisiones macro del Estado, delegadas a los Gobiernos Autónomos, que determinan las actividades básicas del Sistema Nacional de Salud y se concretan en los *inputs*, las políticas, los programas y las acciones específicas.

UNA MISIÓN ↓

Velar por una mejor salud de la población es un cometido permanente, aunque la diana para su consideración la marcan los hitos sociales. En Europa, tras las Guerras Mundiales se produjo un cambio radical en las relaciones entre el Estado y la sociedad civil, y una de las atenciones primordiales en el denomi-

nado «estado del bienestar» eran los cuidados de la salud; desde 2020 a raíz del COVID-19 ante la cuestión ¿salud o economía? ha resurgido plantearse cuál es el estado de la situación, aunque ya estaba recogido en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas (2015).

Visualizar la mejora de la salud desde el ámbito estratégico del *management* oscila entre «el aquí y ahora» y el futuro próximo, teniendo en cuenta las opciones presentes e inmediatas que se estimen oportunas para tratar de ofrecer unos servicios que resuelvan o se anticipen a los problemas y necesidades que se deben satisfacer. En este cometido es clave el pensamiento estratégico y prever los acontecimientos posibles, esto obliga a tener conciencia de lo que se está tratando de hacer y hacia donde hay que evolucionar, con el soporte de la información y el análisis de la situación, a fin de ir conformando un mejor perfil cuando se desplieguen unas estrategias distintivas y efectivas.

La perspectiva de una «salud de vanguardia de la población» como misión social, encausa una línea de acción con cierta inmediatez, su mantenimiento debe ser un propósito permanente de los gobiernos puesto que es una necesidad de la población no exenta de dificultad, porque combina cambios políticos, regulatorios y de comportamiento. Se trata de orientar las actuaciones del sistema de salud de manera que se incentiven las interconexiones como un continuo de colaboración novedosa entre los estadios diagnóstico-terapéutico-prevención; de establecer prioridades y asignar actividades en la relación pacientes-productos, entendida como el resultado de la eficacia del proceso según la condición clínica de los pacientes.

La misión incorpora la intencionalidad de acción y requiere establecer la posición estructural de la secuencia de las prestaciones al partir del propósito; atender las necesidades básicas y excepcionales; definir qué se quiere hacer para reconocer o anticiparse a los problemas con singularidad; cómo atender a los grupos de interés y a las partes interesadas en la creación de valor colectivo (Mazzucato, 2021a); y cooperar con las actividades económicas de sectores relacionados. En tal andadura los servicios de salud tienen que enfrentarse a objetivos de apariencia contradictoria (eficiencia y flexibilidad) para que los conocimientos y aprendizajes permitan afrontar simultáneamente el presente y el devenir, lo que obliga a reconciliar de manera permanente los recursos y las capacidades; y a procurar la optimización del sistema de salud según las exigencias económicas, políticas y sociales.

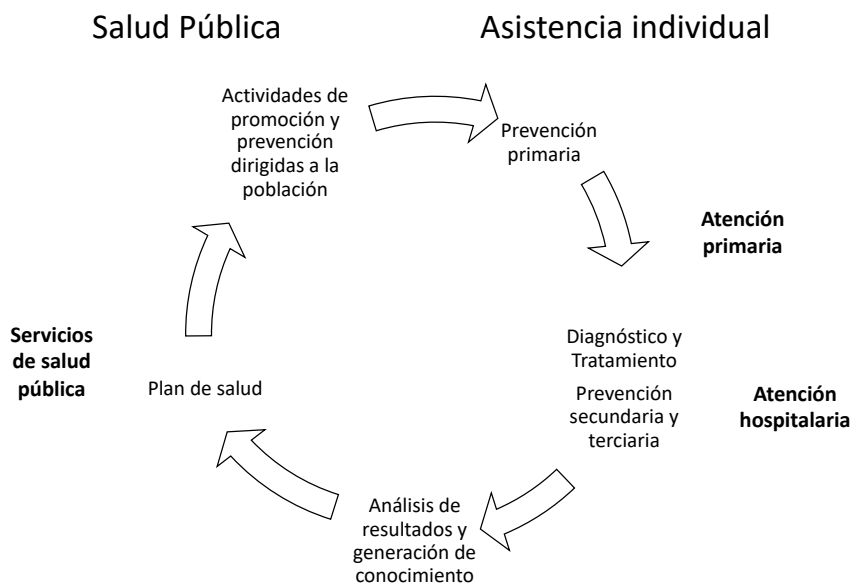
Es necesaria (March, 1991) la habilidad simultánea que desarrolle tanto la capacidad de exploración (búsqueda y adopción de conocimientos, tecnologías o nuevas oportunidades) como la de explotación (aprovechamiento, mejora o perfeccionamiento), a fin de provocar, en las dos dimensiones, el

aprendizaje simultáneo y equilibrado que contribuya a la mejora constante del conocimiento con unos recursos limitados que compiten entre sí. Las tensiones son inevitables y es necesario sincronizar el proceso de cambio de manera que estimule y genere sinergias, así la organización del sistema de salud se orientará como un todo, reconduciendo la actividad si consigue conjugar eficiencia, innovación, conocimiento y aprendizaje (individual y/o colectivo) que incida en el rendimiento y los resultados.

En la adaptación al entorno la orientación estratégica está sujeta a cambio y lo hace de manera limitada. Son canjes incrementales dentro de un marco, que no garantiza conseguir el propósito por la limitación de recursos, que aboca a modificaciones drásticas asociadas a transformaciones profundas incontrolables y si se superan las circunstancias contextuales comienza un nuevo periodo de estabilidad. El caos se instala si las perturbaciones originan efectos difíciles de pronosticar, porque las causas y los efectos no son predecibles, el grado de complejidad es notable, el desorden del sistema es evidente y los atractores imprevisibles. Caso de situaciones de gravedad dispar (COVID-19), las circunstancias condicionan la exploración y la explotación de recursos y capacidades, de manera secuencial y recíproca entre las prestaciones; es decir, en el intento de ofrecer y captar valor, las unidades (equipos, servicios, departamentos del sistema de salud) inciden en la exploración en los momentos de cambio y simultáneamente se ajustan a la explotación, para atender tanto las demandas concretas como las circunstancias de cierta permanencia (epidemias o pandemias). En tales momentos la inteligencia colectiva de las iniciativas público-privadas desarrolla capacidades dinámicas en distintas áreas (Mazzucato y Kattel, 2020) para afrontar las crisis.

La misión orientada hacia un objetivo específico requiere de numerosos proyectos concatenados que se logran a partir de los recursos tangibles e intangibles, las capacidades, las competencias, el aprendizaje organizativo y la gestión del conocimiento. Los recursos son puntos fuertes que proporcionan ventajas competitivas a la cadena de valor del sistema de salud (De Val Pardo, 2022), valiosos al permitir explotar las oportunidades o neutralizar las amenazas y llegan a ser exclusivos por la dificultad en su logro o imitación, en particular los intangibles por la potencialidad de su capacidad al integrar esfuerzos de varios recursos (tecnológicos, organizativos y del conocimiento). La manera combinada en que se despliegan en el tiempo mediante interacciones simples o complejas, promueve las capacidades y determina lo que el sistema organizativo es capaz de ser y hacer; son fruto de la conjunción entre los recursos y las pautas organizativas, y su desarrollo se produce a largo plazo ya que afloran por el dominio en distintos ámbitos como son la flexibilidad en los procesos, la historia clínica electrónica, las teleconsultas o los diagnósticos precisos gracias a imágenes digitales de alta resolución.

**FIGURA 1
BUCLE DE SALUD**



Fuente: Elaboración propia.

Las competencias son de origen estratégico, tecnológico, personal y organizativo; surgen del aprendizaje colectivo del sistema, en particular por la manera de coordinar las técnicas diversas de prestar la atención al paciente e integrar las distintas tecnologías; constituyen el conjunto de cualificaciones y tecnologías que permiten ofrecer un beneficio a la sociedad y cumplen las condiciones de aportar un valor percibido por los ciudadanos, diferenciarse en la prestación de los servicios y su extensión ante situaciones inesperadas. Con el paso de tiempo se manifiestan incompetencias que incrementan el valor inmaterial, se sustentan en el desarrollo e intercambio de información vía capital humano y en el despliegue de los recursos disponibles (como la habilidad de cooperar entre unidades, la agilidad en las prestaciones o desarrollar una mente colectiva).

Los servicios de salud -competentes en la creación, adquisición y transferencia de conocimiento- modifican sus comportamientos por medio del aprendizaje colectivo. Se trata de un proceso complejo cuya secuencia permite transformar las pautas de conducta en aras de una capacitación que ocasione acciones más efectivas; en el sistema tiene lugar en los ámbitos individual, grupal y de organización, conformado por la dinámica de ciertos subprocesos relacionados (Crossan, Lane y While, 1999), que facilitan el flujo de conocimiento y la tensión que puede producirse entre la exploración (hacia delante, desde las ideas individuales que se comparten e integran en los equipos y llegan a institucionalizarse), y la explotación (hacia atrás, es decir desde la institucionalización al de la intuición individual pues lo aprendido y retenido se transmite de arriba hacia abajo como mejor manera de hacer). Además, en

la práctica clínica se requieren procesos de conversión entre el conocimiento tácito (individual o grupal) y el explícito al tratarse de trabajos de colaboración y cooperación, que precisan la combinación equilibrada de la relación directa presencial (interacción) con la remota por la digitalización (conectividad), y propiciar oportunidades para el desarrollo del proceso de socialización del conocimiento (Nonaka y Takeuchi, 1995).

BUCLE SANITARIO: PREVENCIÓN-DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICA-PREVENCIÓN ↓

La medicina basada en la evidencia y la causalidad avala la secuencia gracias a la trazabilidad de la situación clínica de los pacientes, la lógica de los procesos de atención que reciben desde múltiples fuentes de provisión, el soporte de los sistemas y tecnologías de la información y las estructuras de organización duales (jerarquía y red) con la gestión por procesos. La dinámica del bucle permite la mejor práctica clínica a lo largo del curso natural de las enfermedades, a fin de mejorar el nivel de salud de la población, en el que prevalece la continuidad de la atención (concepto de connotaciones diversas al no ser unidimensional) según la trazabilidad que atienda la situación del paciente: un estadio es causa del otro, se realimentan, están sujetos por la necesidad y utilidad, singular y general, según indiquen las prácticas clínicas gracias a procesos con vínculos verticales y horizontales.

Las actividades de promoción y prevención cuando se dirigen a mejorar el estado de salud de la población las lleva a cabo salud pública para responder a la planificación de la salud de un territorio, y entre

las acciones propias de ámbito espacial se encuentran la potabilización del agua, el saneamiento y la recogida de basuras. Se ocupa del diseño de políticas de protección poblacional al desarrollar programas intersectoriales y transversales para actuar sobre ciertos determinantes de salud que afecten a la colectividad, así se establecen actuaciones y normativas a largo plazo. La tarea no es fácil al prever los resultados en términos de eficacia y eficiencia de las políticas, los planes o los programas, las intervenciones, los procesos y los resultados. El cometido de la salud pública tiene su continuidad en la red asistencial cuando se concretan en acciones dirigidas a la promoción del estado de salud y prevención de los individuos y el bucle se inicia con un plan de salud que marque los objetivos.

En el ámbito asistencial las actividades de prevención se inician en la atención primaria, donde se concretan las acciones previstas en los planes de salud y aunque se estime que la promoción y prevención se planifican para la población en su conjunto, se materializan en los centros de atención primaria. En este nivel asistencial se vacuna a la población; tienen lugar los primeros pasos de los programas de prevención de cáncer de mama y colon (prevención secundaria), que son la captación de las personas para que participen y en su caso la recogida de muestras, y cuando su resultado es positivo se confirma el diagnóstico y se informa a cada paciente personalmente; se informa y educa a los pacientes sobre los hábitos de vida saludables, y también se lleva a cabo la prevención terciaria, que busca evitar las complicaciones de una enfermedad diagnosticada y ya tratada.

Los centros de salud son esenciales en el sistema de salud y vinculan los servicios de prevención primaria y el nivel hospitalario: la integración con el nivel especializado es imprescindible para asegurar la continuidad asistencial, lo que es clave para que sea efectiva y con calidad, y no puede limitarse a que los médicos de atención primaria «deriven» a sus pacientes y tengan acceso a los informes clínicos del nivel hospitalario; exige el trabajo conjunto de todos los profesionales involucrados en la atención a cada paciente, para lo que se debe registrar y compartir la información clínica por todos ellos.

La atención primaria persigue la longitudinalidad, es decir la asistencia de manera continuada por los mismos médicos y enfermeras a lo largo del tiempo, que conocen a sus pacientes y les proporcionan la asistencia necesaria en todo momento; y los procesos asistenciales -con número cada vez mayor de pacientes- involucran tanto a la atención primaria como a la hospitalaria ya que en la primera tienen lugar los diagnósticos preliminares que se confirman o no en la atención hospitalaria. En esta última se inician los tratamientos o se llevan a cabo en su totalidad, y cuando es necesario se controla el estado de los pacientes de forma periódica. En atención primaria y hospitalaria se inician y continúan las ac-

tividades de prevención terciaria, que comprenden el diagnóstico precoz y la instauración de un tratamiento efectivo que evite la progresión de la enfermedad o sus complicaciones.

Determinadas enfermedades, o más bien todas, precisan de manera continuada de una atención por profesionales de distintas disciplinas, como son los médicos de familia, las enfermeras de atención primaria y sus colegas del ámbito hospitalario. Entre estos últimos se encuentran los médicos y enfermeras de distintas especialidades, los fisioterapeutas, los terapeutas ocupacionales y las enfermeras de enlace, e incluso los profesionales que proporcionan asistencia en el domicilio del paciente. La integración asistencial, vertical y horizontal, resulta imprescindible en un sistema de información centrado en el paciente, y no en cada servicio, en el que todos los involucrados registren la información clínica y puedan acceder a la de sus pacientes, quienes deben tener la posibilidad de entrar a su información clínica y a registrar datos en su historia clínica (caso del registro de los controles de glucemia de los diabéticos).

Desde el punto de vista de salud pública y clínico es necesario analizar los resultados obtenidos para generar conocimiento (Carnicero y Rojas, 2018). Se debe analizar la evolución de los indicadores de salud, pero también los resultados obtenidos en cada paciente para mejorar el plan de salud o los tratamientos, de esta forma el sistema de salud presenta un bucle en el que se relacionan la salud pública y la red asistencial, y los procesos trascienden de la salud de las poblaciones a la de las personas. Bucle que llega también a personalizarse en cada paciente cuyo proceso asistencial incluye la promoción de su salud y la prevención, el diagnóstico y tratamiento, la prevención secundaria y terciaria, y el análisis de resultados que genera conocimiento y reinicia el ciclo.

La información adecuada, sintética y estructurada de las actividades asistenciales, permite conocer el nivel de logro de los objetivos operativos para restaurar la salud y también en qué medida se están alcanzado los estratégicos del bucle. De esta manera, se pueden corregir a tiempo las desviaciones. El conjunto de indicadores permite elaborar el Cuadro de Mando Integral (CMI) global que facilita el proceso de retroalimentación y conocer la práctica de la estrategia en el alcance de la misión. El CMI además establece las relaciones causa-efecto y permite representar el mapa estratégico que ayuda a situarse y saber hacia dónde se va, hacer explícitas las hipótesis estratégicas y describir el proceso mediante el cual la interacción de los CMI subyacentes generan el valor final (De Val Pardo, 2007), es decir, la mejora de la salud de la población.

Organización ↓

En los cuidados de la salud se identifican configuraciones organizativas distintas, en particular la funcio-

nal en atención primaria y atención especializada, y la funcional y divisional en los centros hospitalarios; pero en su dinámica interna -de manera continuada o temporal- se conforman estructuras matriciales a fin de generar sinergias por sus características propias, como son la asignación flexible de recursos, un tamaño medio, la toma de decisiones complejas en circunstancias singulares o nuevas que recae en la autoridad dual (objetivos dianas y actividades), el desarrollo de habilidades y destrezas por función y producto hospitalario, las relaciones profesionales, el trabajo en equipo, la coordinación conjunta o la fluidez de la información.

La configuración tradicional y persistente en atención especializada responde a criterios funcionales seguida por divisiones de unidades médicas (Reumatología, Digestivo, Traumatología, Pediatría, Hematología, etc.), y ocasiona que perdure una organización en silos o bloques verticales por razones de eficiencia, desarrollo de habilidades, orientación hacia los objetivos, tamaño reducido o generación de un valor de alcance concentrado. Esta manera de hacer penaliza la toma de decisiones al ser centralizada, con reducida coordinación horizontal de la evolución del paciente, lo que se puede contrarrestar con una atención asistencial multidimensional enriquecedora para los profesionales implicados porque pueden desarrollar conocimientos y habilidades, o instaurando mecanismos de integración por medio de enlaces con otros servicios por los que discurre el paciente.

En tal configuración conviven unidades clínicas orientadas al paciente, como puede ser la unidad de neurociencias: son multidisciplinarias, su gestión y decisión son descentralizadas, los implicados son responsables en el valor añadido y su estructura es plana; la asistencia se coordina y la información que se comparte fluye por cuestiones de eficiencia. Esta opción devuelve el poder y la influencia a los clínicos al promover la autonomía, pactar y acordar programas de mejora, facilitar el diálogo y la búsqueda de puntos en común entre el personal asistencial con ánimo de generar sinergias. Entre otras ventajas debe mencionarse la reducción de pruebas y estancias innecesarias, la calidad en las prestaciones, la motivación del personal y la mejora de los indicadores.

Los centros hospitalarios son multiproducto no sólo porque cada paciente es una unidad de consumo y de resultado sino por otros tipos de alcances, es decir, el sanitario y finalista (anamnesis, diagnóstico, tratamiento, intervenciones quirúrgicas), de formación e investigación, y de soporte (pruebas complementarias, endoscopias). Tradicionalmente los de agudos y los de media o larga estancia están organizados de manera funcional y divisional por servicios especializados, su infraestructura se justifica en tener el mayor número posible de especialidades lo que requiere un elevado número de personal, estructura administrativa amplia, burocratización y centraliza-

ción de toma de decisiones con ánimo de garantizar *a priori* la eficiencia y la productividad; todo esto generalmente desmotiva a la plantilla y reduce la innovación, de aquí la conveniencia de fragmentar la actividad hospitalaria en unidades menores. Así se crean grupos funcionales homogéneos que aglutinan competencias asistenciales (Pediatría, Obstetricia y Ginecología) o de apoyo (obras, mantenimiento, gestión económica, financiera y logística) en las que se desarrollan habilidades en torno a los objetivos, se mejora la coordinación e incurren en economías.

Cuando las tecnologías de información y comunicación (TIC) se incorporan a la cadena de valor facilitan arquitecturas organizativas novedosas en los hospitales, se basan en el concepto de red, son dinámicas, liberadas de silos jerárquicos, permiten la gestión transversal de los equipos que operan libremente en el marco de su cometido por las responsabilidades delegadas de la jerarquía, así se potencia la innovación, la creatividad, se promueve la motivación, la iniciativa, el mejor desempeño, la eficacia y eficiencia. Una de ellas es la «estructura fractal» con las propiedades de «autosimilitud» ya que cada uno de los fractales (las unidades especializadas o servicios) del conjunto pueden contener unidades idénticas con las mismas propiedades o forma y responden a los atributos del todo (el hospital o la red de hospitales); de «autoorganización», ya que los distintos fractales tienen libertad plena en la toma de decisiones y flexibilidad en el hacer, atienden las demandas con la perspectiva del propósito que les une al colaborar o cooperar, y en caso de incumplimiento la autoridad central asume la responsabilidad; y de «autooptimización» ya que la mejora continua guía las actuaciones a título individual o colectivo.

Otra opción que se aproxima al *value based health-care* (Porter, 2010) y responde al caso del sistema sanitario español con financiador único, cobertura universal e infraestructuras propias son las unidades por condición clínica del paciente, por la trazabilidad desde atención primaria hasta la atención terciaria en centros hospitalarios de alta especialización; son fáciles de implantar en caso de crónicos (cefaleas, diabetes) y patologías (cáncer de mama o enfermedades cardíacas) con perspectivas a medio y largo plazo. Se guían por la visión total de las prestaciones al identificar la co-producción de actividades y procesos que mejoren la salud del paciente a fin de reincorporarle a sus pautas de vida; por los *outcomes* que tienen en cuenta sus inquietudes y necesidades y se miden por el cuidado completo y no por cada una de las intervenciones de cada especialidad que se han requerido; y por la reducción de los costes (Kaplan y Porter, 2011). La dificultad radica en disponer de un adecuado sistema de información, contabilidad analítica, la implicación de pacientes y profesionales organizados horizontalmente en trabajos multidisciplinarios, que promuevan la autonomía y descentralización de la toma de decisiones en unas prestaciones específicas para

cada paciente que conjuguen lo estándar y lo particular, de manera presencial o remota al guiarse por la eficacia, la eficiencia y la evaluación integral del ciclo. La capacidad integradora de esta configuración presenta similitudes con la *disease management* que se sustenta en el conocimiento de la estructura económica de una enfermedad, la provisión de cuidados y los procesos de mejora continua.

Finalmente, en situaciones de improbabilidad, la forma organizativa de las provisiones de salud se acogen a una «estructura disipativa», no responden a una geometría determinada y se caracterizan por la flexibilidad, los estados múltiples o las actuaciones coherentes de alcance; la denominación proviene del mayor consumo de energía al disiparse para afrontar los desequilibrios (caso de pandemia), recuperar el orden, mantener las conexiones, afrontar las fluctuaciones internas y/o las perturbaciones externas. En la práctica se observa una dinámica del aprendizaje de explotación y exploración de los recursos y capacidades, de manera secuencial y recíproca, entre las unidades o servicios con la pretensión de ofrecer y captar valor para los pacientes.

La innovación tecnológica incide en las actuaciones más allá de las instalaciones en las que se proporciona físicamente la asistencia porque facilita la conectividad entre todas ellas. El espacio es un concepto global que incluye a los pacientes asistidos por distintos dispositivos y los profesionales clínicos, con independencia de la ubicación, al desempeñar sus cometidos deslocalizados: la tecnología elimina los límites jerárquicos o físicos, y la distancia con los pacientes que necesitan restaurar la salud, pero los profesionales aportan los conocimientos, la experiencia y el talento tanto con el trabajo presencial como remoto. Además las TIC provocan la creación de unidades de enlace de *outputs* intermedios (análisis de laboratorio, radiodiagnóstico, exploraciones) propios de la producción en los centros hospitalarios (caso de la unidad central de radiodiagnóstico de la Comunidad de Madrid) de esta manera se exteriorizan actividades y se concentran en lo que mejor saben o deben hacer para crear un mayor valor y atender una demanda que tiende al infinito y no hay mecanismo de mercado que permita conocer cuánto hay que ampliar la oferta.

Digitalización ↓

La organización descrita con sus distintas opciones exige la incorporación de las TIC a la cadena de valor del bucle; su objetivo no puede ser otro que la búsqueda de un círculo virtuoso basado en la mejora continua mediante la incorporación de conocimiento. Se trata de confirmar que es un Sistema de Salud que Aprende en el que los avances relacionados con distintas ciencias, las TIC y el conocimiento derivado de la propia asistencia, generen un hacer novedoso: la digitalización del sistema de salud tendrá éxito si el paciente es el centro de la organización y por lo tanto lo es del sistema de información.

La salud digital, resultado de la incorporación de las TIC a los sistemas y servicios de salud, supone una oportunidad para su transformación y precisa una nueva forma de gobernanza que considere los retos y las estrategias del sistema de salud, su liderazgo, los intereses y derechos de todos los involucrados, la legislación necesaria y las dificultades que presenta la implantación de las TIC en el sistema de salud, entre otros aspectos (Carnicero y Serra, 2020).

La digitalización comprende la organización de la actividad asistencial en cualquier nivel, atención primaria y atención hospitalaria, y lugar, domicilio del paciente, centro de salud, centros de especialidades, hospitales e incluso donde se presenten las emergencias; así se registran los datos, la información, y se genera conocimiento. La asistencia en el domicilio del paciente se beneficia de la salud digital al permitir el registro de datos por los profesionales y los pacientes directamente, gracias a los dispositivos que portan consigo (*wearables*), y no solo mejora su control sino que contribuye a la creación de conocimiento. Si el sistema de salud y el de información, están centrados en el paciente, y las medidas de seguridad de la información son suficientes y gozan de la confianza de todos, los profesionales involucrados en la asistencia a un paciente tendrán acceso a la información clínica, que es una de las necesidades primordiales del modelo de organización descrito. El análisis de los datos clínicos es una de las fuentes de información imprescindibles para la evaluación de la asistencia y para la investigación.

La salud digital es aquella disciplina donde convergen las revoluciones digital y genómica con la salud y la asistencia sanitaria, la vida y la sociedad, y según Sonnier (2021) está creando una nueva era de progreso humano que hace más fácil involucrar a los pacientes, y en su caso a los ciudadanos, en las actividades de promoción y prevención, y en su autocuidado; e incorpora datos de fuentes diversas que permiten su análisis y tratamiento para generar nuevo conocimiento mediante instrumentos como el análisis de grandes fuentes de datos y la inteligencia artificial. Todo ello ha hecho evolucionar el concepto de información de salud, porque ahora se incluyen datos de fuentes que antes no se consideraban, como las redes sociales, los registrados por los propios pacientes y los «ómicos» (datos generados en laboratorios de análisis molecular, como las secuencias de genomas, microbioma, proteómica), entre otros.

SINCRONÍA EN EL CONTEXTO ↓

El sector sanitario, desde la economía contribuye a mejorar la productividad del resto de sectores industriales, *a priori* una población activa sana produce más y es tractor económico, en particular, de aquellos alcances relacionados con los que se establecen alianzas, se ejercen liderazgos y tratan de crear un contexto favorable que promueva una cultura de colaboración donde compartir aprendizajes e inno-

vación, revertir al progreso de la sociedad y contribuir a la perspectiva de «valor compartido».

La apertura de la Administración Pública al *management* se debe al *New Public Management* y a los avances de las perspectivas del *New Public Governance* y *Neo-Weberian State* (De Val Pardo, 2023) que han orientado las políticas por misiones, la democratización de los procesos al tratar de redefinir el valor público, el incluir los grupos de interés -esenciales por la información que aportan en economías desarrolladas al contribuir en la co-creación- y distinguir entre políticas y actividades de negocio de las agencias gubernamentales de manera que la visión se oriente a la economía. Los *stakeholders* en el caso de la salud son el mercado, el estado y la sociedad civil; ésta última puede participar si se trata de la salud y bienestar de la población como desafío futuro, a partir del enunciado de tal misión con políticas por proyectos y la interacción (Mazzucato, 2018) de distintos actores (caso de la plataforma de organizaciones de pacientes, a nivel macro en la toma de decisiones sanitarias de políticas de salud, a nivel meso en la mejora del diseño organizativo y la gobernanza, y micro en la atención directa y control de la salud) y sectores.

La población se beneficia directamente del valor de un ecosistema que aglutina las actividades vinculadas con la salud y bienestar, son ramas de actividad que agrupan organizaciones similares o próximas, en términos de recursos y procesos de conversión, que se caracterizan por la habilidad en proporcionar unos productos o servicios singulares, en función de los rasgos particulares que se requieren en la atención sanitaria, entre los que se encuentran las prestaciones de la iniciativa privada, la industria farmacéutica, centros de investigación, las empresas de alta tecnología que fabrican y suministran equipos técnicos e instrumentos especializados, de tecnologías de la información, las consultoras y las aseguradoras (De Val Pardo y Carnicero, 2016). Ante el propósito común se requiere la colaboración sistemática entre todos ellos, con una respuesta ágil a los cambios para contribuir a la generación de salud de la población, pero también compiten por la disparidad de las aportaciones singulares al contribuir con unos productos o servicios diferenciados.

La confrontación sector público-privado en la provisión de los servicios de salud es baldía: el proceso colaborativo por el que agentes públicos y privados trabajan juntos se puede denominar «creación de valor público» (Mazzucato, 2021b) al generarse de manera conjunta para la sociedad; es el hacer de las distintas inteligencias colectivas en beneficio de la población y sus integrantes deben asumir la corresponsabilidad según la situación en la que participan. La inteligencia colectiva en la salud y bienestar de la población va más allá de la que se puede ocasionar de manera aislada al ser fruto de la colaboración y la competencia de los implicados en el ecosistema.

En cuanto al debate sector público-sector privado, uno y otro acopian fallos y virtudes, son complementarios o alternativos si el público no ofrece la cobertura suficiente y el privado lo hace con un coste menor, o sustitutivos si las prestaciones del sector privado se financian con fondos públicos al cederse, bien porque se conciertan las prestaciones temporalmente (exploraciones y pruebas diagnósticas) o se exteriorizan (caso de la diálisis o las terapias respiratorias a domicilio). Cuando la misión -aunque se mueva con grados de abstracción- se centra en la mejora de la salud de la población, no son excluyentes ni incompatibles, pues el interés colectivo y la lógica empresarial se pueden conjugar. También se combinan las fortalezas y se minoran las debilidades al nutrirse y reforzarse de manera mutua en el objetivo común. Además, el ciudadano/paciente financia tanto al proveedor público como al privado y a los Gobiernos les corresponde determinar las interacciones que incluyan a todos los actores en la co-creación de valor, en el marco de la misión y política sanitaria que precisa de reorientación dada la evolución incompleta desde el Instituto Nacional de Previsión hasta la Ley General de Sanidad y la Ley de Cohesión y Calidad.

La colaboración va más allá de la provisión directa de los cuidados de la salud por parte de organizaciones públicas o privadas, debe extenderse al resto de agentes que contribuyen indirectamente a la mejora de la salud de la población al trabajar de manera dinámica y proactiva e implantar, unos y otros, estrategias de crecimiento externo vía asociaciones, alianzas o consorcios y por cooperación. Las primeras opciones facilitan compartir objetivos y recursos sin pérdida de la identidad y autonomía de gestión, esto ocasiona el incremento de conocimientos al compartir experiencias, mejorar la diferenciación de los productos o servicios y minorar los costes; en cuanto a la cooperación, por medio de la subcontratación, ocasiona la reducción de los costes de transacción, en sentido vertical y horizontal, dada la congruencia de objetivos y la complementariedad de los recursos.

REFLEXIÓN FINAL ↓

Percibir la salud de la población como una misión asocia la intención con el contexto y trata de establecer una condición de actuación que sintetice la necesidad con una posición deseada, de una imagen no existente a posible, de afrontar la sensación generalizada de ineficiencia, insostenibilidad e imposibilidad de atender la demanda, de pretender unas condiciones de equilibrio -con dosis de racionalidad- en el buen funcionamiento de la dinámica real del sistema y crear valor. La misión trata de construir una salud de vanguardia -como imagen deseada- basada en la reflexión, en la búsqueda de alternativas innovadoras posibles que al percibir la dinámica de la realidad se pueda actuar sobre ella y el reto sea un logro para todos los implicados

redefinidos los roles; además ordena los criterios de actuación e intenta ampliar las acciones posibles -dentro de lo factible- al jugar entre lo fortuito y lo intencional. *A priori* es factible al invocar una capacidad de construir la realidad e intentar la viabilidad de resolver los problemas.

REFERENCIAS ↓

Carnicero, J.; Rojas, D. (2018): Healthcare Decision-Making Support Based on the Application of Big Data to Electronic Medical Records: A Knowledge Management Cycle. In: Kobeissy F, Wang K, Zaraket F, Alawieh, A (Ed), Leveraging Biomedical and Healthcare—Semantics, Analytics and Knowledge. Elsevier San Diego, CA 92101, United States.

Carnicero, J.; Serra, P. (2020): Gobernanza de la salud digital: El arte de la transformación de los sistemas de salud. Banco Interamericano de Desarrollo <http://dx.doi.org/10.18235/0002661> English edition published simultaneously: Governance for Digital Health. The art of health systems transformation. <http://dx.doi.org/10.18235/0002661>

Crossan, M.M.; Lane, H.W.; While, R.E. (1999): «An organizational learning framework: from intuition to institution» *Academy of Management Review*, 24, 3, 522-537.

De Val Pardo, I. (2007): *Centros hospitalarios. Pensamiento estratégico y creación de valor*, Díaz de Santos, Madrid.

(2022): «Sistema de salud. Mix público-privado de la cadena de valor» [www. ResearchGate](http://www.researchgate.net).

(2023): «Valor público / valor del sistema de salud», *Encuentros Multidisciplinares* 73, Enero-Abril.

De Val Pardo, I.; Carnicero, J. (2016): *Servicios públicos de salud. Presente y futuro*, Díaz de Santos, Madrid.

Kaplan, R.; Porter, M. (2011): «How to solve the cost crisis in health care» *Harvard Business Review*, 47-64

Kattel, R.; Mazzucato, M. (2018): «Mission-oriented innovation policy and dynamic capabilities in the public sector», *Industrial and Corporate Change*, 2018, 1-15.

March, J.G. (1991): «Exploration and exploitation in organizational learning» *Organization Science*, 2, 1, 71-87.

Mazzucato, M. (2018): «Mission-oriented innovation policies: challenges and opportunities», *Industrial and Corporate Change* 27, 5, 803-815.

(2021a): *El valor de las cosas*, Taurus, Barcelona.

(2021b): *Misión economía*. Taurus, Barcelona.

Mazzucato, M., Kattel, R. (2020): «COVID-19 and public-sector capacity», *Oxford Review of Economic Policy*, 36, S1, S256-S269.

Nonaka, I.; Takeuchi, H. (1995): *The knowledge creating company*, Oxford University Press, UK.

Porter, M. (2010): «What is value in health care?» *The New England Journal of Medicine*, 2477-2481.

Sonnier, P. (2021): *The Fourth Wave: Digital Health-a New Era of Human Progress*. Independently Published 2017. <https://storyofdigitalhealth.com/book>