

Resumen

Los sistemas sanitarios de todo el mundo están inmersos en la que puede calificarse como la reforma más importante en décadas. El objetivo general es mejorar los resultados de salud y la calidad de los cuidados, asegurando simultáneamente la sostenibilidad del sistema desde un punto de vista económico. La *Triple Meta* es considerada por muchos un marco estratégico clave para avanzar en la senda de estas reformas. Ayuda a los directivos a pensar en términos de sistema y con una visión de salud poblacional, dos elementos que han brillado hasta ahora por su ausencia en la agenda de políticas sanitarias. El presente trabajo no se centra en qué forma podría adoptar la *Triple Meta* en los diferentes entornos, sino en cómo están *implementando* estos cambios complejos los directivos en la vida real, extrayendo algunas «lecciones» que podrían resultar de utilidad a otros que están emprendiendo el camino de la reforma del sistema sanitario.

Palabras clave: implementación, estrategia, *Triple Meta*, directivos.

Abstract

Health care systems around the world are undertaking the most important reforms in decades. The general objective is to improve health outcomes and quality of care and simultaneously ensure economic sustainability. The *Triple Aim* is considered by many as a key strategic framework to move forward in these reforms. It helps senior leaders focus on system thinking and on population health, two issues which have been missing in the health policy agenda in the past. This article is not centred on what form the *Triple Aim* may be taking in different setting but rather in how leaders with senior responsibilities are *implementing* the *Triple Aim* in real life, extracting some «lessons» which may be useful for others embarking on the reform of health care.

Key words: implementation, strategy, *Triple Aim*, senior leadership.

JEL classification: I10

IMPLEMENTANDO LA TRIPLE META: «LECCIONES» DESDE EL ÁMBITO DIRECTIVO (*)

Rafael BENGOA

Patricia ARRATIBEL

Deusto Business School Health, Universidad de Deusto

I. INTRODUCCIÓN

MUCHOS sistemas sanitarios de todo el mundo están inmersos en la que podemos calificar como la reforma más importante en décadas. Un número cada vez mayor de ellos han adoptado como marco de referencia el concepto de la *Triple Meta* (mejor salud, mejores cuidados y menores costes).

Si bien casi todos los sistemas sanitarios difieren en múltiples aspectos, hay algo que comparten: el hecho de afrontar ciertos retos fundamentales. Así, puede observarse que todos presentan una deficiente coordinación del cuidado de los pacientes; contratan actividad y no valor; en todos el 5 por 100 de la población consume cerca del 50 por 100 del gasto; se enfrentan a retos en materia de prevención, calidad y seguridad de los pacientes; el cuidado de los pacientes crónicos es fragmentado y sin continuidad, y la elevada tasa de hospitalizaciones y rehospitalizaciones podría reducirse en todos ellos. Tanto si están destinando a sanidad el 8 o el 17 por 100 de su PIB, ningún país está logrando los mejores resultados posibles, y en todos los casos el modelo sanitario aplicado dista mucho de ser preventivo y proactivo.

En este contexto, la *Triple Meta* es percibida por muchos como un marco de referencia clave para mejorar el escenario

descrito, recibiendo cada vez mayor atención desde el ámbito de la política sanitaria. El presente artículo describe de qué modo varios directivos sénior europeos se han basado en el concepto de la *Triple Meta* para impulsar la transformación de su sistema de salud.

El interés de la *Triple Meta* para los directivos sénior reside en que compagina una visión sistémica, un enfoque en añadir valor y en la salud poblacional como meta. Llama la atención y resulta bastante revelador que en 2014 no exista prácticamente ningún sistema en el mundo que esté realmente organizado alrededor de la salud poblacional. Ello puede atribuirse a múltiples causas, y una de ellas es la falta de familiaridad de los decisores políticos con estos marcos de referencia y con el modo de implementarlos. Si bien la *Triple Meta* aporta un marco de referencia práctico para los mandos a todos los niveles de la organización, los directivos sénior tienen un papel clave que desempeñar, pues, en la mayoría de los casos, ese es el nivel responsable de la perspectiva sistémica.

Un argumento adicional para la involucración de los profesionales sénior estriba en el hecho de que la *Triple Meta* no podrá escalar sin una potente intervención desde la esfera de las políticas.

La mayoría de los «sistemas» de salud en Europa cuentan con

los ingredientes necesarios para caminar por esta senda, y en muchos países se constatan esfuerzos por implementar los diferentes elementos que conforman la *Triple Meta*. Por ejemplo, algunos países han ensayado con iniciativas de pagos agrupados y reformas sobre pagos globales, mientras que en otros se percibe un mayor enfoque poblacional, y en otros además se observan crecientes esfuerzos de integración entre los niveles asistenciales.

No obstante, en la mayoría de los países, dichos esfuerzos no se han ensamblado al nivel de la política sanitaria y, con frecuencia, no están concebidos como un paquete integrado de reformas. En las siguientes secciones describimos algunas «lecciones» que pueden extraerse de los países que han incorporado explícitamente los diferentes elementos de la *Triple Meta* a sus políticas sanitarias.

II. LA TRIPLE META COMO RESPUESTA ESTRATÉGICA

1. Contexto

La mayoría de los países europeos cuentan con alguna forma de cobertura sanitaria universal. Si bien estos sistemas han tenido éxito en términos generales en Europa, existe una amplia coincidencia en los países en que el actual sistema de financiación y de provisión no representará el modelo sanitario del futuro, por lo que en los últimos años se han esforzado por trascender las mejoras a corto plazo e iniciar una estrategia de medio-largo plazo encaminada a transformar sus sistemas.

Además, la persistente crisis económica en Europa ha puesto al descubierto numerosas vulne-

rabilidades en todos los sistemas de salud. La reacción inmediata en muchos países ha sido la contención de costes. Los directivos sénior han tenido que lidiar con este complicado contexto inmediato. Así, la gestión de la crisis en el día a día ha girado en torno a algunas importantes decisiones de contención de costes, que han afectado sobre todo a los salarios del personal, el presupuesto farmacéutico y los copagos en los medicamentos.

Con todo, hay un creciente reconocimiento entre los directivos sénior de que estas intervenciones no solventarán el principal problema: un modelo de asistencia sanitaria cuyo diseño de base se centra en la atención reactiva ante la enfermedad y que carece de un enfoque en la salud poblacional.

En otras palabras, muchos directivos sénior reconocen que, aun cuando estas decisiones frente a la crisis se están gestionando de forma efectiva, no crean la capacidad para que los sistemas sanitarios respondan a los futuros retos vinculados a la demografía, la cronicidad, la prevención, la fragmentación, la sostenibilidad y la centralidad en el paciente. En consecuencia, los directivos sénior pretenden evitar focalizarse exclusivamente en la racionalización de la cartera de prestaciones y en la contención de los costes, y en su lugar están trabajando una respuesta más estratégica.

La *Triple Meta* aporta un nuevo marco de referencia para dicha «respuesta estratégica». Esa respuesta está cobrando fuerza en muchos países europeos como marco de referencia útil para una agenda transformadora más amplia. De hecho, la *Triple Meta* está adquiriendo cada

vez más protagonismo en los documentos de política en Europa. Es interesante comprobar que su empleo a modo de marco de referencia para las políticas está proliferando tanto entre sistemas del tipo Beveridge, típicos del norte y el sur de Europa, como en sistemas de seguro más orientados al mercado de Europa central, como el de Países Bajos. Este hecho parece validar su utilidad intrínseca como marco de referencia y como herramienta de planificación para impulsar el cambio ante situaciones de partida muy diferentes.

Como resultado de ello, en Europa, al igual que en otras zonas, el grueso de las decisiones de política sanitaria no gira actualmente sobre si hay que racionalizar la cartera de prestaciones o si hay que transformarla. Más bien, el debate se centra en encontrar el balance adecuado de ambas actuaciones y no dejar que la transformación a medio plazo se vea soslayada por el ímpetu de los recortes.

2. ¿Qué se está implementando?

La consecuencia de este pensamiento es que varios países están poniendo en marcha una batería de procesos gerenciales y organizativos que contribuyan a dar forma a la *Triple Meta*. Están creando organizaciones que sean capaces de integrar los cuidados, de razonar con visión poblacional y de adoptar una línea de actuación explícita a favor del empoderamiento de los pacientes y de la autogestión. Estos ejemplos han reforzado el nivel asistencial comunitario, de modo que se puedan prestar más servicios fuera de los hospitales, y han incentivado la colaboración transversal entre los diversos servicios, acom-

pañado de un fortalecimiento de la asistencia primaria, todo ello con vistas a una reordenación de la provisión de los cuidados. Muchas veces esto conlleva pasar de un criterio de pago por actividad a otro de pago por valor, así como acelerar los mecanismos tecnológicos de apoyo a la asistencia en el domicilio y mejorar la coordinación con los servicios sociales.

La pluralidad de iniciativas lanzadas en los países que están aplicando esta línea de trabajo es tan variada como sistemas sanitarios hay en Europa. Cada uno está tratando de moldear estos nuevos procesos adaptándolos a su propia realidad. Su grado de implantación también difiere en gran medida. En muchos países, se trata de simples experiencias piloto, mientras que en otros se ha avanzado más en la escalabilidad de ciertos programas y existe un compromiso más fuerte desde el campo de las políticas.

Pese a las diferencias, es posible hablar de una tendencia, y hay mucho que aprender de estas experiencias. Un área común para el aprendizaje se refiere al *cómo* están implementando estos cambios complejos los decisores del sector. La siguiente sección se basa en una serie de entrevistas con directivos sénior de varios países europeos y de Estados Unidos, así como en la identificación de los puntos comunes de posible aprendizaje a partir de las experiencias avanzadas y de éxito en la introducción de un cambio sistémico más amplio.

Los países y regiones de Europa que formaron parte de la muestra fueron Países Bajos, Irlanda del Norte, Escocia y el País Vasco (España), mientras que en Estados Unidos, los directivos entrevista-

dos procedían de Massachusetts y Colorado.

3. ¿Cómo lo están implementando?

La intención de esta sección no es proponer recetas prescriptivas, sino divulgar algunas «lecciones» procedentes de directivos sénior que han implantado cambios sistémicos en sus países, en la mayoría de los casos utilizando la *Triple Meta* como marco de referencia. En ese sentido, se perfila un «marco para la implementación» atendiendo a la perspectiva de los directivos sénior.

a) *Diferentes sistemas sanitarios, similar mentalidad*

El denominador común de los directivos de muchos de los países analizados es que están inmersos en una transformación que actúa sobre la totalidad del sistema. Si bien parten de sistemas sanitarios muy diferentes entre sí, los directivos sénior parecen compartir las siguientes líneas conceptuales clave a la hora de abordar dicha transformación:

— Dada la complejidad de los retos actuales, mantener los mismos esquemas operativos del pasado, incluso mejorándose la gestión, no creará la organización del futuro.

— La transformación implica cambios culturales y operativos radicales en los sistemas sanitarios.

— Se precisa introducir cambios en el nivel de la provisión de la asistencia sanitaria.

— Los sistemas de pagos no están alineados con la necesidad de integrar los cuidados al nivel de los proveedores.

— Los sectores sanitario y de servicios sociales no están trabajando conjuntamente; si lo hicieran, se conseguirían mejores resultados y ahorros.

— Debe incentivarse la mejora en el *front line* (interacción directa con el paciente) y la innovación en el nivel de los proveedores.

— Se advierte una necesidad creciente de utilizar más el empoderamiento y fomentar la adhesión de los profesionales de la salud para apoyar la innovación en el *front line*.

b) *Orquestación adecuada desde el ámbito de la política sanitaria*

La complejidad y naturaleza sistémica de los cambios requeridos han llevado a que en la mayoría de los países se considere necesaria una intervención organizada a nivel de las políticas.

La *Triple Meta* aporta un marco de referencia para dicha intervención organizada en el ámbito de las políticas. Como consecuencia, y en un primer paso por parte de los directivos sénior, la *Triple Meta* ha sido «promovida» al estatus de política sanitaria en varias regiones y países.

Conviene señalar que, si bien se requiere cierta «orquestación» a nivel de políticas por quienes desempeñan funciones de alto nivel de responsabilidad en el sector, al mismo tiempo se considera necesario dar cabida a la innovación emergente en el nivel local. Hay que subrayar, pues, que este tipo de liderazgo es diferente de los cambios «desde arriba» impuestos sobre el siste-

ma en el pasado. Se pretende lograr una mejor combinación entre estrategias *sobre* el sistema (*push*) y estrategias recibidas *del* sistema (*pull*), identificando procesos que muevan al compromiso en lugar de perseguir el simple cumplimiento. En cierto modo, las estrategias *push* están quedando diluidas y las estrategias *pull* están ganando fuerza. Este último enfoque choca a veces con el pensamiento intuitivo de los decisores políticos sanitarios, y la mayoría de los profesionales coinciden en que requerirá tiempo y esfuerzo.

c) *Una «plataforma caliente» para la implementación*

Aunque con diferencias de grado, todos los países compartirían motivos similares para la reforma del sistema. Sin embargo, antes de proponer una política transformadora del modelo se consideró útil por parte de los directivos de varios países transmitir la necesidad del cambio de una manera organizada. Parece razonable que, en vez de proponer de entrada una solución (la *Triple Meta*), se explique antes con detenimiento cuáles son los problemas y por qué dicho marco de referencia podría ser una solución. Así, se considera esencial una estrategia ambiciosa de comunicación sobre la necesidad del cambio.

Los principales retos enunciados a modo de argumentos para el cambio son la falta de disponibilidad de recursos, la seguridad de los pacientes, la fragmentación de los cuidados, las deficiencias en la gestión y la prevención de enfermedades crónicas, la falta de involucración de los pacientes y la comunidad, una cultura centrada en la enfermedad en lugar de una visión de salud y

poblacional. Para muchos observadores, estos problemas podrían parecer evidentes y no requerir demasiada explicación. Sin embargo, organizar estos retos y comunicarlos de manera efectiva se consideran pasos clave para transmitir la urgencia del cambio necesario.

d) *Disrupción positiva*

En el complicado contexto europeo, se notó una amplia coincidencia entre los directivos sénior de los distintos países en que recortar el gasto, mejorar la calidad y desarrollar un enfoque poblacional precisaba de algo más que una intervención tradicional en la gestión.

La utilización de la *Triple Meta* comporta ineludiblemente cambios en el tradicional equilibrio de poder, ya que convierte en necesaria, por ejemplo, la implementación de nuevos sistemas de pagos que eviten las hospitalizaciones y rehospitalizaciones, así como programas que empoderen a los pacientes.

En dicho contexto parece evidente que habrá resistencia al cambio, siendo, por tanto, de suma importancia aplicar la disrupción en un sentido positivo y contar con un enfoque bien planificado para el cambio.

Cada uno debe cerciorarse de que su capital humano como directivo se emplee en disrupción productiva —esto es, generadora de cambio—, y no en una disrupción que no tenga un impacto en el modelo asistencial. Por ejemplo, numerosos responsables del sector se han comprometido a fondo en abanderar cuestiones tales como los copagos, que de hecho no alteran el modelo asistencial.

e) *Una visión del cambio sugerente, pero alcanzable*

Es sobradamente conocida la importancia de contar con una visión del cambio motivadora, pues aporta un sentido de dirección necesario en cambios de gran calado. El primer paso en el nivel de las políticas suele ser el desarrollo de una nueva visión, un nuevo relato sobre el futuro. La lógica de la *Triple Meta* parece ajustarse perfectamente a este fin, ya que aporta un marco «de sistema». Un relato «de sistema» resulta útil para evitar la «visión» tradicional asociada a una larga lista de programas.

Esta perspectiva sistémica ayuda a forjar coaliciones en torno a algunas dimensiones clave de las políticas. Enfatiza las mejoras para los pacientes en lugar de los cambios de estructuras. En términos de cambio, este enfoque en los pacientes es crucial, ya que en la mayoría de los países se advierte una creciente fatiga reorganizativa, y «jugar» simplemente con las estructuras no aportará una visión que movilice.

Uno de los principales beneficios de contar con esta visión es que dota a los directivos de un enfoque planificado para el cambio y ayuda a fraguar coaliciones para el cambio más amplias de lo habitual.

f) *Liderazgo de sistema*

La implantación a cierta escala de la *Triple Meta* es un problema de sistema desde un punto de vista estratégico. Debido a la naturaleza estratégica y a la escala del cambio requerido, se consideró necesaria una respuesta de sistema. La agenda transformadora es, por tanto, compleja y exige

una combinación correcta de estrategias. Esto tiene enormes repercusiones para el liderazgo de una organización.

Desde una perspectiva de políticas, será esencial contar con un enfoque equilibrado de medidas desde arriba (*top down*) y desde abajo (*bottom up*) en su implantación. Tal enfoque equilibrado no se materializará espontáneamente, por lo que es necesaria alguna forma de plan organizado. Tener un «plan» no es sinónimo de microgestionar la implantación de la *Triple Meta*; más bien, implica crear las condiciones adecuadas desde el nivel más alto para que otros niveles la implanten con éxito.

Además, un enfoque planificado para un proceso de transformación requiere cierto «liderazgo de sistema». Una mejor combinación de estrategias de cambio *push* y *pull* implica una transformación de liderazgo en todos los niveles pero sobre todo en el nivel sénior. A este nivel, la transformación del modelo sanitario se antoja susceptible de conseguirse más fácilmente por medio de un líder «vertebrador», entendiendo por tal una persona que coordine y canalice las energías de la organización.

Esto supone no imponer políticas al sistema, sino desarrollar una visión y crear las condiciones para la mejora local como mecanismo clave para asegurar la implementación. En consecuencia, estos países compartieron un enfoque de liderazgo colectivo o «distribuido», poniendo especial énfasis en crear las condiciones para que las organizaciones locales pudieran innovar y avanzar.

La asignación de responsabilidades y la rendición de cuentas a nivel local respecto a la provisión

del servicio, y el desarrollo de la capacidad para ello, resultan clave para avanzar hacia la *Triple Meta*. Esto empieza a ser perceptible en varios países y regiones, por lo que puede considerarse que los responsables del sector están creando las condiciones para la innovación local en la vida real.

En coherencia con lo anterior, está surgiendo un número creciente de «organizaciones locales», las cuales reciben nombres diferentes en los distintos contextos nacionales (*care groups, accountable care organizations, microsystems, locality delivery partnerships, managed clinical networks, integrated care pioneers*) y muestran diversidad en cuanto a su morfología, si bien todas comparten una misma filosofía: proveer unos cuidados más integrados y razonar en términos de salud con visión poblacional, a un coste equilibrado.

Las prácticas de liderazgo para sustentar esta tendencia divergirán notablemente de los enfoques más centralizados aplicados en el pasado.

g) *Multiplicidad de palancas alineadas*

Dada la existencia de múltiples factores que influyen en el coste y la calidad de los cuidados, una estrategia efectiva para su mejora probablemente requiere combinar de forma simultánea varias intervenciones. La mayoría de los países utilizan una multitud de poleas y palancas de gestión en busca de un efecto multiplicador para la transformación del sistema. El sumatorio de intervenciones encaminadas a paliar la fragmentación de los cuidados, las deficiencias en la gestión y la prevención de las enfermedades crónicas, la falta de participación

de los pacientes y la comunidad, la necesidad de gestión de la población y el tránsito a un pago por valor —en lugar de por actividad— requieren una agenda transformadora compleja y unas prácticas de liderazgo más sofisticadas.

Qué palancas utilizar dependerá de la situación y del país de que se trate, si bien parece esencial seguir el principio de una intervención multidimensional. Además, al trabajar con muchos tipos de intervenciones simultáneamente, es crucial mantener todas las iniciativas alineadas hacia el mismo fin. Un enfoque multipalanca no alineado para la reforma del sistema lleva aparejado el riesgo de que los proyectos que integran la reforma se queden en una sucesión de iniciativas aisladas, fragmentadas y, en ocasiones, incoherentes. Por tanto, es necesario contar con mecanismos que aseguren la coherencia y la alineación de los distintos proyectos.

Estas alineaciones resultan esenciales ya que, con frecuencia, algunas organizaciones y sindicatos de proveedores pueden oponer resistencia al cambio y una manera efectiva de hacerlo es señalando incoherencias entre las intervenciones puestas en marcha.

h) *Una «cultura de alta participación» de los profesionales sanitarios*

Un principio fundamental explícito en las reformas, el cual va unido al mencionado enfoque de liderazgo «vertebrador», es su dependencia de los profesionales y gestores locales como agentes clave del cambio.

Todos los países coinciden en que la mayoría de los cambios re-

queridos implican un giro cultural en los actuales sistemas de salud, y que ello no puede lograrse sin la adhesión y participación de los profesionales sanitarios. Cuando los responsables y decisores crean un entorno positivo y propicio para que los profesionales hagan bien su trabajo, el resultado son unos mejores cuidados para los pacientes, con evidencia de un descenso de la mortalidad y mayores eficiencias. Esto significa que la variable predictiva clave para unos resultados positivos de salud y satisfacción de los pacientes es el nivel de participación y compromiso de los empleados. La evidencia indica que la participación de la plantilla está también relacionada con una mejora de los resultados financieros de una organización. Dadas estas señales positivas obtenidas al implementar mejoras con un enfoque participativo, el aprendizaje de las experiencias en otros países sobre cómo motivar y movilizar a la plantilla será una de las máximas prioridades en los años venideros.

Este enfoque de «cultura de alta participación» (1) requiere un entorno que permita al personal innovar sobre aspectos organizativos que mejoren la provisión de los cuidados (y no únicamente sobre cuestiones clínicas). Las órdenes y el control desde arriba no servirán para este fin, pues dejarán sin explotar la energía inherente en la organización. Por muchas razones, esto implica que los cambios requeridos por el concepto de la *Triple Meta* serán más fructíferos si se llevan a cabo en un marco que promueva la participación de los profesionales médicos y sanitarios.

En cuanto a la implementación, la alta dirección está aprendiendo a crear dichas culturas participativas, marcándose objetivos ambi-

ciosos y dejando que la innovación brote en los niveles inferiores.

Consolidar la *Triple Meta* es una empresa a medio plazo. Otra consecuencia interesante de embarcarse en un proceso de involucración de los profesionales sanitarios es que refuerza la continuidad futura de los proyectos más allá de los ciclos políticos. Los gobiernos entrantes continúan con los cambios iniciados por sus predecesores, entre otras razones porque los profesionales sanitarios, comprometidos con el proceso, así lo desean.

En la mayoría de los países, tras cada elección se produce una rotación de cargos políticos y, de forma consiguiente, de los directivos. Si todo el proceso de transformación del sector se ha gestionado desde arriba, la probabilidad de que esos proyectos se difuminen con la desaparición de sus patrocinadores políticos es muy elevada. Por el contrario, si muchos proyectos han surgido desde abajo y hay una «responsabilización» (*ownership*) de los mismos a nivel local por los profesionales sanitarios, su probabilidad de supervivencia tras la rotación política aumentará.

Normalmente, el cambio transformador pasa por una serie de fases complejas. Saltarse el estadio de «involucración» es tentador desde una óptica política y de acortamiento de plazos, pero los enfoques no participativos se revelarán probablemente inefectivos.

i) Resultados tempranos ayudan a mantener la tensión de la implementación

Todos los profesionales sénior consideraron que los resultados tempranos eran un enfoque de implementación clave, y destina-

ron recursos a promoverlos. Además, se consideró importante garantizar estos resultados tempranos a nivel local.

Un dato interesante es que exhibir resultados tempranos ha ayudado de forma complementaria a desarrollar una cultura de medición y de análisis en los servicios sanitarios en organizaciones donde la evidencia aún no era la herramienta fundamental de apoyo para la decisión. Esto resultará capital para aumentar la credibilidad de la *Triple Meta* como marco estratégico.

Como ya se ha indicado, la mayoría de los países están otorgando mayores competencias sobre planificación de la provisión y la implementación a algunas organizaciones locales o «microsistemas». A fin de conseguir resultados tempranos, se estimó conveniente permitir a dichas organizaciones locales retener una parte de las eficiencias generadas por ellas, por considerarse altamente improbable que las innovaciones locales importantes en la provisión sanitaria pudieran sostenerse en el tiempo si todas las eficiencias conseguidas revertían a una instancia presupuestaria central.

j) Conciliar la tiranía del corto plazo con una transformación a medio-largo plazo

Los directivos sénior de todos los países son muy conscientes de la tiranía asociada a lo urgente, y de la necesidad de organizarse para no quedar atrapados por las presiones inmediatas, dejando así tiempo para el cambio estratégico.

A la vista de los alentadores acontecimientos registrados en torno a la *Triple Meta* en muchos

<p>países y regiones, parece posible hoy gestionar los servicios sanitarios a la vez que se implementa una agenda transformadora del sistema, siempre que uno se dote de la organización para ello.</p> <p>Todos estos cambios están abordándose en un ciclo financiero extremadamente adverso. Además, la tiranía de lo urgente tiende a recrudecerse con la persistencia de la crisis.</p> <p>Esta agenda de medidas perentorias a corto plazo puede llegar a absorber la mayor proporción del tiempo de un profesional sénior, sobre todo si unimos a ello la relación con los medios de co-</p>	<p>municación y la necesaria interacción con las esferas políticas.</p> <p>En muchos casos, la perentoriedad de las decisiones políticas exige adoptar algunas medidas muy duras respecto a salarios del personal, precios y regulación de los fármacos, control del despilfarro, desinversión de intervenciones clínicas que no añaden valor desde un punto de vista médico, etcétera. Por importantes que sean estas decisiones a corto plazo, los directivos son conscientes de que las mismas no equivalen a la transformación del sistema sanitario, por lo que se hace necesario acometer de manera si-</p>	<p>multánea un complejo cambio de modelo.</p> <p>Otra conclusión interesante de todos los países con experiencias avanzadas en esta doble agenda del cambio (gestión del día a día y transformación de medio-largo plazo) es que la doble agenda es inevitable si se desea lograr un sistema sostenible y de elevada calidad.</p> <p>NOTAS</p> <p>(*) Este texto se inspira en un proyecto del DBS Health llevado a cabo para la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud.</p> <p>(1) «Leadership & Engagement for Improvement in the NHS. Together we can». Informe sobre Revisión del Liderazgo 2012 de The King's Fund.</p>
---	---	---