

El estado de bienestar y la nueva gestión de los servicios públicos en España y Latinoamérica: innovación en los servicios sociales y sanitarios tras el Covid-19

Esteban Mancebo Lozano*

“El estado del bienestar entraña la protección de la mayoría débil frente a la minoría fuerte y privilegiada”
Tony Judt

Resumen

El estado de bienestar es un concepto político que está relacionado íntimamente con una forma de gobierno concreta, centrada el bienestar de todos sus ciudadanos, pero también constituye la materialización de la participación activa, en términos sociales, del conjunto de los ciudadanos en el diseño global del sistema.

La nueva gestión en los modelos de los servicios públicos es de capital importancia para dibujar el nuevo marco de actuación sobre la protección y derechos reales de la ciudadanía. La crisis sanitaria, a pesar de su crudeza, puede constituir una oportunidad como punto de inflexión en la nueva delimitación del concepto de servicio público y de las relaciones ciudadano-administración.

* Doctor en Estrategia de Empresas por la Universidad de Castilla La Mancha, *cum laude*. Máster en Derecho y Administración Local por la Universidad de Almería y Universidad de Burgos, Master en Banca y Mercados Financieros por la Universidad de Cantabria. Licenciado en Derecho y Ciencias del Trabajo por la Universidad Carlos III de Madrid. Funcionario de Administración Local con habilitación de carácter nacional. Correo electrónico: mancebolozano.esteban@gmail.com

La innovación y las nuevas herramientas en la gestión de los servicios públicos deben constituir el motor del cambio para una mejor y mayor cobertura de calidad en los resultados de prestación en términos de necesidad, cohesión territorial, interrelación ciudadana y efectiva rendición de cuentas democráticas.

Este artículo analizará las nuevas formas y herramientas en la nueva gestión de los servicios públicos, contando con los distintos enfoques y perspectivas en los distintos países de Latinoamérica y poniendo el énfasis en los servicios sociales y sanitarios tras la crisis del Covid-19.

Palabras clave: gestión de servicios públicos, innovación pública, servicios sociales y sanitarios, España, Latinoamérica.

Abstract

The welfare state is a political concept that is closely related to a specific form of government, focused on the well-being of all its citizens, but also constitutes the materialization of active participation—in social terms—of all citizens in the global design of the system.

The new management in the models of public services is of capital importance to draw the new framework of action on the protection and real rights of citizens. The health crisis, despite its harshness, may constitute an opportunity as a turning point in the new delimitation of the concept of public service and citizen-administration relations.

Innovation and new tools in the management of public services must be the engine of change for a better and higher quality coverage in the results of provision, in terms of needs, territorial cohesion, citizen interaction and effective democratic accountability.

This monograph will analyze the new forms and tools in the new management of public services, relying on the different approaches and perspectives in the different Latin American countries, with an emphasis on social and health services after the Covid-19 crisis.

Keywords: public service management, public innovation, social and health services, Spain, Latin America.

Introducción a la problemática actual sobre la gestión de los servicios públicos de carácter social y sanitario

La crisis sanitaria ha producido una serie de consecuencias devastadoras con grandes pérdidas —humanas y económicas— y ha dibujado coyunturalmente una situación escalofriante, una crisis de carácter global, sistémica y multisectorial que ha irradiado una fuerte incertidumbre al conjunto de la sociedad. Según los datos del recuento independiente de la Universidad John Hopkins a comienzos de diciembre de 2021, a nivel global se alcanzó un aproximado de 264 millones de casos de contagio y más de 5,2 millones de personas fallecidas datos de un carácter cuantitativo asombroso, (Johns Hopkins University y Coronavirus Resource Center, sin fecha), pero no debemos olvidar que detrás de estos datos existen personas individuales, ciudadanos. Y bien merece una reflexión profunda el papel que deben desarrollar las administraciones públicas sobre el modo, la forma y el alcance en la gestión de sus servicios de públicos para con los ciudadanos como herramienta transformadora de la sociedad.

Se debe destacar la funcionalidad como cambio importante, que en términos de utilidad han producido y siguen produciendo los servicios públicos durante esta crisis sanitaria, una creación de valor público, la delimitación del estado del bienestar en un sentido expansivo. Esa percepción del aumento de la confianza por la ciudadanía ha permitido, por un lado, una respuesta conjunta y transversal a los problemas con diferentes acciones sobre políticas públicas y, por otro, un aumento en la innovación pública y en la colaboración público-privada.

Este cambio de la percepción de la ciudadanía sobre el uso, dimensión y modo de los servicios públicos como herramienta útil para conseguir un estado del bienestar eficiente y protector de los derechos nucleares e inalienables de la ciudadanía es una realidad. Se ha producido un cambio exponencial desde la crisis sanitaria, tanto en la demanda como en el cuestionamiento de la dimensión de estos servicios públicos. Pero ¿hasta dónde debe llegar el estado del bienestar?.

Por supuesto, dependiendo del grado de protección desarrollado o de las coberturas de protección conseguidas, las respuestas en uno u otro país de Latinoamérica son diferentes. Pero si están encaminadas a unas líneas generales, se puede dibujar una idea clara, se puede afirmar con rotundidad que existe una demanda conjunta por parte de la ciudadanía por apostar decididamente a mejorar y reforzar los sistemas de gestión de los servicios públicos, buscando un aumento en la protección que pueda despejar las incertidumbres surgidas por esta crisis sanitaria.

El presente artículo se ha basado en una metodología de carácter cualitativo, basada fundamentalmente en la búsqueda de fuentes bibliográficas y en el estudio del caso. La observación y el estudio del fenómeno relacional innovación-servicios públicos requiere no estar distante del fenómeno social; es necesaria una metodología apoyada en una generación analítica (Yin, 1989). La construcción de conclusiones del presente artículo se ha desarrollado a partir de las observaciones de la realidad objeto del estudio.

Creación de valor público, dimensionamiento y estructura de los servicios públicos sanitarios y de asistencia social, un enfoque multicultural por país tras la crisis surgida por el Covid-19

La creación de valor público está íntimamente relacionada con los cambios en una gestión activa en términos de innovación sobre los servicios. Esta innovación de procesos y de resultados sobre la gestión de los servicios públicos prestados a los ciudadanos consigue una mejora continua de la administración pública y hace estos servicios públicos más eficientes, eficaces, sostenibles y necesarios desde la equidad social y la calidad al ciudadano. Igualmente, de forma indirecta, a través de estos cambios y con las propias innovaciones sobre los servicios públicos, se puede conseguir que las distintas administraciones públicas establezcan o fortalezcan determinados vínculos con otros actores, como pueden ser las empresas privadas (Ramírez-Alujas, 2012).

Estos vínculos deben estar establecidos de forma correcta y respetar el interés general, donde el ciudadano sea el núcleo de la relación y se consiga una ventaja competitiva muy importante, como veremos más adelante. La colaboración directa con asociaciones público-privadas ha conseguido grandes resultados en materia sanitaria, no tanto en la prestación del servicio aunque sí ha sido muy útil para encontrar una respuesta ágil e innovadora en fórmulas de vacunas y también sobre la innovación, transformación y distribución de otros productos sanitarios.

Esta creación de valor público va aparejada de una demanda de intervención activa de los ciudadanos, deseando un servicio público más personalizado y adaptado a sus necesidades, pero también diseñando procesos de innovación reales en la gestión pública de estos servicios (Ramírez-Alujas, 2011). No existirá una innovación asentada sin una rendición de cuentas transparente, instantánea y real.

Si analizamos la gestión de los servicios públicos sanitarios, en el caso de España, debemos partir del peso y de la garantía que proporciona el sistema nacional de salud, que, sin duda, constituye la piedra angular de la protección en el estado de bienestar español.

Con la crisis provocada por el Covid-19, el sistema nacional de salud español fue sometido a una tensión sin precedentes, y no solo desde el punto de vista asistencial de prestación del servicio sanitario propiamente dicho, sino también desde el punto de vista de la carga administrativa: contrataciones de emergencia, tanto de suministros como de personal, compra pública centralizada, coordinación con la Unión Europea, búsqueda de nuevos protocolos de actuación y desarrollo de sistemas alternativos de continuidad para dar asistencia a las enfermedades comunes, fundamentalmente en asistencia primaria, también en el desarrollo de programas de cooperación y colaboración entre Comunidades Autónomas y Estado a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de España.

Con una visión general de asistencia y de servicio de la atención facultativa a pacientes, el sistema ha conseguido vencer el exceso de demanda derivada de la crisis sanitaria, sobre todo gracias a la profesionalidad y alta cualificación del personal sanitario, así como a la fuerte estructura en materia sanitaria desarrollada en la gestión de servicios públicos por las comunidades autónomas en sus respectivos territorios.

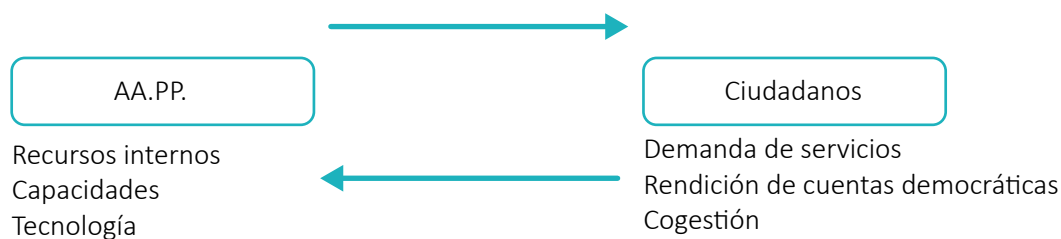
No obstante, han existido otras diferencias importantes, centradas en la dificultad de la coordinación entre los territorios. La transferencia sobre las competencias de gestión de servicios públicos, realizada con la conformación de los distintos servicios de salud autonómicos, ha producido un vacío en la estrategia unidireccional en las políticas nacionales de salud. Existe una falta de conectividad entre la estrategia general, central en los objetivos generales de la actuación pública, y las competencias de gestión de los servicios públicos.

La planificación estratégica de la política nacional de salud ha presentado notables debilidades, ya que esta transferencia en las políticas de gestión también han supuesto una merma de medios humanos en el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Conseguir un dimensionamiento adecuado de los servicios públicos sanitarios y de asistencia social tiene una vital importancia para el posterior diseño de las estructuras de servicio de las administraciones públicas, ya que el volumen de los servicios públicos no debería ser establecido únicamente de forma unidireccional, es decir, su establecimiento no debe partir únicamente desde la perspectiva

interna de la administración, sino que las relaciones entre administración y ciudadano deben ser recíprocas y confluentes, establecer una escucha activa de la demanda y potenciar los recursos internos, desde un puesto de vista de construcción bidireccional entre el ciudadano y la administración pública (Contreras y Montecinos, 2019).

El ciudadano debe ser el centro de la actuación administrativa, y se debe establecer un sistema de análisis, tanto de los factores exógenos como endógenos que rodean el servicio, un análisis fundamentado en ratios de viabilidad y calidad sobre la cobertura y la prestación del propio servicio, con un riguroso estudio de la oferta y la demanda en el mercado de servicios.

Figura 1
El nuevo papel del ciudadano en el servicio público



Nota: Elaboración propia a partir del modelo de Contreras y Montecinos, 2019.

Necesitamos un verdadero cambio en la actuación sobre la prestación de los servicios públicos que dibuje una nueva tendencia, que permita comprender la actuación administrativa como una extensión de servicios públicos íntimamente conectados con las necesidades ciudadanas, consiguiendo unos mejores resultados en eficiencia, eficacia, calidad de la prestación pública y maximización de la cobertura adecuada, en definitiva, crear valor público encontrando sinergias, a través de nuestros medios y capacidades (Criado et al., 2016).

El dimensionamiento de los servicios se constituye como la primera pieza del análisis fundamental en términos de estructura, recursos y capacidades de los sistemas sanitarios y sociales. Podríamos decir que el dimensionamiento de los servicios necesita de un preanálisis, cuyo objetivo es establecer una fotografía nítida de nuestro servicio —es decir, saber desde dónde partimos y si este dimensionamiento actual es correcto—, a partir de una doble premisa, si se ajusta a nuestros recursos internos y capacidades, pero también si se ajusta a la demanda externa que soporta y que se le exige.

Debemos conseguir una radiografía clara que permita establecer políticas públicas de continuidad sobre la prestación, la forma y el modo de dichos servicios, y estudiar tanto la oferta como la demanda. Así lograremos una mejora continua del sistema, una adaptación entre las administraciones públicas y los ciudadanos.

Cuando relacionamos la economía social y de la salud con la administración pública, debemos destacar sus peculiaridades, pues constituyen reglas distintas en los comportamientos de mercados sobre los bienes y servicios recibidos por los ciudadanos.

Los bienes de salud y acción social tienen unas características especiales, y para trabajar en un dimensionamiento adecuado, no se deben utilizar las herramientas tradicionales de la teoría económica. Los bienes sociales y de salud producen una serie de demandas derivadas: la necesidad de medicamentos, los diagnósticos, la cobertura de ingresos hospitalarios debidos, los bienes de consumo de parafarmacia para la mejora de la calidad de vida, productos medicinales que no son medicamentos.

Todas estas necesidades derivadas del bien principal no solo son demandadas unidireccionalmente por el ciudadano, sino que es el propio sistema, a través de la profesionalización de sus estructuras y de su personal, el que indica cómo y lo que se debe demandar. Esta regla constituye un comportamiento específico y determinante sobre los servicios de la salud. Esto hace que en países donde exista una mayor profesionalización del sistema sanitario-social sus necesidades serán distintas. Con una mejor conformación del sistema conseguiremos un mayor desarrollo, mejores tratamientos, ahorros en los costes de salud. También serán considerables los ahorros generados por las propias economías de escala, así como los generados por la prevención conseguida con la asistencia primaria y con las políticas activas de salud. En definitiva, una evolución continua aplicada al servicio prestado permite alcanzar una mejor adecuación de los medios, tanto personales como materiales con un refuerzo de las estructuras socio-sanitarias.

Un elemento fundamental desde el punto de vista de la oferta es conocer el grado de participación pública en el conjunto del sistema socio-sanitario. Se ha demostrado desde el punto de vista teórico y práctico que el Estado debe participar activamente en el sector sanitario, bien desde únicamente una política pública de regulación, o bien mediante una combinación de políticas regulatorias y prestacionales del servicio. La prestación de un servicio público socio-sanitario debe ofrecer alternativas cuando el mercado no está lo suficientemente desarrollado, lo que

disminuye la información imperfecta y termina con las carencias del mercado (Temporelli, 2009).

Existen distintas formas de desarrollo de políticas públicas en los sistemas sociales y sanitarios. El objetivo es crear valor público y lograr la máxima equidad y eficiencia dadas las particularidades de cada sociedad (condiciones básicas de oferta y demanda).

Tabla 1
Características de los modelos de participación público-privados

Modelo	Financiación pública	Regulación	Prestación de servicios
Público	Impuestos	Sí	Estado
Privado	No	Sí	Entidades privadas
Mixto	Cuotas sociales / Impuestos	Sí	Sistema gestión conjuntos

Nota: Adaptación de *Informe sobre la salud en el mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal*, por OMS, 2013 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85763/9789240691223 spa.pdf;jsessionid=D3CD3300E853F31CE259352FD221B179?sequence=1>).

Se necesita un análisis previo de carácter estructural de los servicios públicos sanitarios y de asistencia social de los distintos países latinoamericanos para conocer los cambios de gestión en los servicios públicos sanitarios. Dibujar un punto de partida es crucial para comprender la realidad de las distintas estructuras administrativas con el afán de conseguir una mejora real de los servicios estudiados.

Evidentemente, no todos los sistemas sanitarios y sociales latinoamericanos se han comportado de la misma forma durante la crisis sanitaria del Covid-19. Las coberturas de protección, las estructuras organizativas, el mayor o menor grado de implantación en la actuación de los servicios públicos y la percepción de necesidad, así como el grado de calidad ciudadana sobre estos sistemas son distintas. Esto hace que, al no existir una homogeneidad en la propia naturaleza de los sistemas, no se permita un análisis lineal entre los países. No obstante, existen nexos comunes que se han ido produciendo en la estructura de los distintos países, como resultado de la conformación de los sistemas a raíz del inicio de sus reformas en la década de los ochenta.

Como mencionábamos anteriormente, es difícil establecer un análisis homogéneo para los sistemas sanitarios y sociales en Latinoamérica; no obstante, podemos considerar que la falta de aplicación de políticas públicas en términos de gestión y de continuidad por la mejora de los servicios es un denominador común.

Además, esta gran falta de continuidad administrativa produce una debilidad de carácter sistémico sobre las estructuras prestadoras de servicios. Una de las primeras acciones sería poner en marcha una política pública de continuidad del servicio socio-sanitario como derecho duradero y dotado de contenido. El llamado *actio publicatio* es la acción que garantiza la prestación con continuidad del desarrollo y la aplicabilidad de los sistemas sanitarios y sociales con contenido suficiente para la protección de la salud. Es una garantía bifronte del ciudadano para con la administración.

La gestión pública de salud debe materializarse como un sistema integral y continuo para la ciudadanía, un servicio público garantizado por los Estados. Ciertamente es que en muchos de los países latinoamericanos existe un gran espacio relativo a la prestación del servicio ocupado por la iniciativa privada, que podría haber dado una solución integral en términos de prestación. Pero al no existir una dirección estratégica global por parte de la administración pública en términos de regulación, planificación y control sanitario, se ha producido una falta de normativa materializada en muchos casos como una inadecuada gerencia de la salud y de los asuntos sociales.

Tabla 2
Factores de la debilidad de la gestión sanitaria

Continuidad en las políticas públicas de salud
Desigualdad social y costes de acceso a la oferta prestacional
Falta de regulación de la oferta
Estrategias inconexas sobre planificación y control sanitario
Infrafinanciación y escasez recursos (materiales y humanos)

Nota: De Gestión pública y gestión privada de servicios sanitarios públicos: más allá del ruido y la furia, una comparación internacional (Documento de trabajo 4/2013), por el Sánchez et al., 2013 (http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano_es/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/demografia+y+poblacion/dt4-2013-sanchez-abellan-oliva-servicios-sanitarios-publicos).

No obstante, se están produciendo cambios muy acelerados para combatir los factores que producen debilidad en la gestión del sistema socio-sanitario. Si comparamos la cobertura de prestación y de actualización de las estructuras de los servicios de los sistemas sanitarios y sociales latinoamericanos, observamos un cambio de modelo muy sustancial. Prueba de este cambio es la descentralización efectuada en los sistemas de prestación sanitarios y sociales de tipo jurídico-administrativo, cambios que comportan un aumento de la transparencia y de una mejor y más eficiente distribución del poder en la toma de decisiones, que está produciendo una delimitación nueva del concepto de gestión pública del servicio sanitario. Esto constituye un

verdadero avance de la gestión de salud: supone el embrión del cambio integral del sistema. Estas políticas descentralizadoras evidencian el cambio de mentalidad respecto al enfoque integral del servicio, con una idea nuclear muy simple: la sanidad es un derecho de los ciudadanos que se debe atender integralmente en el lugar donde se encuentren las necesidades.

Esta corriente de descentralización de los sistemas sanitarios y sociales en los países latinoamericanos viene influenciada por un avance en la rendición de cuentas democráticas y por la participación de los ciudadanos. Es un nuevo paradigma en la concepción del servicio y de la organización más adecuado entre los sectores sociales, públicos y privados.

Las estrategias de gestión de los sistemas sanitarios deben pivotar sobre cambios que estén sostenidos por criterios técnicos y de eficiencia, ya que las políticas de descentralización solo serán eficientes y eficaces si se da una respuesta adecuada a la demanda ciudadana, si es capaz de mejorar la cobertura de la prestación reduciendo los desequilibrios regionales.

La actual estructura del sector sanitario en los países latinoamericanos tiene una notable dualidad público-privada, tanto en términos de prestación como de financiación del sistema. Este diseño estructural puede ser un *handicap* si esta conformación de relaciones no está debidamente equilibrada. Puede producir importantes barreras en el acceso y en la calidad de prestaciones recibidas por la ciudadanía, ocasionando problemas de eficiencia y de gestión de los recursos. Estos problemas e ineficiencias de recursos se pueden producir de forma global en toda la estructura del sistema, es decir, afectar tanto a las estructuras públicas como también a las privadas, sobre recursos financieros, humanos o materiales.

Uno de los ejemplos sobre este tipo de ineficiencias de recursos lo protagonizó el caso del sistema sanitario chileno, donde se han iniciado políticas públicas transformadoras para reequilibrar el peso público-privado vigente, con una reestructuración en los esquemas de financiación y en la provisión de servicios de salud de carácter público.

Como contraposición, un ejemplo en garantía y cobertura de prestación de servicios en la región lo constituye el caso del sistema sanitario costarricense que ha sido capaz de conseguir una efectiva cobertura universal en salud y con una importante calidad en el fondo de la prestación para el conjunto de la ciudadanía, una creación de valor público real mediante un sistema de salud con una mejora continua de la eficiencia y eficacia.

En líneas generales, la gestión en los sistemas sanitarios y sociales latinoamericanos evidencian una transformación y un importante cambio de tendencia, conectada con las demandas ciudadanas. Pero estos cambios no se podrán materializar a corto plazo si no conseguimos estrategias continuadas con recursos constantes, voluntad política y tiempo para ser asimiladas y consolidadas en beneficio de la salud de la población.

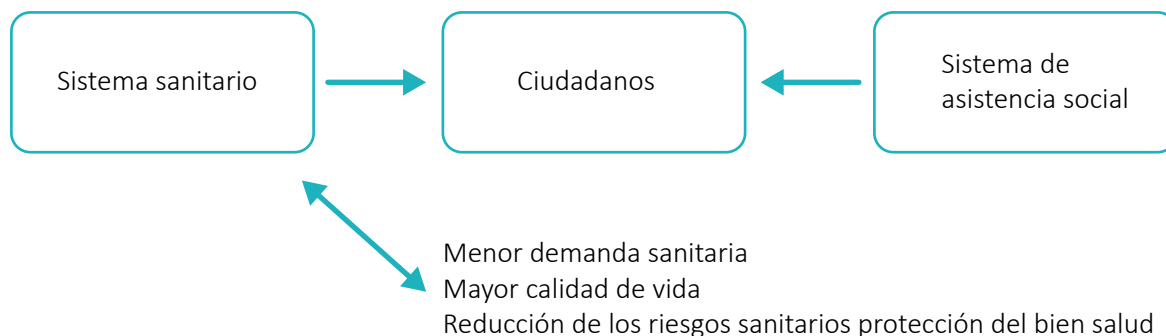
Centrándonos en el análisis estructural del sistema sanitario, es indudable que la crisis sanitaria derivada por el Covid-19 tensionó fuertemente los sistemas, y dejó a la luz sus debilidades potenciando también sus fortalezas. Pero como reflexión inicial previa al análisis debemos preguntarnos lo siguiente: ¿Puede la crisis sanitaria derivada por el Covid-19 ser una oportunidad de cambio en la estructura y posterior gestión de los servicios socio-sanitarios?

Muchos de los sistemas de salud de países latinoamericanos y del entorno se han visto fuertemente tensionados y superados en algunas ocasiones debido a la gran cantidad de ingresos que demandaba la ciudadanía. Ciertamente es que los países latinoamericanos han tenido altas tasas de contagio y, lamentablemente, también de mortalidad. Analizando los sistemas de protección social debemos establecer una conclusión de carácter preliminar, ya que estas altas tasas han sido producidas en parte por un sistema económico que impide guardar las medidas adecuadas a una parte de la población. Si no existe un sistema social fuerte, las personas deben seguir trabajando para sobrevivir, sin poder recurrir a la desaceleración de los sectores más expuestos o de imponer medidas reales de confinamiento, lo que aumenta la tasa de contagio y sobrecarga al sistema sanitario.

Por este motivo, no puede estudiarse el sistema sanitario sin hacer referencia a los sistemas de protección social, ya que estos sistemas están interconectados. Si ambos sistemas se complementan se pueden reducir los riesgos. Esto implica una notable reducción de la demanda de la asistencia sanitaria requerida por la población.

Si partimos de los datos CEPALSTAT de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), observamos que la pobreza media y la pobreza extrema alcanzaron el año pasado niveles muy altos. No se habían superado; dichos porcentajes son los más altos de la última década.

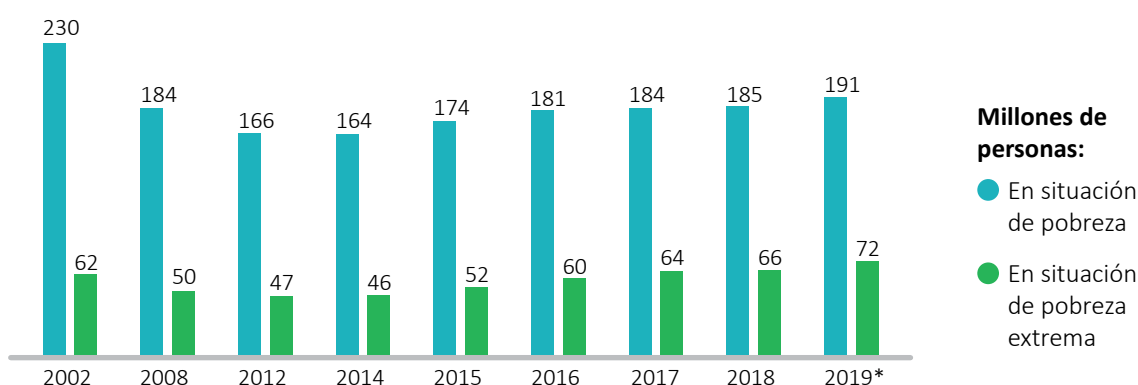
Figura 2
Relación entre los sistemas de protección social y sanitaria



Nota: Elaboración propia.

Esta importante brecha de desigualdad es un factor tensor de los sistemas socio-sanitarios. Se ha producido en gran medida por la crisis sanitaria del Covid-19, y es que no debemos olvidar que todo el sistema económico productivo está conectado. Como indicamos, ante la falta de recursos económicos, muchos ciudadanos tuvieron que salir a trabajar sin importar las cuarentenas o restricciones de movilidad para luchar contra la pandemia. Esta necesidad ciudadana, sin ningún tipo de cobertura social ha sido uno de los grandes problemas en la contención de la pandemia, unido a que en Latinoamérica existe un porcentaje de la población que no tiene seguro médico, ni público ni privado; es un segmento de la población que esta fuera de la atención de la estructura sanitaria, sin cobertura de prestación.

Figura 3
Situación de la pobreza en Latinoamérica periodo 2002-2019



*Los valores corresponden a proyecciones

Nota: Adaptación de Panorama Social de América Latina (LC/PUB.2019/22-P/Rev.1) (p.18), por CEPAL (<http://hdl.handle.net/11362/44969>).

Sobre la inversión en recursos materiales sanitarios, según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), documentos de trabajo de salud y protección de 2020, vemos que en líneas generales los países del entorno latinoamericano no han alcanzado la cifra del 7 % del PIB en dichas inversiones —porcentaje que actúa como un límite de la adecuada financiación de las estructuras sanitarias—, sino una media de 3,2 % del PIB. Los países deben conseguir políticas públicas de financiación suficientes de estructuras sanitarias, independientemente del color de los gobiernos, que provean continuamente de recursos en los porcentajes de inversión en salud antes indicados.

Por otro lado, es importante resaltar el estudio llamado “*Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*”, realizado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE y The World Bank, 2020), donde se manifiesta la preocupación de las consecuencias sanitarias y sociales, acentuadas por la importante desigualdad, la falta de sistemas sociales de protección en el empleo y la falta de políticas públicas de ayudas directas a determinados sectores muy expuestos a la incidencia de la pandemia.

No hay que olvidar que existen dos realidades muy distintas en los países latinoamericanos. La primera relativa a la diferencia de rentas y a la brecha social, y la segunda en términos de cohesión territorial entre el mundo urbano y el rural. Según los datos de la propia OCDE, más del 80% de la población vive en zonas urbanas y el 21% de la población urbana vive en barrios de carácter informal, sin cumplir condiciones óptimas de habitabilidad y donde los servicios básicos no están disponibles. Esta combinación entre desigualdad y falta de protección aumenta los riesgos de contagio en los ciudadanos más vulnerables.

En este análisis estructural del sistema socio-sanitario no es solo importante conocer los recursos globales destinados a la gestión de la salud, sino que es más importante saber cómo se está gastando. En otros términos, ser capaces de diseñar políticas públicas de calidad y estratégicas respecto a una nueva conformación de los sistemas sociales y sanitarios permitirá mejorar la eficiencia del gasto. Si se consigue un cambio en la financiación de la estructura del conjunto del sistema socio-sanitario, que favorezca el gasto público en lugar del privado, se puede ayudar a aumentar la equidad y la eficiencia del gasto en salud.

Tener políticas públicas de coordinación a nivel estratégico que mejoren la eficiencia en la inversión de los recursos públicos y reduzcan las posibles duplicidades de carácter burocrático-

competencial en los sistemas debe ser una prioridad en la agenda de todos los países (Vermeersch y Mohpal, 2017). Cuando hablamos de ineficiencias de los servicios socio-sanitarios, las podríamos englobar en dos grandes grupos: las ineficiencias derivadas de servicios y procesos inadecuados o cuya inversión no produce beneficios en términos de gestión para la ciudadanía, y las ineficiencias de los gastos que se podrían evitar al sustituir por alternativas más económicas o con una mejora en innovación sobre procesos.

Una de las palancas fundamentales son las políticas sobre la gestión de recursos económicos. Debemos ser capaces de movilizar los suficientes recursos e invertirlos de forma continuada con el mayor valor posible para mejorar la salud de la población y garantizando la sostenibilidad y la resiliencia.

Se estima que las ineficiencias en los recursos económicos con sistemas de prestación de servicios sanitarios privados o combinados son cualitativamente muy importantes. Si analizamos las ineficiencias de recursos del sistema sanitario de EE.UU., observamos según datos de la OCDE, que se desperdicia alrededor del 30% de los recursos disponibles, fundamentalmente derivado de las malas prácticas en la definición de diagnósticos y salud preventiva en el sistema sanitario (OCDE, 2017).

La mayoría de los sistemas socio-sanitarios de los países latinoamericanos están organizados en subsistemas de protección en cuanto a la aplicación de su cobertura. Estos subsistemas engloban colectivos o rangos ciudadanos específicos con la finalidad de segmentar a la ciudadanía para prestar en servicio sanitario (p. ej. administrados por el Ministerio de Salud y financiados por impuestos generales); un sector de seguridad social (p. ej. aseguradores públicos y/o privados financiados a través de contribuciones sociales y, en algunos casos, por impuestos generales); y un sector privado (p. ej. financiado directamente por los usuarios, prepago o en efectivo) (OECD y The World Bank, 2020).

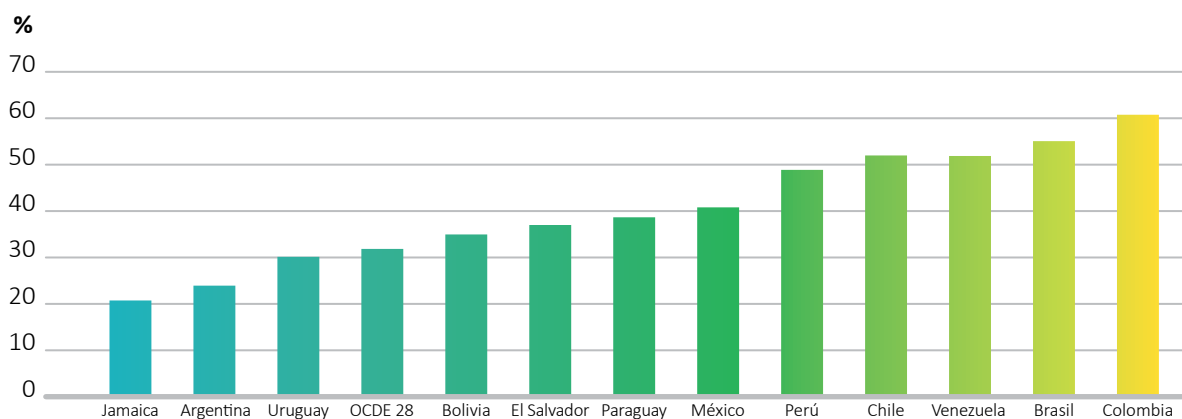
Dada la falta de cobertura universal sanitaria de la deficiente asistencia social, se ha producido una importante segregación de los grupos de población de acuerdo con el empleo y el estado socioeconómico, lo que deja a los segmentos más pobres sin cobertura efectiva en muchos países y establece unas barreras del bien salud muy notables, que sin lugar a dudas aumenta la brecha social para el conjunto de la ciudadanía (Arundel et al., 2019).

Los problemas de información asimétrica en los mercados de contratación sanitaria, como los problemas de información interna organizacional, son puntos de mejora esencial y estratégica. Se necesitan datos de buena calidad sobre productos, resultados, procesos y mecanismos de retroalimentación. Paralelamente a los datos necesarios para intervenciones específicas de eficiencia, los países deberían invertir en infraestructura de salud y sistemas de tecnologías de información que orienten sobre políticas y procesos clínicos de una manera ágil y útil (OCDE, 2020).

Otro elemento clave en la agenda de los países en relación a su sistema socio-sanitario es la puesta en marcha de políticas públicas activas contra la desconfianza ciudadana y realicen una función de *compliance* público integral para la lucha contra las malas prácticas y la corrupción. Aumentar y reforzar la transparencia en los servicios públicos, la rendición de cuentas ciudadana, una coparticipación y estrategias claras de comunicación y transmisión de la información deben ser prioridades en la gestión pública.

Si queremos convencer a los ciudadanos de la necesidad de financiación del sistema sanitario público es necesario que vean dónde se invierte, y cómo esa inversión se hace de la forma más eficiente posible. Todo esto implica aumentar la transparencia y la rendición de cuentas.

Figura 4
Porcentaje de la población que considera que el sector de la salud es corrupto o muy corrupto



Nota: De *Global Corruption Barometer 2013*, por Transparency International, 2013, (https://images.transparencycdn.org/images/2013_GlobalCorruptionBarometer_EN_200525_112757.pdf).

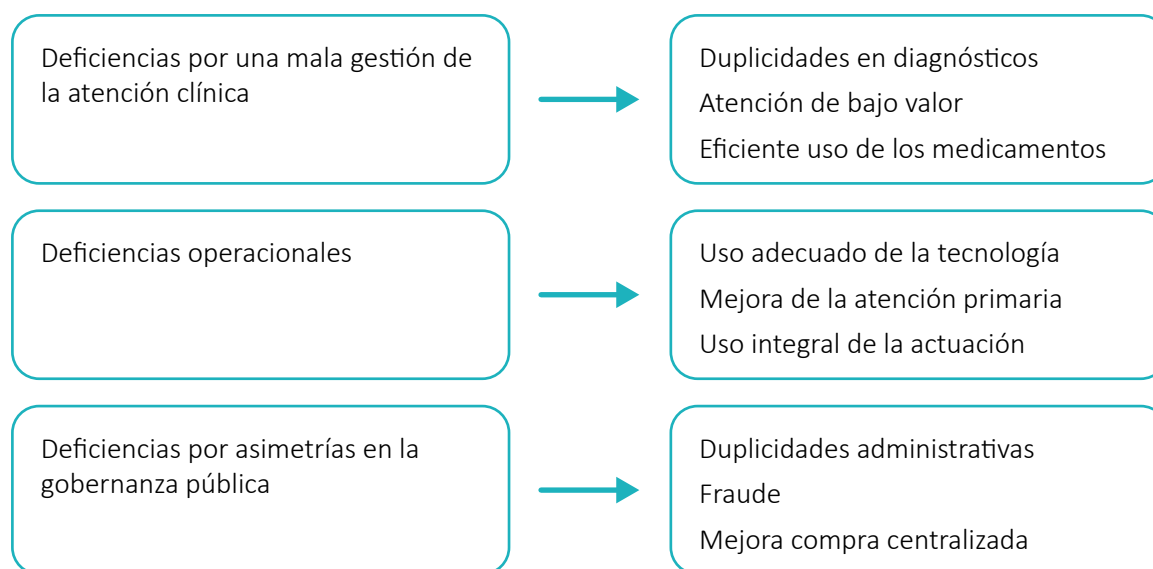
Conseguir una calidad adecuada en términos de prestación de servicios sociales y sanitarios implica un aumento progresivo y continuado de financiación por parte de los Estados, sin olvidar

analizar nuestra identidad como servicio, nuestra estructura y los procesos internos que pueden ocasionar deficiencias en gastos sanitarios. No solo es importante conseguir recursos suficientes y continuados, sino también identificar los riesgos y las malas prácticas en gastos para así invertir los recursos que tenemos mejor y con mayor impacto.

Conseguir una sostenibilidad en las estructuras de prestación de servicios nutrida de los recursos necesarios y con una visión a largo plazo es un elemento fundamental para conseguir una estructura resiliente con un alto grado de adaptación al cambio, en sintonía con las necesidades del ciudadano.

Figura 5

Un enfoque pragmático para identificar y clasificar las deficiencias sobre los gastos en la estructura socio-sanitaria



Nota: Adaptación De Tackling Wasteful Spending on Health 2017, por OECD, 2017 (<https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>).

Hay que estudiar e identificar las posibles deficiencias relativas al gasto en los sistemas socio-sanitarios para poder establecer una estrategia seria en el rediseño eficiente de la estructura. Así, podemos agrupar estas deficiencias en diferentes grupos.

En el primero de los grupos estarían las deficiencias relativas a los gastos derivados de una errónea atención clínica, lo que reduciría los procedimientos que aportan poco o ningún valor al sistema y al paciente con un uso racionalizado de los medicamentos, a través de las llamadas

recetas electrónicas, y mejorando los procedimientos de diagnósticos. Esto también necesita de sistemas interrelacionales entre departamentos clínicos.

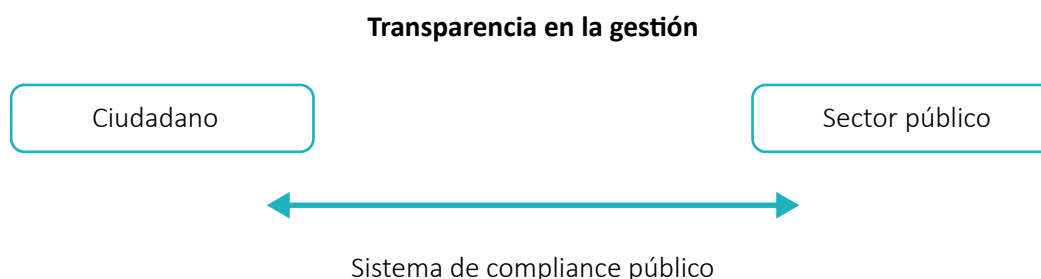
En el segundo de los grupos estarían las deficiencias de carácter operacional, relacionadas con la potencialización de la atención primaria y el uso adecuado de la tecnología.

En el tercer grupo debemos tener en cuenta las deficiencias de los gastos en las asimetrías de la gobernanza pública, derivadas de duplicidades administrativas o del fraude producido en un mal funcionamiento del sistema.

Como idea principal, se resalta que debemos conocer e identificar las deficiencias en los gastos. Cuando dimensionemos y analicemos nuestra estructura de servicio, conociendo las debilidades de nuestra administración socio-sanitaria, podremos diseñar estrategias y plantear los cambios necesarios pensando en el ciudadano y en mejorar el servicio brindado por las administraciones públicas.

No debemos olvidar que el ciudadano es el receptor del servicio y todos los cambios estructurales deben producirse en torno a su relación con el funcionamiento de la administración. El ciudadano dibuja las líneas de las nuevas necesidades que deben ser escuchadas en una mejora continua del sistema socio-sanitario (Chesbrough, 2011).

Figura 6
La transparencia en la prestación del servicio público



Nota: Elaboración propia.

Estrategias, herramientas y posibles soluciones en la nueva gestión de los servicios públicos sanitarios y de asistencia social: el ciudadano como centro del valor público

Una vez realizado un análisis estructural sobre el servicio público socio-sanitario, conociendo nuestros recursos, estructuras y necesidades, debemos pensar el cambio de estrategia. Ya que sabemos desde dónde partimos, debemos realizarnos la pregunta: ¿Dónde debemos ir y hasta dónde debe llegar?

En mi opinión, debemos partir de una elaboración estratégica y poner en marcha políticas públicas sanitarias y sociales con una expectativa de continuidad amplia que supere el mandato político, para realizar cambios de carácter estructural que respondan verdaderamente a objetivos reales e independientes.

El diseño de las políticas públicas de carácter sanitario y social deben responder a una clara dirección de cogestión ciudadana, con una evaluación sólida de los problemas y de las debilidades plantadas en el diagnóstico anterior; esta es una etapa obligatoria antes del diseño de estrategia pública.

El diseño en los cambios en el sistema de gestión de servicios públicos debe tener un carácter de adaptabilidad al cambio amplio. El aspecto dinámico en la construcción de la política pública y del conjunto de la estrategia de cambio es clave. Se debe conseguir con mecanismos articulados que permitan operativamente una adaptación de los servicios y de su gestión ante las nuevas necesidades. La realidad de la crisis sanitaria por el Covid-19 nos ha demostrado la importancia de adaptación al entorno.

Debemos diseñar un camino para llegar al mejor destino, conociendo el punto de partida, donde el ciudadano sea el motor del cambio real en los servicios públicos.

Tabla 3

Estructura del cambio en el diseño de las políticas públicas con creación de valor

Metas	Delimitación adecuada del problema Objetivos razonables y conseguibles
Transversalidad	Análisis de la transversalidad de la política pública con mecanismos de actuación suficientes
Diseño	Evaluación correcta de la sostenibilidad de la misma Equipo multidisciplinar

Entorno	Ponderación de todos los actores implicados Evaluación de la tecnología y el medio
Valoración	Valoración con diversos objetivos Relación adecuada entre la política y el horizonte temporal Evaluación correcta de los recursos financieros con los objetivos perseguidos en la política pública
Métodos de evaluación y adaptación	Indicadores correctos que permitan su correcta evaluación Capacidad de adaptabilidad para los posibles cambios
Responsables	Definición adecuada de los receptores Delimitación del órgano responsable en la transformación

Nota: De *Making policy better: improving Whitehall's core business 2020*, por Hallsworth & Rutter, 2020 (<https://www.instituteforgovernment.org.uk/sites/default/files/publications/Making%20Policy%20Better.pdf>).

Conseguir una financiación continuada con unos horizontes de planificación a mediano plazo permiten la conformación de un verdadero servicio prestacional. La acción de servicio es percibida por el ciudadano como una garantía, y se consolida como derecho. Esto hace que las inversiones en Investigación, Desarrollo e innovación (I+D+i), la mejora en las estructuras y las capacidades sean percibidas como recursos contantes que solidifican ventajas competitivas (Bason, 2010).

Tabla 4

Recursos constantes para la búsqueda de ventajas competitivas en los servicios públicos

I + D + i	Como palanca de cambio en servicios y procesos
Mejora de las estructuras	Conformación del servicio, mejora del personal, aumento de recursos materiales, uso adecuado de la tecnología
Impulso sobre las capacidades	Evaluación correcta de la sostenibilidad Puesta en marcha con un equipo multidisciplinar

Nota: Elaboración propia.

Se deben construir diseños de políticas públicas viables, adaptadas a un dimensionamiento adecuado de los servicios y responder realmente a las necesidades derivadas de la demanda socio-sanitaria para mejorar la prestación continua del servicio en términos de calidad, efectividad y satisfacción obtenida por el ciudadano en su demanda. Con el fin de alcanzar una implantación óptima, debemos establecer una medición real de los resultados del servicio, medir cuantitativamente la calidad percibida por la ciudadanía, así como establecer un criterio en el coste/oportunidad de los bienes y servicios realizados por la administración pública en relación a sus recursos materiales, personales y financieros (Zurbriggen y Gonzalez, 2014).

No debemos olvidar que el cambio radical en la gestión de servicios públicos debe pasar por la incorporación de las herramientas necesarias de carácter ético con respeto al modo de prestación; es decir, la prestación no solo debe realizarse de una forma en la que la necesidad ciudadana encuentre una adecuada respuesta y quede cubierta, sino que además debe de realizarse conforme a los estándares éticos y normas procedimentales establecidas. En este sentido, es importante que los sistemas de *compliance* público sean una realidad. Para el diseño en la gestión de los servicios públicos, así como en su posterior control, la ciudadanía debe tener un protagonismo real en el control y en el modo de la gestión pública de los servicios prestados.

Otro elemento fundamental para consignar la realidad del cambio es conseguir una gestión del servicio público mediante una gestión activa por resultados. Se deben implantar herramientas operativas que permitan esta gestión activa por resultados, cumpliendo con los hitos establecidos en términos de prestación del servicio y de su cobertura. El rendimiento del sector público debe ser gestionado y medido en el nivel macro (nacional y supranacional), pero debe ser también gestionado y medido en el nivel micro (organizaciones concretas del sector público y su interrelación con los ciudadanos, empresas y otras instituciones prestadoras de servicios públicos), (Ministerio de Hacienda y Función Pública, 2016), ya que en ese nivel es realmente donde podemos ejercer las acciones operativas que permitan el cambio real (Escuela de Organización Industrial [EOI], 2011).

Otra herramienta importante en la transformación de los servicios públicos es la llamada dirección de la gestión del cambio. La transformación real del servicio no puede forzarse de forma unidireccional de arriba abajo; es necesario que este cambio sea entendido de forma conjunta por todos los órganos que hacen posible la prestación del servicio, involucrándolos y consiguiendo la adaptación en su actuación en favor de las nuevas necesidades ciudadanas (Brugué et al., 2014).

La operatividad para el cambio debe desarrollarse en tres fases diferenciadas. En primer lugar, debe contar con una definición clara de objetivos. Igualmente, se debe desarrollar una estrategia e ingeniería del cambio organizacional con una clara finalidad de mejora en la prestación del servicio público concreto. Por último, se debe fortalecer el proceso de cambio. No olvidemos que las personas y los profesionales son fundamentales en la prestación de los servicios sociales y sanitarios; por tanto, a través del cambio en personas podremos conseguir ventajas competitivas que pueden ser mantenidas a largo plazo.

Tabla 5

Fases para una dirección de gestión eficaz del cambio en la gestión de servicios públicos

1ª Fase	Definición de los objetivos para conseguir el cambio
2ª Fase	Desarrollo de una estrategia e ingeniería del cambio organizacional
3ª Fase	Fortalecimiento del proceso de cambio.

Nota: Elaboración propia.

Los ciudadanos demandan una reacción rápida para poner en marcha las herramientas que permitan ejecutar los cambios que deben hacer las administraciones públicas respecto a las nuevas necesidades de los servicios en términos de prestación y gestión, cambios que están derivados de la nueva realidad que ha dibujado la crisis del Covid-19.

Intentaremos ahora dibujar las posibles soluciones a implementar en la gestión de los servicios públicos, tanto para los servicios públicos de carácter social como también para los servicios públicos de carácter sanitario, relacionando las nuevas necesidades surgidas y demandadas por los ciudadanos a raíz de la crisis del Covid-19 con las posibles soluciones en la programación del cambio.

Respecto de los servicios públicos de carácter social, resulta importante destacar que la conformación de la estructura de prestación de las administraciones públicas responde a una estructura de prestación de carácter generalista, es decir, orientada hacia segmentos específicos de la población que demandaban su atención antes de la pandemia-. Con esta nueva realidad se debe reforzar la capacidad global de acción del conjunto de los servicios sociales, primero como dique de contención de las nuevas necesidades inmediatas producidas por la crisis sanitaria, pero también como un mecanismo regulador de los derechos y del desarrollo de las personas, como una garantía inherente al desarrollo de las necesidades básicas de la ciudadanía.

La programación de las políticas públicas sociales tras la crisis sanitaria debe ser inmediata. Una solución razonable debería ser poner en marcha mecanismos y herramientas de gestión de efecto directo, las acciones sociales, que serán mecanismos de respuesta rápida que deberían tener lugar en el órgano de prestación del servicio social más descentralizado posible, el órgano que esté relacionado de forma más directa con la ciudadanía en términos de prestación del servicio y de identificación de las nuevas necesidades planteadas. Conseguir reforzar con un

resultado rápido y eficaz, la proximidad domiciliaria, aumentar los dispositivos de atención a personas sin hogar son elementos fundamentales por resolver en el nuevo entorno marcado por la crisis sanitaria.

Otra línea de actuación general en cuanto a la gestión de los servicios sociales es conseguir que el área de prestación de estos sea la primera barrera para frenar la transmisión del virus. En este sentido, los planes de vacunación por grupos de edad han sido todo un éxito como herramienta para proteger a las personas mayores, los países deberán diseñar calendarios de vacunación por edades y colectivos, con prioridad para los de mayor edad, según vayan accediendo a las existencias de vacunas disponibles.

Debemos mencionar también la acción integral en la gestión y la garantía del derecho de alimentación. Los largos periodos de confinamiento, así como el aumento del desempleo, han puesto presión sobre esta necesidad básica de alimento. Un aumento de la desigualdad provoca una mayor pobreza. Es necesario que las administraciones públicas que tienen un mayor contacto directo con la ciudadanía pongan en marcha programas para la lucha contra este tipo de vulnerabilidad.

Otra actuación de carácter general en la mejora de la gestión de los servicios públicos sociales es el reforzamiento de las actuaciones en la atención a domicilio. El confinamiento domiciliario ha dificultado la atención a las personas dependientes que residen en sus domicilios. Es importante redireccionar las acciones públicas para afrontar las nuevas necesidades ciudadanas. Medidas de gestión como el refuerzo de los servicios de teleasistencia, aumentar el acceso extraordinario a servicios de atención domiciliaria (SAD) o poner en marcha acciones de reparto a domicilio de alimentación pueden ser algunas soluciones para afrontar los nuevos retos derivados de la crisis sanitaria.

No hay que olvidar, además, que todas estas actuaciones deben contar con una perspectiva de género amplia que permita una visión transversal en el diseño de las acciones públicas. Las mujeres víctimas de violencia de género son un colectivo vulnerable, y el confinamiento y los problemas derivados de la crisis sanitaria han empeorado su situación: dicha violencia de género se ha visto agravada por la situación de permanencia domiciliaria derivada por las restricciones de movilidad impuestas.

Centrándonos en las posibles soluciones para la mejora en la gestión de los servicios públicos de carácter sanitario, debemos manifestar que la crisis sanitaria producida por el Covid-19 ha supuesto un punto de inflexión en términos de necesidad de racionalización de recursos y de mejora de los procesos. Las mejoras por innovación en el ámbito de los servicios públicos, tanto en producto como en procesos, debe ser el camino a seguir en el diseño de estrategias y búsqueda de soluciones sostenibles a largo plazo que puedan dar una solución a las nuevas necesidades ciudadanas.

Las demandas ciudadanas y el establecimiento de la población en un determinado territorio es un elemento clave a tener en cuenta. El diseño demográfico de un territorio no tiene un carácter homogéneo, por lo tanto, en términos de estructura y por razones de eficiencia, necesitamos una conformación de servicio público sanitario descentralizado en el territorio. Además, esta descentralización es fundamental para alcanzar una buena gestión con autonomía y con un control de rendición de cuentas democrático elevado, así como para la coordinación de los servicios y una atención de calidad y con altos estándares en cobertura.

Una especialización diferenciada entre la administración pública de carácter general y una administración pública sanitaria es un elemento fundamental. Las peculiaridades en la materia sanitaria y la especialización requerida en términos de prestación de un servicio tan peculiar hacen necesaria una administración diferenciada, al menos con una personalidad jurídica distinta, que le permita una autonomía en su normativa, tanto de carácter interno como externo. La especialización que requiere el servicio sanitario necesita una administración diferenciada debido a sus exigencias.

En este sentido, debe profundizarse en la profesionalidad de los gestores sanitarios. Debemos de huir de nombramientos por carácter de confianza política e implantar un sistema más de tipo funcionarial-meritocrático. Los gestores sanitarios son el motor de la unidad sanitaria en el territorio y deben tender a ser seleccionados con publicidad y transparencia, en base a su capacidad y experiencia. Con buenos profesionales conseguiremos un área sanitaria autónoma, descentralizada y eficiente en términos de prestación del servicio.

Otra posible solución en la materialización del cambio de los servicios públicos sanitarios es el refuerzo de la estructura de la atención primaria. Con las unidades de atención primaria o medicina familiar dotadas y con posibilidad de atender a un amplio espectro de cobertura

conseguiremos dos objetivos fundamentales: el primero es tener un acceso universal del sistema de salud adecuado para el conjunto de la población y el segundo, una buena organización de la medicina generalista. Esta es una condición esencial para una mejor eficiencia, calidad y equidad en el conjunto del sistema sanitario, reforzando los servicios sanitarios que requieran una mayor especialización, ya que con un buen sistema de filtrado y atención de necesidades podremos identificar mejor las patologías que requieran una mayor atención y así controlar nuestros recursos, priorizándolos en estos ciudadanos.

Tabla 6
Posibles soluciones en la nueva gestión de los servicios públicos sanitarios y de asistencia social

Servicios de carácter social	Servicios de carácter sanitario
Especialización en la estructura del servicio, enfoque no generalista.	Especialización entre la administración pública general y la administración pública sanitaria.
Refuerzo de los servicios de teleasistencia y el servicio de atención domiciliaria	Aumento de la profesionalidad de los gestores sanitarios
Garantía del derecho de alimentación	Refuerzo de la atención primaria
Sistema de atención integral en violencia de género	Financiación continuada de los recursos
Descentralización en su prestación	Descentralización en su prestación

Nota: Elaboración propia.

Como conclusión principal, debemos manifestar que la mejora en la gestión de los servicios públicos sociales y sanitarios reside en la innovación pública de su gestión como proceso de cambio en los modelos de gestión a través de la creación de valor público (Mairal, 2019). Esta creación de valor público se divide en dos tipos, en primer lugar, los procesos de cambio en la gestión de prestación de servicios a la ciudadanía de forma directa y, en segundo lugar, los procesos de cambio internos en la conformación del servicio. Una creación de valor público siempre debe apoyarse en la innovación como motor de cambio para la optimización en gestión de los servicios públicos.

Los primeros se refieren a la creación de productos, transformación de servicios integrales, puesta en marcha de nuevos servicios públicos más complejos que resuelvan nuevas necesidades ciudadanas. Los segundos se refieren a los cambios en la innovación pública de carácter interno para con el servicio, es decir, conseguir una mejora de forma continuada, un mejor tratamiento y gestión de la información dentro de la organización y una mejora en la cultura y en la gestión del personal.

La innovación sobre creación de productos y transformación de servicios de forma directa y externa busca solucionar las nuevas necesidades demandadas por la ciudadanía adaptándonos a los nuevos entornos, optimizando tiempo y reduciendo recursos. En esta línea, se debe destacar la buena práctica llevada a cabo por el Servicio Gallego de Salud (SERGAS) y la creación del primer Living Lab, un centro integral de creación de valor público para poner en marcha soluciones innovadoras sobre nuevos materiales y metodología en la creación de implantes a medida con la impresión 3D para dar respuesta a las necesidades reales de pacientes mayores o pluripatológicos.

No obstante, la innovación pública de carácter interno no puede pasar desapercibida, ya que constituye una herramienta generadora de valor público muy importante para la transformación de los servicios públicos desde su interior. A modo de ejemplo, se debe destacar la Plataforma Sapiens desarrollada por el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), que constituye una importante innovación de carácter interno. Este *software* se basa en la inteligencia artificial Big Data, capaz de generar bases de datos fiables con gran información sobre el estado de salud de la ciudadanía para la posterior toma de decisiones estratégicas sobre la planificación de políticas sanitarias eficientes.

Los servicios públicos sociales y sanitarios son la pieza angular del estado de bienestar y deben tener una prioridad organizativa. Su cambio e innovación son el resultado de un proceso complejo donde la cultura de la administración, su dimensionamiento, el cambio de estructuras operativas, el rediseño de políticas públicas, la tecnología, las trayectorias de aprendizaje y la coparticipación ciudadana intervienen de forma decisiva.

Existe una complejidad elevada en las administraciones públicas prestadoras de servicios sociales y sanitarios, con barreras burocráticas, fiscales, financieras y organizativas. No obstante, a través de una gestión dinámica con un *management public value* equilibrado y eficiente debemos convertir los retos en oportunidades.

En definitiva, queremos poner al ciudadano en el centro del cambio; el ciudadano debe ser el protagonista de la transformación en la administración pública, y debemos convertir la crisis sanitaria y sus consecuencias en una oportunidad para mejorar la gestión de los servicios públicos, garantizando una protección más adecuada para construir una sociedad más igualitaria y cohesionada.

Referencias

- Arundel, A., Bloch, C. & Ferguson, B. (April, 2019). Advancing innovation in the public sector: Aligning innovation measurement with policy goals. *Research Policy*, 48(3), 789-798. <https://doi.org/10.1016/j.respol.2018.12.001>
- Bason, C. (2010). *Leading public sector innovation: Co-creating for a better society*. Policy Press.
- Brugué, Q., Blanco, I. y Boada, J. (2014). Entornos y motores para la innovación en las políticas públicas. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, (59), 5-34. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357533691001>
- Chesbrough, H. (2011). *Innovación de servicios abiertos*. Plataforma Editorial.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2019). *Panorama Social de América Latina* (LC/PUB.2019/22-P/Rev.1). <http://hdl.handle.net/11362/44969>
- Contreras, P. y Montecinos, E. (2019). Democracia y participación ciudadana. *Revista de Ciencias Sociales*, 25(2), 178-191.
- Criado, J.I., Rojas, F. y Silván, A. (8-11 de noviembre de 2016). *Hacia una Gobernanza Inteligente a través de los laboratorios de gobierno: estudio del caso novaGov.Lab*. XXI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile. [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/1339CF04D9A795BD052580D500728E4B/\\$FILE/criadogo.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/1339CF04D9A795BD052580D500728E4B/$FILE/criadogo.pdf)
- Escuela de Organización Industrial. (2011). *INprendedores, experiencias y reflexiones sobre el arte del intraemprendizaje dentro de las organizaciones*. Fundación Telefónica. <https://www.eoi.es/es/savia/publicaciones/19229/inprendedores-experiencias-y-reflexiones-sobre-el-arte-del-intraemprendizaje-dentro-de-las-organizaciones>
- Hallsworth, M. & Rutter, J.. (2020). *Making policy better: improving Whitehall's core business*. Institute for Government. <https://www.instituteforgovernment.org.uk/sites/default/files/publications/Making%20Policy%20Better.pdf>
- Johns Hopkins University & Coronavirus Resource Center. *COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE)*. Obtenido el 2 de diciembre de 2021 de <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- Mairal, P. (2020). *La innovación pública en las Administraciones locales*. [Tesis doctoral no publicada]. Universidad Complutense de Madrid.
- Ministerio de Hacienda y Función Pública. (2016). *Calidad de la administración pública: Una caja de herramientas para gestores. Versión resumida*. Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios.

<https://www.clubdeinnovacion.es/calidad-en-la-administracion-publica-una-caja-de-herramientas-para-gestores/>

- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Informe sobre la salud en el mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85763/9789240691223_spa.pdf;jsessionid=D3CD3300E853F31CE259352FD221B179?sequence=1
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos y The World Bank. (2020). *Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>
- Organización para la Economía, Cooperación y Desarrollo. (2017). *Tackling Wasteful Spending on Health*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>
- Ramírez-Alujas, A.V. (2012). Innovación en las organizaciones y servicios públicos: ¿el eslabón perdido? Bases para la transición hacia un modelo de innovación abierta y colaborativa. *Estado, Gobierno, Gestión Pública: Revista Chilena de Administración Pública*, (19), 5-50.
- Ramírez-Alujas, A.V. (2011). Gobierno abierto y modernización de la gestión pública. Tendencias actuales y el (inevitable) camino que viene: Reflexiones seminales. *Revista Enfoques: Ciencia Política y Administración Pública*, IX(15), 99-125
- Sánchez, F.I., Abellán, J.M. y Oliva J. (7 de marzo de 2013). *Gestión pública y gestión privada de servicios sanitarios públicos: más allá del ruido y la furia, una comparación internacional* (Documento de trabajo 4/2013). Real instituto Elcano. http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano_es/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/demografia+y+poblacion/dt4-2013-sanchez-abellan-oliva-servicios-sanitarios-publicos
- Temporelli, K. (2009). Oferta y demanda en el sector sanitario: un análisis desde la economía de la salud. *Estudios económicos*, 26(53). http://bibliotecadigital.uns.edu.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2525-12952009002200003&lng=es&nrm=iso
- Transparency International. (2013). *Global Corruption Barometer 2013*. https://images.transparencycdn.org/images/2013_GlobalCorruptionBarometer_EN_200525_112757.pdf
- Vermeersch, C. & Mohpal, A. (2017). *Latin America and the Caribbean: A Narrative for the Health Sector*. The World Bank.
- Yin, R.K. (1989). *Case Study Research: Design and Methods, Applied social research Methods*. Sage Publications.
- Zurbriggen, C. y González, M. (2014). Innovación y co-creación. Nuevos desafíos para las políticas públicas. *Revista de Gestión Pública*, 3(2), 329-361. <https://doi.org/10.22370/rgp.2014.3.2.2245>