

SIMPLICIDAD COMO ESTRATEGIA: PROPUESTAS PARA REORDENAR LA GESTIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Félix
Rubial Bernárdez

*Director Gerente
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*

SUMARIO

I. Introducción: por qué simplificar es ya una necesidad estructural en el Sistema Nacional de Salud. II. De la complejidad a la parálisis: anatomía jurídica y organizativa del problema. III. Marco jurídico de la simplificación administrativa en el sector público. IV. Gobernanza, confianza y cultura organizativa en los sistemas sanitarios. V. Decálogo para la simplificación del Sistema Nacional de Salud. 1. Eliminar lo que no aporta valor al paciente. 2. Revisión normativa y armonización jurídica. 3. Centralización estratégica y descentralización operativa. 4. Cultura de la confianza y liderazgo profesional. 5. Reducción de la complejidad organizativa. 6. Reformulación de circuitos asistenciales clave. 7. Digitalización con sentido clínico. 8. Innovación en la contratación pública. 9. Profesionalización de la gestión sanitaria. 10. Evaluación orientada al valor. VI. Propuestas normativas y de política pública para avanzar en el contexto español. 1. Evaluación normativa sanitaria periódica. 2. Reforma del sistema de contratación sanitaria. 3. Desarrollo de un estatuto directivo sanitario. 4. Impulso a la interoperabilidad legal y técnica. 5. Incorporación de métricas de experiencia de paciente y del profesional. VII. Perspectiva comparada: experiencias internacionales en simplificación sanitaria. VIII. Conclusiones. IX. Bibliografía.

RESUMEN

El Sistema Nacional de Salud (SNS) atraviesa una crisis estructural que compromete su sostenibilidad y capacidad de respuesta. Este artículo analiza la simplificación normativa y organizativa como estrategia para recuperar eficiencia, confianza institucional y orientación a resultados. A través de un decálogo operativo y referencias internacionales, se proponen líneas de acción concretas que abogan por una gestión sanitaria más simple, participativa y centrada en el valor.

PALABRAS CLAVE

Simplificación, sistema sanitario, burocracia, gobernanza, eficiencia.

ABSTRACT

The Spanish National Health System (SNS) is undergoing a structural crisis that threatens its sustainability and responsiveness. This article examines regulatory and organizational simplification as a strategy to enhance efficiency, institutional trust, and results-oriented healthcare. Through a ten-point action plan and international references it proposes a roadmap toward a simpler, participative, and value-driven health system.

KEYWORDS

Simplification, health system, bureaucracy, governance, efficiency.

I. INTRODUCCIÓN: POR QUÉ SIMPLIFICAR ES YA UNA NECESIDAD ESTRUCTURAL EN EL SNS

El Sistema Nacional de Salud atraviesa una fase crítica marcada por la convergencia de múltiples tensiones estructurales: longevidad y envejecimiento demográfico, cronificación de patologías, transformación tecnológica, restricciones económicas, déficit de profesionales sanitarios, fragmentación de su gobernanza, etc. Esta realidad se presenta como una tormenta perfecta que amenaza su sostenibilidad o al menos su eficiencia, si no somos capaces de profundizar en reformas estructurales con visión estratégica.

En este contexto, la simplificación no debe entenderse como una propuesta técnica de segundo orden, ni como una aspiración procedimental. Al contrario, debe contemplarse como una necesidad estructural que ayude a desbloquear capacidades operativas, reducir la carga burocrática, fortalecer la confianza institucional y reorientar el sistema hacia la creación de valor en salud. Simplificar no es desregular. Simplificar es gobernar con criterio y con inteligencia.

Las evidencias disponibles muestran que los sistemas sanitarios que han apostado por modelos organizativos más simples y transparentes han ganado en capacidad de respuesta, satisfacción del usuario y eficiencia. Informes recientes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) subrayan que la complejidad institucional y organizativa no garantiza ni mejores resultados ni mayor control, y que la “hiperregulación sin evaluación” puede ser contraproducente en contextos sanitarios exigentes, como el nuestro.

Este artículo parte de una visión sesgada de la realidad; orientada a lo práctico y a la función directiva del sistema sanitario, basada en la experiencia de planificación y gestión y el análisis de políticas públicas. Se propone una revisión crítica de las causas y consecuencias de la complejidad en el SNS, así como una propuesta de simplificación articulada en torno a diez grandes líneas de actuación.

II. DE LA COMPLEJIDAD A LA PARÁLISIS: ANATOMÍA JURÍDICA Y ORGANIZATIVA DEL PROBLEMA

El SNS ha evolucionado desde 1986 sobre un entramado normativo e institucional cada vez más denso y fragmentado. Si bien la descentralización

autonómica ha permitido adaptar políticas sanitarias a contextos territoriales diversos, también ha derivado en una arquitectura legal e institucional compleja que, en muchos casos, dificulta la cooperación interadministrativa, ralentiza los procesos decisionales y multiplica los costes de transacción para profesionales, gestores y pacientes.

La proliferación de normas sectoriales -estatales, autonómicas e incluso locales- sin mecanismos de depuración normativa ni revisión periódica ha generado superposiciones, ambigüedades y contradicciones. Por ejemplo, existen diferencias sustanciales entre comunidades autónomas en relación con los procedimientos de acceso a prestaciones, gestión de listas de espera o modelos de derivación entre niveles asistenciales. Esta falta de armonización dificulta tanto la interoperabilidad técnica como la coordinación clínica.

En el plano organizativo, la creación progresiva de entidades instrumentales, fundaciones, agencias, consorcios y otras figuras sin una evaluación clara de su valor añadido ha contribuido a la fragmentación del sistema. Según el Tribunal de Cuentas, muchas de estas estructuras adolecen de falta de transparencia, escasa rendición de cuentas y debilidad en la evaluación de resultados. Lejos de aportar flexibilidad, en algunos casos ha generado opacidad operativa y duplicidades funcionales.

Además, la cultura organizativa dominante en muchos servicios de salud sigue reproduciendo esquemas jerárquicos verticales que penalizan la iniciativa profesional, generan circuitos de autorización redundantes y dificultan la rendición de cuentas. Esta situación desmotiva a los profesionales, alarga los tiempos de respuesta y deteriora la experiencia del paciente.

En definitiva, la complejidad no responde únicamente a un problema normativo, sino a una concepción cultural del control administrativo que prioriza la forma sobre el fondo. Superarla exige no solo reformas legales, sino un cambio profundo en la forma de entender la gestión sanitaria pública.

III. MARCO JURÍDICO DE LA SIMPLIFICACIÓN ADMINISTRATIVA EN EL SECTOR PÚBLICO

El marco normativo español dispone de herramientas para impulsar la simplificación administrativa en el conjunto del sector público, si bien su

aplicación al ámbito sanitario ha sido parcial, desigual y, en muchos casos, meramente formal. Las leyes 39/2015, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y 40/2015, de Régimen Jurídico del Sector Público, incorporan directrices orientadas a la agilización procedimental, la interoperabilidad, la evaluación del desempeño organizativo y la digitalización como elemento transversal de modernización.

El artículo 129 de la Ley 39/2015 recoge expresamente los principios de buena regulación, entre los que se incluyen la necesidad, la eficiencia, la proporcionalidad, la seguridad jurídica, la transparencia y la eficiencia. Sin embargo, dichos principios no se han incorporado de forma sistemática a la práctica regulatoria en el sector sanitario. Las evaluaciones ex post de impacto normativo son excepcionales, y la participación efectiva de profesionales sanitarios en la elaboración o revisión de normas administrativas es todavía muy escasa.

En el ámbito de la contratación pública, la Ley 9/2017 incorpora herramientas de gran potencial para modernizar la gestión sanitaria: acuerdos marco, compra pública de innovación, procedimientos basados en calidad-precio, cláusulas sociales o contratación basada en resultados. No obstante, su utilización sigue siendo escasa, condicionada por la inseguridad jurídica, la rigidez interpretativa de los órganos fiscalizadores y la falta de capacitación especializada de muchos cuadros directivos.

En resumen, el problema no radica tanto en la ausencia de normas habilitantes como en la falta de una voluntad/capacidad institucional sostenida para aplicarlas con intención transformadora. Es preciso pasar de una cultura del cumplimiento defensivo a una cultura de la mejora continua, en la que las normas sean vistas como palancas y no como barreras.

IV. GOBERNANZA, CONFIANZA Y CULTURA ORGANIZATIVA EN LOS SISTEMAS SANITARIOS

La simplificación administrativa no puede reducirse a un ejercicio de depuración normativa o de rediseño de procedimientos. Es, sobre todo, un cambio de cultura organizativa y de modelo de gobernanza. En los sistemas sanitarios contemporáneos, en los que la incertidumbre clínica, la presión demográfica y la complejidad técnica son inherentes, la capacidad de respuesta depende, en gran medida, de la capacidad para la creación de entornos institucionales que promuevan la confianza profesional, la autonomía responsable y el liderazgo distribuido.

Numerosos estudios han señalado que la excesiva jerarquización, la centralización en los procesos de toma de decisiones y la desconfianza hacia el criterio clínico son factores que limitan la innovación, la adaptabilidad y también el compromiso. Por el contrario, las organizaciones sanitarias que promueven modelos colaborativos, con equipos clínicos empoderados, estructuras deliberativas horizontales y mecanismos de rendición de cuentas basados en resultados, tienden a ofrecer mejores indicadores y mayor satisfacción profesional.

Países como Dinamarca, Finlandia o Escocia han desplegado reformas estructurales que pivotan sobre la confianza institucional como recurso estratégico. En estos modelos, la autonomía clínica no es una concesión sino un derecho funcional, que se ensambla mediante pactos de gestión, contratos-programa, incentivos no monetarios y mecanismos deliberativos estables. La transparencia, en este sentido, se convierte en la principal garantía de responsabilidad pública.

Desde un punto de vista jurídico, el principio de buena administración reconocido en el artículo 103 de la Constitución Española exige que las administraciones públicas actúen conforme a criterios de eficiencia, responsabilidad y servicio efectivo al interés general. La excesiva reglamentación y el control burocrático ex ante pueden contradecir ese principio al inhibir o limitar la capacidad de decisión de los profesionales sanitarios.

Por ello, simplificar requiere también desandar el camino de desconfianza institucional que hemos acumulado. Es necesario crear condiciones estructurales -normativas, organizativas y culturales- que permitan a los equipos sanitarios actuar con mayor libertad clínica dentro de marcos definidos de responsabilidad, evaluación y rendición de cuentas. Sólo así podremos construirse una gobernanza verdaderamente adaptativa, centrada en resultados y sostenida en la profesionalidad como activo público.

V. DECÁLOGO PARA LA SIMPLIFICACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La siguiente propuesta articula diez líneas estratégicas de actuación para promover una simplificación realista, jurídicamente viable y organizativamente transformadora del SNS. Cada punto incorpora una lógica de valor público, referencias normativas y experiencias observadas en la práctica.

1. Eliminar lo que no aporta valor al paciente

Numerosos estudios han evidenciado la existencia de tareas administrativas sin impacto clínico que consumen tiempo asistencial. Formularios innecesarios, requerimientos repetitivos de validación, autorizaciones duplicadas o informes destinados a cumplir formalidades burocráticas se acumulan sin que exista evaluación de su utilidad. El *British Medical Journal* ha calificado este fenómeno como “*clinical administrative burden*”.

Desde una perspectiva jurídica, la simplificación de estas cargas exige revisar reglamentos, instrucciones internas y protocolos administrativos que no estén directamente orientados al beneficio del paciente. A nivel autonómico, podrían impulsarse normas regulatorias que establezcan la obligatoriedad de realizar auditorías periódicas de “valor burocrático”, similares a las revisiones de gasto innecesario promovidas por el Tribunal de Cuentas.

2. Revisión normativa y armonización jurídica

El exceso de normas, su dispersión y la ausencia de evaluación sistemática generan inseguridad jurídica y frenan la innovación institucional. Es necesario avanzar hacia un modelo de “gobernanza normativa activa” que combine la limpieza legislativa con la armonización interterritorial.

Una posible medida sería la creación de un Observatorio Nacional de Simplificación Normativa en Salud, con representación de las comunidades autónomas, profesionales y juristas. Este órgano podría asumir funciones de revisión normativa, publicación de dictámenes interpretativos, y elaboración de propuestas para la Comisión de Coordinación Interterritorial del SNS.

3. Centralización estratégica y descentralización operativa

La gobernanza sanitaria española necesita recuperar una arquitectura que delimite claramente los niveles de decisión: un Estado que oriente, regule y evalúe; y unas Comunidades que gestionen con flexibilidad operativa. Modelos como el canadiense o el escandinavo han apostado por pactos federales sanitarios en los que se establecen objetivos comunes vinculantes acompañados de márgenes locales de acción.

Desde el punto de vista jurídico, esto implica reforzar el papel vinculante del Consejo

Interterritorial, establecer mínimos regulatorios comunes (por ejemplo, en historia clínica electrónica, cartera de servicios o formación continuada), y reconocer legalmente la diversidad en la implementación.

4. Cultura de la confianza y liderazgo profesional

La excesiva verticalidad organizativa es incompatible con la innovación clínica. Se necesitan estructuras que reconozcan el liderazgo profesional más allá de los cargos jerárquicos, incorporando mecanismos de participación efectiva en la toma de decisiones.

Normativamente, podrían establecerse cláusulas de participación profesional en las leyes autonómicas de salud, que aseguren la presencia de representantes clínicos en los órganos de gobierno hospitalarios, comités de dirección o consejos asesores estratégicos.

5. Reducción de la complejidad organizativa

El rediseño organizativo es una palanca fundamental. La actual división de nuestras organizaciones por especialidades, unidades administrativas o departamentos no responde a las trayectorias reales del paciente. Un modelo asistencial basado en procesos permitiría integrar servicios y recursos alrededor del valor clínico generado.

Se proponen aquí unidades funcionales integradas por procesos clínicos prevalentes (insuficiencia cardíaca, cáncer, fragilidad...) con estructuras horizontales, lideradas por profesionales y con autonomía para gestionar recursos compartidos. Legalmente, ello exigiría adaptar los decretos de estructura de los servicios de salud y habilitar marcos de contratación y evaluación específicos. Difícil, pero no imposible.

6. Reformulación de circuitos asistenciales clave

La integración funcional entre atención primaria y hospitalaria sigue siendo uno de los déficits estructurales del SNS. En lugar de superponer nuevos programas, es necesario reformular los circuitos existentes para mejorar la continuidad asistencial.

Esto requiere elaborar protocolos asistenciales compartidos, unificar plataformas digitales, establecer indicadores comunes y favorecer la corresponsabilidad clínica.

7. Digitalización con sentido clínico

La digitalización no puede seguir orientándose a la mera informatización de procesos administrativos. Es imprescindible desarrollar sistemas que respondan a necesidades clínicas reales, diseñados con participación de personas usuarias y profesionales, interoperables desde su origen.

La normativa nacional debe alinearse con las directrices europeas del eHealth Network y establecer requisitos de interoperabilidad obligatoria, impacto clínico positivo demostrado y evaluación ética de los algoritmos utilizados. Solo así se evitará la llamada “paradoja tecnológica”: más tecnología, menos valor.

8. Innovación en la contratación pública

La compra pública puede ser un instrumento estratégico de transformación si se orienta hacia resultados. Contratos basados en valor, acuerdos de riesgo compartido, compra pública precomercial o cláusulas sociales son herramientas disponibles legalmente pero infrautilizadas.

Podría proponerse la creación de un Marco Estatal para la Compra Pública Basada en Valor en Salud, acompañado de formación especializada, plantillas tipo y unidades de apoyo legal-técnico en cada comunidad autónoma. Su desarrollo podría contar con la colaboración de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS.

9. Profesionalización de la gestión sanitaria

El SNS necesita una dirección profesionalizada, estable y evaluable. No es razonable que los cargos de dirección se designen en función de afinidades políticas y carezcan de desarrollo profesional específico.

Es preciso desarrollar un Estatuto del Directivo Sanitario Público, con requisitos objetivos de acceso, formación homologada, sistemas de rendición de cuentas y protección frente a ceses arbitrarios. La experiencia de países como Francia o Italia puede ser una buena referencia para articular un escalafón técnico de gestión sanitaria pública.

10. Evaluación orientada al valor

Finalmente, el sistema debe evaluar más y mejor. La cultura de la auditoría fiscal debe dar paso a

una cultura de la evaluación integral, basada en resultados de salud, experiencia del paciente, eficiencia y también equidad.

Esto implica desarrollar sistemas de información unificados, establecer marcos de indicadores comunes y compartidos, fomentar estructuras de análisis de resultados e integrar dicha evaluación en el proceso real de toma de decisiones. La legislación sobre transparencia y buen gobierno puede ofrecer el soporte normativo para institucionalizar esta práctica.

VI. PERSPECTIVA COMPARADA: EXPERIENCIAS INTERNACIONALES EN SIMPLIFICACIÓN SANITARIA

La simplificación sanitaria no es una necesidad exclusivamente española. Diversos países europeos han ido llevando a cabo reformas que permiten extraer lecciones interesantes. En todos los casos, no obstante, la simplificación se ha abordado como un cambio estratégico, no como una reducción meramente formal de trámites.

En Dinamarca, la reforma sanitaria de 2007 redujo el número de regiones de 14 a 5, eliminó niveles intermedios, y apostó por una planificación integrada y digitalizada. Este cambio permitió una atención más centrada en el paciente y una mayor eficiencia operativa. La atención primaria adquirió un rol nuclear en la gestión de patologías crónicas, gracias a la creación de estructuras cooperativas entre médicos de familia. En Escocia, el modelo de gobernanza colegiada ha sido una de las claves de su reconocido éxito. La *Healthcare Quality Strategy* promovió estructuras deliberativas en las que los profesionales tienen voz propia en las decisiones clínicas y estratégicas. Además, se ha fomentado la corresponsabilidad entre niveles asistenciales mediante contratos integrados de gestión.

Estonia, por su parte, destaca por haber apostado por la digitalización integral desde principios de los años 2000. Con una normativa clara, un identificador único para pacientes y proveedores, y sistemas interoperables obligatorios, ha logrado reducir costes administrativos, mejorar la trazabilidad y facilitar la evaluación de políticas públicas. Según el eHealth Digital Index de la Comisión Europea, se encuentra entre los sistemas más avanzados de la UE.

Estas experiencias parecen coincidir en que la simplificación efectiva requiere, fundamentalmente,

tres elementos: liderazgo político, marco jurídico habilitante y participación profesional. No basta con anunciar reformas: hay que crear las condiciones institucionales para que éstas sean sostenibles y orientadas al valor.

VII. PROPUESTAS NORMATIVAS Y DE POLÍTICA PÚBLICA PARA AVANZAR EN EL ENTORNO ESPAÑOL

La simplificación del SNS no debiera abordarse como una suma de intervenciones aisladas, sino como una estrategia sistémica que combine acciones jurídicas, organizativas y culturales. Para ello, es necesario diseñar una hoja de ruta ambiciosa pero realista, que blinde el modelo descentralizado español, garantice la cohesión territorial y proteja los derechos de los pacientes. Esta agenda debe sostenerse en reformas normativas concretas, instrumentos institucionales robustos y un relato público claro.

A continuación se resumen algunas de las líneas prioritarias de actuación, susceptibles de materializarse mediante legislación estatal, normativa autonómica o acuerdos interinstitucionales.

1. Evaluación normativa sanitaria periódica

Establecer mecanismos legales obligatorios para la revisión quinquenal de normas sanitarias, en línea con los principios de buena regulación (Ley 39/2015, art.129). Esta evaluación debería incluir indicadores de carga administrativa, interoperabilidad, eficacia práctica y adecuación a los objetivos de salud pública.

2. Reforma del sistema de contratación sanitaria

Impulsar la aprobación de un Reglamento específico para la compra pública en salud, que adapte los principios de la Ley 9/2017 a las particularidades del sector. Este reglamento debería contemplar modalidades flexibles de contratación, herramientas de evaluación de impacto en salud y fórmulas de colaboración público-privada basadas en valor.

3. Desarrollo de un estatuto directivo sanitario

Promover una ley estatal que reconozca la figura del directivo sanitario profesional, con carrera propia, méritos evaluables, formación homologada y estabilidad frente a cambios políticos. Este estatuto permitiría consolidar un liderazgo técnico sostenido, esencial para desplegar reformas a medio y largo plazo.

4. Impulso a la interoperabilidad legal y técnica

Aprobar una ley marco de interoperabilidad del SNS que establezca estándares técnicos, normas jurídicas comunes y principios éticos para el uso compartido de la información clínica. Esta ley debería vincularse con el Reglamento Europeo sobre el Espacio Europeo de Datos Sanitarios, actualmente en fase de desarrollo legislativo.

5. Incorporación de métricas de experiencia de paciente y del profesional

Reformar la Ley General de Sanidad para introducir la obligación de medir, publicar y considerar en la toma de decisiones los resultados reportados por los pacientes (Patient-Reported Outcomes Measures, PROMS) y profesionales (PROs), como parte de la evaluación integral del sistema.

Estas medidas no agotan el abanico de posibilidades, pero representan un punto de partida sólido para institucionalizar la simplicidad como criterio operativo y normativo del sistema sanitario. La clave está en transformar la cultura regulatoria defensiva en una cultura de mejora deliberada, participativa y basada en resultados.

VIII. CONCLUSIONES

Simplificar es una forma de cuidar. En un sistema público que se fundamenta en la oferta de servicios universales, equitativos y de calidad, la complejidad innecesaria no es solo un problema técnico: es un obstáculo moral y político. La sobrecarga burocrática, la fragmentación organizativa y la rigidez normativa no afectan solo a la eficiencia: determinan la experiencia del paciente -deteriorándola-, agotan al profesional -debilitando su compromiso- y lo que es todavía peor: debilitan la legitimidad de lo público.

La simplificación debe asumirse como una estrategia de sostenibilidad institucional y de refuerzo del contrato social. No se trata de desregular ni de recentralizar, sino de construir estructuras más inteligentes, normativas más claras y entornos de mayor confianza. Para lograrlo, se requiere liderazgo político, profesionalización técnica y una narrativa compartida sobre el valor público de un sistema ágil, transparente y centrado en el bienestar individual y colectivo.

Como recomendaba Simon Stevens, ex director ejecutivo del NHS England, “think like a patient, act like a taxpayer”. Esta doble mirada -empática

y responsable- puede ser una guía excepcional para orientar la acción pública en tiempos de incertidumbre y creciente complejidad. El reto no es menor, pero tampoco lo es la oportunidad que se nos otorga de transformar el sistema desde dentro, recuperando la sencillez como forma superior de inteligencia institucional.

IX. BIBLIOGRAFÍA

- Berwick, D. (2016): Era 3 por medicine and health care. JAMA, 315(13), 1329-1330.
- BOE (2015): Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. BOE núm. 236, de 2 de octubre.
 - BOE (2015): Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. BOE núm. 236, de 2 de octubre
 - BOE (2017): Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público. BOE núm. 272, de 9 de noviembre.
- Comisión Europea (2003): Recomendación 2003/361/CE de la Comisión de 6 de mayo de 2023. Diario Oficial de la UE. L 124, 20/05/2003.
- Department of Health (Scotland) (2020): The Healthcare Quality Strategy for NHS Scotland. Edinburgh Scottish Government.
- Government of Denmark (2007): The Structural Reform of the Danish Health Shystem. Copenhagen. Ministry of the Interior and Health.
- King's Fund (2017): Is there too much bureaucracy in the NHS? London. King's Fund.
- OECD (2023): Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience. Paris. OECD Publishing.
- Tribunal de Cuentas (2022): Informe de fiscalización de la contratación de emergencia celebrada durante el ejercicio 2020 en el ámbito de la Administración socio-laboral y de la Seguridad Social como consecuencia de la crisis sanitaria ocasionada por el Covid-19. Madrid. Tribunal de Cuentas.
- WHO (2020): Governance for health in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.