POR UN SISTEMA SANITARIO DEL SIGLO XXI

UN SISTEMA INCLUSIVO QUE CUENTE CON LOS CIUDADANOS Y PACIENTES, CON LOS PROFESIONALES Y CON TODOS LOS AGENTES DEL SISTEMA



Índice

AUTURES	
APORTACIONES	
LAS DIEZ LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE MEJORA DEL SISTEMA SANITARIO	
1. Pacto por un sistema sanitario abierto a las reformas y con participación de todos los agentes	
2. Los problemas de los pacientes y profesionales, en primer plano	
3. Concepción integral del sistema y abierto a la colaboración público/privada	
4. Incrementos de financiación ligados a mejoras concretas	
5. Nueva gobernanza, incorporando la voz de los pacientes y profesionales a todos los nivele	2t
6. Un modelo de gestión pública eficaz	
7. Un modelo asistencial actualizado	
8. Reconocimiento de los profesionales	
9. Transparencia y evaluación por resultados	
10. Promotor de innovación y desarrollo para el conjunto de la sociedad española	
RESUMEN EJECUTIVO	
Capítulo 1: Planteamiento del documento	
Capítulo 2: El mejor sistema sanitario del mundo	
Capítulo 3: A qué sistema sanitario aspiramos	
Capítulo 4: Los problemas para los pacientes y profesionales	
Capítulo 5: Un esbozo de solución de las causas de los problemas	
Capítulo 6: Las enseñanzas de la conmoción del coronavirus	
Capítulo 7: Una transformación en 7 ejes	
Capítulo 8: La crisis del coronavirus exige soluciones a corto plazo	
Capítulo 9: Vuelta a los problemas de los pacientes y profesionales: acciones urgentes	
Capítulo 10: ¿Un pacto de estado por la sanidad?	
CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL DOCUMENTO	
¿Qué se pretendía con el documento?	
El impacto del coronavirus cambió, en parte, los objetivos del proyecto	
Alcance del documento	
Qué no está en el alcance del documento	
Tipo de propuestas	
Hilo argumental	

CAPÍTULO 2. ¿EL MEJOR SISTEMA SANITARIO DEL MUNDO?	32
Algunos rankings son muy favorables, lo que puede conducir al narcisismo	33
En otros rankings el sistema sanitario español no queda tan bien	34
Entonces, ¿no tenemos el mejor sistema sanitario del mundo?	34
Un sistema creado para otra sociedad	35
El sistema se ha mostrado muy reacio a las reformas	36
Otros sistemas europeos están abordando reformas	38
Sin embargo, el sistema español tiene problemas, que el no abordaje de reformas impide resolver	39
CAPÍTULO 3. A QUÉ SISTEMA SANITARIO ASPIRAMOS	40
Arqueología sanitaria: el debate Bismarck-Beveridge	41
No hay ningún sistema sanitario ideal	41
Referencias de interés	46
Valores del sistema sanitario que defendemos	51
Los mitos actuales y el mundo de salud que nos espera, según Jon Azua	60
Una visión de futuro	61
CAPÍTULO 4. LOS PROBLEMAS PARA LOS PACIENTES Y LOS PROFESIONALES	62
Problemas serios en la accesibilidad: listas de espera y demoras	63
Inadaptación a crónicos complejos y discontinuidad asistencial	71
Calidad desigual de resultados, a igualdad de patologías	78
La obsolescencia tecnológica, un problema para los pacientes y profesionales	87
Retrasos en la incorporación de determinadas terapias	91
Inequidades de acceso a determinadas terapias	96
Profundo malestar profesional, fundamentalmente médico	104
Un papel central de los intereses de los pacientes y profesionales en el planteamiento de cualquier propuesta	115
CAPÍTULO 5. UN ESBOZO DE SOLUCIÓN DE LA CAUSA DE LOS PROBLEMAS	116
El marco de gestión de las instituciones sanitarias	117
Un tema eterno: la financiación	124
Gobernanza: un problema nunca solucionado	134
Una gestión débil	140
Un modelo asistencial no actualizado	144
Falta de transparencia	149

CAPÍTULO 6. LAS ENSEÑANZAS DE LA CONMOCIÓN DEL CORONAVIRUS	154
Objetivos de este análisis	155
Cronología de los hechos a nivel internacional	155
Cronología de los hechos en España	156
Impacto de la crisis en España	156
Una gran conmoción mundial	157
Una falta de previsión a nivel mundial	158
Valoración general de la reacción en España	158
El comportamiento de los distintos agentes en España	159
Las consecuencias inmediatas de la crisis sobre el sistema sanitario	168
Lecciones a futuro para los servicios sanitarios, sociosanitarios y sociales, la salud pública y la estrategia nacional de seguridad	169
¿Es realmente la crisis una oportunidad para impulsar algunas reformas en el sistema sanitario?	177
CAPÍTULO 7. UNA TRANSFORMACIÓN EN 7 EJES	178
¿Desde qué perspectiva se hacen estas propuestas?	179
¿Es la posición reformista la única existente?	183
Unas reformas en el sistema nacional de salud no sustituyen a una Estrategia Nacional de Salud, ni viceversa	184
Los siete ejes de las propuestas	185
Un resumen de las iniciativas propuestas	212
CAPÍTULO 8. LA CRISIS DEL CORONAVIRUS EXIGE ACCIONES A CORTO PLAZO	214
La necesidad de acciones a corto plazo, tras la pandemia	215
Razones que nos llevan a identificar estas iniciativas como urgentes	216
CAPÍTULO 9. VUELTA A LOS PROBLEMAS PARA LOS PACIENTES Y PROFESIONALES: ACCIONES URGENTES.	218
Un documento desde los problemas	219
Un abordaje a los 7 problemas más graves detectados	219
La necesaria combinación del largo plazo con el corto plazo y la atención a los problemas	223
CAPÍTULO 10. ¿UN PACTO DE ESTADO PARA LA SANIDAD?	224
12 puntos a modo de resumen	225
¿Es el Pacto de Estado la solución?	226
ÍNDICE DE TABLAS	228
ÍNDICE DE FIGURAS	230



Autores

(*)

- Mercedes Carreras, enfermera, vicepresidenta del Consejo Asesor del Sistema Público de Salud de Galicia
- Jon Darpón, ex Consejero de Sanidad de Euskadi
- Javier Elola, director de la Fundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS).
- Carina Escobar, presidenta de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes
- Roser Fernández Alegre, Directora General de la Unió Catalana d'Hospitals
- Julián García Vargas, ex Ministro de Sanidad y Consumo y Defensa
- **Pilar Garrido**, médico oncóloga, Hospital Ramón y Cajal; ex Presidenta del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud; ex Presidenta de la Sociedad Española de Oncología Médica
- Julián Isla, ingeniero, Microsoft, representantes de los pacientes en el comité para los medicamentos huérfanos de la Agencia Europea del Medicamento (EMA)
- Gloria Lomana, presidenta de 50&50 Gender Leadership Advisory
- Carlos Macaya, cardiólogo, Jefe de Servicio de Cardiología Hospital Clínico de San Carlos, Catedrático de Cardiología, Universidad Complutense de Madrid, presidente de la Fundación Española del Corazón, presidente de la Fundación IMAS
- José Martínez Olmos, profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública, ex Secretario General de Sanidad del Ministerio de Sanidad y Consumo
- Julio Mayol, médico, Director Médico del Hospital Clínico de San Carlos
- Ignacio Riesgo, doctor en Medicina, gestor y consultor sanitario (Coordinador)
- **Boi Ruiz,** Doctor en Medicina, ex consejero de Salut de Cataluña, director de la Cátedra de Gestión y Políticas Sanitarias de la UIC
- Antonio Zapatero, Viceconsejero de Salud Pública y Plan COVID-19, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid. Ex Presidente de FACME, ex Presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna.

^(*) Este documento ha sido elaborado con las aportaciones de los autores y el consenso entre los mismos, lo cual no significa que todos y cada uno de ellos se identifique necesariamente con la literalidad de todas las afirmaciones del documento.

Aportaciones

Aparte de los autores, integrados en un grupo de trabajo, han realizado también aportaciones al documento:

Manuel Carrasco Mallén

Médico Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Ex-Director del Fondo de Investigación Sanitaria. Socio director de Ascendo Consulting Sanidad&Farma

José Andrés Gorricho Vissiers

Ex Director Gerente de los Hospitales La Paz y Valle de Hebrón, ex Director de Hospitales del Institut Català de la Salut, ex Consejero Delegado de IMQ (Vizcaya), consejero de Keralty

Manuel del Castillo

Director Gerente del Hospital Sant Joan de Deu, de Barcelona. Vicepresidente de la Societat Catalana de Gestió Sanitària

• Joaquín Estévez Lucas

Presidente de SEDISA (Sociedad Española de Directivos de la Salud)

• Rubén Moreno Palanques

Ex-Secretario General de Sanidad

Manel Peiró Posadas

Director

Institute for Healthcare Management de ESADEgov

José Soto Bonel

Director Gerente del Hospital Clínico de San Carlos, Madrid

• Jordi Varela Pedragosa

Gesclinvar Consulting. Colaborador docente de ESADE. Editor del blog: "Avances en Gestión Clínica"

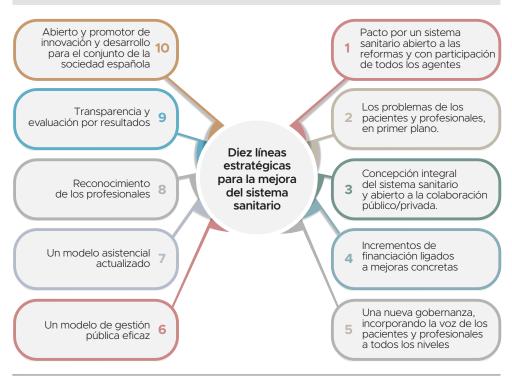
John de Zulueta

Ex presidente y ex consejero delegado de Sanitas y ex presidente ejecutivo de USP Hospitales. Presidente del Círculo de Empresarios y Senior Advisor de Candesic Las diez líneas estratégicas de mejora del sistema sanitario

Estas líneas estratégicas pretenden ser un destilado de fácil comprensión del documento **Consenso por un sistema** sanitario del siglo XXI.

En la **Figura 1** se expresan los mensajes fundamentales del documento en diez puntos:

Figura 1. Diez líneas estratégicas para la mejora del sistema sanitario



Fuente: Elaboración propia

1

Pacto por un sistema sanitario abierto a las reformas y con participación de todos los agentes

El sistema sanitario español ha carecido de reformas en profundidad desde los años 80.

Sin embargo, la sociedad ha cambiado sustancialmente: envejecimiento de la población, predominio de pacientes crónicos, nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, avances significativos en tecnologías de la información, mayores demandas sociales, etc.

Las demandas de reformas en el sistema fueron muy insistentes, casi desde el día siguiente a la Ley General de Sanidad de 1986 y hay una larga tradición reformista, representada, en gran parte, por el Informe Abril de 1991. El Pacto que proponemos tiene como objetivo adaptar nuestro sistema sanitario a las necesidades de la sociedad española del siglo XXI.

Otra característica de ese Pacto es que no debería ser solo entre gobiernos o partidos políticos, sino que tiene que haber en el mismo implicación muy activa de los pacientes, de los profesionales y del conjunto de agentes del sector. Es un pacto por la gobernanza del sistema.

Igualmente, esperamos del Pacto una respuesta a los problemas detectados y puestos de manifiesto durante la pandemia del coronavirus.

Proponemos un pacto por la sanidad, al servicio de la sociedad española del siglo XXI, que incluya a pacientes, profesionales y todos los agentes del sector

2 Los problemas de los pacientes y profesionales, en primer plano

Los problemas de los pacientes y profesionales (listas de espera, inadaptación a crónicos complejos, calidad desigual, obsolescencia tecnológica, retrasos en la incorporación de terapias, inequidades de acceso a determinadas terapias, malestar profesional) deben estar en primer plano en cualquier planteamiento de

Cualquier cambio que se plantee debe partir del reconocimiento y la propuesta de soluciones a los problemas de los pacientes y profesionales.

Nos referimos a:

- Listas de espera, elemento deslegitimador del sistema, para el que proponemos soluciones, que deberán contar con la adecuada financiación y en la que no se excluye, entre otras medidas, el dar libertad al ciudadano para que, sobrepasado el tiempo de espera, pueda elegir entre centro público o privado debidamente acreditado.
- Inadaptación a crónicos complejos, considerando que se deben desarrollar modelos asistenciales adecuados a sus necesidades, incluyendo la potenciación de la figura del "gestor/a de casos".
- Calidad desigual, para cuya detección hay que medir resultados en salud, con transparencia y estándares, que incluyan tanto el sector público como al privado.

- Obsolescencia tecnológica, que requiere un plan de actualización del parque tecnológico, con criterios de garantías de calidad y acreditación de la tecnología.
- Retrasos incorporación de terapias, implantando medidas que aseguren una rápida y homogénea llegada de las innovaciones terapéuticas que se aprueben a todo el territorio nacional.
- Inequidades de acceso a determinadas terapias, para cuyo problema se propone una política común de acceso a las innovaciones terapéuticas que hayan demostrado una adecuada relación entre su coste y efectividad.
- Malestar profesional, hay dos temas que requieren intervención urgente: la alta temporalidad y la pérdida del nivel retributivo de los profesionales.

Es fundamental, desde el principio de refuerzo del sistema público, implicar al sector privado en el servicio público, impulsar las formas de colaboración público/privadas y considerar a las empresas farmacéuticas, de tecnología médica y de tecnologías de la información como parte esencial de la cadena de valor del sector sanitario

Concepción integral del sistema y abierto a la colaboración público/privada

La actitud hasta ahora de los poderes públicos era la de atender solo al sistema público e inhibirse ante el sector privado.

Aunque defendemos un refuerzo significativo del sistema público, somos conscientes de que muchos de los problemas del sistema no se arreglarán solamente con los esfuerzos del sector público, sino que requerirán también la aportación del sector privado.

El empeñarse en arreglar los problemas del sistema solo desde el sector público conduce a la no resolución de los mismos, a retrasos inaceptables y, a veces, a soluciones más caras y menos eficientes.

Es por lo que proponemos la implicación del sector privado en el servicio público, y el estímulo a las formas de colaboración público/privada, siempre desde los principios de las prioridades públicas, la transparencia y la seguridad jurídica.

Lo mismo para otros agentes del sector (empresas farmacéuticas, de tecnología médica y de tecnologías de la información), que deben ser consideradas parte esencial de la cadena de valor del sector sanitario.

4

Incrementos de financiación ligados a mejoras concretas

Es muy posible que el abordaje de los problemas del sistema sanitario vaya a requerir más financiación, hasta ir aproximándonos al menos a la media de los países de la Eurozona en porcentaje de PIB dedicado a la sanidad pública.

No obstante, debemos alejarnos de plantear esta mejora en la financiación como un objetivo en sí misma o, como se ha hecho anteriormente, solo para "operaciones de saneamiento". No tiene sentido un aumento de la financiación para hacer más de lo mismo.

Los aumentos de la financiación deben ir asociados a mejoras concretas: supresión de las largas listas de espera, mejoras en el abordaje de los crónicos complejos, incremento de las retribuciones de los profesionales, transformación digital de la sanidad, etc.

También dicha mejora de la financiación debe ir asociada a transformaciones organizativas para permitir una gestión más eficiente de los centros sanitarios, así como impulsar las iniciativas de "no hacer", suprimiendo gastos innecesarios en actividades que no añaden valor.

Los aumentos de financiación no deben ser "operaciones de saneamiento", sino ligadas a mejoras concretas en el sistema, previamente identificadas y bien definidas en sus objetivos

5

Nueva gobernanza, incorporando la voz de los pacientes y profesionales a todos los niveles

Elemento esencial de la "nueva gobernanza" es que la voz de los pacientes tiene que se incorporada a todos los niveles.

A nivel macro del conjunto del Sistema Nacional de Salud es fundamental la creación de un órgano de consulta preceptiva con representación de los distintos agentes del sector (pacientes, profesionales, empresas, administraciones, etc.), así como un conjunto de Agencias Nacionales especializadas, ampliamente participadas, empezando por la de Salud Pública, cuya ausencia fue tan evidente durante la crisis del coronavirus.

A **nivel meso,** sería fundamental en las organizaciones sanitarias proceder a la separación gobierno/dirección, creando órganos de gobierno, con funciones similares a los consejos de administración de las empresas.

Por último, **a nivel micro**, se propicia un impulso a la gestión clínica.

Dar voz a los pacientes a todos los niveles, órgano consultivo con representación del conjunto de agentes del sector; Agencias especializadas; separación gobierno/dirección en las instituciones sanitarias; e, impulso a la gestión clínica, son los elementos clave de la "nueva gobernanza"

6

Un modelo de gestión pública eficaz

Hay que dotar de autonomía de gestión y personalidad jurídica o capacidades equivalentes a las organizaciones sanitarias en el marco de un acuerdo de gestión

Los centros sanitarios son organizaciones complejas y dinámicas. Necesitan autonomía para adaptarse a las variadas necesidades de los pacientes y responder a los continuos cambios organizativos, tecnológicos y de roles profesionales. La experiencia ya publicada demuestra que los centros sanitarios que tienen autonomía, con personalidad jurídica y una cierta capacidad de gestión económica y de personal, por supuesto en el marco de un acuerdo de gestión, ofrecen mejores resultados y son más eficientes que los otros.

El modelo de gestión burocráticoadministrativo no se adapta a estos requerimientos.

Es, por tanto, necesario avanzar hacia una mayor autonomía de las organizaciones sanitarias, recuperando iniciativas ya iniciadas en nuestro país (empresas públicas, fundaciones, consorcios, EBAs, ...), sobre la base del consenso, la transparencia y la política de evaluación y rendición de cuentas.

Esta mayor autonomía implica, además, separación gobierno/dirección, creando órganos de gobierno en las instituciones sanitarias, y una gestión profesionalizada.

7 Un modelo asistencial actualizado

Impulso a la transformación digital, con un nuevo modelo asistencial más adaptado a las necesidades de los crónicos complejos. Las redes asistenciales multiprofesionales y multinivel son elementos clave del nuevo enfoque

La transformación digital es una necesidad de nuestro sistema sanitario, que incorpore, entre otros elementos, una historia clínica compartida e interoperable en el conjunto del sistema, público y privado.

Ahora bien, una simple transformación digital de lo existente que dé soporte al actual modelo asistencial, tan lleno de gaps e inadaptado a las necesidades de los crónicos complejos no es la solución.

Dicha transformación digital debe hacerse en el marco del una revisión del actual modelo asistencial que incluya, entre otros cambios:

- Un refuerzo de la atención primaria, para hacerla más operativa e inmersa en la comunidad.
- Desburocratización de las consultas, introduciendo nuevos roles profesionales y la práctica avanzada de enfermería.

- La creación de redes asistenciales para los procesos, especialmente para los crónicos complejos, con una configuración multiprofesional (médicos, enfermeras, administrativos, asistentes sociales, psicólogos, etc.) y multinivel (atención primaria, especializada, servicios sociales y sociosanitarios), ya que los crónicos complejos requieren una organización de este tipo y no deben ser seguidos solo desde atención primaria.
- El desarrollo de la actividad no presencial, dando coherencia y adecuado soporte a las iniciativas que tanto impulso adquirieron durante la pandemia.
- El desarrollo de la atención domiciliaria, en sus múltiples formas.
- Una organización por procesos en los hospitales, en coherencia y dando soporte a las redes asistenciales.
- Mayor conexión organizativa entre los servicios sociales y sociosanitarios.
- Impulso a las enfermeras gestoras de casos, para reforzar la continuidad asistencial y tener siempre un punto de referencia.

8

Reconocimiento de los profesionales

Aparte de lo que pueden considerarse problemas urgentes – mejoras retributivas y lucha contra la temporalidad laboral- debe impulsarse la autonomía y el reconocimiento de los profesionales, buscando un modelo de relación laboral más flexible, que permita y favorezca el reconocimiento y la diferenciación individual y colectiva, posiblemente albergando una pluralidad de fórmulas contractuales y de servicio.

Todo ello en el marco de una autonomía del centro, que posibilite, por lo tanto, que este tenga un papel determinante en la selección de su propio personal, sin perjuicio del proceso de habilitación a nivel nacional.

El régimen de personal debe estar basado en la gestión por competencias, en los incentivos por el desempeño, en la formación continuada, en la participación en la gestión bajo el marco de la gestión clínica, en el estímulo de la movilidad, en una carrera profesional no ligada exclusivamente ni a la antigüedad ni a la promoción jerárquica, etc.

No podemos contar con un sistema sanitario de primera, basado en salarios de tercera y con modelos laborales funcionariales rígidos y burocráticos.

Hay que adaptar los sistemas de compensación de los profesionales, ajustándolos a los mercados salariales de referencia, en este caso europeos, incentivando la atracción del mejor talento. Defendemos una relación laboral con los profesionales más flexible, que favorezca el reconocimiento y la diferenciación individual y colectiva

9

Transparencia y evaluación por resultados

No existe un conjunto de indicadores a nivel nacional, especialmente de resultados, que permita una comparabilidad entre los distintos centros y territorios. Los esfuerzos desarrollados por algunas comunidades lo son con indicadores específicos y no uniformes, lo que impiden un análisis a nivel nacional.

Es crítico que se desarrollen un conjunto de indicadores tanto de recursos, como de actividad, como de resultados, de tal manera que podamos comparar el comportamiento del sistema a nivel nacional, en las distintas comunidades autónomas, áreas, servicios, fórmulas de gestión, y en el sector público y en el privado.

En la situación actual nos perdemos una de las mayores ventajas de un sistema descentralizado: la posibilidad de la emulación y la comparabilidad.

Elaborar estos indicadores, recoger la información, auditarla y analizarla podría ser el objetivo de una Agencia Nacional de Información Sanitaria, Evaluación y Calidad. Necesidad de dar transparencia al sistema, a través de unos indicadores a nivel nacional, tanto de recursos, como de actividad, como de resultados

10

Promotor de innovación y desarrollo para el conjunto de la sociedad española

El sistema sanitario puede ser un potente motor de innovación y desarrollo, si se articulan bien las relaciones entre el propio sistema, los centros de investigación, las empresas, las incubadoras biosanitarias y las Universidades.

El objetivo final será el de aportar nuevo conocimiento y, al mismo tiempo, generar

nuevas iniciativas empresariales y, a través de estas, colocar nuevos productos y servicios en el mercado.

El sistema sanitario puede convertirse así en un polo de impulso hacia un cambio del modelo económico español, para hacer que el peso se desplace hacia actividades de mayor valor añadido.

El sistema sanitario puede convertirse, a través de sus actividades de innovación y desarrollo, y en colaboración con empresas y Universidades, en un impulsor del conjunto del sistema económico español hacia actividades de mayor valor añadido

Resumen ejecutivo

Planteamiento del documento

El presente documento está elaborado por un grupo independiente y de composición plural.

El objetivo inicial del documento – cuyos trabajos se iniciaron en febrero de 2020, antes de la crisis de la pandemia del coronavirus-estaba basado en la constatación de que el sistema sanitario español tenia problemas, algunos graves, pero no se resolvían por su ausencia de la agenda política.

La crisis del coronavirus cambió una de las premisas: sanidad ya está en la agenda política, pero permanecen los problemas.

El objetivo del documento es identificar los problemas del sistema sanitario asistencial -no de la Salud Pública, ni de los servicios sociosanitarios- y plantear unas propuestas de solución.

Capítulo 2

El mejor sistema sanitario del mundo

España suele aparecer muy bien en ciertos rankings internacionales que miden fundamentalmente el estado de salud. A veces se ha hecho una extrapolación abusiva que llega a considerar que tenemos el mejor sistema sanitario del mundo, lo que ha conducido a un cierto narcisismo.

Esto ha llevado, entre otras situaciones, a una gran resistencia a las reformas, a pesar de que el sistema fue creado para una sociedad muy distinta a la actual, con un patrón de envejecimiento muy diferente, con menos enfermedades crónicas, con mucho menor desarrollo tecnológico, con coste del sistema muy inferior y con unas necesidades y demandas sociales que no tienen nada que ver con las actuales.

El no abordaje de las reformas-para adaptar el sistema a una realidad social distintaestá generando problemas a los pacientes y a los profesionales.

Capítulo 3

A qué sistema sanitario aspiramos

Antes de avanzar en las propuestas, nos planteamos cuáles son los rasgos del sistema sanitario al que aspiramos, partiendo de la base de que no hay ningún sistema sanitario ideal al que haya que copiar, aunque hay algunos que tienen experiencias muy inspiradoras y útiles para nosotros.

A partir de estas consideraciones, definimos las características de cada uno de los seis valores que nos gustaría impregnara nuestro sistema:

 Un sistema sanitario para todos y que cuente con todos los agentes

- Orientado a ciudadanos y pacientes
- Un modelo asistencial adaptado a las nuevas necesidades y demandas sociales
- Que valora a los profesionales
- Eficiente y transparente
- Abierto y promotor de innovación y desarrollo

Los aspectos de innovación científica y tecnológica y el enfoque de salud poblacional serán elementos que, como en otros sistemas, nos gustaría que tuvieran mucho peso en el nuestro.

Los problemas para los pacientes y profesionales

Desde esta perspectiva hemos identificado ochos problemas graves, de acuerdo con la Figura 2:



Fuente: Elaboración propia

Problemas serios en la accesibilidad: listas de espera y demoras

En los países de la OCDE se han ensayado distintas fórmulas contra las listas de espera: medidas desde la oferta, desde la demanda y políticas combinadas.

Las políticas que combinan elección y competencia -nunca ensayadas en Españasuelen ser las más efectivas.

En España se registran en el Ministerio de Sanidad las listas de espera quirúrgicas y aquellas para ver en consulta a un especialista. En ambos casos, las listas son crecientes desde 2003, fecha de inicio de los registros. Los últimos datos oficiales (correspondientes al 31 diciembre de 2019), dicen que, de los pacientes en lista de espera quirúrgica, el 19,9% tienen que esperar más

de seis meses; y de los pacientes en espera para ver a un especialista, el 49.1% esperan más de 60 días.

Otros tipos de listas no se registran en el Ministerio, aunque sí lo hacen, de forma irregular, varias comunidades autónomas.

Recientemente se ha analizado para los pacientes crónicos el tiempo transcurrido desde los primeros síntomas al diagnóstico. La media es de 4,72 años, con 3,23 años para los varones y 5,96 para las mujeres. No cabe duda de que las múltiples esperas en el periplo asistencial están en la base de estos prolongados retrasos.

En España se han ensayados varias fórmulas para abordar el problema (extensión de horas de trabajo del personal del Sistema Nacional de Salud, las despectivamente llamadas "peonadas"; "planes de choque"; garantías de tiempos máximos de listas de espera; priorizaciones por patologías), pero todas estas medidas han resultado, a la larga, ineficaces.

Consideramos las listas de espera como un fracaso del Sistema Nacional de Salud y un elemento deslegitimador del sistema.

Inadaptación a crónicos complejos y discontinuidad asistencial

Lo que más preocupa son los llamados crónicos complejos, situaciones en las que se asocian multimorbilidad, ancianos frágiles, discapacidad, enfermedad crónica avanzada, dependencia, asociación con problemas de salud mental o con factores relacionados con riesgo social.

A pesar de estas acciones, seguimos con un sistema con un **triple gap**:

- El que se da entre la atención primaria y la especializada
- **2.** El que ocurre en el hospital, por la multiplicidad de especialistas, sin un interlocutor único para los pacientes.

3. La falta de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales

Parece claro que los pacientes crónicos -y, muy en particular, los complejos- sufren de manera especial la falta de coordinación entre los profesionales sanitarios; la ausencia de continuidad en la información; los problemas de accesibilidad entre niveles y, cuando salen de sus comunidades autónomas, problemas de acceso a la información clínica e incluso al tratamiento.

Calidad desigual de resultados, a igualdad de patologías

La mayor parte de información del sistema sanitario es sobre actividad (estancia media, número de intervenciones, etc.) y recursos (número de médicos, camas, equipos, etc.). Hay poca información sobre resultados.

No existe una institución a nivel del Sistema Nacional de Salud que desarrolle esta función de difusión de los resultados, al revés de lo que ocurre en otros países (Alemania, Bélgica, Finlandia, Francia, Reino Unido).

La Fundación IMAS con algunas sociedades científicas han puesto en marcha la iniciativa RECAL, cuyo objetivo es dotarse de información de calidad, que incluya resultados. Desde esta perspectiva se crean registros de datos y estructura de las unidades clínicas y se relacionan con datos del Registro de Altas Hospitalarias del Sistema Nacional de Salud (CMBD), cedidos por el Ministerio de Sanidad. En dicho análisis no está incluida la actividad del sector privado.

Estos estudios ponen en evidencia resultados muy distintos a igualdad de patología.

Entendemos que estas desigualdades en resultados no justificadas constituyen un problema para los ciudadanos y pacientes.

La obsolescencia tecnológica, un problema para los pacientes y profesionales

Como es conocido, la crisis económica produjo en España una reducción muy significativa del gasto sanitario público entre 2010 y 2013.

Esto ha supuesto una obsolescencia del equipamiento de los centros sanitarios, con tecnología que supera los 10 años en un 70% de los casos, lo que está fuera de

cualquier recomendación de renovación del equipamiento.

Lógicamente, cuando hablamos de obsolescencia de los equipos, estamos hablando de privar a los pacientes y a los profesionales de muchas ventajas que incorporan los nuevos equipos, en términos de seguridad, reducción de dosis, mejores diagnósticos, etc.

Retrasos en la incorporación de determinadas terapias

En España, los retrasos en la incorporación de nuevos medicamentos desde su aprobación por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) pueden ser debidos a varias razones:

- Retrasos en la fijación del precio por parte de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos y Productos Sanitarios
- Una vez aprobado el precio por esa Comisión, retrasos adicionales, por intervención de las Comisiones Autonómicas
- Más retrasos, como consecuencia de las Comisiones Hospitalarias correspondientes

Hay muchos problemas, como consecuencia de los retrasos en la introducción de ciertas terapias. Las asociaciones de pacientes son especialmente sensibles con este tema.

Inequidades de acceso a determinadas terapias

No entendemos por inequidades cualquier diferencia sino solo aquellas que sean indeseables y evitables.

Hay múltiples inequidades en acceso y resultados de determinadas terapias, algunas de las cuales se describen en el documento.

Lógicamente, los perjuicios para los pacientes de estas inequidades son notables. Además, hay una gran opacidad en cuanto al conocimiento de estas inequidades, al no haber un Observatorio de seguimiento en cuanto al cumplimiento de la cartera de servicios a nivel nacional.

Profundo malestar profesional, fundamentalmente médico

Los problemas que más preocupan a los profesionales sanitarios en este momento son:

 Un bajo nivel retributivo, particularmente de los médicos

Los médicos españoles ganan una quinta parte que los americanos, poco más que una tercera parte que los alemanes, menos de la mitad que en el Reino Unido y un 60% de los colegas franceses. No solo eso, sino que la tendencia es descendente.

Según la OCDE, el salario de los médicos bajó notablemente entre 2011 y 2017. El descenso fue del 19,3% para los médicos de Atención Primaria; del 17,9% para los especialistas hospitalarios; y, del 17,02% para las enfermeras de los hospitales.

 La necesidad de recurrir a las guardias para mejorar el nivel retributivo

No solo es que el nivel retributivo de los médicos sea bajo, es que para alcanzarlo solo puede hacerse recurriendo a las guardias. La necesidad de completar el sueldo gracias a las guardias conlleva una proliferación de guardias médicas, no todas necesarias, lo cual genera una gran disfuncionalidad en los hospitales. Muchas plantillas deben ampliarse más por necesidad de cubrir las guardias que para hacer frente al trabajo diario.

Muy alta temporalidad

El sistema es dual. Por una parte, los "propietarios", el personal con "plaza en propiedad" y, por otra, los interinos y eventuales.

La precariedad laboral es una de las lacras del sistema. Entre el 30-40% del personal de las instituciones sanitarias tienen contrato temporal.

Marco de desarrollo profesional obsoleto para los médicos

El desarrollo y la promoción profesional están ligados a la carrera jerárquica en organizaciones de especialidades médicas, como son los servicios médicos, que no se corresponde con las necesidades organizativas asistenciales actuales, más relacionadas con equipos multidisciplinares y organizaciones por procesos, ligadas a las necesidades de grupos de pacientes.

Papel de las enfermeras descompensado con su alta cualificación profesional

Esto está en contradicción con lo que ocurre en otros países avanzados, en los que se demuestra que las enfermeras pueden asumir parte de las actuales actividades llevadas a cabo por los médicos.

Fracaso de la carrera profesional y ausencia de incentivos

El desarrollo de la carrera profesional fue frenado por la crisis económica de 2008. Pero ya antes estaba herida de muerte, al transformarse más en un reconocimiento de la simple antigüedad, que de las competencias profesionales.

• En la práctica, ausencia de movilidad

En vez de un mercado nacional de profesionales sanitarios, tenemos mercados regionales y, muchas veces, ni siquiera eso, de cada hospital o centro sanitario. Esto es un notable empobrecimiento del sistema, una causa de frustración y pérdida de estímulos para los profesionales y un fortalecimiento de la endogamia.

Insuficiente impulso a la gestión clínica y a la autonomía de gestión

Es difícil avanzar en la gestión clínica, si no hay un ámbito de autonomía del centro sanitario.

Todos estos problemas están afectando a los profesionales sanitarios, en organizaciones dónde el compromiso y sentido de pertenencia de sus componentes es un aspecto clave de la calidad de la asistencia. Podemos decir que el actual régimen de personal es totalmente inadecuado para organizaciones de conocimiento, como son las sanitarias.

Deterioro de la percepción pública de la sanidad

Tanto el Barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) como el Barómetro Sanitario realizado por Ministerio de Sanidad en colaboración con el CIS demuestran un deterioro de la percepción pública de la sanidad, más acusada desde el 2012 y creciente hasta ahora.

Un esbozo de solución de las causas de los problemas

Hemos identificado seis causas principales de los problemas mencionados en el capítulo anterior. Ver **Figura 3**:



Fuente: Elaboración propia

El marco de gestión de las instituciones sanitarias

El marco administrativo no es el mejor para la gestión de empresas complejas, dinámicas y sometidas a continuos cambios tecnológicos y organizativos, como son las empresas de servicios sanitarios.

Se parte del siguiente marco conceptual:

- Gestión pública no significa necesariamente gestión administrativa (sino que hay otras figuras como empresas públicas, fundaciones, consorcios, etc., que realizan gestión pública sin el marco administrativo)
- Servicio público no requiere siempre la gestión pública (sino que ese servicio puede ser ofrecido por empresas privadas)

Todas las evidencias en cuanto a eficiencia muestran que esta mejora cuando el personal es de régimen laboral y/o el centro sanitario tiene personalidad jurídica propia.

El que las organizaciones provisoras de servicios del Sistema Nacional de Salud tengan un marco de autonomía, con personalidad jurídica o capacidades equivalentes y un órgano de gobierno profesional, independiente y no colonizado políticamente es un gran reto del Sistema Nacional de Salud. Difícil plantear con seriedad otros debates, como el de la financiación, si este tema no se resuelve en una línea de favorecer la autonomía y el potencial de eficiencia de las organizaciones sanitarias.

Un tema eterno: la financiación

Enfocamos este problema bajo una quíntuple perspectiva:

- Nivel de gasto sanitario público
- Importantes desviaciones presupuestarias en cuánto a gasto previsto en las comunidades autónomas
- Desigual distribución del gasto entre comunidades autónomas
- La contribución del aseguramiento privado a la financiación sanitaria
- ¿Se gasta de la mejor manera posible?

Aunque la financiación del sistema sanitario público debe incrementarse, cualquier consideración de aumento de la financiación sanitaria debe plantearse teniendo en cuenta las necesidades del sistema, el abordaje de proyectos concretos y en el contexto de unas reformas. Es lo contrario a la inyección de fondos de forma incondicional, como se ha hecho en otras ocasiones.

Gobernanza: un problema nunca solucionado

La gobernanza del Sistema Nacional de Salud es un tema mal resuelto en la Ley General de Sanidad. Esto vino a complicarse con las transferencias, ya que la estructura descentralizada no ha venido acompañada de una arquitectura institucional y la creación de instrumentos de cohesión acordes con la necesidad de gobernanza del Sistema Nacional de Salud.

Abordaremos el problema en tres niveles: macro, meso y micro.

Una mala gobernanza está en el origen de muchos de los problemas del Sistema Nacional de Salud, ya que es lo que impide el avance en una necesaria agenda reformista.

Una gestión débil

En España tenemos una gestión débil de las organizaciones sanitarias, no por insuficiencias de los gestores, sino por una serie de circunstancias:

- Carencia de autonomía de gestión de las organizaciones sanitarias
- Ausencia de órganos de gobierno y separación gobierno/dirección
- No hay sistema desarrollado de evaluación de los directivos
- Los políticos no han renunciado a continuas injerencias en la gestión
- Se ha consolidado un modelo en el que el mejor directivo es aquel que logra que la organización haga menos ruido, como si fuera posible introducir ciertas mejoras sin algún tipo de ruido

La superación de esta situación pasa por tres elementos:

- **1.** Dotar de autonomía y personalidad jurídica o capacidades equivalentes a las organizaciones sanitarias.
- Separación gobierno/dirección, creando consejos de gobierno en las organizaciones sanitarias, con funciones similares a los consejos de administración de las empresas.
- **3.** Articulando un sistema profesional de selección y evaluación de directivos.

Muchos de los problemas del sistema sanitario tiene que ver con la gestión débil que hemos analizado.

Un modelo asistencial no actualizado

Algunos rasgos para una mejora del modelo podrían ser los siguientes:

- Frente a una atención primaria y especializada organizada como mundos diferentes, cobrarán vigencia las redes asistenciales en torno a los procesos asistenciales, que se configuran en el ámbito geográfico que se determine. Los servicios y unidades asistenciales se reorganizan en función de su contribución a ese proceso
- Los crónicos complejos no solo tienen que ser seguidos siempre desde Atención Primaria, sino en relación con las necesidades de los pacientes y, muchas veces, en colaboración entre Atención Primaria y los especialistas.
- El hospital se configurará como una plataforma ("hub", nodo, centro de operaciones) de alta intensidad tecnológica al servicio de las redes asistenciales.
- Énfasis en la atención domiciliaria, que será el entorno asistencial preferido en muchos casos.
- Organización de los hospitales sobre los procesos asistenciales. Los hospitales, en muchos casos, deberían estar organizados no sobre la base de especialidades (que son centros de conocimiento, pero no necesariamente órganos de gestión asistencial), sino de procesos asistenciales. En este sentido, la experiencia del hospital Karolinska en Estocolmo es altamente significativa.

- La atención sistemática al paciente crónico complejo desdibujará las barreras entre atención especializada, atención primaria y servicios sociales.
- Mayor conexión organizativa con los servicios sociales y comunitarios.
- Impulso a los servicios no presenciales (telemedicina, consultas virtuales, etc.), especialmente tras la experiencia de la crisis del coronavirus.
- Desarrollo de la figura de las enfermeras gestoras de casos, para reforzar la continuidad asistencial y tener siempre un punto de referencia.

Estas son solo algunas sugerencias de vías a explorar para adaptar el modelo a las distintas necesidades. De todos ellos hay ya algunos intentos y referentes, tanto a nivel nacional como internacional.

Muchos de los problemas analizados tienen su origen en ciertas rigideces y funcionamiento como compartimentos estancos del modelo asistencial. Por eso la adaptación, de forma controlada, del modelo a innovaciones y adaptaciones a las distintas necesidades es un requerimiento imprescindible.

Falta de transparencia

La transparencia es un valor absoluto de cualquier sistema sanitario y en un sistema tan descentralizado como el español un elemento clave de mejora por emulación y de comparabilidad entre distintas experiencias de gestión.

Es por lo que consideramos necesario la constitución de una **Agencia de Información Sanitaria, Evaluación y Calidad,** en la que participe el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas, y, otros organismos (sociedades científicas, centros académicos, etc.), así como instituciones privadas.

Ninguno de los problemas para los ciudadanos, pacientes y profesionales analizados en el capítulo anterior tienen solución si no es sobre la base de una transparencia entre todos los agentes del sistema.

Las enseñanzas de la conmoción del coronavirus

La crisis del coronavirus ha supuesto una gran conmoción para el sistema sanitario. A pesar de no ser estrictamente una crisis del sistema sanitario, sino de Salud Pública, la avalancha de pacientes en un tiempo muy reducido ha puesto en evidencia algunas fortalezas y también debilidades del sistema.

Los problemas que quedaron claramente en evidencia fueron:

- Debilidades del Ministerio de Sanidad
- Problemas de la gobernanza en el Sistema Nacional de Salud
- Problemas serios en Salud Pública
- Carencia de un sistema de información robusto

Lo importante es sacar las consecuencias de lecciones de futuro, agrupando estas enseñanzas en seis categorías:

- Aspectos generales
- Salud Pública y Seguridad Nacional
- Asistencia
- Profesionales
- Ciencia
- Empresas

La crisis del coronavirus, con toda su tragedia, puede representar también una oportunidad de mejora para el sector sanitario, si somos capaces de aprender de las lecciones de una situación tan límite.

Una transformación en 7 ejes

Hemos planteados las propuestas en siete ejes. Ver Figura 4:

Figura 4. Los 7 ejes de reformas del Sistema Nacional de Salud (resumen ejecutivo)



Fuente: Elaboración propia

Eje nº 1: Un sistema sanitario para todos y que cuente con todos los agentes

- Mejora de la gobernanza del Sistema Nacional de Salud
- Mejoras y refuerzo del sistema sanitario público
- Marco de colaboración del sector privado con los servicios públicos del Sistema Nacional de Salud

Eje nº 2: Orientado a los ciudadanos y pacientes

- Medición de la experiencia del paciente
- Regulación de la participación de las asociaciones de pacientes en las distintas instancias del Sistema Nacional de Salud
- Impulso a la práctica de decisiones compartidas en la práctica médica

Eje nº 3: Que valora a los profesionales

- Lucha contra la temporalidad en el Sistema Nacional de Salud
- Mejora del nivel retributivo de los médicos y otros profesionales sanitarios
- Flexibilización de las condiciones del régimen laboral
- Creación de una Agencia (ampliamente participada), de ayuda a las comunidades autónomas para la mejora de la política de recursos humanos
- Mejora de las competencias profesionales de las enfermeras (particularmente en Atención Primaria)

Eje nº 4: Con una financiación suficiente y con evaluación

- Pacto sobre criterios generales de la financiación pública de la sanidad
- Mejora de la financiación de la Atención Primaria
- Refuerzo del Fondo de Cohesión
- Programa "UE por la Salud" y otros programas comunitarios

Eje nº 5: Un modelo asistencial adaptado a las nuevas necesidades y demandas sociales

- Plan sobre listas de espera
- Impulso a las nuevas formas de atención
- Plan sobre atención médica en las residencias de mayores y personas con discapacidad
- Relaciones sistema sanitario y dispositivos sociales y sociosanitarios
- Observatorio de inequidades de acceso a determinadas terapias
- Garantía de acceso a los medicamentos
- Plan de Atención Dental
- Plan de Salud Mental
- Plan de Actualización del Parque Tecnológico

Eje nº 6: Eficiente y transparente

- Programa de autonomía de gestión de las instituciones sanitarias
- Impulso a la gestión clínica
- Difusión resultados asistenciales
- Plan de Información del Sistema Nacional de Salud
- Agencia de Información, Evaluación y Calidad

Eje nº 7: Abierto y promotor de innovación y desarrollo

- Plan Estratégico de Medicina Personalizada de Precisión
- Plan Estratégico de Tecnologías de la Información en Salud (Transformación digital del sistema sanitario)
- Incorporación de empresas a las labores de I+D+i del sistema sanitario
- Creación de una red de incubadoras biosanitarias
- Plan de potenciación de la investigación clínica
- Articulación relaciones ciencia-decisores políticos

Un resumen de las iniciativas propuestas

De los 7 ejes de transformación y 35 iniciativas, hay, obviamente, unas más importantes que otras. El dar respuesta a las menos importantes, sin concentrarse en lo que consideramos iniciativas clave, no significaría un cambio significativo del sistema, acorde con los retos que tiene que abordar.

Desde este punto de vista, las **medidas clave de transformación del sistema** nos parece que son:

- Nuevo modelo de gobernanza
- Marco acordado de colaboración público/ privada
- Flexibilización condiciones régimen laboral de los profesionales
- Autonomía de gestión de las instituciones sanitarias (personalidad jurídica o capacidades equivalentes)

Capítulo 8

La crisis del coronavirus exige soluciones a corto plazo

Tras el sobreesfuerzo del sistema sanitario durante la crisis de la COVID 19, el sistema necesita algún refuerzo inmediato, como demostración de la alta valoración social a la que su esfuerzo durante la pandemia le ha hecho acreedor. No puede darse la impresión de que todos los cambios que se plantean son ad calendas graecas.

Por eso, de todas las medidas propuestas, nos parece que algunas tienen especial urgencia y la ausencia de complejidad como para poder abordarlas con rapidez.

Nos referimos a:

- Un sistema sanitario para todos y que cuente con todos los agentes
- o Agencia de Salud Pública
- Plan urgente frente a un posible rebrote de la pandemia
- Plan urgente de mejora y refuerzo del sector sanitario público
- Orientado a ciudadanos y pacientes
- Regulación de la participación de las asociaciones de pacientes en las distintas instancias del Sistema Nacional de Salud

• Que valora a los profesionales

- o Lucha contra la temporalidad laboral
- Mejora del nivel retributivo de los médicos y otros profesionales
- Mejora de las competencias profesionales de las enfermeras
- Con una financiación suficiente y con evaluación
- Plan urgente de la financiación de la Atención Primaria
- Un modelo asistencial adaptado a las nuevas necesidades y demandas sociales
 - o Plan sobre listas de espera
 - Plan sobre atención médica en las residencias de mayores y personas con discapacidad
 - Observatorio de inequidades de acceso a determinadas terapias
 - Plan de actualización del parque tecnológico

Vuelta a los problemas de los pacientes y profesionales: acciones urgentes

Los temas que se plantean con el sistema sanitario (gobernanza, financiación, transparencia, transformación digital, etc.) son de tal complejidad que su abordaje, por otra parte absolutamente necesario, puede hacer, sin embargo, que nos olvidemos de los problemas para los pacientes y profesionales, que hemos visto en el Capítulo 4.

En este Capítulo proponemos algunas acciones urgentes con relación a:

- Listas de espera
- Inadaptación a crónicos complejos
- Calidad desigual
- Obsolescencia tecnológica
- Retrasos incorporación de terapias
- Inequidades de acceso a terapias
- Malestar profesional

Capítulo 10

¿Un Pacto de Estado por la Sanidad?

Seguramente un Pacto de Estado será necesario, ya que el reto es tan impresionante que será difícil abordarlo sin aunar esfuerzos y sin unos mínimos consensos.

No obstante, de lo que estamos seguros es que, con Pacto o sin Pacto, las reformas no se pueden hacer de espaldas al sector. No puede ser solo un acuerdo entre gobiernos, sino que deben ser implicados muy activamente los pacientes, los profesionales, las sociedades científicas, las empresas e instituciones que operan en el sector. Esta es, básicamente, nuestra propuesta.

Planteamiento del documento

Planteamiento del documento

¿Qué se pretendía con el documento?

La constitución del grupo de trabajo tuvo lugar en las primeras semanas de febrero de 2020. Su primera reunión, única presencial, tuvo lugar el 20 de febrero. A partir de ahí, todo el resto de las reuniones fueron *on line*.

Por lo tanto, el planteamiento y el despegue de la iniciativa fue previo a la crisis del coronavirus.

Lo que impulsó la elaboración del documento era la constatación de que la sanidad no estaba en la agenda política y, a pesar de todo, y frente a alguna complacencia tal vez generalizada, el sistema tenía problemas. Esta ausencia en la agenda política impedía resolverlos.

El objetivo era, pues, resaltar esos problemas y preparar una serie de propuestas para abordarlos, con la idea de que poner en evidencia los problemas contribuiría a introducir la sanidad en la agenda política, condición previa para su solución.

El impacto del coronavirus cambió, en parte, los objetivos del proyecto

La crisis del coronavirus vino a cambiar una de las premisas del documento: sanidad ya estaba, y a tope, en la agenda política.

Sin embargo, permanecían los problemas, que eran previos a la crisis del coronavirus, aunque este episodio nos permitió contemplarlos con ojos distintos y se resaltaron algunos problemas, así como algunos puntos fuertes, del sistema.

Por lo tanto, el objetivo principal permanecía: identificar los problemas y proponer soluciones para nuestro sistema sanitario. Pero ya no tanto para introducir al sistema en la agenda política, sino para aprovechar el foco sobre el sistema sanitario y la ventana de oportunidad que la crisis del coronavirus abría, para realizar algunas propuestas.

Por otra parte, aunque suele decirse que los problemas y las soluciones del sistema

sanitario están perfectamente identificadas y hay consenso sobre ellas, lo cierto es que, en la *Comisión para la Reconstrucción Social y Económica*, que se puso en marcha en el Congreso de los Diputados a raíz del coronavirus, vimos fundamentalmente propuestas parciales y muchas veces divergentes.

Es por lo que creemos que sigue teniendo interés el presentar un enfoque global de los problemas, las causas de estos y un conjunto de propuestas.

Pretendemos que la soluciones que se propongan puedan ser aceptables por un amplio espectro de opinión, aunque seríamos ingenuos si no tuviéramos en cuenta las inercias y el peso de ciertas posiciones consolidadas en el sistema. Tras el coronavirus, sanidad ya está en la agenda política

Alcance del documento

Nos referiremos al sistema sanitario en su vertiente asistencial, tanto al público como el privado, aunque este último se tratará fundamentalmente desde la perspectiva de la colaboración público/privada.

Cuando hablamos de vertiente asistencial lo entenderemos en el sentido más amplio -promoción, prevención y asistencia reparativa-, y no solo asistencia estricta, sino también docencia e investigación.

Qué no está en el alcance del documento

Quedan excluidos del documento los aspectos relacionados con una Estrategia de Salud en su sentido más amplio e intersectorial (que incluiría también acciones sobre políticas fiscales, seguridad viaria, de salubridad general, de control del medio ambiente, seguridad alimentaria, educación sanitaria, planificación urbana y territorial, salud ocupacional, aspectos relacionados con la salud global, etc.)

No están en el alcance del documento los aspectos más específicos de la **Salud Pública** (diagnóstico, evaluación, análisis y seguimiento de la situación de salud; vigilancia epidemiológica; investigación en salud pública; reducción del impacto de las emergencias y desastres en salud, etc.), salvo aquellas acciones de Salud Pública que requieran la colaboración del sistema sanitario y, de manera fundamental, de la Atención Primaria, en el ámbito de la prevención y promoción.

Tampoco están en el alcance del documento los **servicios sociales y sociosanitarios**, aunque la crisis del coronavirus ha puesto

de manifiesto la necesidad de mucha mayor coordinación entre los servicios sanitarios y los sociales y sociosanitarios, y a eso haremos referencia.

Así, pues, trataremos fundamentalmente los problemas de la asistencia sanitaria individual. Aclaremos la distinción entre servicios de salud pública y asistencia sanitaria individual. Ambas facetas deben ir coordinadas, pero su naturaleza es bien distinta. Los servicios de salud pública se dedican a la protección y promoción de la salud del colectivo. La asistencia sanitaria individual diagnostica y trata enfermedades de personas concretas.

Por lo tanto, desde la perspectiva de la asistencia sanitaria individual, nos preocupa la experiencia de cada paciente concreto con su atención, los tiempos de espera, el acceso al tratamiento, el trato que recibe, las complicaciones, la recuperación de la vida normal, etc. En definitiva, lo que aporta valor e importa a los pacientes individuales de la asistencia sanitaria.

Tipo de propuestas

Partimos de la idea de que la crisis del coronavirus obligará a tomar algunas acciones inmediatas (sobre todo en relación con la prevención de las pandemias o el rebrote de la actual, así como algunos de los problemas más agudos detectados en el sistema); pero, al mismo tiempo, la

ubicación de la sanidad en la agenda política, permitirá abordar problemas de más calado y más estratégicos, cuyo planteamiento y resolución, requieren más tiempo.

A ambos tipos de propuestas, las de corto plazo y las de largo alcance, nos referiremos en el documento.

Hilo argumental

El hilo argumental del texto se presenta en el siguiente esquema (Figura 5):

Figura 5. Hilo argumental del documento



Fuente: Elaboración propia

¿El mejor sistema sanitario del mundo?

¿El mejor sistema sanitario del mundo?

Algunos rankings son muy favorables, lo que puede conducir al narcisismo

El primer ranking publicado sobre la performance de los sistemas sanitarios fue el de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2000 (1). Causó un gran impacto. Los elementos que se tuvieron en cuenta para la valoración de los países fueron cuatro: la salud (nivel y distribución); la capacidad de respuesta (nivel y distribución); la justicia en la contribución financiera; y, los gastos en salud, medidos en dólares per cápita. Este ranking inauguró la aparición de España en posiciones muy favorables ya que, de los 191 países analizados, prácticamente todos los del mundo, España obtenía el puesto 6°. Solo Italia y Francia, de los grandes países, estaban por delante.

Este estudio de la OMS ha sido sometido a duras críticas, tanto metodológicas como de resultados. La propia OMS ha reconocido ciertos errores metodológicos, y lo cierto es que esta organización no ha repetido el estudio e incluso ha quitado este informe de su página web. No obstante, representó un esfuerzo inicial de analizar el comportamiento de los distintos sistemas, que ha sido continuado por otras organizaciones.

Otro organismo que ha publicado rankings de los sistemas sanitarios, utilizados hasta la saciedad en España, es **Bloomberg.** Este organismo publicó dos rankings, uno sobre eficiencia y otro sobre el nivel de salud.

Los rankings de **eficiencia** de Bloomberg ⁽²⁾ solo tienen en cuenta tres indicadores: la *esperanza de vida* (con un peso del 60%); el *coste relativo*, medido como % de PIB dedicado a sanidad (con un peso del 30%); y, el *coste absoluto*, dólares per cápita (con un peso del 10%). En un ranking previo de 2009, España había obtenido el puesto 8°, pero

en el de 2018 se disparó al 3° sistema más eficiente del mundo, solo superado por Hong Kong y Singapur. No es de extrañar, entre ambas mediciones hubo la crisis económica con sus correspondientes recortes en sanidad, que no afectaron a la esperanza de vida, pero sí de manera muy significativa tanto al coste relativo como al absoluto del sistema. De ahí la mejora.

Bloomberg publica también rankings sobre el **nivel de salud**, analizando 169 países. En la versión de 2019⁽³⁾ España obtiene el n° 1, como país con mejor nivel de salud del mundo, estando previamente en el n° 6 en la edición de 2017. Aquí lo que se mide son tres elementos: *esperanza de vida; riesgos para la salud* (como tabaco y obesidad); y, *aspectos de salubridad general* (como acceso al agua corriente).

Como vemos, ninguno de los rankings de Bloomberg tiene en cuenta aspectos fundamentales del comportamiento del sistema, como la experiencia de los pacientes, los resultados en las diversas patologías, la accesibilidad, el acceso a determinadas terapias, etc. Lo que más pesa en estos rankings es la esperanza de vida, tan influida por otros factores ajenos al sistema sanitario.

Lo anterior no ha impedido a nuestros políticos establecer una correlación directa entre estos rankings y las excelencias del sistema sanitario. Como ha hecho la ministra de Sanidad del momento en reuniones internacionales, por ejemplo, en la Reunión de Alto Nivel sobre Cobertura Sanitaria Universal, celebrada en el seno de la 74ª Asamblea General de la ONU (4) o en reuniones de Ministros de Salud de la Unión Europea (5).

Nos habíamos llegado a creer que teníamos el mejor sistema sanitario del

¹The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance, World Health Organization, 2000

² Miller, LJ, Lu, W

These Are the Economies With the Most (and Least) Efficient Health Care Bloomberg, September 19, 2018

³ Miller, LJ, Lu, W

These Are the World's Healthiest Nations Bloomberg, February 24, 2019

⁴ Carcedo aborda en la ONU incluir la medicina de precisión en la cobertura sanitaria universal Consalud, 23,09,2019

⁵ Carcedo ante la UE: "El SNS es la segunda sanidad más eficiente del mundo" Redacción Médica, 9.12.2019

En otros rankings el sistema sanitario español no queda tan bien

Hay otros rankings, precisamente los que más tienen en cuenta el comportamiento del sistema sanitario, en el que nuestro país ocupa posiciones más modestas.

Es el caso de los publicados por el **Institute for Health Metrics and Evaluation,** de la Universidad de Washington, en Seattle. En estos rankings se analiza la mortalidad en 32 patologías, en 195 países, en la que se establece una relación con el acceso a los cuidados y la calidad.

Se han publicado dos series de este ranking, la primera en 2017 ⁽⁶⁾, para el período 1990-2015, situaba a España en la posición 8. En la segunda, publicada en 2018 ⁽⁷⁾, España pasa a la posición 19, por detrás, entre otros, de Holanda, Australia, Suiza, Italia, Japón, Canadá, Bélgica, Dinamarca y Alemania, pero por delante de países como Francia y Reino Unido. También mide aspectos del comportamiento del sistema sanitario el Euro Health
Consumer Index, publicado por el Healthcare
Consumer Powerhouse, del que se han
publicado ediciones cada año desde el
2014 al 2018 y que en ocasiones ha sido
criticado por su orientación "consumerista".
El conjunto de indicadores se agrupa en
varias categorías: derechos del paciente e
información; accesibilidad; resultados; tipo de
servicios cubiertos; prevención; y, acceso a los
medicamentos. Aplicando estos criterios a
un conjunto de 35 países europeos, España
queda en el puesto 19 en la última serie (2018)
de este estudio (8). Los mayores problemas de

Vemos, por tanto, que los distintos rankings, si no se analiza muy bien lo que miden, pueden llevarnos a conclusiones engañosas y, sobre todo, son susceptibles de utilización interesada.

España tienen que ver con la accesibilidad.

Entonces, ¿no tenemos el mejor sistema sanitario del mundo?

No existe el mejor sistema sanitario del mundo No tenemos el mejor sistema sanitario del mundo, entre otras cosas porque no existe el mejor sistema sanitario del mundo. Como veremos en el Capítulo III, no hay un sistema sanitario ideal.

Tenemos, lo que ya es mucho, un sistema de tipología tradicional europea, con financiación pública y cobertura universal y, en nuestro caso, muy descentralizado. Dentro de los dos tipos de sistemas europeos, aunque ya muy desdibujados, el nuestro es de modelo Servicio Nacional de Salud, inspirado en el *National Health Service* británico, y no del tipo de seguridad social. Estos modelos tipo Servicio Nacional

de Salud son más eficaces en la contención de costes, pero tal vez más restrictivos en cuanto a recursos, lo que puede estar en relación con una mayor insatisfacción. Como ejemplo, ni el sistema británico ni el español han sido capaces de enfrentarse con eficacia al problema de las listas de espera.

Desde esta posición, lo mejor es reconocer los logros, que no son pocos, pero también ser modestos, siendo conscientes de los problemas, y estar abiertos a cambios, aprendiendo de las enseñanzas y experiencias de otros países, no solo europeos, desde una posición ecléctica y abierta.

⁶ GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators
Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015

⁷ GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators Measuring performance of the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016 Lancet 2018; 391:2236-71

⁸Euro Health Consumer Index 2018 Health Consumer Powerhouse, 2019

Un sistema creado para otra sociedad

Los sistemas públicos de salud en Europa, aunque con antecedentes en el siglo XIX, fueron creados fundamentalmente tras la Segunda Guerra Mundial. En España el primer seguro público de salud -quitando un incipiente seguro de maternidad- se creó en 1942. Muchas de las características del actual sistema – como los grandes hospitales y el régimen de personalproceden de aquella época. El sistema se refundó a raíz de la aprobación de la Ley General de Sanidad de 1986.

El sistema fue creado para una sociedad distinta: en esa época la sanidad podía hacer mucho menos y con mucho menor coste; los ciudadanos estaban dispuestos a aceptar una asistencia uniforme en vez de una atención médica personalizada; y, el grupo de los ancianos constituía una pequeña franja de la población.

Pero la sociedad ha cambiado y hoy en día es totalmente distinta. Se han modificado los valores, el nivel económico, los comportamientos, etc. También el sistema sanitario se ha transformado y lo que antes era la actividad médica artesanal con un desarrollo tecnológico muy limitado, se ha convertido en lo que se ha llamado "complejo industrial médico" ⁽⁹⁾.

Algunos de los cambios más significativos son:

• Envejecimiento de la población. El envejecimiento de la población es un fenómeno universal y con repercusiones en múltiples aspectos de la vida. Como decía la anterior Directora General de la Organización Mundial de la Salud (10), por primera vez en la historia la mayoría de las personas pueden aspirar a vivir hasta bien entrados los 60 y más. Este fenómeno no sólo es nuevo, sino además es generalizado (afecta a todos los países del mundo) y será permanente (no volveremos a perfiles demográficos como los del pasado). Esto tiene profundas consecuencias para la salud y los sistemas de salud, su personal y su presupuesto.

En España, según el padrón más reciente⁽¹¹⁾, el porcentaje de población mayor de 65 años es del 19,2%. Sigue

creciendo el número de octogenarios, que ya representan el 6,09% de la población. Los centenarios empiezan a hacerse notar, son 16.303 empadronados. La edad media en 2019 era de 43,3. Era de 32,7 en 1970. Asturias, Castilla y León, Galicia, País Vasco, Aragón y Cantabria son las regiones más envejecidas, con población mayor de 65 años que supera el 21%

• Predominio de enfermedades crónicas.

Los sistemas sanitarios en Europa fueron creados para tratar enfermedades agudas, eran sistemas reparativos, que pretendían la reincorporación del trabajador a su puesto lo antes posible. Estaban basados en contactos episódicos o intervenciones puntuales sobre el paciente. Los conceptos de monitorización, control de la enfermedad, evitación de complicaciones, segmentación de la población, etc. no estaban vigentes.

Las enfermedades crónicas son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Estas enfermedades suelen acompañar al paciente de por vida. Las más frecuentes son las cardiovasculares (por ejemplo, los infartos de miocardio y accidentes cerebro-vasculares o ictus); el cáncer; las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes.

La estrategia asistencial ante estas enfermedades no tiene nada que ver con la que puede tenerse ante enfermedades agudas. En estas se trata de curar la enfermedad. Las enfermedades crónicas no suelen ser curables. La estrategia es distinta: controlarlas, evitar la progresión y las complicaciones, etc. Esto requiere un tipo de contactos continuados con el paciente, así como una implicación de este en su propio tratamiento, que no tiene nada que ver con el que se tenía en una enfermedad aguda.

 Revolución asistencial. Este cambio está facilitado por la innovación tecnológica (imagen médica y genómica, robótica, nuevos medicamentos, cirugía mínimamente invasiva, ...), junto con un Nuestro sistema sanitario fue creado para una sociedad distinta

⁹ Relman, AS The New Medical-Industrial Complex N Eng J Med 1980; 303: 963-970

¹⁰ Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud Organización Mundial de la Salud 2015

¹¹ Instituto Nacional de Estadística, padrón del 1/01/2019, publicado el 22/01/2020

paciente más activo y comprometido; por las posibilidades de conectividad entre todos los agentes implicados en la asistencia; y, por los avances en telemedicina, que permiten ampliar el escenario tradicional dónde se desarrolla la asistencia. Ahora tenemos asistencia en cualquier lugar, incluyendo el domicilio, y a distancia. También por la historia clínica electrónica, que permite un acceso a la información clínica tanto por parte del profesional como del paciente.

El impacto de la nueva ciencia tiene que ver con lo que se llama medicina de precisión, los avances tanto en imagen médica como en genómica; así como con las posibilidades del análisis de datos.

Esto nos va a permitir superar el "café para todos" para avanzar en una medicina más personalizada, adaptando los tratamientos a las características de cada individuo; menos exclusivamente terapéutica, para ser también predictiva y preventiva; y, por último, más participativa, ya que necesariamente va a requerir una mayor implicación del paciente en la toma de decisiones. Lo que se ha venido en llamar medicina de las 4 Ps.

• Nuevas demandas sociales. No solo ha cambiado la tecnología en medicina. Es

que también los pacientes han cambiado. En primer lugar, si es mujer, lo más probable es que trabaje. Lo más seguro es que viva en una familia reducida y con menos posibilidades de cuidadores informales. También, seguramente estará acostumbrado a la sociedad de la información, a la era de internet y a la compra electrónica. Por lo tanto, habituado a la rapidez. Busca soluciones inmediatas. Esto es incompatible con las prolongadas listas de espera, por ejemplo. Vive en una sociedad medicalizada y de consumo, con demandas múltiples por los mismos síntomas que antes podían pasar desapercibidos y requerimiento de pruebas complementarias. También es un paciente informado, lo que se traduce, se exprese así o no, en la demanda de tomas de decisiones compartidas y a abandonar una actitud pasiva, la habitual en pacientes de otros tiempos. Todo lo anterior coexiste con una amplia población mayor con dificultades (físicas y/o culturales) de acceso a las tecnologías de la información. En definitiva, no se puede responder a las demandas de los pacientes actuales con el enfoque profesional y organizativo de hace 30 años.

Todo ha cambiado y, por lo tanto, el sistema sanitario necesita adaptarse a esos cambios.

El sistema se ha mostrado muy reacio a las reformas

El sistema sanitario en España ha mostrado una gran inercia o, como dice la OCDE (12), "resiliencia", al ser capaz de aumentar la actividad incluso con la importante bajada del gasto sanitario público que tuvo lugar entre 2010-2013. Pero también mucha resistencia al abordaje de reformas.

Es un sistema que, en gran medida, vive de las rentas de las grandes reformas que se impulsaron hace ya más de 30 años.

Nos referimos a las reformas derivadas de la Ley General de Sanidad de 1986 o impulsadas en esa época. La Ley General de Sanidad activó fundamentalmente tres reformas: aumento de la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (aunque la tendencia venía desde los años 60, y en 1986 la cobertura era ya del 97%);

descentralización hacia las comunidades autónomas y recentralización de los dispositivos de las entidades locales (si bien el proceso de descentralización a las comunidades se había iniciado en Cataluña, Andalucía y País Vasco antes de la Ley y se hizo en ausencia de instrumentos de cohesión eficaces); e, integración de los hospitales universitarios, hospitales provinciales de Diputaciones y centros de la AISNA en la red del INSALUD.

Hubo otras importantes reformas, no derivadas directamente de la Ley, pero sí coetáneas y tal vez con más impacto que las derivadas de la propia Ley. La reforma hospitalaria, que introduce toda una nueva organización en los hospitales del INSALUD⁽¹³⁾; la reforma de la Atención Primaria⁽¹⁴⁾, basada en Centros de Salud y

¹²OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), España, Perfil Sanitario del país 2017

¹³ Real Decreto 521/1987, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud

¹⁴Real Decreto 137/1984, sobre estructuras básicas de salud

en equipos básicos de salud; y el *sistema de formación MIR*, que, aunque con antecedentes en algunos centros desde 1963, se consolida a partir de 1984 como única vía legal de especialización médica (15).

A partir de ese período operan las dificultades para introducir cambios en el sistema y, por lo tanto, para ir adaptándolo a una sociedad cambiante.

En una reciente publicación (16) se han analizado las principales barreras a los cambios del sistema sanitario en España: barreras sociales, con una opinión pública acostumbrada a una mejora continua de las prestaciones y que desconfía de cualquier cambio; barreras ideológicas, que parecen asimilar la gestión pública con gestión administrativa y servicio púbico con gestión pública, como si no se pudiera ofrecer un servicio público con fórmulas de gestión privadas; barreras corporativas, va que los profesionales han mostrado una tradicional resistencia al cambio del sistema estatutario del personal; y, por último, barreras sindicales, puesto que los sindicatos en general han actuado como un freno ante cualquier planteamiento de cambio.

Pero, aparte de esas barreras que podríamos llamar generales, hay elementos específicos del sistema sanitario español que han actuado como barreras a las reformas. En primer lugar, los rankings internacionales, de los que se ha hecho una interpretación muchas veces abusiva e incorrecta, y que han actuado como un freno a las reformas ("si todo está tan bien, ¿para qué hacer cambios?"); en segundo lugar, las transferencias sanitarias, que tan positivos efectos generales han tenido, pero que han contribuido a dar la impresión de que no hacían falta proyectos generales, "puesto que todo está transferido"; y, en tercer lugar, los **problemas de gobernanza**, al haber hecho las transferencias sin instrumentos de cohesión, lo que dificultaba el ejercicio de un cierto liderazgo compartido por parte del Ministerio de Sanidad, impulsando proyectos de cambio generales. Los intentos posteriores de introducir estos

instrumentos de cohesión, a través de la Ley de Cohesión y Calidad de 2003, en la práctica no se aplican o se aplican mal, aparte de que, probablemente por ser posteriores a la transferencia completa de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las comunidades autónomas, son instrumentos débiles.

Las consecuencias de esta situación es que, aunque desde el Ministerio de Sanidad ha habido aproximaciones valiosas a ciertos temas: crónicos, tabaco, obesidad, etc. y también se ha mostrado útil en casos de gestión de contingencias (gripe A, hepatitis C, ébola, coronavirus, ...), sin embargo, desde este Ministerio ha habido olvido de temas clave que hubieran requerido reformas y replanteamientos generales: gobernanza/cohesión, listas de espera, modelo asistencial, políticas de personal, transformación digital, interacciones sistema público/privado, dotar al Sistema Nacional de Salud de un sistema de información y evaluación común, etc. Diríase que el Ministerio de Sanidad ha renunciado en los últimos lustros a ejercer un papel de liderazgo estratégico, necesariamente compartido, sobre el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Además, incluso se han producido retrocesos en procesos en marcha, como el intento de dotar de cierta autonomía e instrumentos de gestión a los centros asistenciales. Las transferencias significaron, en general, un olvido de los proyectos de autonomía de los centros y una recentralización desde los servicios centrales de salud de las comunidades autónomas. No surgieron nuevas iniciativas de autonomía de gestión de centros y algunas en marcha se desmontaron (como en Galicia, Baleares o

En definitiva, una prolongada parálisis de las reformas en el sistema sanitario, mientras la sociedad a su alrededor cambia por completo.

Todo ello, mientras en otros países europeos, sí que se plantean reformas, como veremos.

Diversas circunstancias han conducido a un cierto inmovilismo y a no plantear reformas generales

¹⁵ Tutosaus Gómez, JD et al Historia de la formación sanitaria especializada en España y sus claves docentes Educación Médica 2018, 19 (4), 229-234

¹⁶ Diez temas candentes de la Sanidad española en 2019, Círculo de Empresarios, 2019

Otros sistemas europeos están abordando reformas

Mientras que, como hemos visto, España tiene dificultades para articular proyectos de cambio y reformas generales en sanidad, otros países europeos, en cambio, se mueven.

Las principales líneas de reforma en Europa se exponen en la Tabla 1.

Tabla 1. Principales líneas de reforma en sanidad en los países europeos

Principales líneas de reforma en sanidad en los países europeos

Agencias especializadas para la gobernanza/cohesión

Esfuerzos en contención de costes

Coordinación asistencial y diseño de nuevos modelos de atención

Transparencia en resultados

Autonomía de las organizaciones asistenciales

Impulso a la e-salud

Responsabilidad profesional

Implicación de los pacientes

Fuente: Elaboración propia

En cambio, otros sistemas europeos, sí que están abordando reformas En lo que se refiere a las **Agencias para la gobernanza/cohesión**, se trata de organizaciones especializadas, en general con una cierta independencia, gobernanza participativa y que actúan en base a la evidencia científica.

Las Agencias, en general, tienen que ver (17) con la *calidad y la actividad clínica*, (como la Care Quality Commission, en el Reino Unido; la Agencia Nacional para la Evaluación de la Calidad en sanidad y organizaciones sociales, en Francia; el *Instituto para la Calidad y la* Eficiencia, en Alemania; el Instituto Nacional para la Sanidad, en Holanda; y, la Agencia para la Salud y Servicios Sociales, en Suecia); con la evaluación de medicamentos (NICE, en el Reino Unido; Consejo de Evaluación de Medicamentos, en Holanda; la Agencia para los Medicamentos, en Noruega; la Agencia para los Medicamentos y Productos Dentales, en Suecia); con *la salud pública* (la *Agencia* de Salud Pública, en Francia; el Instituto Nacional de Salud Pública, en Italia; el Instituto Noruego de Salud Pública, en Noruega); con la evaluación de tecnologías médicas (la Agencia para Productos Médicos, en Suecia); con la transparencia y difusión de la información (la Agencia para la información en atención hospitalaria, en Francia; el Instituto para la Calidad y la Transparencia, en Alemania); con el impulso a la e-salud (ASIP Santé, en Francia; la

Agencia Sueca para la e-salud, en Suecia); y, con la *promoción de los intereses de los pacientes* (*Healthwatch England,* en el Reino Unido).

En cuanto a los **esfuerzos en la contención de costes,** estas son políticas vigentes, ya que, a pesar de la reducción temporal del crecimiento de los gastos sanitarios a raíz de la crisis económica, éstos se están acelerando de nuevo en casi todos los países de la OCDE. Se ha realizado una reciente revisión de las medidas de contención de costes en sanidad y su eficacia relativa ⁽¹⁸⁾.

Otra línea de actuación muy constante es la de **esfuerzos en la coordinación asistencial** y diseño de nuevos modelos de atención.

Algunas constantes son la preocupación por los pacientes crónicos, especialmente con multimorbilidad, por los frágiles y por los ancianos; el impulso a la continuidad asistencial y con los servicios sociales y comunitarios; y, a un refuerzo de los equipos multidisciplinares, muy especialmente del rol de la enfermería.

Por lo que se refiere a los **esfuerzos en la transparencia en resultados**, pondremos dos ejemplos: *Dinamarca*, cuya Web nacional (https://www.sundhed.dk/borger/service/om-sundheddk/ehealth-in-denmark/background/) facilita benchmarking en relación con los servicios, calidad y número de tratamientos realizados; y el *Reino Unido*,

¹⁷ International Profiles of Health Care Systems The Commonwealth Fund, 2017

¹⁸ Stadhouders, N Effective healthcare cost-containment policies: A systematic review Health Policy 123 (2019) 71-79

dónde en el NHS hay una web (https://www.nhs.uk/mynhs/specialties.html), en la que se puede encontrar los resultados de muchas condiciones quirúrgicas y no quirúrgicas por hospital y médico; hay otra (https://www.nhs.uk/mynhs/services.html), para los distintos servicios (dentistas, médicos de atención primaria, hospitales, centros de salud mental,...). En hospitales se puede encontrar desde la ratio de infecciones hospitalarias, a las listas de espera, valoraciones de los pacientes, etc.

En los esfuerzos en la autonomía de las organizaciones asistenciales, en algunos países se ha avanzado mucho dando a estas organizaciones públicas una semiautonomía, particularmente en el ámbito financiero y organizativo. La necesidad de adaptar las organizaciones a las necesidades muy diferentes de los distintos tipos de pacientes y de lograr la adhesión de los profesionales, está en la base de estas iniciativas (19,20). Esto ha ocurrido en la República Checa, Reino Unido, Estonia, Israel, Holanda, Noruega, Suecia, Portugal y España. Especial impulso ha tomado en el Reino Unido, dónde las Foundation Trust, así se llaman estas organizaciones autónomas, ya eran 151 a la altura de 2019.

Todos los países, en mayor o menor grado, están dando un impulso a la e-salud.

Destacan *Dinamarca*, con una Estrategia nacional apoyada por la Agencia Nacional para la eSalud; *Francia*, en la que la ANS (Agence du Numerique en Santé) lidera esos esfuerzos; *Italia*, dónde un "Nuovo Sistema Informativo Sanitario" está siendo implementado desde 2002; *Noruega*, con su Estrategia nacional para las tecnologías de la información en salud, iniciada en 2016; y *Suecia*, que tiene la visión de ser líder mundial en esalud en 2025.

La necesidad de contar con la responsabilidad profesional es también una constante de los cambios en sanidad en Europa. Se parte de que la lógica de la gestión y el profesionalismo no son necesariamente opuestas y que una identificación de los profesionales con la organización es necesaria, y esto solo se logra dando una cierta libertad en las decisiones clínicas e influencia en las decisiones organizativas generales [21, 22].

Por último, hay también un gran interés en lograr la **implicación de los pacientes** en la toma de decisiones, tanto en lo que se refiere a las decisiones clínicas sobre su caso, como en los aspectos organizativos generales ^(23, 24).

Sin embargo, el sistema español tiene problemas, que el no abordaje de reformas impide resolver

Nos referimos a problemas serios de accesibilidad, con prolongadas listas de espera; inadaptación a las necesidades de ciertos pacientes crónicos y ausencia de continuidad asistencial; calidad desigual de resultados a igualdad de patologías; obsolescencia tecnológica; retrasos en la incorporación de determinadas terapias; inequidades en el acceso a ciertas terapias, en dependencia de la comunidad o área de

residencia; profundo malestar profesional; y, continuo deterioro de la percepción pública de la sanidad. Son estos los problemas que analizaremos en el **Capítulo 4.**

Por otro lado, la crisis de la pandemia del coronavirus ha sometido al sistema sanitario español a un "test de stress". Esto obligará a revisar qué estructuras no han pasado esta prueba y qué enseñanzas pueden sacarse de esta experiencia. Lo veremos en el **Capítulo 6.**

El no abordaje de ciertas reformas genera problemas para los pacientes y los profesionales

¹⁹ Governing public hospitals. Reform strategies and the movement towards institutional autonomy WHO-European Observatory on Health Systems and Policies, 2011

²⁰ Governing public hospitals, Eurohealth 19 (1), 2013

²¹ Salvatore, D et al Physician's professional autonomy and their organizational identification with their hospital BMC Health Services Research (2018) 18:775

Professionalism in healthcare professions
HCPC (Health&Care Profession Council), 2014

²³ Seale, B Patients as partners The King's Fund, 2016

²⁴ Eurobarometer Qualitative Study Patient Involvement European Commission, 2012

Capítulo 3

A qué sistema sanitario aspiramos

A qué sistema sanitario aspiramos

Arqueología sanitaria: el debate Bismarck-Beveridge

En el debate sanitario en Europa es bastante frecuente comparar el comportamiento de los sistemas de seguros sociales tipo Bismarck con los de Servicio Nacional de Salud modelo Beveridge (25). En general, la conclusión es que los sistemas tipo Beveridge son más eficaces en la contención de costes. Dicho debate ha consumido ríos de tinta. Pero nuestra posición es abandonar esa discusión tan eurocéntrica de arqueología sanitaria y concentrarnos más, como fuente de inspiración, en las experiencias más innovadoras que están ocurriendo en el mundo.

No partimos de la base de que, como tenemos un sistema de tipología Servicio Nacional de Salud, tenemos necesariamente que convivir con ciertos problemas graves (como las listas de espera), salvo que cambiemos el sistema. Si entre nuestros valores está el dar una asistencia sanitaria con rapidez, derivado en este caso del Pilar Europeo de los Derechos Sociales, tendremos que tratar de evitar el que haya

prolongadas listas de espera, tengamos el

sistema que tengamos. La postura contraria es: "puesto que tenemos un sistema que no podemos o es muy difícil cambiar, no hay más remedio que conformarnos con la existencia de largas listas de espera".

Entre las innovaciones a las que miramos están muchas en Estados Unidos, aunque no únicamente. Tal vez convenga adelantarse aquí a ciertas críticas, ¿cómo es posible que el sistema americano, con sus problemas de alto coste e insuficiente cobertura, puede dar lecciones a los sistemas europeos? Puede hacerlo, porque, aparte de esos problemas, que no pretendemos copiar, el sistema americano es un auténtico laboratorio de innovación en sanidad, del que pueden extraerse muchas enseñanzas para nuestro entorno.

Vamos, entonces, antes de enumerar los valores del sistema sanitario que defendemos, a analizar muy brevemente muchas experiencias y planteamientos innovadores relevantes, algunos de ellos procedentes de Estados Unidos y otros de diferentes partes del mundo.

No hay ningún sistema sanitario ideal

Cada sistema sanitario es hijo de la historia, la economía y la cultura de cada país. Todos tienen rasgos comunes y elementos diferenciales. Sería ingenuo buscar un país con el mejor sistema para copiarlo. Por otra parte, la creación de sistemas sanitarios en países en desarrollo ofrece muchas enseñanzas a los viejos sistemas de los países industrializados. La *innovación*

inversa—la que viene de los países en desarrollo hacia los desarrollados— opera aquí de manera clara. Descartemos, pues, encontrar el sistema ideal. Lo que sí debemos buscar es inspiración en experiencias relevantes en muchos de ellos. Por ejemplo, las que se mencionan en la **Tabla 2**.

Tabla 2. Experiencias inspiradoras en algunos sistemas sanitarios

Flementos inspiradores de ciertos sistemas sanitarios

Valores del Servicio Nacional de Salud británico

Atención primaria en Israel

Servicios comunitarios en Brasil

Atención mental en Australia

Promoción de la salud de los países nórdicos

Empoderamiento de los pacientes y de la comunidad en algunas partes de África

Investigación y desarrollo en Estados Unidos

Innovación en la provisión en la India

Tecnologías de la información en Singapur

Atención a los mayores en Japón

Modelo de trasplantes y de formación de los médicos en España

Fuente: (26) (modificado)

Valores del Servicio Nacional de Salud británico

Aunque no hay un sistema sanitario ideal, hay experiencias inspiradoras en muchos países

El Servicio Nacional de Salud británico representó el primer sistema universal establecido en 1948, tras la II Guerra Mundial. Su primera Constitución, inicialmente publicada en 2012 y actualizada en el 2015⁽²⁷⁾, refleja muy bien sus valores: "el Servicio Nacional de Salud pertenece al pueblo y existe para mejorar nuestra salud y bienestar, ayudándonos a mantenernos mental y físicamente bien, encontrarnos mejor cuando estamos enfermos, y no podemos recuperarnos por completo, con el fin de estar lo mejor posible hasta el fin de nuestras vidas. Trabaja con lo más avanzado de la ciencia- aportando los mayores niveles de conocimiento humano y experiencia

para salvar vidas y mejorar nuestra salud. Afecta a nuestras vidas en momentos clave de necesidades humanas básicas, cuando el cuidado y la compasión es lo que más importa".

Es difícil expresar mejor el papel de un sistema de salud. Tal vez lo único que echamos en falta es una mención a la responsabilidad individual en el mantenimiento de la propia salud. Se ha dicho que el Servicio Nacional de Salud es lo más parecido a una religión para los ingleses. Como en todas las religiones, en general para bien y a veces para mal, los cambios son muy difíciles.

Atención primaria en Israel

De acuerdo con estándares internacionales, Israel tiene un buen sistema sanitario, con muy buenos resultados en salud y un gasto moderado. En gran medida, esto puede ser atribuido a una excelente atención primaria, dependiente de las cuatro aseguradoras importantes. Las aseguradoras actúan tanto como financiadoras y como proveedoras para servicios preventivos, de

atención primaria y comunitaria. Disponen de unidades de atención continuada y domiciliaria. En general, puede accederse a un médico primario en el mismo día. También está desarrollada la telesalud y las consultas *on line*. Cada ciudadano tiene una identificación única, lo que permite la monitorización de la calidad de la atención que recibe.

²⁶ Britnell, M In Search of the Perfect Health System Palgrave, 2015

²⁷ NHS Constitution for England, https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england, consultado 10 mayo, 2020

Servicios comunitarios en Brasil

A pesar de todos sus problemas, que quedaron claros durante las manifestaciones a raíz de la Copa Mundial de Fútbol en 2014, la Constitución de 1988 introdujo en Brasil el SUS (Sistema Único de Salud) y el PSF (Programa de Salud de Familia). El SUS es uno de los servicios de salud universales mayores del mundo y pretende actuar a través del PSF, servicios ofrecidos a grupos de población de en torno a 4.000 habitantes, con equipos comunitarios que

incluyen médico, enfermera, auxiliar y hasta 6 trabajadores sociales de extracción local. Dan servicio a entre 100 y 150 hogares a los que visitan cada mes, con independencia de la necesidad y la demanda. Ofrecen servicios de inmunización, promoción de la salud, gestión de enfermedades y *screening*. Mientras que los países desarrollados tienen que luchar con un sistema muy fragmentado, Brasil ofrece una solución innovadora.

Atención mental en Australia

Un informe reciente del Foro Económico Mundial y la Universidad de Harvard dice que el coste de las enfermedades mentales en las próximas dos décadas será mayor que el gasto combinado del cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias (28). Sin embargo, la atención mental ha sido tradicionalmente infrafinanciada y marginada.

Australia ha llevado a cabo progresos recientes en los servicios mentales, desde el tradicional modelo hospitalario, que "almacenaba" a los enfermos, a un sistema comunitario proactivo. Estos planes se inician en 1992 con una *Estrategia Nacional en Salud Mental*⁽²⁹⁾, actualizada cada cinco años

Promoción de la salud de los países nórdicos

Aunque los cinco países nórdicos (Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia) no tienen características homogéneas en políticas sanitarias, disponen de modelos de bienestar similares en los que el Estado juega un rol dominante en la formulación de políticas de salud. Todos se comportan muy bien en los

factores de riesgo ligados a los estilos de vida: tabaco, consumo de alcohol, índices de obesidad y ejercicio. Los países nórdicos han desarrollado estrategias de prevención no sólo conectando instituciones nacionales y entidades locales, sino también, de forma progresiva, implicando al sector público y al privado.

Empoderamiento de los pacientes y de la comunidad en algunas partes de África

Precisamente por el hecho de que el África subsahariana tiene sólo el 3% de los trabajadores de salud y el 25% de la carga de enfermedad del planeta⁽³⁰⁾, se ha desarrollado en el continente africano una innovación consistente en formar a pacientes y comunidades como cuidadores. Dada la creciente escasez de médicos y enfermeras, todos los países pueden beneficiarse de mayores niveles de activación de los pacientes, que, según muchos estudios, pueden reducir los costes.

The global economic burden of non-communicable diseases

World Economic Forum and Harvard School of Public Health, 2011

http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf,
copsultation_23_wile_2020

²⁹ Australian Government, Department of Health National mental health strategy, http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/mental-strat, consultado 10 mayo, 2020

30 Crisp, N, Chen, L Global Supply of Health Professionals N Engl J Med (2014) 370, 10950-957

^{28 &}lt;sub>Bloom, D</sub> et al

Investigación y desarrollo en Estados Unidos

No siempre se reconoce que la investigación y desarrollo, en la que Estados Unidos es líder indiscutible, puede aportar beneficios globales a todos los países. Los *Institutos Nacionales de Salud*⁽³¹⁾ son el mayor financiador de investigación biomédica en el mundo. En las categorías de ciencias básicas, diagnóstico y terapias, los Estados Unidos han contribuido más que ningún otro país.

La innovación en Estados Unidos no sólo afecta a las ciencias biomédicas, sino también a determinados aspectos de gestión y organización de los servicios. Los ejemplos de *Kaiser Permanente*, *Geisinger Health System* o *Virginia Mason* han dado ejemplos al mundo de innovación en distintos aspectos de gestión. A veces se infravalora lo que procede en este ámbito de Estados Unidos, dado su sistema general, pero este país es un laboratorio de experimentación, que ofrece enseñanzas en muchos campos. No hace falta comulgar con el modelo general sanitario americano para reconocer valiosos elementos innovadores.

Innovación en la provisión en la India

Muchas instituciones en la India, el *Centro Oftalmológico Aravind* y los *hospitales Apollo*, entre otros, son ejemplos de máxima calidad con extrema eficiencia, realizando muchas intervenciones y actuaciones sanitarias a una fracción del coste que en cualquier país

desarrollado. Una sabia combinación de actuación de médicos y otros profesionales, junto con una muy bien definida estandarización de los procesos, están en la base de este logro, que es un buen ejemplo de innovación inversa.

Tecnologías de la información en Singapur

Los hospitales públicos han estado compartiendo información de los pacientes desde 2004, pero la introducción de la *Historia Clínica Nacional* en 2011 significó un punto de avance. Esto permitió que, de forma progresiva, todos los hospitales, servicios comunitarios, médicos generales y residencias de larga estancia pudieran estar conectados, permitiendo así el análisis de la información clínica, financiera y operativa.

En el informe Connected Health⁽³²⁾ se resalta el foco que pone Singapur en el paciente como centro del sistema. Dice que el 40% de los pacientes en este país tiene acceso a su información médica, lo que hay que comparar con el 17% en Estados Unidos en ese momento. En su encuesta de ocho países, Singapur destacaba en todos los indicadores.

Atención a los mayores en Japón

Como es bien conocido, Japón tiene una larga esperanza de vida. También se sabe que más de un cuarto de los japoneses tienen más de 65 años. Pero se conoce menos que su población va a disminuir pasando de 122 millones en 2015 a 90 en 2055.

Japón tomó una decisión de alcance en el año 2000 al introducir un sistema de seguro a largo plazo obligatorio para todos⁽³³⁾. Todas las personas por encima de 40 años pagan para este esquema, que ofrece servicios sociales a todos los mayores de 65 años, sobre la base exclusivamente de la necesidad. La capacidad de pagar no forma parte del proceso de evaluación, pero hay un copago para algunos servicios de aproximadamente el 10%. Japón tiene una larga tradición de servicios en el hogar prestados por las familias, pero este modelo está cambiando, a medida que las familias extensas disminuyen. El proceso de evaluación nacional está soportado por un sistema de proveedores diversos y elección individual.

³¹ National Institutes of Health, https://www.nih.gov, consultado 10 mayo, 2020

³² Connected Health Accenture, 2012

³³ Ministry of Health, Labour and Welfare Long-term Care Insurance in Japan http://www.mhlw.go.jp/english/topics/elderly/care/, consultado 10 mayo, 2020

Modelo de trasplantes y de formación de los médicos en España

Si queremos referirnos a excelencia en el Sistema Nacional de Salud, tenemos que mencionar los trasplantes. Y eso requiere hablar de la *Organización Nacional de Trasplantes (ONT),* la unidad técnica operativa, fundada en 1989, encargada de realizar funciones relacionadas con la obtención de órganos, tejidos y células. También un ejemplo de que los incentivos salariales funcionan.

Hay también una coincidencia unánime en que el *sistema de formación MIR* es uno de los elementos de excelencia del Sistema Nacional de Salud y garantía de su calidad. El secreto es dotar permanentemente al sistema de profesionales perfectamente entrenados y formados.

En resumen, no se trata de identificar el mejor modelo, sino de analizar las mejores prácticas allá dónde se den. Sin olvidar que en sanidad estará muy vigente la innovación inversa y muchos avances y experiencias en países en desarrollo serán muy útiles en los países desarrollados y pueden contribuir a dinamizar sus potentes, pero a veces anquilosados, sistemas sanitarios.

Si no hay ningún sistema ideal, ¿todo vale?

Sabemos que no hay ningún sistema ideal y por lo tanto la solución no consiste en identificarlo y copiarlo. Implícitamente, esto significa que el sistema español no es el ideal ya que, como hemos dicho, no hay un sistema ideal.

Ahora bien, el hecho de que no haya un sistema ideal no quiere decir que todo valga y que no se pueda extraer ninguna enseñanza del análisis de los sistemas.

Seguramente podrán sacarse otras muchas enseñanzas, pero podrían resumirse en siete, tal y como se presentan en la **Tabla 3**.

Tabla 3. Enseñanzas del análisis de los sistemas sanitarios en el mundo

Algunas enseñanzas del análisis de los sistemas sanitarios

El papel de los gobiernos es clave

La cobertura universal es un elemento fundamental de la agenda de transformación de los sistemas

La gobernanza global es una necesidad

La atención primaria es clave en la provisión de los servicios

El pago por acto puede tener efectos negativos

Europa tiene que equilibrar el papel del Estado con el ejercicio de la responsabilidad individual y colectiva

Sanidad es un derecho, compatible con la actividad empresarial privada alineada con las prioridades públicas

Fuente: Elaboración propia

Cuando decimos que **el papel de los gobiernos es clave,** queremos decir que cualquier sistema sanitario bien organizado requiere un papel muy activo y un impulso político desde el gobierno.

La **cobertura universal** es la idea-fuerza más influyente en el conjunto de los sistemas sanitarios en el mundo. Tiene sentido desde el punto de vista global y económico y está incluida en la *Agenda Mundial de Desarrollo*.

La **gobernanza global** es una necesidad, puesto que muchos de los retos de salud a los que nos enfrentamos no tienen una solución exclusivamente nacional. No hace falta explicar mucho este concepto, tras la experiencia de la pandemia del coronavirus.

Hay suficiente evidencia de que la **atención primaria** es clave, si queremos una provisión de servicios de calidad y a un coste razonable, sin la utilización no justificada e intensiva de tecnologías y especialistas.

Que el **pago por acto** puede tener efectos negativos es algo bien conocido, sobre todo por los americanos, que llevan años evolucionando desde el "pago por acto" a la asistencia gestionada. Este es, por cierto, uno de los puntos fuertes del sistema público español.

Los ciudadanos europeos, tal vez más los de cultura mediterránea frente a los centroeuropeos o nórdicos, están muy acostumbrados a delegar todas sus responsabilidades sanitarias en el Estado.

Por supuesto que la sanidad es un derecho y en eso Europa ha sido una adelantada, pero eso no impide equilibrar este papel con el ejercicio de responsabilidades individuales y colectivas en el mantenimiento de la salud. Sanidad es un derecho, y los gobiernos deben establecer las prioridades públicas que garanticen el ejercicio de ese derecho. Lo cual puede ser compatible con el funcionamiento en los sistemas públicos de empresas privadas, si aportan valor en el logro de esas prioridades públicas. Esto es lo habitual en sociedades plurales, tan alejadas de los regímenes de monopolio -sean estos públicos o privados-.

Referencias de interés

No queremos avanzar en la exposición de los valores del sistema sanitario que nos gustaría tener sin referirnos a algunas referencias globales inspiradoras de esos valores.

Pilar Europeo de los Derechos Sociales

Este documento, que establece los derechos de la ciudadanía europea, fue aprobado por el Parlamento Europeo, por el Consejo de Europa y la Comisión Europea el 17 de noviembre de 2017 ⁽³⁴⁾. En su punto 16 se dice: *"Toda persona tiene derecho a acceso rápido*

a atención sanitaria asequible, de carácter preventivo y curativo y de buena calidad".

Lógicamente, este punto inspira la característica fundamental del sistema sanitario que nos gustaría tener.

Carta Internacional de Valores Humanos en la Sanidad

Esta carta corresponde a una iniciativa iniciada en 2011 y que tuvo su origen en Australia. Los cinco valores inspiradores de la carta se reflejan en la **Tabla 4**.

Tabla 4. Principios de la Carta Internacional de los Valores Humanos en la Sanidad

Valores de la Carta Internacional de Valores Humanos en Sanidac

Compasión (el término en inglés "compassion" se traduciría mejor por "ponerse en lugar del otro")

Respeto por las personas

Compromiso con la integridad y práctica ética

Compromiso con la excelencia

Justicia en la atención sanitaria

Fuente: (35)

Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud sacó en el año 2000 un informe que establecía un ranking del comportamiento de todos los sistemas sanitarios en el mundo. El informe fue muy criticado por razones metodológicas.

Sin embargo, siguen teniendo interés los criterios que utilizaba para valorar

los sistemas: *Salud* (nivel y distribución); *Capacidad de respuesta* (Nivel y distribución); *Justicia en la contribución financiera*; y, *Gastos en salud.*

Estos elementos inspiran también los valores del sistema que queremos.

³⁴ El Pilar Europeo de Derechos Sociales en veinte principios Comisión Europea, https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights/european-pillar-s

³⁵ Rider, EA, et al

The International Charter for Human Values in Healthcare: An interprofesional global collaboration to enhance values and communication in healthcare

Patient Education and Counseling 96 (2014): 273–280

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399114002729, consultado 23 julio 2020

La preocupación por la seguridad del sistema sanitario

La gran preocupación sobre la seguridad de los sistemas sanitarios fue reforzada a partir de la publicación **Errar es humano** (36), que causó un impacto extraordinario. Fue publicado en tiempos de la presidencia de Clinton en 1999. Demuestra que en Estados Unidos había más muertos por errores

médicos en hospitales, que por problemas de salud tan comunes como los accidentes de tráfico, el cáncer de mama o el SIDA.

Esto demuestra que la preocupación por la seguridad de los sistemas sanitarios debe estar muy presente.

La iniciativa del "Cuádruple objetivo" del Institute for Healthcare Improvement

El Institute for Healthcare Improvement, dirigido por Donald Berwick, fue el iniciador, en el año 2008⁽³⁷⁾, del movimiento de los **Triple objetivo** (Triple aim), como movimiento inspirador de la estrategia de las organizaciones sanitarias:

- Mejorar la experiencia del paciente
- Mejorar la salud poblacional
- Reducir el coste por paciente

En el año 2017 se añadió un cuarto componente (38): la experiencia de los profesionales, reconociendo el hecho de que sin una buena experiencia profesional es imposible lograr los otros objetivos.

Una forma gráfica de lo que representa el movimiento del "Cuádruple objetivo" se representa en la **Figura 6**.

Figura 6. Los componentes del "Cuádruple objetivo"

- Intervenciones efectivas
- Menos enfermedades prevenibles
- Disminución de las disparidades
- Satisfacción
- Calidad
- Confianza



- Menor coste per cápita
- Gasto y utilización adecuados
- Profesionalismo
- Pasión por su trabajo
- Selección & Retención

Fuente: (39)

The Triple Aim: Care, Health and Cost Health Affairs 27, 3 (2008): 759-769

38 Feeley, D

The Triple Aim or the Quadruple Aim? Four point to Help Set your Strategy Institute for Healthcare Improvement, November 28, 2017

³⁹ Manchanda, R HealthBegins, 2015 El Cuádruple objetivo pone el énfasis en cuatro valores fundamentales

³⁶To Err is Human: Building a Safer Health System Institute of Medicine, 1999

³⁷ Berwich, DM et al

Los planteamientos del Institute of Medicine

El Institute of Medicine, fundado en 1970, y que ahora se denomina National Academy of Medicine, es una de las tres academias americanas, que funcionan como instituciones privadas sin ánimo de lucro, que facilitan asesoría en materias de ciencia, tecnología y salud.

El Institute of Medicine publicó dos documentos fundamentales, con gran influencia en los sistemas sanitarios: el primero en 2001, titulado *Crossing the Quality Chasm*⁽⁴⁰⁾, y el segundo en 2013, *Best care at lower cost*⁽⁴¹⁾.

El primero de ellos establece los *seis objetivos* para los sistemas sanitarios del siglo XXI:

- Seguro
- Efectivo
- Centrado en el paciente
- Rápido
- Eficiente
- Equitativo

El segundo documento, desarrolla *la idea de crear sistemas que aprenden continuamente.* Para ello propone:

- Generar y aplicar conocimiento en tiempo real, creando capacidades informáticas para generar, comunicar y aplicar el nuevo conocimiento.
- Implicar a los pacientes, familias y comunidades, ya que una implicación mayor de los pacientes se asocia con mejor experiencia de la asistencia, más salud y mejores resultados económicos.
- Logrando y reconociendo el valor en la asistencia sanitaria, ya que el sistema actual de pagar por actos individuales impulsa el derroche y la asistencia no efectiva.
- Creando una nueva cultura de atención, puesto que estos cambios requieren una nueva cultura, incentivos alineados y fuerte liderazgo.

El modelo centrado en el paciente, según el Instituto Picker

El **Instituto Picker,** una organización sin ánimo de lucro que celebró su 20 aniversario en 2020, se ha preocupado de definir los ocho atributos de lo que se entiende por "centrado en el paciente", tal y cómo figuran en la **Tabla 5**.

El Instituto Picker ha concretado en qué consiste tener al paciente en el

Tabla 5. Principios del Instituto Picker de la Atención centrada en el paciente

Principios del Instituto Picker de la Atención centrada en el paciente

Acceso rápido a atención sanitaria de calidad

Tratamiento efectivo dado por profesionales cualificados

Continuidad de la atención y transición fácil entre los distintos niveles de atención

Implicación y apoyo a la familia y cuidadores

Información clara, comunicación y ayuda para el auto-cuidado

Implicación en las decisiones y respeto por las preferencias individuales

Ayuda emocional, empatía y respeto

Atención a las necesidades físicas y al entorno

Fuente: (42)

Naturalmente, todos estos puntos forman parte del modelo que queremos.

⁴⁰ Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century Institute of Medicine, 2001

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25057539/, consultado 23 julio 2020

⁴¹ Best Care at Lower Cost. The Path to Continously Learning Health Care in America Institute of Medicine, 2013

https://www.nap.edu/catalog/13444/best-care-at-lower-cost-the-path-to-continuously-learning, consultado 23 julio 2020

⁴² Person-centred care in Europe Picker Institute Europe, 2016

https://www.picker.org/wp-content/uploads/2016/02/12-02-16-Policy-briefing-on-patient-centred-care-in-Europe.pdf?utm_source=The%2520King%2527s%2520Fund%2520newsletters&utm_medium=email&utm_campaign=6784245_HMP%25202016-02-19&dm_i=21A8,41ER9,FLWRH5,EMLI4,1, consultado 23 julio 2020

Los planteamientos del Value-based healthcare (Asistencia sanitaria basada en el valor)

Los planteamientos del *Value-Based Healthcare* han tenido una gran influencia en todos los sistemas sanitarios. Este movimiento tiene su origen en las ideas de Michael Porter, expresadas en su artículo de 2010, en el que hablaba de lo que era el valor en sanidad e identificaba el valor como el valor ofrecido a los pacientes y que estaba en relación con la condición clínica⁽⁴³⁾. No tiene la misma percepción de lo que es importante y valioso un paciente de prótesis de cadera, que otro con un infarto de miocardio, o que un tercero con un cáncer de pulmón, por ejemplo. Cada uno de ellos

tendrá expectativas distintas y valorará diferentes aspectos.

El Value-Based Healthcare busca la reducción del coste de la prestación sanitaria, al tiempo que se incrementa la calidad y la satisfacción del paciente. Parte de la base de que, en gran medida, las prestaciones sanitarias del siglo XXI se dan en organizaciones, estructuras, prácticas de gestión y modelos de pago más propios del siglo XIX.

Los principios del *Value-Based Healthcare* se presentan en la **Tabla 6**.

Tabla 6. Principios del Value-Based Healthcare (Asistencia sanitaria basada en el valor)

Principios del Value-Based Healthcare (Asistencia sanitaria basada en el valor)

- 1. El valor en la asistencia sanitaria es lo que es valor para el paciente
- 2. Para dar valor, hay que reorganizar las estructuras para que cubran todo el ciclo asistencial
- 3. El valor es dado por la experiencia y los conocimientos del proveedor sobre la condición médica
- 4. El valor y los resultados deben medirse
- 5. El reembolso debe estar alineado con el valor
- 6. Debe disponerse de una infraestructura informática capaz de recoger el valor y los resultados

Fuente: (44)

Estos planteamientos tienen unas consecuencias para los proveedores, los aseguradores y los gobiernos.

La Asistencia
Basada en el Valor
identifica lo que es
el valor en sanidad
y que la condición
clínica determina
el valor para los
pacientes

⁴³ Porter, ME What is Value in Healthcare? N Engl J Med (2010), 363, 26: 2477-2481

⁴⁴ Porter, ME Value-Based Healthcare Delivery Sao Paulo, Brazil, October 20, 2008

Los valores del profesionalismo deben ser tenidos en cuenta por todas las organizaciones sanitarias

El profesionalismo

El principio del profesionalismo es que las profesiones sanitarias, fundamentalmente los médicos, pero todas, tienen unos valores con los que las directrices y las políticas de la organización dónde prestan sus servicios no pueden colisionar.

Al mismo tiempo, estos principios deben ser conocidos e impulsados por las organizaciones, ya que son la mayor garantía de "buen hacer". No hay norma interna, directriz, protocolo, instrucciones o cualquier elemento de la organización que tenga más fuerza en la conducta de los profesionales que los valores y actitudes que proceden del profesionalismo.

La **Charter on medical professionalism** (Carta del profesionalismo médico) fue publicada en 2002 ⁽⁴⁵⁾.

Los principios y compromisos de esa Carta se representan en la **Tabla 7**.

	_				
Tabla 7	l a Carta	del Pi	rofesior	nalismo	Médico

Carta del profesionalismo médico				
Principios fundamentales	Compromisos			
De primacía del bienestar del paciente	Con la competencia profesional			
De autonomía del paciente	De confidencialidad con el paciente			
De justicia social	De mantener las adecuadas relaciones con el paciente			
	Con la mejora del acceso a la asistencia			
	Con una justa distribución de recursos finitos			
	Con el conocimiento científico			
	Con mantener la confianza, gestionando los conflictos de interés			
	Con las responsabilidades profesionales			

Fuente: Charter on medical professionalism, 2002

Este mismo movimiento del profesionalismo se da en todas las profesiones sanitarias, muy particularmente entre la enfermería ⁽⁴⁶⁾.

Los principios de las decisiones clínicas compartidas

El médico ya no es el único decisor, también el paciente La práctica médica siempre partía del principio del médico como "único decisor". Esto ha evolucionado hacia el principio de las decisiones clínicas compartidas, dónde las decisiones se toman en diálogo con el paciente y teniendo en cuenta sus preferencias y valores.

El proceso de decisión clínica compartida ha sido definido como un *"enfoque donde* los clínicos y los pacientes comparten las mejores pruebas científicas disponibles cuando se encuentran con la tarea de tomar decisiones, y en el que los pacientes son ayudados para considerar opciones, con el fin de alcanzar preferencias informadas (47,48). El sistema de decisiones clínicas compartidas es, por lo tanto, un proceso en el cual los clínicos y los pacientes trabajan juntos para seleccionar pruebas, tratamientos y

⁴⁵ Medical professionalism in the new millenium: a physician's charter Lancet 2002: 359:520-22

⁴⁶ Luengo-Martínez, C et al Profesionalismo en enfermería: una revisión de la literatura Enfermería Universitaria 2017; 14 (2): 131-142

⁴⁷ Barry, MJ et al Shared Decision Making – The Pinnacle of Patient-Centered Care N Engl J Med 2012; 366 (9): 780-1

⁴⁸ Elwyn, G et al Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice J Gen Intern Med, 2012, 27 (10): 1361-7

el conjunto de la gestión de la enfermedad, siempre basándose en la evidencia clínica y las preferencias informadas del paciente. Hacemos énfasis en lo de trabajo conjunto, ya que el proceso requiere un sobreesfuerzo para el clínico y una implicación del paciente.

Orientación a crónicos

Cuando se constituyeron la mayoría de los sistemas sanitarios, después de la II Guerra Mundial, predominaban las enfermedades agudas y los sistemas, por lo tanto, estaban orientados a enfrentarse a ese tipo de patología. Ahora la epidemiología ha cambiado por completo y lo que predominan son las enfermedades crónicas, que requieren un abordaje, un seguimiento,

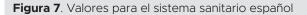
una implicación del paciente, un entorno asistencial y unos perfiles profesionales totalmente distintos.

Son muchas las contribuciones que se han hecho en esa línea y no vamos a explicarlas aquí. Pero si queríamos mencionar el *modelo de Wagner*⁽⁴⁹⁾, el de *Kaiser Permanente*⁽⁵⁰⁾ y, en nuestro medio, el representado por la *Declaración de Sevilla*⁽⁵¹⁾.

Orientar el sistema hacia los crónicos es el gran cambio

Valores del sistema sanitario que defendemos

Basándonos en estas experiencias; en los nuevos planteamientos que están influyendo en todos los sistemas sanitarios; y, también en la experiencia reciente de nuestro sistema sanitario español, hacemos un planteamiento de valores para el mismo que se reflejan en la **Figura 7**.





Fuente: Elaboración propia

De forma muy rápida, comentaremos lo que hay detrás de cada uno de estos valores.

Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Eff Clin Pract 1998, 1 (1):2-4

⁴⁹ Wagner, EH

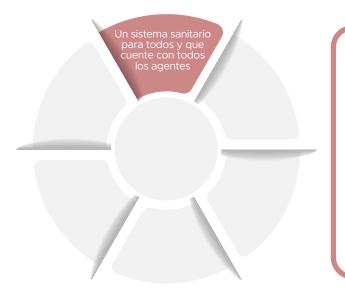
⁵⁰ Improving care for people with long term condition NHS, Institute for Innovation and Improvement, 2006

⁵¹ Declaración de Sevilla Rev Clin Esp (2011):211, 11:604-606

Un sistema sanitario para todos y que cuenta con todos los agentes

Los atributos de este primer componente se reflejan en la Figura 8.

Figura 8. Un sistema sanitario para todos y que cuente con todos los agentes



- Unos servicios sanitarios para todos
- Con un sistema público reforzado
- Con un sistema privado colaborando en el servicio público
- Que valore todos los components de la cadena de valor, incluyendo las empresas farmacéuticas, de tecnología médica y de tecnología de la información en sanidad
- Con una gobernanza que asegure la participación de todos los agentes en la toma de decisiones

Fuente: Elaboración propia

Unos servicios sanitarios para todos

En toda Europa hay unos servicios sanitarios universales o cuasi universales y el sistema sanitario español está comprometido con este valor. Por otra parte, los servicios de salud universales, hasta hace poco una característica de Europa y las economías desarrolladas, se está extendiendo y es, probablemente, el cambio sanitario de mayor impacto en el mundo.

Con un sistema público reforzado

La crisis de 2008 ha producido unos recortes en el sistema sanitario público en cuatro años seguidos: de 2010 a 2013. Esto debilitó al sistema, si bien, gracias a su resiliencia, fue capaz de mantener o incluso aumentar la actividad.

No hay sistema sanitario de calidad sin un sistema público bien dotado de medios materiales y humanos. Esto es incompatible con los recortes periódicos, máxime en un sistema que ya está en el límite bajo de gasto sanitario per cápita entre los países de la eurozona.

Las reivindicaciones que reclaman un refuerzo del sistema público nos parecen perfectamente justificadas y merecedoras de apoyo.

Con un sistema privado colaborando con el servicio público

El sistema sanitario privado tiene también sus recursos materiales y humanos, que bien pueden utilizarse en el servicio público.

Esto es lo que se ha visto durante la pandemia del coronavirus y sin duda la utilidad del sistema privado puede aplicarse – con la consiguiente evaluación- a otros muchos problemas del sistema, sin necesidad de sufrir una pandemia.

Los recursos privados en sanidad pueden ser, como en otros muchos países, tanto sin ánimo de lucro (de la Iglesia y otras entidades) como comerciales. No compartimos las reservas que algunos tienen en cuanto a la participación de las empresas privadas comerciales en el servicio público. Al contrario, creemos que es una obligación de los poderes públicos regular esta situación y fijar las reglas de juego, que deben basarse en la transparencia, la evaluación y la seguridad jurídica.

La participación del sector privado en el servicio público puede ser un elemento de estímulo y emulación para el sector público, y por lo tanto beneficioso para el mismo. El sector privado puede contribuir a la mejora del servicio público

Que valore todos los componentes de la cadena de valor, incluyendo las empresas farmacéuticas, de tecnología médica y de tecnologías de la información en salud

Estas empresas no son menos proveedores, ni siquiera cabe catalogarlas de "partners", como ha veces se ha hecho para resaltar su importancia. Son mucho más, son elementos fundamentales de la cadena de valor de cualquier sistema. No puede haber un sistema sanitario de calidad sin unas empresas farmacéuticas, de tecnología médica y de tecnologías de la información en salud punteras y comprometidas con el sistema.

La implicación de este tipo de empresas en la cadena de valor general del sistema sanitario ha sido incluso representada gráficamente ⁽⁵²⁾.

El disponer de unas empresas farmacéuticas, de tecnologías médicas y de tecnologías de la información nacionales dispuestas a competir en el mundo y con voluntad exportadora; de unas empresas multinacionales en esos campos deseosas de invertir en nuestro país; y, todas ellas colaborando con el sistema sanitario en investigación e innovación, es una de las fortalezas del sistema y algo a reforzar en el que queremos.

Todos los componentes de la cadena de valor deben ser tenidos en cuenta

Con una gobernanza que asegure la participación de todos los agentes en la toma de decisiones

La idea básica es que la gobernanza en el sistema sanitario español no es un problema solo entre gobiernos (Gobierno central, más gobiernos de las comunidades autónomas).

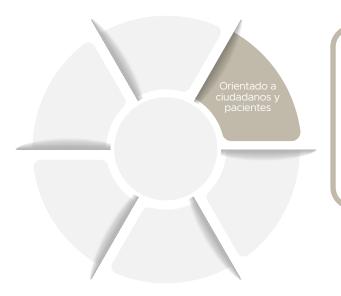
En esa gobernanza tienen que participar y tener un papel central todos los agentes del sistema: empresas, asociaciones de pacientes, profesionales, sociedades científicas, sector privado, etc.

⁵² Conway. K

Orientado a los ciudadanos y pacientes

Los componentes de la orientación a los ciudadanos y pacientes se reflejan en la Figura 9.

Figura 9. Orientado a los ciudadanos y pacientes



- Impulso a la responsabilidad personal en el mantenimiento de la salud
- Énfasis en el empoderamiento del paciente
- Que valore la experiencia del paciente
- Con un papel destacado para las asociaciones de pacientes y sociedad civil

Fuente: Elaboración propia

Impulso a la responsabilidad personal en el mantenimiento de la salud

No hay asistencia sanitaria de calidad sin una responsabilización del paciente con el mantenimiento de su propia salud. Esto siempre ha sido verdad, pero especialmente ahora con el predominio de enfermedades crónicas.

Énfasis en el empoderamiento del paciente

El Sistema Nacional de Salud, como todos los que responden a la tipología de Servicio Nacional de Salud, hacía más énfasis en las facultades de la Administración que en la iniciativa del paciente, más presente en los modelos de seguros sociales.

Esto se ha modificado en muchos países, al poner más peso en el valor de la iniciativa del paciente y su derecho de opción.

El refuerzo de este planteamiento, particularmente del derecho de opción para el paciente, es una característica del sistema sanitario que queremos.

Que valore la experiencia del paciente

La experiencia del paciente, algo a medir

La experiencia del paciente es un componente esencial de la calidad de la asistencia sanitaria, como ya puso de manifiesto el movimiento del *"Cuádruple objetivo".*

Medir esa experiencia y poner en marcha acciones de mejora es una necesidad.

Con un papel destacado para las asociaciones de pacientes y sociedad civil

El asociacionismo de pacientes es un gran valor de nuestro sistema sanitario.

Las asociaciones de pacientes deben ser tenidas en cuenta en cualquier decisión que, directa o indirectamente, afecte a los pacientes. Lo mismo cabe decir en cuanto a otra representación de la sociedad civil.

Un modelo asistencial adaptado a las nuevas demandas sociales

Los elementos básicos del modelo asistencial se reflejan en la Figura 10.

Figura 10. Un modelo asistencial adaptado a las nuevas demandas sociales



Fuente: Elaboración propia

Orientado a la promoción y prevención

El sistema sanitario que queremos no debe ser puramente curativo y reparativo, sino debe estar orientado a la promoción y prevención.

Preocupado por la salud poblacional

En línea con los planteamientos del "Cuádruple objetivo", que ya hemos comentado.

Que dé una respuesta rápida a los problemas de los pacientes

Las prolongadas listas de espera son incompatibles con un sistema sanitario de calidad. Creemos que el sistema debe encontrar una forma efectiva de resolver este problema. La rapidez es un valor fundamental de los servicios sanitarios, incompatible con la existencia de prolongadas listas de espera

Centrado en los pacientes

De acuerdo con los principios del Instituto Picker, ya comentados.

Con un modelo asistencial basado en los procesos clínicos

Los grandes procesos asistenciales deben ser el elemento organizativo fundamental del ámbito de la provisión. Todo esto en línea con los principios del *Value-Based healthcare* (Asistencia sanitaria basada en el valor).

Que asegure la calidad de los cuidados

La existencia de un plan de calidad, con unos indicadores de calidad, debe ser un requisito de cualquier organización sanitaria.

Seguro

Tras la publicación en 1999 del documento **Errar es humano,** la preocupación por la seguridad caló en todos los sistemas sanitarios. Tener un buen sistema de detección de efectos adversos y de errores médicos, así como las medidas preventivas y de corrección adecuadas, es un requisito del sistema que queremos.

Que mantenga la continuidad asistencial

La continuidad
asistencial es clave,
especialmente
para los pacientes

En un sistem
enfermedade
cambios de a
viceversa, de sociosanitario

En un sistema donde predominan las enfermedades crónicas de larga duración, los cambios de atención primaria a especializada y viceversa, de especializada o primaria a servicios sociosanitarios, y vuelta, es una constante.

El asegurar que esos cambios se hacen sin interrupciones, de manera fácil y con continuidad asistencial, es una necesidad.

Que valora a los profesionales

La Figura 11 menciona las principales características de la política hacia los profesionales.

Figura 11. Que valora a los profesionales



- Con unos profesionales motivados y comprometidos con el Sistema
- Que respeta los valores del profesionalismo
- Con unos profesionales que participen activamente en la organización y gestión de sus servicios y en el proceso de toma de decisions de sus centros
- Con una gestión de recursos humanos basada en competencias profesionales

Fuente: Elaboración propia

La gestión de

un tema central de

Con unos profesionales motivados y comprometidos con el sistema

No puede haber un sistema sanitario de calidad con unos profesionales desmotivados.

Los aspectos de nivel salarial, formación y participación en la toma de decisiones en organizaciones con una cierta autonomía, son elementos clave para asegurar el compromiso de los profesionales.

Que respeta los valores del profesionalismo

Con unas organizaciones sanitarias que impulsan el profesionalismo, como la mayor garantía de "buen hacer" y el compromiso de los profesionales.

tión

Con unos profesionales que participen activamente en la organización y gestión de sus unidades asistenciales y en el proceso de toma de decisiones de sus centros

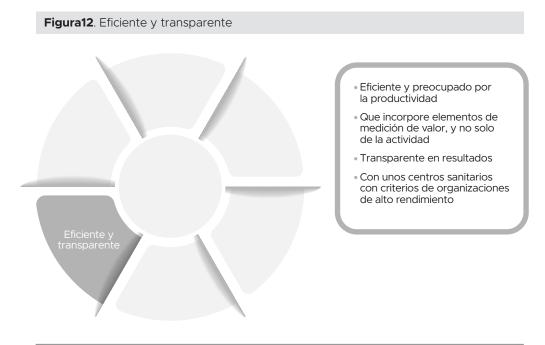
Dicha participación no solo es una garantía de buen funcionamiento de los centros, sino un estímulo y un elemento motivador de primer orden para los profesionales.

Con una gestión de recursos humanos basada en competencias profesionales

Las competencias profesionales son las que deben guiar los procesos de selección y promoción.

Eficiente y transparente

Los atributos de un sistema eficiente y transparente se reflejan en la Figura 12.



Fuente: Elaboración propia

Eficiente y preocupado por la productividad

Con unos recursos limitados, la eficiencia es un requisito ético de primer orden.

Los movimientos de "no hacer" y el evitar el despilfarro, tan común en sanidad, particularmente por la proliferación de pruebas y prácticas no necesarias, deben estar en el orden del día de cualquier acción sanitaria. En cuanto a la productividad, este concepto ha tenido poca vigencia en nuestro sistema, y es imprescindible medirla y controlarla, como se hace en muchos otros sistemas sanitarios (53).

Que incorpore elementos de medición del valor, y no solo de la actividad

De acuerdo con los principios de Value-based healthcare (Asistencia sanitaria basada en el valor).

Transparente en resultados

La transparencia en resultados es un valor absoluto La transparencia en resultados es básica por varias razones: solo eso permitirá la participación responsable de los pacientes y otros agentes; y, es un elemento de emulación y aprendizaje en un sistema tan descentralizado como el español.

Con unos centros sanitarios con criterios de organizaciones de alto rendimiento

Los centros sanitarios no pueden ser organizaciones administrativas regidas por puros criterios burocráticos.

Deben transformarse hacia organizaciones de alto rendimiento ⁽⁵⁴⁾, cuyas características son:

 Liderazgo, que en las organizaciones sanitarias solo puede ser un liderazgo compartido y que implique a los clínicos

- Profesionales comprometidos
- Foco en el aprendizaje continuo
- Apertura al cambio

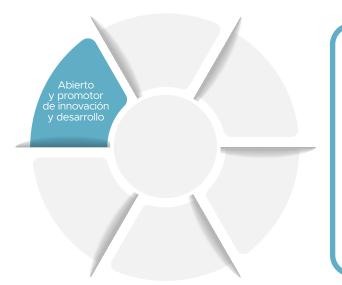
⁵³ Public service productivity, healthcare, England: financial year ending 2018 Office of National Statistics, 2020 https://www.ons.gov.uk/economy/economicoutputandproductivity/publicservicesproductivity/articles/publicservicesproductivityestimateshealthcare/financialyearending2018, consultado 23 julio 2020

⁵⁴ Baker, G Ross
The role of leaders in high-performing health care systems
The King's Fund 2011

Abierto y promotor de innovación y desarrollo

En cuanto a los elementos de un sistema abierto y promotor de innovación y desarrollo se presentan en la **Figura 13**.

Figura 13. Abierto y promotor de innovación y desarrollo



- Que impulse las formas de atención y producción más eficientes y de mayor calidad
- Abierto a las innovaciones, tanto diagnósticas como terapéuticas, en tecnologías de la información, y las organizativas
- Que incorpore con rapidez las innovaciones coste/efectivas, especialmente las disruptivas
- Que promocione la investigación, la innovación y el desarrollo tecnológico estableciendo vínculos entre centros sanitarios, centros de investigación, la empresa y la Universidad

Fuente: Elaboración propia

Que impulse las formas de atención y producción más eficientes y de mayor calidad

Fundamentalmente con la telemedicina -que supere la actividad asistencial exclusivamente presencial- y la utilización

del domicilio como escenario de atención -frente a la actividad asistencial solamente en instalaciones sanitarias-.

Abierto a las innovaciones

Cuando decimos abierto a las innovaciones nos referimos a tres tipos de innovaciones:

- A las innovaciones diagnósticas y terapéuticas, de tal manera que se incorporen rápidamente a las prestaciones de nuestro sistema, por supuesto tras la correspondiente evaluación, incluyendo la medicina personalizada de precisión.
- A las innovaciones en tecnologías de la información, en concreto la inteligencia artificial, el Big Data, el Blockchain y la telemedicina.
- A las innovaciones organizativas, incluyendo los nuevos roles profesionales y los nuevos modelos de atención.

Solo un modelo abierto a las innovaciones será capaz de dar respuesta a las cambiantes demandas sociales.

Que incorpore con rapidez las innovaciones coste/efectivas, especialmente las disruptivas

Evitando los obstáculos que se interponen para la difusión de estas innovaciones, una vez que su coste/efectividad ha quedado demostrado.

El sector sanitario: un motor de desarrollo e

Hay mitos en el

que convendría

desterrar

Que promocione la investigación, la innovación y el desarrollo tecnológico, estableciendo vínculos entre centros sanitarios, centros de investigación, empresa y Universidad

El forjar un conjunto de alianzas de distinta tipología entre el sistema sanitario, las empresas, las Universidades y los centros de investigación públicos y privados, para avanzar en la investigación e innovación en el ámbito de la biomedicina, es una necesidad.

El sector sanitario puede así contribuir al necesario cambio de modelo de desarrollo en España, orientándolo hacia actividades de mayor valor añadido.

Los mitos actuales y el mundo de salud que nos espera, según Jon Azua

Hemos presentado los valores del sistema al que aspiramos en positivo. Tal vez sea interesante contrastar esto con los debates actuales.

Para ello recurrimos al texto de Jon Azua, ex Vice lendakari del Gobierno Vasco, que fue invitado como compareciente en la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica, constituida en el Congreso de los Diputados, a raíz de la crisis de la pandemia.

En su intervención (55) habló sobre los **mitos** o discursos recurrentes en el mundo de la salud que provocan debates equívocos:

- "Mayor porcentaje del PIB para la salud", como si todo "gasto" en el sistema se tradujera en mejor salud para la población. (Estados Unidos de América es el ejemplo paradigmático: el mayor porcentaje mundial destinado para un claramente mal sistema de salud, además de sumamente inequitativo).
- "Sistema público" (eficiente, justo, igualitario...) como si todo lo público (y, en la mayoría de los discursos, centralizado) fuera una panacea, en contraposición a la coparticipación privada o social sin ánimo de lucro, calificando de "privatización" cualquier tipo de servicio, soporte, actividad complementaria (¿sanidad gris?).
- Funcionarización del personal sanitario, de por vida, con independencia de las transformaciones que a lo largo del tiempo experimenta el conocimiento, los instrumentos de apoyo disponibles, el avance tecnológico, las nuevas demandas o estructuras.

- "Más ladrillo", sacralizando la rigidez de infraestructuras cuando el mundo se mueve hacia la atención-hospital-Centro Médico a domicilio.
- Honorarios y gestión administrativa al servicio del profesional y no del paciente.
- Autoridades de salud con responsabilidad y dirección del sistema público y prácticamente de espaldas al mundo de la salud privada.
- Indicadores de gestión puramente económicos, con presupuestos anuales y no de valor en salud.

El mundo de la salud que nos espera (ya estamos en él) es muy diferente. Cinco grandes ejes conductores abren nuevas respuestas:

- El bienestar individual del paciente o usuario (no enfermo, sino persona necesitada de salud a lo largo de su vida).
- La persona-paciente interactuando con el propio sistema de salud.
- La persona-paciente interactuando con su entorno en comunidad.
- El impacto real en la salud de las diferentes mega tendencias que, se quiera o no, llegarán.

Continúa Jon Azua: "este nuevo mundo exige repensar nuevos modelos y sistemas de salud, aportar nuevas estructuras e infraestructuras, nuevos procesos y soluciones, incorporar nuevas profesiones para la salud, reimaginar programas de formación y de carrera, nuevos sistemas

⁵⁵ Azua Mendia, J

de pago-prestación, nuevos modelos de gobernanza, gestionar y tejer alianzas estratégicas multi-pluri disciplinares, interactuar con el mundo de la tecnología, repensar las industrias asociadas (farmacia, biociencias, bioestadística, ciencias exactas, ingeniería biomédica, nutrición, alimentación, ciencias ambientales...) y comprender el propósito: dar valor en salud a la población atendida".

Una visión de futuro

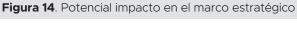
La *Health Foundation* explora en un documento de 2015, los elementos clave que una estrategia para el National Health Service England debería contener:

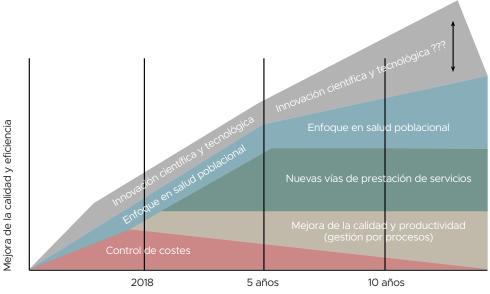
- Gestión de costes activa
- Mejora de la calidad de los procesos y productividad
- Nuevas formas de prestación de servicios
- Foco en la gestión poblacional
- Avances científicos y tecnológicos

Explora también el impacto potencial de estos cinco enfoques en diez años.

Algunos de estos planteamientos no son válidos solo para el National Health Service, sino que podrían ser útiles para nuestro sistema.

La importancia relativa en el tiempo de estos cinco elementos en el marco estratégico se representa en la **Figura 14**.





 $\textbf{Fuente} \hbox{:}\ ^{\text{(56)}}\hbox{, modificado por Javier Elola}$

Lo que parece claro es que los aspectos relacionados con nuevas vías de prestación de servicios y con la innovación científica y tecnológica tendrán cada vez más peso en el sistema sanitario del futuro y al que aspiramos.

⁵⁶ Shaping the Future Health Foundation, 2015 https://www.health.org.uk/publications/shaping-the-future, (consultado 23 julio 2020)

Capítulo 4

Los problemas para los pacientes y los profesionales

Los problemas para los pacientes y los profesionales

Partimos de la base de que solo lo que se conoce se arregla. Si el sistema vive en la complacencia, sin poner el foco en los problemas, difícilmente estos se van a superar. Es por lo que, sin dejar de reconocer los muchos logros del sistema sanitario español, queremos referirnos en este capítulo a lo que nos parecen problemas importantes para los pacientes y los profesionales. Nos referiremos sucesivamente a ochos problemas de esta índole, tal y como se representan en la **Figura 15**.

Figura 15. Problemas para pacientes y profesionales del sistema sanitario español



Fuente: Elaboración propia

Problemas serios en la accesibilidad: listas de espera y demoras

Un pilar europeo de los derechos sociales

En el año 2017, por parte del Parlamento Europeo, el Consejo de la Unión Europea y la Comisión Europea, se aprobó el *Pilar Europeo de los Derechos Sociales* (57), que constituye la declaración más solemne de los derechos sociales en Europa y, frente a otros bloques, una reivindicación de los valores de Europa.

Pues bien, el punto 16, dentro del Capítulo III, que hace referencia a la Protección e inclusión social, dice en su versión en inglés: Health care: Everyone has the right to timely access to affordable preventive and curative health care of good quality. La traducción de timely sería puntual o en el momento oportuno. La traducción oficial española es menos taxativa en este punto, ya que dice: Toda persona tiene derecho a un acceso oportuno a asistencia sanitaria asequible, de carácter

preventivo y curativo y de buena calidad. Al decir simplemente oportuno parece quitarse el componente temporal a la afirmación de la versión en inglés. Pero, interpretando ambos textos, queda claro que cuando se dice "oportuno" no se refiere solo al tipo de asistencia sino al momento oportuno.

Quedémonos con que el *Pilar Europeo de los Derechos Sociales* reconoce el derecho a una asistencia sanitaria en el momento oportuno como un componente esencial de la ciudadanía europea.

Por lo tanto, cuando se habla de listas de espera a partir de cierto tiempo de espera, estamos hablando de una quiebra de un derecho fundamental de los ciudadanos europeos.

La rapidez en la atención sanitaria, un derecho europeo fundamental

⁵⁷ Pilar Europeo de Derechos Sociales Parlamento Europeo, Consejo de la Unión Europea, Comisión Europea, 2017

La situación internacional: dónde las listas de espera son y dónde no son un problema

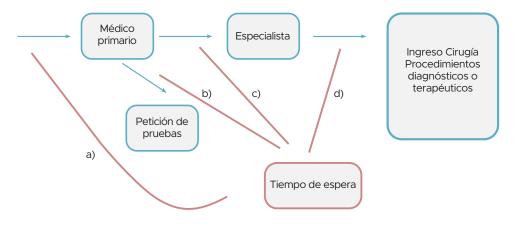
Las listas de espera en sanidad se dan en todos los países. Lo que realmente es preocupante y constituye un problema son las listas de espera con prolongados tiempos de espera. A eso nos referimos cuando hablamos de los problemas de las listas de espera.

Las largas listas de espera se dan en países con determinadas características, en general son más frecuentes en países que combinan un sistema de tipología Servicio Nacional de Salud, sin copago o con bajo copago y limitaciones en la capacidad. Sin embargo, se dan con menos frecuencia en sistemas tipo seguros sociales, que permiten elección de proveedor. Los países sin listas de espera tienden a gastar más en sanidad y tener mayor capacidad hospitalaria.

Las listas de espera son, en último término, el resultado de un desajuste entre la oferta y la demanda de servicios sanitarios. Los médicos tienen un papel clave en la lista de espera. Ellos son los que introducen los criterios de inclusión en la lista y, por lo tanto, son claves en su gestión. Mientras que el paciente demanda asistencia, son los médicos los que transforman esta demanda general en demandas específicas de determinadas actuaciones y procedimientos. El papel crítico de los médicos en este tema ha sido resaltado en la literatura (58). Por otra parte, en actividad quirúrgica, pero el ejemplo podría extenderse a otras actividades, todos los estudios demuestran grandes variaciones entre países en los criterios de inclusión en lista de espera (59).

El marco conceptual de la lista de espera se representa en la **Figura 16**.

Figura 16. Marco conceptual de la lista de espera



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con la figura anterior, y siguiendo el itinerario del paciente, **se puede esperar en cuatro momentos:** a) para ver al médico primario; b) para la realización de las pruebas que solicite el médico primario; c) para

ver al especialista; y, d) para las pruebas o procedimientos que solicite el especialista, incluyendo las intervenciones quirúrgicas.

Las listas de espera son un problema en determinados países, pero en otros no.

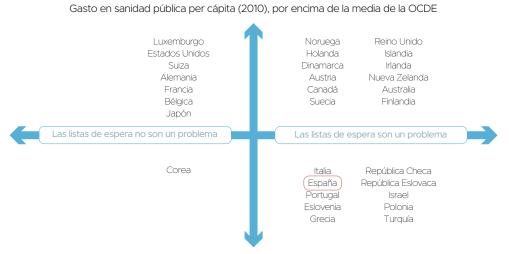
Health at a Glance, 201

⁵⁸ Wennberg, JE Tracking Medicine. A Researcher's Quest to Understand Healthcare Oxford University Press, New York, 2010

⁵⁹ OECD

En las **Figuras 17, 18** y **19** se puede ver la correlación de los países con y sin listas de espera como problema en relación con el gasto público en salud per cápita; número de camas hospitalarias; y, número de médicos.

Figura 17. Gasto público en salud per cápita y listas de espera como problema



Gasto en sanidad pública per cápita, por debajo de la media de la OCDE

Fuente: Waiting Times Policies in the Health Sector, What Works?, OCDE, 2013 (modificado)

Figura 18. Camas hospitalarias y listas de espera

Camas hospitalarias por 1.000 habitantes (2010) por encima de la media de la OCDE

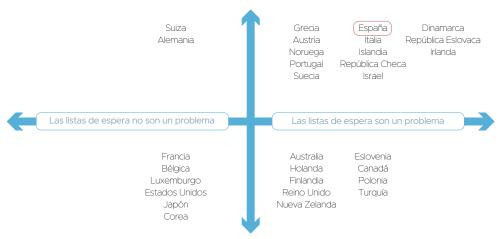


Camas hospitalarias por 1.000 habitantes (2010) por debajo de la media de la OCDE $\,$

Fuente: Waiting Times Policies in the Health Sector, What Works?, OCDE, 2013 (modificado)

Figura 19. Médicos por 1.000 habitantes y listas de espera





Médicos por 1.000 habitantes (2010) por debajo de la media de la OCDE

Fuente: Waiting Times Policies in the Health Sector, What Works?, OCDE, 2013 (modificado)

De las figuras anteriores se pueden extraer algunas conclusiones. La primera, hay una cierta relación entre largas listas de espera y bajo número de camas hospitalarias y, segunda, aunque en menor grado, también con el menor gasto sanitario público. No obstante, hay toda una serie de elementos que pueden intervenir en la existencia de largas listas de espera (diferencias en estructura de edades, necesidad, perfil de salud, características del sistema sanitario, sistemas de pago, hábitos profesionales médicos, etc.).

Hay alguna evidencia de que las largas listas de espera conducen a peores resultados clínicos. Algunos estudios sugieren que largas listas de espera para casos de urgencia y procedimientos urgentes (60), como el *by pass* coronario, conducen a peores resultados en términos físicos y sociales. La espera puede también incrementar la probabilidad de muerte preoperatoria y de ingresos urgentes no

planificados ⁽⁶¹⁾. La evidencia es menos conclusiva para procedimientos no urgentes, aunque se conoce que la espera diagnóstica es causa de retraso y, por tanto, empeoramiento pronóstico en los pacientes con cáncer.

Lo que está demostrado es que las listas de espera son causa de inequidad., ya que los individuos con mayor estatus socioeconómico (medido por ingresos o nivel educativo) tienden a esperar menos en hospitales públicos que los de menor estatus ^(62,63).

Como conclusión, puede decirse que las listas de espera resultan de una compleja interacción entre la demanda y la oferta de servicios sanitarios, con los médicos jugando un rol central. Sin embargo, las listas de espera no son solo un problema de oferta, ya que hay países con alto nivel de oferta (en términos de gasto sanitario, camas y médicos) y largas listas de espera.

⁶⁰ Sobolev, BG et al.

Do Longer Delays for Coronary Artery Bypass Surgery Contribute to Preoperative Mortality in Less urgent Patients? Medical Care (2006), 44 (7), 680-686

⁶¹ Guttman, A et al. Association Between Waiting Times and Short-Term Mortality and Hospital Admission from Emergency Department British Medical Journal (2011); 342:d2983

⁶² Laudicella, M et al
Waiting Times and Socioeconomic Status: Evidence from England
Social Science and Medicine (2012), 76 (9), 1331–1361

⁶³ Carlsen, F., Kaarboe, O.
Waiting Times and Socioeconomic Status. Evidence from Norway
Working Papers on Health Fronomics. (2010), 2/10

Aparte de los problemas de resultados en salud y en equidad, que ya hemos visto, las prolongadas listas de espera generan muchos problemas, como dolor mientras se espera, ansiedad, incertidumbre sobre la fecha del tratamiento, etc.

Tipología de las medidas a nivel internacional

Las medidas utilizadas para reducir los tiempos de espera en los países de la OCDE se representan en la **Tabla 8**.

Tabla 8. Medidas utilizadas para reducir las listas de espera y su efecto

Políticas	Efecto potencial sobre la lista	s de espera
De oferta	Aumento de producción en el sector público, financiando actividad extra	Débil
	2. Contratar con el sector privado	Débil
	3. Envío de pacientes al extranjero	Débil
	4. Incremento de productividad, introduciendo GDR	Medio
	5. Incremento de la elección de proveedores	Medio
	6. Mejora de la gestión de las listas de espera	Medio
De demanda	1. Guías explícitas para priorizar pacientes	Medio
	2. Subsidiar seguro privado	Débil
	1. Garantías de tiempos de espera	Fuerte
Políticas combinadas	2. Con sanciones	Fuerte
	3. Con elección y competencia	Fuerte

Fuente: Waiting Time Policies in the Health Sector, What Works?, OECD, 2013, Tabla 3.1 (modificada)

En las pasadas décadas, las garantías de tiempos máximos de espera han sido las políticas más utilizadas para abordar el problema de las listas de espera. Solo son efectivas si se refuerzan con sanciones o con libertad de elección. Las sanciones a los proveedores que no cumplan pueden ser efectivas, pero son políticas difíciles de mantener. La libertad de elección permite a los pacientes escoger proveedores alternativos, incluyendo el sector privado, si los pacientes tienen que esperar por encima de un tiempo. Portugal, Holanda y Dinamarca han introducido elección y competencia con bastante éxito. Los

sistemas de libre elección de hospitales por los pacientes es una de las principales características de los sistemas sanitarios sin listas de espera.

Las políticas sobre la oferta, por sí mismas, no suelen ser muy efectivas.

Otro enfoque es la priorización clínica para tratamientos electivos, una herramienta utilizada con algún éxito en Nueva Zelanda. No son fáciles de implementar, ya que requieren un acuerdo sobre el umbral clínico para introducir pacientes en las listas de espera, no siempre fácil de establecer.

La situación en España

El marco legal general en cuanto a listas de espera viene dado por dos Decretos. El primero (64) establece criterios, indicadores y requisitos para la medición de las listas de espera, tanto de consultas externas y

pruebas diagnósticas y terapéuticas, como para intervenciones quirúrgicas, así como establece la información que debe facilitarse a los ciudadanos. El segundo (65), fija tiempos máximos de espera a nivel nacional, pero

⁶⁴ Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud

⁶⁵ Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud

solo para cinco condiciones quirúrgicas. Dichas garantías deben ser concretadas por las comunidades autónomas.

De los distintos componentes de la lista de espera representados en la **Figura 16** (demoras en atención primaria, listas de espera para pruebas solicitadas por el médico primario, listas de espera de consultas de especialistas, de intervenciones quirúrgicas y de pruebas diagnósticas y terapéuticas) solo hay datos oficiales registrados en la web del Ministerio de Sanidad de consultas de especialidades y de intervenciones quirúrgicas. Sobre las demoras en atención primaria solo hay estudios ocasionales. En cuanto a las listas de espera de pruebas especiales de diagnóstico y tratamiento solo son registradas por algunas comunidades autónomas.

En lo que se refiere a **demoras en atención primaria**, se define como tal cuando un paciente tarda más de 48 horas en ver a su médico. En encuestas realizadas a médicos,

se detecta que más del 52% tienen algún tipo de demora, en algunos casos de más de 7 días (66). Igualmente, en el Barómetro Sanitario del CIS, que hace entrevistas a ciudadanos, preguntados por cuanto tiempo transcurrió desde que se pidió cita a un médico primario, el 28,1% contesta que entre 5 y 11 días y el 6% más de 11 días. En la misma encuesta se pone de manifiesto que hay gran variación entre las comunidades autónomas, siendo la que más demoras tiene Cataluña y la que menos la Comunidad Foral de Navarra (67). Estas demoras no solo empeoran la asistencia sanitaria, sino que, además, favorecen la utilización inapropiada de otros dispositivos asistenciales, como las urgencias, a dónde en muchos casos acude la ciudadanía ante la imposibilidad de recibir asistencia en un plazo razonable en sus centros de salud.

En cuanto a la **lista de espera quirúrgica**, los datos oficiales de 2003 a 2019 se representan en la **Tabla 9**.

Tabla 9. Evolución de la lista de espera quirúrgica 2003-2019

Lista de espera quirúrgica				
Año	Fecha	% más de 6 meses	Tiempo medio espera (días)	
2019	31 de diciembre	19,9	121	
2018	31 de diciembre	20	129	
2017	31 de diciembre	17	106	
2016	31 de diciembre	18,9	115	
2015	31 de diciembre	10,6	89	
2014	31 de diciembre	9,3	87	
2013	31 de diciembre	14	98	
2012	31 de diciembre	16,51	100	
2011	31 de diciembre	9,97	73	
2010	31 de diciembre	5,41	65	
2009	31 de diciembre	5,56	67	
2008	31 de diciembre	6,74	71	
2007	31 de diciembre	7,36	74	
2006	31 de diciembre	7,07	70	
2005	31 de diciembre	9,48	83	
2004	31 de diciembre	8,44	74	
2003	31 de diciembre	8,02	77	

Fuente: Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad, 2020

⁶⁶ La Atención Primaria de Salud en 2025, Segunda Edición Cuadernos CGCOM, 2019

⁶⁷ Barómetro Sanitario 2018 Ministerio de Sanidad, publicado el 1 de marzo de 201

Tanto el porcentaje de pacientes con más de 6 meses de espera, como el tiempo medio de espera han crecido de forma estable en el período 2003-2019. Por lo tanto, no es un fenómeno ocasional, sino una constante.

Los **datos de consultas externas** en los registros publicados por el Ministerio de Sanidad figuran en la **Tabla 10**.

Tabla 10. Lista de espera de consultas 2006-2019

Lista de consultas				
Año	Fecha	Porcenataje con fecha asignada a más de 60 días	Tiempo medio de espera (días)	
2019	31 de diciembre	49,1	88	
2018	31 de diciembre	43,8	96	
2017	31 de diciembre	44,3	66	
2016	31 de diciembre	46,4	72	
2015	31 de diciembre	42,4	58	
2014	31 de diciembre	38,6	65	
2013	31 de diciembre	38,9	67	
2012	31 de diciembre	36,5	59	
2011	31 de diciembre	38,2	58	
2010	31 de diciembre	35,2	53	
2009	31 de diciembre	37	59	
2008	31 de diciembre	37,4	59	
2007	31 de diciembre	37	58	
2006	31 de diciembre	29,1	54	

En España, las listas de espera son un problema crónico y de importancia creciente

Fuente: Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad, 2020

El porcentaje de pacientes a los que se asigna fecha de consulta con más de 60 días de retraso y el tiempo de espera medio para consulta ha crecido en el período 2006-2019.

El registro oficial del Ministerio de Sanidad ⁽⁶⁸⁾ no incluye las **listas de esperas para pruebas diagnósticas o terapias especiales**, pero algunas comunidades autónomas, como Galicia, Andalucía, Cataluña, Islas Baleares, Aragón, Extremadura, Comunidad de Madrid, Castilla–La Mancha o Castilla y León sí incluyen esta información en sus páginas web.

Recientemente, un estudio (69) ha analizado, mediante una encuesta realizada a pacientes, el tiempo transcurrido en los pacientes crónicos desde los primeros síntomas al diagnóstico. Como puede verse en la Figura 20, los tiempos son significativamente más altos en las mujeres que en los hombres, pero en ambos casos elevados. Lógicamente, esto mide el impacto de las sucesivas esperas (pruebas, consultas, etc.) en los pacientes crónicos. Y nos pone en una pista hasta ahora no explorada: el componente de género que pueden tener las listas de espera, algo que ya había sido puesto de manifiesto en otros países (70).

⁶⁸ Sistema de información de listas de espera del Sistema Nacional de Salud

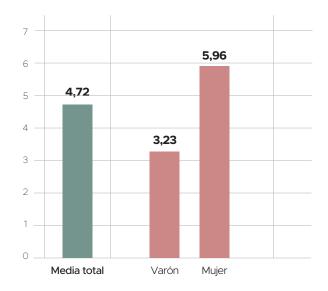
https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/listaEspera.htm, consultado el 5 de marzo de 2020

⁶⁹ Estudio Mujer, Discapacidad y Enfermedad Crónica

Fundación ONCE, Plataforma de Organizaciones de Pacientes, Observatorio Estatal de la Discapacidad, 202

⁷⁰ Portela, MCC, Fernandez, AC Gender and Healthcare accesibility in Europe Journal of Hospital Administration (2014), 3 (6), 163–173

Figura 20. Tiempo medio transcurrido desde los primeros síntomas al diagnóstico de la enfermedad (años) en pacientes crónicos, según el sexo



Fuente: Estudio Mujer, Discapacidad y Enfermedad Crónica, 2020

Las acciones llevadas a cabo por las distintas Administraciones, fundamentalmente autonómicas, para abordar el problema de las listas de espera han sido analizadas recientemente ⁽⁷¹⁾. Se han abordado distintas acciones, tal y como se refleja en la **Tabla 11**.

Tabla 11. Acciones en España para enfrentarse al problema de las listas de espera

Acciones en España para enfrentarse al problema de las listas de espera

Extensión de horas de trabajo para el personal del Sistema Nacional de Salud

Compromisos con determinados tiempos de espera

"Plan de choque"

Fondos para listas de espera específicas

Priorización por patologías

Fuente: García-Goñi, M. Costa-Font, J, 2013

Todas las medidas frente a las listas de espera tomadas hasta ahora en España han fracasado

- Extensión de horas de trabajo para el personal del Sistema Nacional de Salud, las famosas "peonadas", que consisten en la utilización de hospitales públicos para programar actividad quirúrgica por las tardes. Es difícil de evaluar la eficacia de esta medida, aunque puede tener incentivos perversos a concentrar la actividad por la tarde.
- Compromisos con determinados tiempos de espera. Algunas comunidades han aprobado normativa en este sentido. Sin embargo, esta acción no ha sido

- suficientemente efectiva como para modificar las conductas y motivaciones del personal del sistema.
- "Plan de choque", envío masivo de pacientes en lista de espera a hospitales privados, cuando las listas son demasiado largas e inaceptables. Suelen tener un efecto temporal. Es una medida muy utilizada en períodos preelectorales.
- Fondos para listas de espera específicas, como, por ejemplo, la cirugía cardíaca, ya que la espera para esta cirugía causa un especial impacto social.

⁷¹ García-Goñi, M, Costa-Font, J Spain, en Waiting Time Policies in the Health Sector, What Works? OECD, 2013

- Garantía de tiempos máximos de espera por patologías, aprobada por distintas comunidades autónomas, en la práctica no ha significado ninguna mejora.
- Priorización por patologías, que se hizo en Cataluña, aunque esta es una de las

comunidades de listas de espera más prolongadas.

El único punto en común de todas las medidas es que todas han resultado inefectivas para evitar las prolongadas listas de espera a medio-largo plazo.

Las listas de espera: un fraçaso del Sistema Nacional de Salud. que deslegitima al sistema

Las listas de espera son un rotundo fracaso del Sistema Nacional de Salud en su conjunto. Llevamos demasiado tiempo con listas de espera muy largas como para pensar que no es un problema crónico. Erosionan de forma extraordinaria la confianza de los ciudadanos en el sistema sanitario, sus dirigentes y sus profesionales.

Lógicamente, el que ese problema no sea específico de España y lo compartamos con otros sistemas, como el National Health Service británico, no le quita gravedad.

Imposible dar calidad y "situar al paciente en el centro" con las prolongadas listas de espera.

Es un tema en el que ha habido secretismo y manipulación (72) y, sobre todo, mínima gestión.

En las listas de espera coinciden la indiferencia de los economistas de la salud, con algunas honrosas excepciones; con la actitud de algunos políticos, que tienden a quitar importancia a las listas de espera al considerarlas como algo propio v consustancial, una especie de mal menor, de los sistemas públicos de acceso universal, lo que, como hemos visto, es absolutamente falso. Lo que encubre esta actitud es que es más fácil políticamente convivir con las prolongadas listas de espera que enfrentarse a los costes de determinadas medidas.

Es hora ya de abordar soluciones al problema de las listas de espera. Esto pasa, probablemente, por olvidarse de todas las medidas aplicadas hasta ahora, que han demostrado su ausencia de efectividad, y concentrarse en soluciones nuevas y audaces, no exentas de cierto riesgo. El problema lo merece. Como hemos visto al principio, se trata de un elemento fundamental del Pilar Europeo de los Derechos Humanos.

Inadaptación a crónicos complejos y discontinuidad asistencial

Un sistema creado para los agudos, pero que tiene que enfrentarse a crónicos complejos

El sistema sanitario fue creado para lo que eran enfermedades predominantes y problema más acuciante en el momento de su creación: los pacientes agudos. Se trataba de reparar lo antes posible la enfermedad aguda, con el fin de que el trabajador pudiera retornar a su puesto de trabajo.

Pero, hoy en día, predominan las enfermedades crónicas. 19 millones de españoles tienen alguna enfermedad crónica. En los últimos años la cronicidad ha aumentado por tres razones: el

envejecimiento de la población; el aumento de la esperanza de vida; y, la mejora de los servicios sanitarios que ha convertido, gracias a los avances médicos, en crónicas, enfermedades que antes eran letales.

En concreto en España el 39,9% de los españoles mayores de 50 años conviven con dos o más enfermedades ⁽⁷³⁾, de los cuales en torno a un 10% tienen cuatro o más enfermedades crónicas. La multimorbilidad ha sido asociada con peores resultados en situación física y mental y pobre calidad

⁷³ Palladino, R et al

de vida. También genera importantes retos a los sistemas sanitarios, ya que la multimorbilidad va asociada con una mucho mayor utilización de los sistemas, así como mucho mayor riesgo de ingresos hospitalarios no planificados.

El concepto de multimorbilidad nos lleva al concepto de crónicos complejos, que representan el verdadero reto para los sistemas sanitarios. Una conceptualización de estos pacientes complejos se representa en la **Figura 21**.

Figura 21. Conceptualización de los crónicos complejos

El auténtico problema son los "crónicos complejos" Personas con necesidades complejas de atención sanitaria (1+2+3)



Fuente: National Academy of Medicine (adaptado por Ignacio Vallejo)

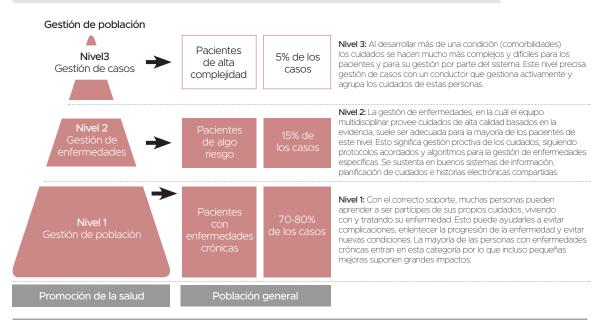
Vemos que hay algunas situaciones que se asocian con el concepto de crónico complejo: multimorbilidad, ancianos frágiles, discapacidad, enfermedad crónica avanzada, dependencia, asociación con problemas de salud mental o con factores relacionados con riesgo social, etc.

Se han desarrollado recomendaciones específicas para abordar el problema de los pacientes complejos ⁽⁷⁴⁾, entre ellas figuran la de priorizar la coordinación asistencial; implicar a los pacientes; prever apoyo a los cuidadores; e, integrar servicios sociales y sanitarios.

⁷⁴ Designing a High-Performing Health Care System for Patients with Complex Needs. Ten Recommendations for Policymakers The Commonwealth Fund-London School of Economics, 2017

El concepto de pacientes de alto riesgo se corresponde con el nivel 3 de la ya famosa pirámide desarrollada por Kaiser Permanente, según podemos ver en la **Figura 22**.

Figura 22. Modelo de pirámide de riesgo de Kaiser Permanente



Fuente: Kaiser Permanente

Esfuerzos del sistema sanitario español

Son muchas las iniciativas de nuestro país para orientar el sistema sanitario hacia los crónicos. Todas a partir de las estrategias frente a la cronicidad elaboradas y publicadas por el País Vasco y Andalucía ya en 2010. Prácticamente todas las comunidades tienen definidos planes para el abordaje de la cronicidad, siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Sevilla (2011). **Figura 23**.

Figura 23. La "Declaración de Sevilla" sobre la atención al paciente con enfermedades crónicas



NOTA SINGULAR

- «Declaración de Sevilla» conferencia nacional para la atencion al paciente con enfermedades crónicas
- «Declaración de Sevilla» national conference for care in patient with chronic diseases

Fuente: Rev Clin Esp (2011): 211, 11: 604-606

Las recomendaciones de la Declaración de Sevilla se orientan hacia:

- Énfasis en la prevención y promoción de la salud
- Los pacientes no pueden ser receptores pasivos de la asistencia y deben desempeñar un papel activo en el cuidado de su salud
- Planificación y gestión de la salud de la población a partir de la utilización de modelos de estratificación y prevención
- El papel de las enfermeras de atención primaria se puede ampliar con una cuidadosa selección de los colectivos vulnerables que pueden beneficiarse del enfoque de manejo de casos
- Avance hacia los procesos integrados de atención, que podrían incluir una figura de referencia en especializada para los centros de salud
- Historia clínica electrónica compartida en todos los niveles de atención
- Incorporación de innovaciones en el campo de la e-salud y la teleasistencia

Con posterioridad, en el 2012, el propio Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha publicado la "Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud" ⁽⁷⁵⁾ Consideraciones básicas sobre este nuevo enfoque son:

- Las limitaciones de los avances en biomedicina, por importantes que sean, para abordar por sí mismo la cronicidad, si no va acompañada de cambios tecnológicos y organizativos.
- Se trata de una nueva forma de organizar la atención, en la que la continuidad de cuidados es fundamental.
- Es esencial para la sostenibilidad y las ganancias potenciales más significativas resultan de la prevención de ingresos innecesarios de pacientes complejos en el sistema hospitalario.
- Los expertos coinciden en que es preferible gestionar los enfermos crónicos en Atención Primaria, aunque los hospitales deben también innovar, ya que estos a menudo deben ser ingresados en el hospital.

Aunque ni mucho menos el único elemento a implantar es necesario contar con tecnologías facilitadoras del cambio, fundamentalmente el desarrollo de la telemedicina (teleconsulta y telemonitorización) y la teleasistencia.

Seguimos con un sistema triplemente fragmentado

Todas las reflexiones que se han hecho sobre las características de los sistemas para el abordaje de pacientes crónicos y complejos insisten en la necesidad de la coordinación asistencial, entendiendo por tal una triple coherencia entre las acciones de los profesionales, del flujo de información y de la gestión.

Pues bien, esta necesidad de triple coherencia se enfrenta a un **triple gap** que existe en nuestro sistema: 1. *El que se da entre la atención primaria y especializada;* 2. *El que ocurre en el hospital por la multiplicidad de especialistas sin un*

interlocutor único para los pacientes; y, 3. La falta de coordinación entre los servicios sanitarios y los sociales.

Lo anterior hace que no haya un garante de la continuidad asistencial y que sean los propios pacientes o sus familiares los que tengan que gestionar la enfermedad en sus múltiples contactos con el sistema.

¿Quién debe jugar ese papel de garante de la continuidad asistencial? Probablemente no haya una única respuesta y eso dependa más de las necesidades de los pacientes, pero algunas experiencias ⁽⁷⁶⁾ con las llamadas enfermeras de enlace o *specialist*

⁷⁵ Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales el gualdad, 2012 https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf, consultado 25 julio, 2020

⁷⁶ Jódar-Solá, G et al Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace Aten Primaria 2005, 36 (10):558-62

liaison nurses (77), según la terminología anglosajona, parecen alentadoras.

A pesar de los progresos y de las múltiples iniciativas de interés, impulsadas por la necesidad de dar respuesta a este grave problema, será difícil avanzar mucho en la continuidad asistencial sin plantearse algún cambio de modelo asistencial. Alguno de los elementos de este cambio podría ser no

identificar la actividad de los especialistas como profesionales exclusivamente hospitalarios, sino dar pasos en la creación de equipos multidisciplinares, en el que se integren los especialistas a todos los niveles y, muy importante, definir el garante de la continuidad asistencial. Esto es relevante en todos los pacientes, pero crítico en los complejos.

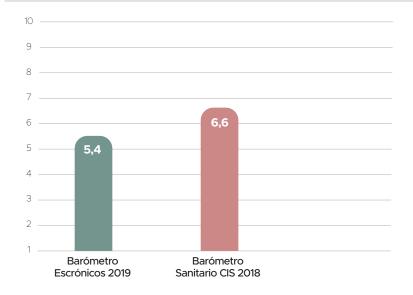
¿Qué dicen los pacientes?

Afortunadamente, gracias a los esfuerzos de un equipo académico de la Universidad Complutense de Madrid y de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes, sabemos lo que dicen los pacientes. Se ha venido publicando cada año el **Barómetro EsCrónicos**, del que ya han visto la luz cinco ediciones (2014-2019).

La versión de 2019 ⁽⁷⁸⁾ es el resultado de 1.529 entrevistas a pacientes de 32 enfermedades crónicas (que van desde el cáncer de mama, al VIH). Los hallazgos más significativos son los siguientes:

 La valoración de los crónicos del sistema sanitario no es tan buena como la de la población general, si comparamos los resultados de esta encuesta con los del Barómetro del CIS de 2018, según podemos ver en la Figura 24. Está bien analizada la percepción de los problemas de los pacientes crónicos en el Sistema Nacional de Salud

Figura 24. Comparación de medias de satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario público en España



Fuente: V Barómetro EsCrónicos, 2019

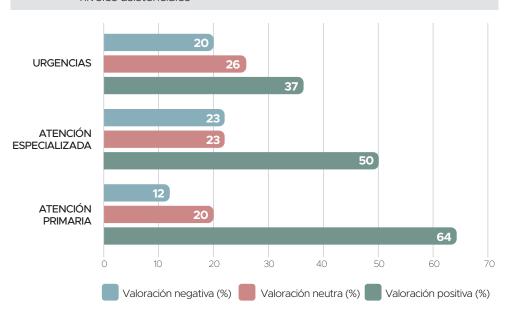
⁷⁷ Hobbs, R, Murray, ET Specialist liaison nurses

⁷⁸ V Barómetro EsCrónicos 2019: Continuidad Asistencial Plataforma de Organizaciones de Pacientes, 2019

 En relación con la valoración de los distintos niveles del sistema, ésta es buena sobre la atención primaria y también en la atención hospitalaria, pero los servicios de Urgencias son claramente susceptibles de mejorar en relación al tratamiento a los pacientes crónicos

Figura 25

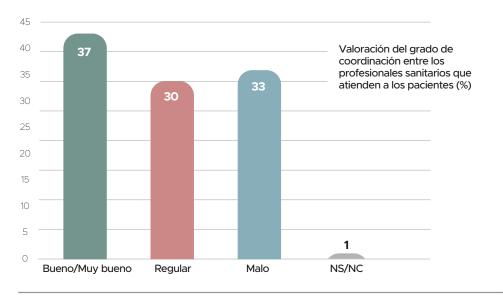
Figura 25. Percepción (en %) de la atención recibida en los distintos niveles asistenciales



Fuente: V Barómetro EsCrónicos, 2019

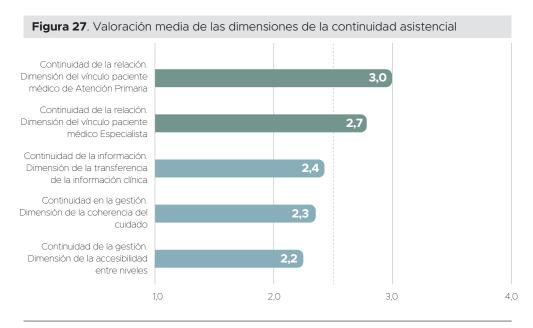
 En cuanto a la coordinación entre los profesionales sanitarios, el 63% afirma que el grado de coordinación entre los profesionales sanitarios es regular o malo/ muy malo. Los pacientes valoran peor la coordinación entre los profesionales sanitarios cuanto mayor es el grado de avance de su enfermedad o peor estado de salud manifiestan (ver **Figura 26**).

Figura 26. Valoración del grado de coordinación entre los profesionales



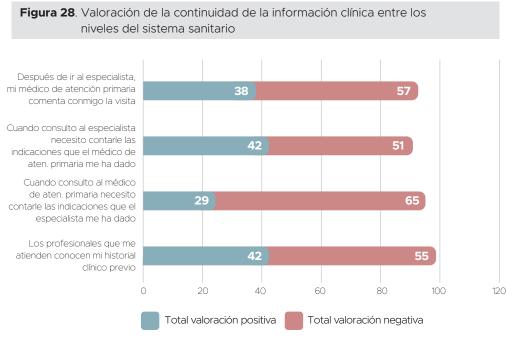
Fuente: V Barómetro EsCrónicos, 2019

 En lo que se refiere a las dimensiones de la continuidad asistencial, la transferencia de información, la coherencia del cuidado y la accesibilidad entre niveles tienen amplio margen de mejora (ver Figura 27).



Fuente: V Barómetro EsCrónicos, 2019

• La *transferencia de información clínica entre niveles del sistema sanitario* recibe una valoración muy negativa (ver **Figura 28**).



Fuente: V Barómetro EsCrónicos 2019

Otro problema que manifiestan los pacientes son las dificultades de acceso a la información clínica fuera de su comunidad autónoma de residencia e incluso al tratamiento. El 71% de los pacientes que necesitaron atención sanitaria fuera de su comunidad autónoma manifiestan que los profesionales sanitarios no pudieron acceder a su información clínica. Y el 25% de los pacientes que necesitaron tratamiento en otra comunidad autónoma no pudieron acceder a él.

De forma gráfica, esta situación fue denunciada por Tomás Castillo, anterior presidente de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes, cuando decía: "Los pacientes crónicos vamos cargados cada vez más de medicamentos porque no nos garantizan el suministro en otra comunidad distinta a la nuestra. O de informes, ya que tampoco se puede compartir la historia clínica" (79).

Un problema para los pacientes crónicos complejos

Parece claro que los pacientes crónicos sufren de manera especial la falta de coordinación entre los profesionales sanitarios; la ausencia de continuidad de información entre los profesionales; los problemas de accesibilidad entre niveles y, cuando salen de su comunidad autónoma, los problemas de acceso a la información clínica e incluso al tratamiento. No parecen problemas menores.

Calidad desigual de resultados, a igualdad de patologías

La necesidad de información sobre resultados

La mayor parte de la información del sistema sanitario es sobre actividad (estancia media, número de intervenciones, etc.) y recursos (número de médicos, hospitales, camas, equipos, etc.). Hay poca información sobre resultados.

Algunas comunidades autónomas, como Cataluña, con su **Central de Resultados** ⁽⁸⁰⁾ introducen información sobre resultados tanto de los hospitales, atención primaria, ámbito sociosanitario y salud mental. La información está individualizada por cada centro.

Lo mismo puede decirse del **Observatorio** de **Resultados del Servicio Madrileño de Salud** ⁽⁸¹⁾ dónde los datos, muy completos, están también desglosados por hospitales y centros.

Pero el problema es que, al ser la información limitada a una comunidad autónoma, el propio número de casos puede ser una limitante y, en todo caso, la comparabilidad con el conjunto del Sistema Nacional de Salud no es posible.

La iniciativa RECAL

La iniciativa RECAL, Recursos y Calidad⁽⁸²⁾, impulsada por la Fundación IMAS ⁽⁸³⁾ con la colaboración de algunas sociedades científicas, tiene por objeto mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, para lo que es preciso disponer de información confiable sobre la estructura, actividad y resultados de esta.

Esta iniciativa se desarrolla ante la ausencia de una instancia estatal en España que aborde esta función, como existe en otros países:

- Instituto para la Calidad y la Eficiencia, en Alemania ⁽⁸⁴⁾
- Centro Belga para el Conocimiento sobre Asistencia Sanitaria (85)

⁷⁹ El reto de atender a los pacientes crónicos sin mirar su código postal Cinco Días. 19 octubre. 2017

⁸⁰ Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (Central de Resultats), http://observatorisalut.gencat.cat/ca/central_de_resultats/ (consultado 11 marzo, 2020)

⁸¹ Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud, https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/observatorio-resultados-servicio-madrileno-salud (consultado 11 de marzo 2020)

⁸² Proyectos RECAL, https://www.imasfundacion.es/inves-lat/proyectos-recal, (consultado 11 de marzo, 2020)

⁸³ IMAS (Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria), https://www.imasfundacion.es, (consultado 11 de marzo, 2020)

⁸⁴ Institute for Quality and Efficiency (IQWiG), https://www.iqwig.de/en/home.2724.html, (consultado 11 de marzo, 2020)

⁸⁵ Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), http://www.inahta.org/members/kce/, (consultado 11 de marzo, 2020)

- Centro Nacional de Investigación y Desarrollo para la Salud y Bienestar en Finlandia (86)
- Alta Autoridad de Salud francesa (87)
- NICE, en el Reino Unido (88)

La iniciativa RECAL es un esfuerzo de las sociedades científicas en dotarse de esa información de calidad, necesaria para el sistema. El esfuerzo se enmarca en la lógica del "nuevo profesionalismo", el que pone el énfasis en la transparencia y la rendición de cuentas, no tanto en la autonomía y la autorregulación.

Desde esta perspectiva se crean registros de datos y estructura de las unidades clínicas y se relacionan con datos del Registro de Altas Hospitalarias del Sistema Nacional de Salud (CMBD), cedidos por el Ministerio de Sanidad. En dicho análisis no está incluida, por lo tanto, la actividad del sector privado.

Seis sociedades científicas han puesto en marcha proyectos RECAL en sus especialidades y en cinco de ellas ya hay resultados publicados. En los análisis que haremos a continuación no consideraremos los recursos, sino exclusivamente los resultados, para poner de manifiesto las desigualdades ante la misma patología.

El informe RECALAR

Este informe ⁽⁸⁹⁾ es fruto de la colaboración de la Fundación IMAS con la SEPAR (Sociedad Española de Patología Respiratoria).

En la **Tabla 12** vemos la mortalidad ajustada por riesgo (edad, sexo y comorbilidades)

para el conjunto de enfermedades del Área de Respiratorio. Pueden verse las grandes diferencias en mortalidad entre aquellas dónde es más alta (Andalucía, Baleares) y en las que es más baja (País Vasco, La Rioja).

Tabla 12. Mortalidad en enfermedades del aparato respiratorio

Comunidad Autónoma	RAMER (Mortalidad ajustada por riesgo)
Andalucía	14,27
Aragón	10,84
Asturias, Principado de	10,77
Balears, Illes	8,77
Canarias	14,43
Cantabria	9,65
Castilla y León	10,51
Castilla-La Mancha	10,81
Cataluña	9,96
Comunitat Valenciana	11,03
Extremadura	12,46
Galicia	11,05
Madrid, Comunidad de	8,96
Murcia, Región de	9,26
Navarra, Comunidad Foral de	11,93
País Vasco	8,76
Rioja, La	8,12
Ceuta	14,32
Melilla	16,73
Promedio	10,68

Fuente: RECALAR 2017

86 Finnish Institute for Healthcare and Wellfare (THL), https://thl.fi/en/web/thlfi-en, (consultado 11 de marzo, 2020)

Las diferencias de resultados entre comunidades autónomas a igualdad de patología son muy llamativas

⁸⁷ Haute Autorité de Santé (HAS), https://www.has-sante.fr, (consultado 11 de marzo, 2020)

⁸⁸ National Institute for Health and Care Excellence, https://www.nice.org.uk, (consultado 11 de marzo, 2020)

⁸⁹ Recursos y Calidad en las Unidades de Neumología del Sistema Nacional de Salud, RECALAR, 2017

Puede observarse (**Figura 29**) una mayor dispersión en las tasas ajustadas de mortalidad en hospitales de menor volumen de actividad, conforme aumenta el volumen disminuye la dispersión y las tasas de mortalidad.

Figura 29. Correlación entre tamaño del hospital y mortalidad Mortalidad ajustada por riesgo (%) Tamaño del hospital

Fuente: RECALAR 2017

En la **Tabla 13** se muestran las diferencias entre comunidades autónomas en tasas de mortalidad en neumonía bacteriana. Grandes diferencias en mortalidad entre la que la tiene más alta (Extremadura) y las que la tienen más baja (Comunidad de Madrid y País Vasco).

Tabla 13 . Mortalidad neumonía bacteriana		
Comunidad Autónoma	RAMER (Mortalidad ajustada por riesgo)	
Andalucía	12,90	
Aragón	11,40	
Asturias, Principado de	12,56	
Balears, Illes	8,59	
Canarias	13,58	
Cantabria	13,94	
Castilla y León	10,33	
Castilla-La Mancha	10,56	
Cataluña	9,48	
Comunitat Valenciana	12,61	
Extremadura	14,10	
Galicia	10,95	
Madrid, Comunidad de	8,20	
Murcia, Región de	10,48	
Navarra, Comunidad Foral de	10,16	
País Vasco	8,20	
Rioja, La	10,29	
Ceuta	14,98	
Melilla	14,32	
Promedio	11,08	

Fuente: RECALAR 2017

Las diferencias de mortalidad en la neumonía bacteriana en las diferentes comunidades autónomas se aprecian en la **Figura 30**.

RAMER

[8,2:9,48] (4)

[10,16:10,36] (3)

[10,56:11,4] (3)

[12,56:12,9] (3)

[13,58:14,1] (3)

Figura 30. Mortalidad por neumonía bacteriana en las distintas comunidades autónomas

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de RECALAR 2017

Como en la neumonía bacteriana, son notables las variaciones entre comunidades en la mortalidad ajustada a riesgo para la EPOC/asma (**Tabla 14**). Mayor mortalidad: Navarra y Canarias. Menor mortalidad: Comunidad de Madrid.

Tabla 14. Mortalidad EPOC/asma		
Comunidad Autónoma	RAMER (Mortalidad ajustada por riesgo)	
Andalucía	6,51	
Aragón	5,05	
Asturias, Principado de	6,45	
Balears, Illes	4,09	
Canarias	6,82	
Cantabria	6,22	
Castilla y León	4,76	
Castilla-La Mancha	5,94	
Cataluña	4,33	
Comunitat Valenciana	5,28	
Extremadura	5,60	
Galicia	6,09	
Madrid, Comunidad de	3,78	
Murcia, Región de	4,05	
Navarra, Comunidad Foral de	6,86	
País Vasco	5,29	
Rioja, La	5,70	
Ceuta	4,74	
Melilla	6,79	
Promedio	5,46	

Fuente: RECALAR 2017

El informe RECALCAR

Este informe ⁽⁹⁰⁾ es fruto de la colaboración de la Fundación IMAS con la SEC (Sociedad Española de Cardiología). Es el más antiguo de los informes RECAL y se han publicado ediciones cada año durante el período 2012-2019.

Existen llamativas diferencias en el manejo clínico y resultados en las enfermedades cardíacas que producen mayor número de ingresos: la insuficiencia cardíaca y el infarto agudo de miocardio. La mortalidad ajustada a riesgo en estas dos condiciones puede verse en las **Tablas 15** y **16**. En el caso de la insuficiencia cardíaca, mayor mortalidad: Andalucía, Cantabria y Extremadura; menor mortalidad: Baleares y Comunidad de Madrid. En el caso del infarto agudo de miocardio hay grandes diferencias entre las comunidades con menor mortalidad (Navarra y La Rioja) con la de mayor mortalidad (Baleares).

Tabla 15. Mortalidad en Insuficiencia cardíaca

Comunidad Autónoma	RAMER (Mortalidad ajustada por riesgo)
Andalucía	13,7
Aragón	9,3
Asturias, Principado de	9,5
Balears, Illes	7,6
Canarias	11,2
Cantabria	11,9
Castilla y León	10,1
Castilla-La Mancha	10,6
Cataluña	9,5
Comunitat Valenciana	10,4
Extremadura	11,9
Galicia	10,4
Madrid, Comunidad de	7,3
Murcia, Región de	9,4
Navarra, Comunidad Foral de	9,0
País Vasco	8,2
Rioja, La	9,3
Promedio	10,0

Fuente: RECALAR 2018

⁹⁰ Registro RECALCAR (La atención al paciente con Cardiopatía en el Sistema Nacional de Salud), Sociedad Española de Cardiología, hay informes cada año desde 2012 a 2019

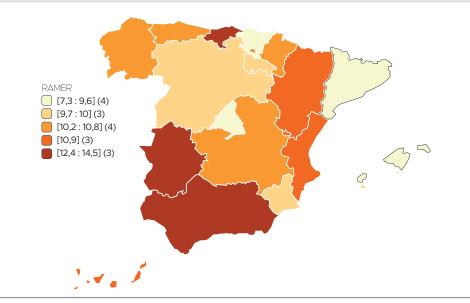
Tabla 16. Mortalidad en infarto agudo de miocardio

Comunidad Autónoma	RAMER (Mortalidad ajustada por riesgo)
Andalucía	7,8
Aragón	7,4
Asturias, Principado de	7,5
Balears, Illes	8,2
Canarias	7,8
Cantabria	7,5
Castilla y León	7,1
Castilla-La Mancha	7,0
Cataluña	6,5
Comunitat Valenciana	7,3
Extremadura	7,6
Galicia	6,5
Madrid, Comunidad de	6,8
Murcia, Región de	7,1
Navarra, Comunidad Foral de	5,5
País Vasco	7,8
Rioja, La	5,8
Promedio	7,1

Fuente: RECALAR 2018

La mortalidad de la insuficiencia cardíaca en las distintas comunidades autónomas se representa en la **Figura 31**.

Figura 31. Mortalidad en las distintas comunidades autónomas de la insuficiencia cardíaca



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de RECALCAR 2018

En el caso de la Cirugía Cardíaca, el *bypass* aortocoronario es un claro ejemplo de importantes variaciones en las tasas de mortalidad (**Tabla 17**), desde las que más

mortalidad tienen (Asturias, Extremadura y Murcia) a las que menos (Baleares, Cantabria)

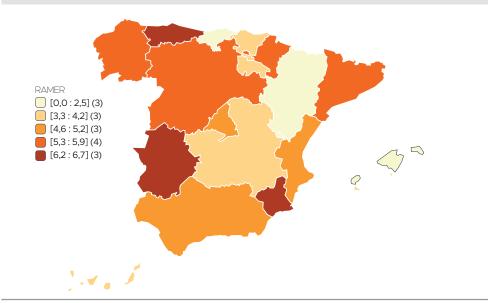
Tabla 17. Mortalidad en el bypass aortocoronario

Comunidad Autónoma	RAMER (Mortalidad ajustada por riesgo)
Andalucía	5,2
Aragón	2,5
Asturias, Principado de	6,2
Balears, Illes	1,3
Canarias	4,2
Cantabria	0,0
Castilla y León	5,3
Castilla-La Mancha	3,3
Cataluña	5,4
Comunitat Valenciana	4,6
Extremadura	6,2
Galicia	5,9
Madrid, Comunidad de	5,2
Murcia, Región de	6,7
Navarra, Comunidad Foral de	5,3
País Vasco	4,0
Promedio	4,5

Fuente: RECALAR 2018

La representación gráfica de la mortalidad por bypass aortocoronario en las distintas comunidades autónomas se representa en la **Figura 32**.

Figura 32. Mortalidad por bypass aortocoronario en las distintas comunidades autónomas



Fuente: Elaboración propia, a partir de RECALCAR 2018

El informe RECALSEEN

Este informe ⁽⁹¹⁾ de la serie RECAL es producto de la colaboración de la Fundación IMAS con la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición.

Destaca, en relación con las desigualdades territoriales entre comunidades autónomas, las diferencias observadas en los indicadores de manejo de la diabetes mellitus, ajustados por edad y sexo (**Tabla 18**). De nuevo grandes diferencias entre las complicaciones a corto plazo (mayor frecuencia en La Rioja, menor en Navarra) y a largo plazo (menor frecuencia en la Comunidad de Madrid, mayor en La Rioja).

Tabla 18. Complicaciones a corto y largo plazo en la Diabetes Mellitus, ajustadas por sexo y edad

Comunidad Autónoma	Complicaciones a corto plazo	Complicaciones a largo plazo
Andalucía	9,4	28
Aragón	12,8	40,4
Asturias, Principado de	14,7	43
Balears, Illes	12,2	43,2
Canarias	12,4	31,3
Cantabria	15,2	40,5
Castilla y León	12,5	41,8
Castilla-La Mancha	14,2	31,6
Cataluña	14,7	28,4
Comunitat Valenciana	17,5	42,8
Extremadura	12,5	29
Galicia	16,7	29,9
Madrid, Comunidad de	9,8	24,8
Murcia, Región de	13	53,7
Navarra, Comunidad Foral de	8,1	33,5
País Vasco	11,7	42,9
Rioja	17,6	71,2
Promedio	13,2	38,6

Fuente: RECALSEEN, 2018

⁹¹ Registro RECALSEEN (La atención al paciente en las unidades de Endocrinología y Nutrición en el Sistema Nacional de Salud), 2018

El informe RECALMIN

Este informe ⁽⁹²⁾ es también fruto de la colaboración entre la Fundación IMAS y la SEMI (Sociedad Española de Medicina Interna) y del que se han publicado versiones en 2015, 2017 y 2019.

En la **Tabla 19** son llamativas las diferencias que se encuentran en las tasas de mortalidad ajustadas a riesgo en los pacientes ingresados en Medicina Interna, yendo de la mayor frecuencia en Andalucía y la menor en Navarra.

Tabla 19. Indicadores seleccionados por comunidades autónomas de Medicina Interna

Comunidad Autónoma	RAMER (Mortalidad ajustada por riesgo)	% Complicaciones	% Úlcera	% Malnutrición
Andalucía	17,5	19,3	3,8	3,2
Aragón	10,6	17,1	3,2	5,4
Asturias, Principado de	12,1	18,4	2,4	1,5
Balears, Illes	10,1	13,4	2,2	0,9
Canarias	12,9	18,6	2,8	5,0
Cantabria	12,1	22,6	1,4	0,8
Castilla y León	11,3	18,6	3,4	2,0
Castilla-La Mancha	10,9	19,7	3,4	2,7
Cataluña	10,5	13,4	1,8	1,9
Comunitat Valenciana	12,4	12	2,4	1,9
Extremadura	12,1	16,9	1,8	0,7
Galicia	13,0	21,7	2,4	1,4
Madrid, Comunidad de	9,7	23,5	4,2	4,6
Murcia, Región de	9,1	16,1	1,6	1,3
Navarra, Comunidad Foral de	8,7	13,4	1,5	4,7
País Vasco	10,6	17,3	2,3	0,8
Rioja, La	10,1	20,7	1,7	1,4
Ceuta	12,7	13,8	5,5	2,3
Melilla	17,7	19,2	4,4	3,5
Promedio	11,5	17,8	2,5	2,4

Fuente: RECALMIN, 2017

Una evidente desigualdad de resultados a igualdad de patologías

Estos resultados nos ponen de manifiesto una evidente desigualdad de resultados en patologías muy frecuentes (neumonía bacteriana, EPOC/asma, insuficiencia cardíaca, infarto agudo de miocardio, etc.) así como en alguno de los procedimientos más habituales (*bypass* aortocoronario, por ejemplo).

Y, lo que es más grave, que se trabaja poco en la detección, análisis y corrección de estas desigualdades. De ahí que podamos concluir que esto sí que representa un problema para los ciudadanos y los pacientes.

⁹² Informe RECALMIN. La atención al paciente en las unidades de Medicina Interna del Sistema Nacional de Salud. Recursos, actividad y calidad asistencial, 2017

La obsolescencia tecnológica, un problema para los pacientes y profesionales

La crisis económica y su impacto en el parque tecnológico

Como es conocido, la crisis económica produjo en España una reducción muy significativa del gasto sanitario público (pasando de los 75.574 millones de euros en 2009 a 66.552 millones en 2013). Esta bajada se produjo en cuatro años consecutivos: de 2010 a 2013, ambos incluidos. En 2014 empezó una leve recuperación, más evidente en 2015 y desde entonces.

Esta restricción del gasto afectó en términos absolutos fundamentalmente a la remuneración del personal y al gasto farmacéutico. No obstante, en términos relativos la partida más afectada fue la de inversiones, cuyo importe pasó de 2.693,394 millones de euros (3,6% del gasto sanitario público en 2009) a 896,823 millones (1,3% del gasto en 2013). Esto significó unas inversiones en 2013 equivalentes al 33% de las de 2009.

La recuperación progresiva del gasto sanitario público, a partir de 2014, no ha significado, ni mucho menos, una vuelta de las inversiones a cifras similares a las del La obsolescencia tecnológica del sistema sanitario, un problema que se generó en la anterior crisis, todavía no resuelto

La situación actual

El European Cooordination Committee of the Radiological, Electromedical and Healthcare IT Industry (COCIR) ha establecido unas Golden Rules, que fueron lanzadas a partir del consenso de tecnólogos donde

se relaciona la edad de los equipos con su capacidad de incorporar tecnología actual e innovadora. Estas reglas se presentan en la **Tabla 20**:

Tabla 20. "Golden rules" de COCIR

"Golden Rules" de COCIR en cuanto al estado de la tecnología médica

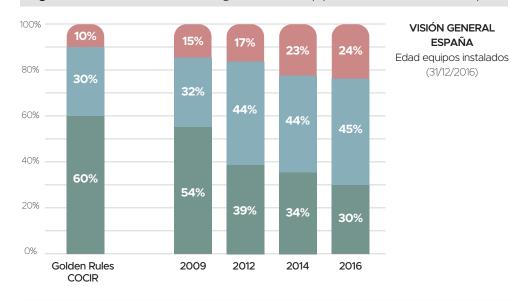
- 1. Al menos el 60% de los equipos instalados en un centro deben tener menos de 5 años.
- 2. Como máximo, el 30% de los equipos debe tener entre 6 y 10 años.
- 3. Se limitará a un máximo del 10% las tecnologías disponibles con edad mayor de 10 año.

Fuente: RECALMIN, 2017

Lógicamente, estas reglas no hay que tomarlas al pie de la letra, pero sí son indicativas en cuanto a un estado adecuado de antigüedad de la tecnología médica, que luego hay que matizar con otros muchos elementos (innovación en el área, estado de mantenimiento, seguridad, etc.) Pues bien, en España la superación de la crisis y de los recortes, a partir de 2014, no significaron una mejora de la antigüedad

del parque tecnológico, sino, al contrario, un empeoramiento, como podemos ver en la **Figura 33**.

Figura 33. Situación en cuanto a antigüedad de los equipos de electromedicina en España

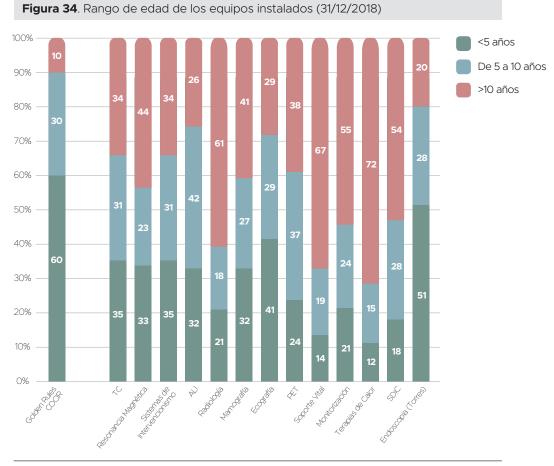


Fuente: FENIN, 2017 (93)

⁹³ FENIN

Una actualización a diciembre de 2018 da la siguiente situación (**Figura 34**) en cuanto a la situación de los más importantes equipos del parque tecnológico en España. Vemos

que ninguna de las tecnologías tiene menos de un 20% de los equipos con menos de 10 años y hay tecnologías cuya antigüedad supera los 10 años en un 70% de los casos.



Fuente: FENIN, 2019 (94)

Una conciencia crítica de la crisis

Estas reducciones en las inversiones del sistema sanitario público, con repercusiones en la obsolescencia de los equipos, hubieran pasado desapercibidas, si no hubiera sido por la actividad de múltiples organismos y asociaciones, que actuaron como conciencia crítica del sistema. Nos referimos a:

- **FENIN,** que ya en 2015 publicó el documento *"Perfil Tecnológico de Hospitales en España"*, posteriormente actualizado en diciembre de 2017, en enero de 2018 y en diciembre de 2018.
- La SERAM (Sociedad Española de Radiología Médica), que, en colaboración con la Fundación Signo, publicó en 2017 la "Guía para la renovación y actualización tecnológica en radiología".

- La Sociedad Española de Electromedicina e Ingeniería Clínica (SEEIC), se ha posicionado también sobre el tema.
- Igualmente, otras sociedades, como la Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR). Según el informe elaborado por la SEOR, junto con la Universidad Francisco de Vitoria, en España, la media de unidades de radioterapia por millón de habitantes es de 5,4, muy por debajo de los 8 equipos por millón de media en la Unión Europea (95).

Vemos, pues, que la madurez del sistema sanitario se ha manifestado en este caso por el surgimiento de múltiples actores que han lanzado una alerta pública a lo que puede llegar a ser un problema asistencial.

⁹⁴ Perfil tecnológico hospitalario y propuestas para la renovación de tecnologías sanitarias, FENIN, 2019

⁹⁵ Radiation therapy equipment in the EU European Commission, Eurostat, https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20171107-1, consultado 12 mayo. 2020

El Ministerio de Sanidad, casi siempre ajeno al problema

Así como hemos visto el funcionamiento de una conciencia crítica en el sistema, que denunciaba las graves consecuencias de la falta de inversiones en tecnología médica, no podemos decir lo mismo de la actitud del Ministerio de Sanidad. En un reportaje de El País de abril de 2015 (96) dónde se describía el problema, interrogado el Ministerio, su respuesta por escrito fue que "hay una cartera de servicios y son las comunidades autónomas las que tienen que poner los medios materiales y humanos para cumplirla". "Decir cómo lo hacen sería invadir competencias". Obviamente, una cosa es invadir competencias y otra muy

distinta inhibirse por completo ante un grave problema, que afecta a todo el sistema, máxime cuando este tiene su origen en medidas de recortes impulsados desde la Administración central. Con independencia de que esta sea o no la actitud del actual equipo ministerial, no cabe duda de que la tónica de no entrar en los problemas de fondo del Sistema Nacional de Salud ha sido la predominante en el Ministerio de Sanidad en los últimos años.

El Ministerio carece de un registro que recoja la antigüedad del parque tecnológico del Sistema Nacional de Salud. Las comunidades en general tampoco lo tienen.

El problema no es solo económico

Llegados a este punto debemos plantearnos si la recuperación del nivel de inversiones previo a la crisis por sí mismo resolvería el problema. Creemos que esa puede ser una condición, pero por sí mismo no lo resolvería.

Lo que nos falta como país es un auténtico sistema de evaluación del ciclo de vida de las tecnologías médicas, que nos ponga frente a unos estándares indicativos de vida útil de los equipos médicos. Lo que no es incompatible con algo también necesario: realizar un análisis del rendimiento de los equipos, dado el frecuente bajo rendimiento de los equipos en el sistema sanitario público.

Nada original. Simplemente reproducir lo que tienen en Estados Unidos ⁽⁹⁷⁾, o en Canadá ⁽⁹⁸⁾, o en Australia ⁽⁹⁹⁾, o en el Reino Unido ⁽¹⁰⁰⁾.

Avanzar en esa línea debe ser una de las enseñanzas de la crisis.

Porqué la obsolescencia tecnológica está afectando a los pacientes y los profesionales

Cuando hablamos de obsolescencia de los equipos, estamos hablando de privar a los pacientes y a los profesionales de muchas ventajas que incorporan los nuevos equipos, tales como *mayor seguridad del paciente* (mejor resuelta en los equipos avanzados); *reducción de dosis* (posible con los nuevos equipos); *post-proceso avanzado más fácil y rápido* (incorporando programas automáticos para la reconstrucción de los estudios); *disminución de repeticiones de exámenes* (al cambiar la tecnología analógica a digital, el número de exámenes repetidos disminuye notablemente y, con

ellos, los costes y la incomodidad de los pacientes y usuarios); *mejores diagnósticos* (los detectores digitales y las innovaciones de software permiten obtener una gran mejora en la calidad de imagen y, por tanto, diagnósticos más precisos); y, sin que sea necesariamente por último, *disminución de lista de espera* (debido a aumento de la rapidez del examen y la mejora en el flujo de trabajo).

En otras palabras, que la obsolescencia tecnológica puede afectar de forma muy directa a la calidad de la práctica clínica.

⁹⁶ La crisis envejece el equipamiento tecnológico de los hospitales El País, 15 abril, 2015

⁹⁷ Estimated Useful Lives of Depreciable Hospital Assets, American Hospital Association, 2018

⁹⁸ Lifecycle Guidance for Medical Imaging Equipment in Canada, Canadian Association of Radiologist, 2013

⁹⁹ Managing medical equipment in public hospitals, Auditor General, Victoria (Australia), 2003

¹⁰⁰ Managing Medical Devices, Medicines & Healthcare products Regulatory Agency, 2015

Retrasos en la incorporación de determinadas terapias

Introducción: tecnologías al día y bien evaluadas

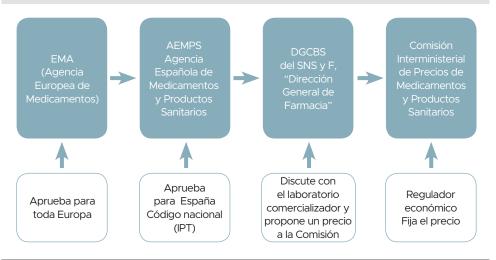
Hoy en día no puede haber ni medicina ni sistema sanitario de calidad, si no cuenta con tecnologías al día, y bien evaluadas en su coste/efectividad, aunque hay que tener en cuenta que el criterio coste/efectividad no es universal y depende de la capacidad de financiación de cada país. En un mundo tan cambiante, con la avalancha de nuevas tecnologías que solucionan o dan mejores perspectivas

de evolución a problemas hasta ahora no resueltos por la humanidad; con asociaciones de pacientes impacientes -valga la redundanciade contar con los últimos avances, ya que en ello les va la vida; un retraso no justificado en la incorporación de tecnologías que permiten ciertas terapias es un atentado a la calidad del sistema y una fuente de problemas para los ciudadanos y pacientes.

El caso de los medicamentos

Los distintos pasos para llegar a la dispensación de medicamentos en el sector público se reflejan en la **Figura 35**.

Figura 35. Distintos pasos para la aprobación de la utilización de un medicamento en el sector público



Fuente: Elaboración propia

Las Agencias reguladoras, como la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), con sede en Ámsterdam, y las agencias de los estados miembros, como la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) son las responsables de la evaluación de la documentación científica primaria de un nuevo fármaco, definen las indicaciones clínicas, aprueban la ficha técnica y realizan la propuesta de autorización para su registro, siendo las responsables de autorización de la comercialización. Su misión es garantizar a la sociedad la calidad, seguridad, eficacia y correcta información de los medicamentos, desde su investigación hasta su utilización. Una vez aprobado el medicamento, la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, discute con el laboratorio comercializador y propone un precio a la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos (CIMP). Por último, esta Comisión (con representación de los Ministerios de Sanidad; Hacienda; Asuntos Económicos y Transformación Digital; Industria, Comercio y Turismo; y las comunidades autónomas) fija las condiciones de financiación y regula el precio.

En principio, todo habría concluido y el medicamento podría ser utilizado por el

Sistema Nacional de Salud, pero nada más lejos de la realidad.

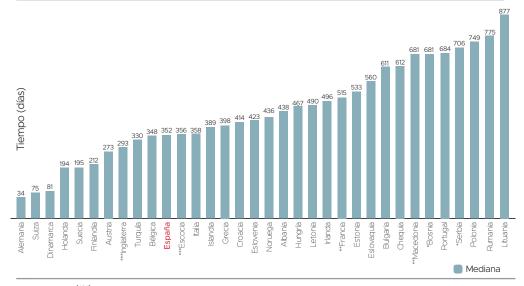
Hay tres razones por la que la utilización real por el sistema puede retrasarse:

- Retrasos en el propio proceso hasta la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos
- Intervenciones de las comunidades autónomas
- Actuación de los Comités de Farmacia y Terapéutica de cada uno de los hospitales

Retrasos en la fijación del precio

La Federación Europea de Industrias Farmacéuticas (EFPIA) analiza el retraso en cada uno de los países de la Unión Europea desde la autorización por las Agencia reguladoras hasta la finalización del proceso administrativo, con la fijación del precio. Esto se refleja en la **Figura 36**.

Figura 36. Retrasos en el proceso administrativo de fijación de precio del medicamento, desde la aprobación por la agencia reguladora (2018)



Fuente: EFPIA (101)

Según lo anterior, el país con menos plazo para la aprobación es Alemania (53 días), seguido de Suiza, Dinamarca y Holanda. España, con 352 días, tarda 6,6 veces más que Alemania en este proceso. España siempre ha sido lenta en esta materia. Según un estudio publicado en la Revista Española de Salud Pública (1002), la media del tiempo desde la aprobación por la EMA hasta su financiación en España en 2013 era el doble que en 2008. El motor principal del retraso es el establecimiento del precio.

Rev Esp. Salud Pública 2015, 89:189-200

¹⁰¹ EFPIA Patient W.A.I.T. Indicator 2019 Survey

¹⁰² Pinyol, C et al

Duración del proceso de financiación en España de los fármacos innovadores aprobados por la Agencia Europea del Medicamento. 2008-2013

Intervención de las comunidades autónomas

Una vez establecido el precio del medicamento, vienen las barreras regionales, que para algunos sobrepasan el marco de la gestión y afectan a la equidad, al acceso de los pacientes a los medicamentos y a la libertad de prescripción de los profesionales sanitarios (103).

Son los Comités Autonómicos de evaluación de medicamentos, que, en gran medida, repiten las evaluaciones ya realizadas por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) y por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Todas las

comunidades tienen un Comité de estas características, excepto Asturias, Extremadura y Madrid.

Se han detectado problemas consistentes en falta de transparencia y participación en la actividad de estos Comités, así como duplicidades en sus actuaciones (104).

En el año 2004 se creó el denominado Comité Mixto para la Evaluación de nuevos medicamentos en España (CMENM). Está constituido por los Comités de Andalucía, País Vasco, Cataluña, Aragón y Navarra (105).

El papel de las Comisiones de Farmacia y Terapéutica en los hospitales

bases legales y normativas para realizar una selección de medicamentos, de acuerdo con criterios basados en la evidencia y la eficiencia. Así, en los hospitales españoles se realiza también una evaluación de las propuestas de nuevos fármacos a incluir en la Guía Farmacoterapéutica de cada hospital. Esta inclusión se lleva a cabo en las **Comisiones de Farmacia y Terapéutica**. Según un estudio realizado el año 2008 en 200 hospitales españoles, el 99,5% tenían una Guía Farmacoterapéutica, pero en solo el 59,5%

de estos hospitales las comisiones tenían un procedimiento normalizado de trabajo ⁽¹⁰⁶⁾.

En el ámbito hospitalario se dispone de las

En el año 2005 se creó un grupo de trabajo en el seno de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) llamado **GENESIS** (Grupo de Evaluación de Novedades, Estandarización e Investigación en Selección de Medicamentos) que ha desarrollado un manual de procedimientos para estas comisiones. La actividad de evaluación llevada a cabo por estas comisiones hospitalarias es considerable ⁽¹⁰⁷⁾.

La variabilidad en la actuación de estas Comisiones hospitalarias ha sido bien documentada ⁽¹⁰⁸⁾.

Política farmacéutica española: ¿qué rol juega la evaluación económica?

106 Puigventós, F. et al

Structure and procedures of the pharmacy and therapeutic committees in Spanish hospitals Pharm World Sci 2010, 32:767-75

107 _{Rovira,} J et al

Política farmacéutica española: ¿qué rol juega la evaluación económica?

Ergon, 2013, pp. 23-24

108 Puigventós, F et al

Vañabilidad en la actividad y los resultados de la evaluación de nuevos medicamentos por las comisiones de farmacia y terapéutica de los hospitales en España

¹⁰³ España, a la cola de Europa en permitir la prescripción de fármacos aprobados Diario Médico, 11/6/2012

¹⁰⁴ Organización y Funcionamiento de los Comités Autonómicos de Evaluación de Medicamentos Instituto de Salud Carlos III, 2014

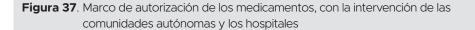
¹⁰⁵ Rovira, J et al

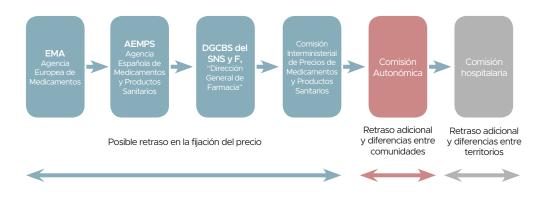
Consecuencias: retrasos y desigualdades entre comunidades autónomas y territorios

El nuevo planteamiento de la intervención de las comunidades autónomas y los hospitales modifica la **Figura 35**, ya vista, en la **Figura 37**. Las consecuencias son

evidentes: nuevos retrasos y diferencias entre comunidades y entre territorios dentro de las comunidades.

Hay una serie de pasos, que generan retrasos y diferencias entre regiones y áreas en la introducción de medicamentos





Fuente: Elaboración propia

España, en general, no ha sido uno de los países que más rápidamente incorporaba la innovación. En un informe (109) sobre 2014, se sitúa a España, junto con Corea y Japón,

entre los países con menos incorporación de nuevas entidades moleculares (ver **Figura 38**).

Figura 38. Nuevas entidades moleculares. Disponibilidad en 2014 40 35 14 14 15 30 19 19 21 20 31 28 28 15 22 23 23 18 10 18 16 5 Estados Francia Italia Alemania Reino Canadá Japón España Corea Unidos Unido Disponible No Disponible

Fuente: IMS Institute, 2015

¹⁰⁹ Developments in Cancer Treatment, Market Dynamics, Patient Access and Value. Global Oncology Trend Report 2015 IMS Institute, 2015

En un artículo que tuvo mucho impacto publicado por la **Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)** en 2016 ⁽¹¹⁰⁾, se analizan 11 medicamentos oncológicos, en todas las comunidades autónomas. Se detecta una gran variabilidad entre las regiones y entre diferentes centros de la misma región, falta de transparencia y dificultades de accesibilidad a la información.

Un nuevo estudio de la **SEOM** publicado en 2019 (111) identifica barreras de acceso en el 43% de los servicios de Oncología Médica de España. El rango de meses transcurrido desde la fijación de precio por la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos hasta su posible prescripción en los distintos hospitales participantes va desde 0 a los 36 meses (¡3 años!). Si se mide el plazo desde la aprobación del fármaco por la Comisión Europea el rango llega hasta los 48 meses (¡4 años!).

Esta situación ha llevado a la actuación de oficio de la Defensora del Pueblo (112) por el retraso a los nuevos medicamentos

oncológicos, así como protestas de pacientes, como el Grupo Español de Pacientes con Cáncer (113).

Las quejas no se limitan a medicamentos oncológicos, sino a otros medicamentos innovadores para otras entidades, como por ejemplo para la fibrosis quística (114), según denuncias de la Federación Española de Fibrosis Quística.

Otro grupo de medicamentos que sufren en su comercialización en España son los destinados a enfermedades raras: hay importantes retrasos en la aprobación de comercialización de estos medicamentos. El tiempo medio desde la aprobación por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) es de 19 meses, muy por encima de otros países europeos. Actualmente hay autorizados 118 medicamentos huérfanos en Europa, de estos 101 tienen código nacional asignado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, pero solo 61 se han llegado a comercializar (115).

El caso de las tecnologías médicas

Aparte de la obsolescencia tecnológica, consecuencia de la crisis económica, el impacto regulatorio en las tecnologías médicas ha sido menos analizado. Hay algunos trabajos que ponen de manifiesto una gran variabilidad en la presencia y utilización de ciertas tecnologías, generalmente relacionada más a factores socio-económicos que epidemiológicos o de otro tipo (116).

El factor regulatorio a nivel nacional y en las comunidades está menos presente que en el caso de los medicamentos. En España existen **8 Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias** (117), agrupadas desde 2012 en la **Red de Agencias** (118), pero sus funciones no son reguladoras (como puede ser el caso de la NICE, en el Reino Unido) sino exclusivamente asesoras.

Equity, barriers and cancer disparities: study of the Spanish Society of Medical Oncology on the access to oncologic drugs in the Spanish Regions
Clin Transl Oncol, Springer 2016

Variabilidad entre comunidades autónomas en el uso de tres tecnologías cardiovasculares Rev Esp Cardiol 2008; 59(12):1232-43

117 Rovira, J et al

Política farmacéutica española: ¿qué rol juega la evaluación económica? Ergon, 2013, pp. 25-26

^{110 &}lt;sub>Salvador, J</sub>

¹¹¹ El 43% de los servicios de Oncología Médica identifican barreras de acceso para la utilización de fármacos Sociedad Española de Oncología Médica, 2019

¹¹² Actuación de oficio de la Defensora del Pueblo por el retraso en el acceso a los nuevos medicamentos oncológicos. Defensor del Pueblo 15/4/2014

^{113 &}quot;Cuestiones económicas" retrasan la aprobación de los fármacos contra el cáncer Consalud. 6/10/2015

¹¹⁴ Los pacientes denuncian retrasos en el acceso a los medicamentos innovadores Somos pacientes, 19 abril, 2017

¹¹⁵ Enfermedades raras: "La investigación en España sobre fármacos huérfanos es muy buena, pero faltan recursos" Diario Médico, 27/2/2019

¹¹⁶ Fitch-Warner, K et al

¹¹⁸ Red española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 3 octubre 2012

El acceso a las tecnologías y terapias: un asunto que no debe quedar solo para las Administraciones

Hemos visto que, sobre todo en medicamentos, hay muchos problemas particularmente ligados a retrasos en su introducción y distinta implantación en función de órganos reguladores en las comunidades autónomas y hospitales, de funcionamiento no muy transparente. Esto afecta a muchos medicamentos innovadores, particularmente oncológicos y para enfermedades raras.

La sensibilidad en el sistema ante este problema ha sido introducida fundamentalmente por los pacientes. Una conclusión evidente es que este tema no debe ser dejado solamente a la acción de las Administraciones, sino en todas estas decisiones la implicación muy activa de las asociaciones de pacientes es fundamental.

Inequidades de acceso a determinadas terapias

Las inequidades en salud en general

Hay distintos tipos de desigualdades en salud (119):

- Desigualdades en el gasto sanitario y en la financiación territorial de la sanidad, tan presentes en nuestro sistema.
- Desigualdades en la utilización, las diferencias en el uso de los servicios sanitarios entre ámbitos geográficos distintos son también una realidad constatable.
- Desigualdades en salud debido a múltiples causas, no todas relacionadas con el sistema sanitario (nivel económico, hábitos de vida, género, etnicidad, etc.).
- **Desigualdades en resultados,** a igualdad de patologías.
- Desigualdades en el acceso, en general por variaciones en la oferta, debido a múltiples causas

Antes de nada, debemos decir que no toda desigualdad es una inequidad ⁽¹²⁰⁾. La propia Ley de Cohesión y Calidad establece distintos niveles de la cartera de servicios y aparte de la cartera común básica establece, entre otras, la cartera de servicios complementarios de las comunidades autónomas. Diferencias en esta cartera no debería llevar a etiquetarlas de inequidades.

Entendemos por inequidades aquellas diferencias indeseables y evitables (121). La evitación de las desigualdades no significa que "todo debe ofrecerse en todos los sitios", al contrario, en muchos casos se puede requerir la concentración en determinados centros de ciertas prestaciones o actividades y el reconocimiento de centros de referencia.

Nos referiremos en este capítulo a desigualdades en el acceso, aunque las más importantes (listas de espera y retrasos en la incorporación de ciertos medicamentos y terapias) ya los hemos abordado.

Una característica de muchos de estos problemas de acceso es que generalmente han sido denunciados por las asociaciones de pacientes.

¹¹⁹ González López-Valcárcel, B, Barber, P Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España Fundación Alternativas, 2006

¹²⁰ López Casasnovas, G Veinticinco tópicos sobre desigualdades en salud y servicios sanitario: Gestión Clínica y Sanitaria, 9 (4), Invierno 2007: 132-136

¹²¹ Urbanos-Garrido, R La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad Gac Sanit 2016; 30 (S1):25-30

Ejemplos de inequidades de acceso a determinadas terapias

De las muchas inequidades de acceso a ciertas terapias hemos seleccionado las que figuran en la **Tabla 21**, que por supuesto no agota el mapa de desigualdades en nuestro sistema.

Tabla 21. Ejemplos de inequidades de acceso a determinadas terapias

Ejemplos de inequidades de acceso a determinadas terapias
Diabetes
Anticoagulación
Cáncer de mama
Cáncer de tiroides
Cáncer colorrectal
Control de esfínteres
Radioterapia
Parkinson
Atención dental
Salud mental
Servicios sociosanitarios
Cuidados paliativos
Tratamiento del dolor
Medicina personalizada

Hay inequidades en el acceso a terapias en enfermedades muy comunes

Fuente: Elaboración propia

Diabetes

En una enfermedad tan común como la diabetes, se dan diferencias muy significativas tanto en resultados como en la facilidad o dificultad de acceso a ciertas terapias.

En cuanto a resultados, las **diferencias de mortalidad ajustada por edad** están reflejadas en la **Tabla 22**:

Tabla 22. Mortalidad por diabetes ajustada por edad (por 100.000 habitantes), 2008

Comunidad Autónoma	Hombres	Mujeres
Andalucía	14,1	13,03
Aragón	14,08	11,30
Asturias	14,56	12,09
Baleares	13,54	11,53
Canarias	38,81	32,84
Cantabria	9,14	12,73
Castilla y León	15,89	12,67
Castilla-La Mancha	10,67	9,88
Cataluña	15,27	11,01
Comunidad Valenciana	14,78	12,11
Extremadura	13,15	11,53
Galicia	10,31	8,02
Madrid	6,47	5,40
Murcia	12,64	10,46
Navarra	11,78	8,76
País Vasco	10,54	8,67
Rioja	11,02	11,13
TOTAL NACIONAL	13,48	11,13

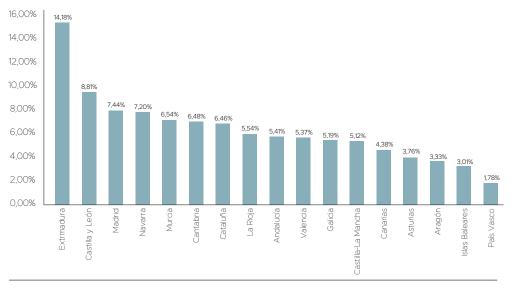
Fuente: (122)

¹²² Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud (actualización) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012

En cuanto a la **penetración de bombas de insulina en pacientes con diabetes tipo 1,** solo Extremadura se aproxima a la media europea con un 14% de pacientes con diabetes tipo 1 como usuarios de infusión subcutánea

continua de insulina. El País Vasco se encuentra en última posición, con menos de un 2% de penetración. Esto se puede observar en la **Figura 39.**

Figura 39. Porcentaje de penetración en las distintas comunidades autónomas de las bombas de insulina en pacientes de diabetes tipo 1



Fuente: Federación Española de Diabetes (FEDE), 2010

Por último, hay **grandes diferencias de los pacientes diabéticos afectados por visados para ciertas medicaciones.** El total nacional es de 195.637 pacientes, con grandes diferencias entre comunidades autónomas ⁽¹²³⁾.

Anticoagulación

Los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) sustituyen con ventaja a los basados en anti-Vitamina K. En muchos casos los ACOD son más seguros, sobre todo si tenemos en cuenta que una de las primeras causas de mortalidad de la mujer en España es el ictus.

El nivel de penetración de estos medicamentos ACOD en España es de un 40,4% de los casos, que está muy por debajo de la media europea (66,7%) (124).

¹²³ Federación Española de Diabetes (FEDE), 2018

¹²⁴ De Rueda, A, López, CM Revista Española de Economía de la Salud, 2019, 14 (2): 328-337

Existen desigualdades entre comunidades, en el sentido de que en algunas se requiere visado para recetar estos fármacos. Esto lleva a una penetración de estos medicamentos muy variada en las diferentes comunidades, según podemos ver en la **Figura 40**.

Figura 40. Nivel de penetración de ACOD por comunidades autónomas



Fuente: IQVIA, 2018

Estas diferencias entre comunidades han sido puestas de manifiesto por algunas asociaciones de pacientes, como AMAC (Asociación Madrileña de Pacientes Anticoagulados y Cardiovasculares) (125).

Cáncer de mama

Oncólogos y pacientes (Federación Española de Cáncer de Mama, Sociedad Española de Oncología Médica, Grupo Español de Investigación en Cáncer de mama) han denunciado desigualdades entre comunidades en relación con el acceso a fármacos en el cáncer de mama, disponiendo algunas comunidades fármacos más eficaces que otras ⁽¹²⁶⁾.

Cáncer de tiroides

AECAT *(Asociación Española de Cáncer de tiroides)* denunció desigualdades entre las diferentes comunidades en el acceso a

determinados fármacos (127). Esta asociación también reclama centros de referencia regionales (CSUR) para tratar esta patología.

Cáncer colorrectal

En el abordaje del cáncer colorrectal se dan varios problemas.

En primer lugar, según denuncia la *Asociación Española Contra el Cáncer (AECC),* casi 6 millones de personas en edad de riesgo

siguen sin programas de cribado de cáncer de colon. Hay cuatro comunidades que son puntos negros en esto: Andalucía, Asturias, Extremadura y Madrid, así como Ceuta y Melilla ⁽¹²⁸⁾.

¹²⁵ https://www.anticoaguladosmadrid.es, (consultado 18 marzo, 2020)

¹²⁶ Reclaman equidad en el acceso de los tratamientos contra el cáncer de mama Consalud. 16/10/2017

¹²⁷ https://www.aecat.net, (consultado 18 marzo, 2020)

¹²⁸ La AECC advierte que casi 6 millones de personas en edad de riesgo siguen sin acceso a programas de cribado de cáncer de colon

Nota de prensa de la AECC, 31 marzo, 2016

En segundo lugar, la *Sociedad Española de Oncología Médica* denuncia diferencias en el acceso a fármacos según las distintas comunidades ⁽¹²⁹⁾.

Y, por último, la *Sociedad Española de Oncología Radioterápica* ha puesto de manifiesto que diversos pacientes que deberían haber recibido radioterapia no la recibieron por diversos problemas ⁽¹³⁰⁾.

Control de esfínteres

Este problema afecta a los más de 70.000 pacientes, que han constituido una sociedad llamada *Grupo de Pacientes Incontinencia Fecal España (IFE)* (131).

Reclaman un tratamiento como la irrigación transanal. Este procedimiento confiere mayor autonomía a personas que no tienen control de sus esfínteres como consecuencia de una disfunción intestinal causada por lesiones medulares, esclerosis múltiple o espina bífida, entre otras enfermedades.

Solo la Región de Murcia, País Vasco, Islas Baleares y la Comunidad Valenciana costean de alguna manera este tratamiento. El resto de los afectados tiene que hacerse cargo del tratamiento, más de 2.000 euros/año, según el caso (132).

El Consejo General de Enfermería y otras asociaciones profesionales se han unido al Grupo IFE en una plataforma (133).

Radioterapia

En España sufrimos una falta de dotación de equipos de radioterapia, lo que hace que 3 de cada 10 pacientes no puedan recibir tratamiento, según ha sido denunciado recientemente (134).

España no cumple con las recomendaciones de la UE en oncología radioterápica, ya que tiene una media de 5,4 equipos por millón de habitantes, cuando el umbral mínimo recomendable es 7 ⁽¹³⁵⁾. Esta situación no ha sido paliada del todo tras la generosa donación de la Fundación Amancio Ortega, ya que la mayor parte de los nuevos equipos se han destinado a reposición, sustituyendo a equipos obsoletos.

Por otra parte, en radioterapia se ha descrito un mapa de inequidad, ya que solo una parte del territorio está a menos de una hora de conducción de una unidad de radioterapia (136).

Parkinson

Esta patología afecta a más de 150.000 personas en España. Con motivo del Día Mundial del Parkinson (11 de abril, 2014), la *Federación Española de Parkinson* ha denunciado que se están produciendo inequidades entre las distintas comunidades autónomas en el acceso al tratamiento, afirmando que estas desigualdades se están

detectando no solo en las comunidades sino entre las provincias de una misma comunidad o incluso entre hospitales de una misma región (137).

De hecho, esta Federación insiste en que del 10% de los pacientes con enfermedad avanzada, solo el 15% de ellos está recibiendo la terapia acorde con su estado.

¹²⁹ Oncólogos, pacientes y sociedades científicas coinciden en evitar inequidades en tratamientos del cáncer colorrectal iSanidad, 19 marzo, 2018

¹³⁰ Oncólogos, pacientes y sociedades científicas coinciden en evitar inequidades en tratamientos del cáncer colorrectal iSanidad, 19 marzo, 2018

¹³¹ Asociaciones de afectados por incontinencia fecal crean una plataforma para defender su derecho a "vivir con dignidad" Saludadiario es. 23 octubre. 2019

¹³² Solo Murcia, Valencia, País Vasco y Baleares financian el tratamiento de la incontinencia fecal Redacción Médica, 23 octubre, 2019

¹³³ Enfermeras y médicos se suman a los pacientes con incontinencia fecal para reivindicar el acceso a un tratamiento Infosalus, 14 febrero, 2019

¹³⁴ SEOR y Sedisa abordan la "necesidad" de desarrollar un plan estratégico en España para abordar la inequidad de la Oncología radioterápica Comunicado de Prensa, 11 de marzo, 2016

¹³⁵ La SEOR considera que España no cumple con las recomendaciones de la UE en Oncología Radioterápica Médicos y Pacientes, 5/02/2018

¹³⁶ Lara, PC et al Rescuing Spanish Radiation Therapy: The Role of Leadership and Opportur Int J Radiation Oncol Biol Phys 100 (2): 292–296, 2018

¹³⁷ Denuncia "inequidades" entre CCAA en el acceso a tratamientos de Parkinson Infosalus, 8 abril, 2014

Atención dental

En sentido estricto, esto no es una inequidad, sino una carencia de nuestro sistema sanitario público, que no cubre la atención dental en adultos, salvo extracciones de dientes, flemones y traumatismos. Por eso, la atención dental ha sido llamada *"la gran caries de la sanidad pública"* (138).

España, con un 1% de cobertura pública de la atención dental, está muy por debajo de algunos países como Alemania (68%) y por debajo de la media de la UE-28 (30%) (139).

En cuanto a la cobertura de niños y adolescentes, que sí cubre parcialmente el sistema público, hay **tres modelos:** ocho comunidades siguen el programa PADI, se concierta la actividad con odontólogos privados pagándoles una cantidad anual por cada paciente (País Vasco, Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Extremadura, Murcia y Navarra); otras siete comunidades tiene cobertura pública (Galicia, Asturias, Cantabria, La Rioja, Madrid, Cataluña y Comunidad Valenciana); y, por último, dos comunidades tienen un modelo mixto (Castilla y León y Castilla-La Mancha) (140).

Suele ser de aceptado de manera general que la atención dental es uno de los grandes déficits de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Salud mental

En salud mental, la ratio de especialistas por 100.000 habitantes es de 10, cuando la media europea es de 18 (141).

En España solo se dedican 80,7 euros por persona/año en salud mental, frente a los 316 en Alemania (142).

Naturalmente esto se traduce en listas de espera y desigualdades entre comunidades, ya que el gasto destinado a salud mental varía considerablemente entre las 17 comunidades autónomas (143).

Servicios sociosanitarios

Los servicios sociosanitarios están incluidos en la cartera común básica de la Ley de Cohesión y Calidad.

Sin embargo, hay grandes barreras a la construcción del Espacio socio-sanitario en España, con grandes diferencias entre comunidades autónomas (144). Mientras en algunas ha habido una voluntad de desarrollo en la práctica, en otras los servicios sociales y los sanitarios siguen observándose desde la distancia.

La consecuencia es la inequidad en la utilización de los servicios sociosanitarios en España particularmente por las personas discapacitadas ⁽¹⁴⁵⁾.

La atención bucodental en comunidades autónomas con modelos público o mixto en España. RCOE. marzo, 2018

141 Nogueira, R

Salud mental, el lujo de tener una mente sana en España Ethic octubre 2019

Por qué España debe invertir en salud mental Infosalus, 12/12/2019

143 Radiografía de la salud mental en España DKV, 29 octubre, 2019

144 Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España Antares consulting, marzo 2010

145 Hernández Quevedo, C, Jiménez Rubio, D Inequidad en la utilización de servicios sociosanitarios en España para las personas discapacitadas Gar Sanit 2011: 25 (S): 85-92

¹³⁸ La gran caries de la sanidad pública El País, 9 sep, 2019

¹³⁹ OCDE, Estadísticas de Salud, 2018

¹⁴⁰ Llena Puy, C et al

Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos están también incluidos en la cartera común básica del Sistema Nacional de Salud.

A pesar de eso, la *Asociación Española* contra el Cáncer (AECC) ¹¹⁴⁶⁾ denuncia que tan solo el 50% de los pacientes tuvo acceso a los cuidados paliativos cuando los necesitaron. Las principales razones de esta

situación son la falta de recursos y la escasa información a pacientes y familiares.

Desde la AECC se ha establecido un mapa nacional con lo recursos necesarios por comunidad autónoma. Vemos que Andalucía, Madrid y Comunidad Valenciana están entre las comunidades con mayor necesidad de recursos (Ver **Figura 41**).

Figura 41. Recursos necesarios por comunidades en cuidados paliativos



Fuente: AECC, 2018

La *Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)* denuncia la "inequidad" en el acceso a cuidados paliativos dependiendo del lugar de residencia (147).

Tratamiento del dolor

Se calcula que uno de cada seis españoles (17%) sufre dolor crónico. Los pacientes se quejan del largo tiempo transcurrido desde el comienzo del dolor y el diagnóstico y tratamiento (148).

En España no existe una estrategia nacional del dolor para el conjunto del Sistema Nacional de Salud. El plan de paliativos se preocupó del dolor crónico de origen oncológico, pero no hay estrategia para el dolor no oncológico (149).

¹⁴⁶ La AECC denuncia inequidad en el acceso a cuidados paliativos AECC, nota de prensa, 2018

¹⁴⁷ SECPAL denuncia "inequidad" en el acceso a cuidados paliativos dependiendo del lugar de residencia, La Vanguardia,

¹⁴⁸ El dolor en la enfermedad crónica desde la perspectiva de los pacientes

Plataforma de Organizaciones de Pacientes-Sociedad Española del Dolor, diciembre 2018

¹⁴⁹ Torralba, A

Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "Pain Proposal" Rev Soc Esp Dolor 2014; 21 (1): 16-22

Medicina personalizada

La medicina personalizada es la nueva dimensión de la medicina, desarrollada gracias a los avances en genómica, en imagen médica avanzada y en bioinformática. En España se carece de un plan de impulso a la medicina personalizada en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Es por eso por lo que las comunidades autónomas están avanzando en este campo a varias velocidades (Ver **Figura 42**).

Figura 42. Grado de desarrollo de implantación de la Medicina Personalizada de Precisión



Fuente: Instituto Roche, 2019

Algunas comunidades como Andalucía, Cataluña, Castilla y León, Galicia y País Vasco, son las que tienen un mayor grado de avance, al definir centros de referencia y su propia cartera de servicios. Otras, como Baleares, Extremadura, Madrid, Murcia, Navarra o Comunidad Valenciana están en un nivel intermedio. A la cola se sitúan Asturias, Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha y La Rioja (150).

Una simple normativa de cartera de servicios no es suficiente

Las inequidades, como hemos visto, son casi la regla en la mayor parte de las enfermedades y situaciones clínicas. La conclusión a la que llegamos es que para garantizar la equidad no es suficiente definir una cartera de servicios y llevarla al Boletín Oficial del Estado. Se quedará obsoleta en dos días y no se cumplirá si no se ponen en marcha acciones para su garantía.

Es preciso una Agencia (o una entidad que realice esas funciones) que analice las inequidades de acceso en el conjunto del territorio, que actualice la cartera de servicios según el acelerado ritmo de los avances médicos, y que proponga, en su caso, unos protocolos de actuación consensuados, por supuesto con participación de los pacientes.

Si no hubiera sido por las Asociaciones de Pacientes no hubiéramos adquirido conciencia de las múltiples inequidades en el Sistema Nacional de Salud.

¹⁵⁰ Medicina Personalizada de Precisión en España. Mapa de Comunidades Instituto Roche, 2019

Profundo malestar profesional, fundamentalmente médico

La historia de los recursos humanos en sanidad en España

La regulación del régimen jurídico del personal sanitario de las instituciones del Sistema Nacional de Salud es un problema grave, tal vez el mayor problema estructural del sistema sanitario público. Como tal, ha venido marcando el debate en sanidad en España en los últimos veinte años, ya que su realidad condiciona otras muchas, como las posibilidades de gestión ágil de las instituciones sanitarias públicas. Con independencia del acuerdo o no con ciertas soluciones, la percepción general tanto desde dentro del sector sanitario como desde fuera del mismo es que el régimen de personal rígido no se corresponde con las necesidades de dinamismo y flexibilidad propias de organizaciones de conocimiento, como las que constituyen el sector sanitario.

En la dictadura de Franco, las relaciones laborales del personal sanitario se regían por tres estatutos específicos: de personal médico; de personal auxiliar sanitario (enfermería) y auxiliar de clínica; y, de personal no sanitario. Bajo estos distintos estatutos, cada grupo de personal funcionaba de manera autónoma e independiente de los restantes, con distintos procedimientos de selección de personal y conceptos retributivos y nivelación retributiva específica.

Con la democracia, durante la tramitación de la Ley General de Sanidad, hubo intentos de definir la relación estatutaria como una forma específica dentro del ámbito laboral, pero fueron rápidamente frenados por presiones de los sindicatos y corporaciones profesionales. Por ello, la Ley solo recogió la previsión de elaborar un nuevo *estatuto marco*, algo que solo se hizo efectivo diecisiete años después con la Ley 55/2003 (151).

En la década de 1990, con el PSOE en el Gobierno, se llegó a la conclusión por parte de las autoridades sanitarias (Ministerio, INSALUD no transferido) de que la convocatoria periódica de plazas *en propiedad* era un procedimiento complejo, bastante incompatible con la autonomía de los centros y con la adaptación de los seleccionados a las necesidades de los

distintos servicios. Según ese criterio, se produjo una ralentización y luego una paralización deliberada de las convocatorias de plazas, que hasta entonces se venían realizando con bastante regularidad.

Se generalizó, así, la situación de *personal interino* ya que con ello se pretendía obviar los mecanismos reglados (convocatoria periódica de plazas, aprobación de las plantillas de los centros por los órganos centrales del sistema). Se entendía que estos procedimientos tan complejos estaban en contradicción con la agilidad de gestión que requerían las instituciones y con el ejercicio de una autonomía de gestión que se reclamaba. Se llegó así a una situación dónde más del 40% del personal era interino, sin *plaza en propiedad*. Casi se podría decir que fue peor el remedio que la enfermedad.

En ese momento, se podía haber optado por un cambio de regulación del régimen de personal, dando la espalda al heredado de la dictadura y ofreciendo al personal interino un contrato laboral fijo, aunque respetando los derechos adquiridos de los profesionales con *plaza en propiedad*, a las que se declararía a extinguir. De esta manera se hubiera logrado en unos pocos años una renovación total del sistema laboral que lo hubiera aproximado al existente en otros países de nuestro

Sin embargo, en su momento, el Gobierno del PSOE no se atrevió a dar ese paso hacia la laboralización, lo que hubiera sido lo coherente con la ausencia de convocatorias periódicas de plazas estatutarias. Y cuando llegó al Gobierno el Partido Popular no optó por esa vía, sino por una *regularización* de la situación mediante una Oferta Pública de Empleo (OPE), que se hizo mediante una Ley (152). La OPE incluyó la convocatoria de más de 15.000 plazas de distintas categorías profesionales (de ellas, más de 10.000 de médicos). La complejidad de la operación queda bien reflejada en el hecho de que la resolución de las convocatorias no finalizó hasta seis años más tarde, en 2007, y eso sin tener en cuenta los recursos posteriores.

¹⁵¹ Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud

¹⁵¹ Ley 16/2001, de 21 de noviembre, por la que se establece un proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas de personal estatutario en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud

A partir de ahí, regularizaciones de este tipo se han ido reproduciendo cada poco tiempo, ya que la situación iba exigiendo la contratación periódica de interinos. Aunque algunas comunidades autónomas han llevado a cabo convocatorias amplias de plazas a cubrir en su propio territorio, no se han recuperado las convocatorias regulares. Así, ahora, las convocatorias son básicamente autonómicas, algo muy en contra de la autonomía de los centros y de la adaptación de las plazas a las necesidades concretas. Por otra parte, se da la circunstancia de que ciertas autonomías, como la catalana, no convocan OPE's lo que, en último término, podría llevar a la situación paradójica de que todos fueran interinos (o laborales) en el sistema público de Cataluña.

Como hemos dicho, la Ley del Estatutomarco consolida el régimen estatutario, definiéndolo en su artículo 1 como una relación funcionarial especial. Previamente, a falta de una regulación específica en la Ley General de Sanidad, las distintas sentencias de los tribunales fueron asimilando el régimen de personal "estatutario" al de funcionario.

Tenemos ahora lo peor de los dos mundos: una dualización del sistema. Por una parte, el régimen estatutario/funcionarial para una parte del personal, lo que tanto nos separa de otros países europeos, y, por otra, contratos temporales para el resto del personal, lo que genera un gran malestar y una precarización de las relaciones laborales.

Un sistema dual: los de plaza en propiedad y los temporales

Algunos problemas de fondo

Aunque no es momento de entrar en esos detalles, tenemos en España, con la particularidad mencionada de la dualidad del sistema con el régimen estatutario y los temporales, los mismos problemas de fondo que se dan en Europa en cuanto a la compleja gestión de los recursos humanos en sanidad y que han sido bien analizados (153, 154, 155).

Merece la pena destacar, sin embargo, aparte de los mismos problemas que se dan en Europa, cinco singularidades (**Tabla 23**) que se añaden como elementos particulares a la dualidad de nuestro sistema, ya comentada.

Tabla 23. Singularidades de la problemática de gestión de recursos humanos en sanidad en España

Singularidades de la problemática de gestión de recursos humanos en sanidad en España

Una ratio médicos/enfermeras atípica

Carencia de un Sistema de Información de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud

Una mala distribución médica por especialidades y geografías

La paradoja de apertura a mercados internacionales y cierre de mercados regionales

Proliferación de Facultades de Medicina

Fuente: Elaboración propia

¹⁵³ Dubois, CA Human resources for health in Europe European Observatory on Health Systems and Policies

¹⁵⁴ Health Workforce Policies in OECD countries OECD Health Policy Studies, 2016

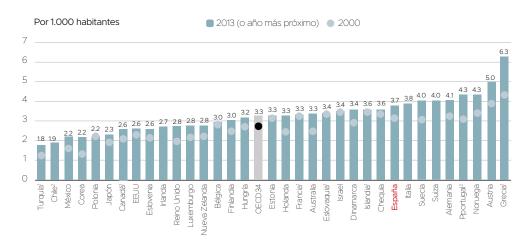
¹⁵⁵ Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe
Furnisation 2015

Una ratio médicos/enfermeras atípica

En España, en términos comparativos con otros países de la OCDE, tenemos muchos médicos, pocas enfermeras y una ratio médicos/enfermeras muy baja, tal y como puede verse en las

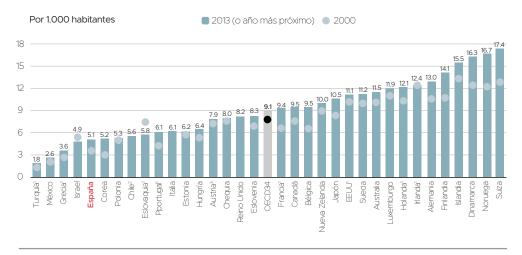
Figuras 43, 44 y 45.

Figura 43. Médicos en ejercicio por 1000 habitantes en los países de la OCDE, 2000 y 2013



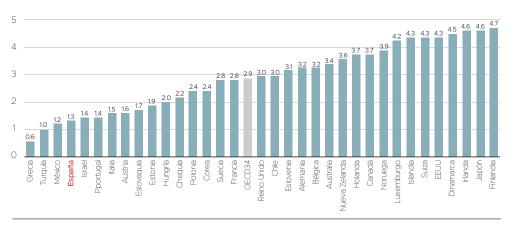
Fuente: OCDE, Health Workforce Policies in OECD countries, 2016

Figura 44. Enfermeras practicantes por 1.000 habitantes en los países de la OCDE, 2000 y 2013



 $\textbf{Fuente} \hbox{:} \ \mathsf{OCDE} \hbox{, Health Workforce Policies in OECD countries, 2016}$

Figura 45. Ratio de enfermera por médico, países OCDE, 2013



Fuente: OCDE, Health Workforce Policies in OECD countries, 2016

Carencia de un Sistema de Información de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud

Como bien se señala por algunos expertos⁽¹⁵⁶⁾ no hay un Sistema de Información de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, ni siquiera tenemos información básica, como es el número de efectivos disponibles de cada profesión, por sexo, edad y especialidad. Afortunadamente, el Instituto Nacional de Estadística (INE) ha empezado a publicar la distribución etaria de los colegiados, por provincias y situación laboral. Desafortunadamente, estos datos

no están desagregados por especialidades. Los colegios profesionales y las sociedades científicas palían, en parte, esta situación.

Es una paradoja que un sector tan regulado por la Administración con la ley de ordenación de profesiones sanitarias (157) sea tan opaco en cuanto a recursos humanos se refiere. Pero esto lo que traduce es un no abordaje para el conjunto del Sistema Nacional de Salud de una política de recursos humanos.

Una mala distribución profesional por especialidades y geografías

Aunque tenemos un número elevado de médicos, en términos comparativos, hay especialidades en las que, según EUROSTAT, estaríamos excedentarios y en otras deficitarios. También hay una desigualdad Norte-Sur, el Norte con más médicos por 1.000 habitantes y el Sur, menos. Dentro de la disparidad Norte-Sur hay otra realidad incluso más presente: la de

los "desiertos médicos", especialmente las zonas rurales. Los médicos pueden ejercer en determinados pueblos para adquirir experiencia, pero, en cuanto pueden, suelen abandonarlos, por falta de incentivos. Algunos países, como Francia o Estados Unidos, han implantado medidas para cubrir estas áreas, pero este no es el caso de España, al menos de forma generalizada.

Mala distribución de profesionales médicos, por especialidades y territorios

¹⁵⁶ González López-Valcárcel, B, Barber-Pérez, P Los recursos humanos y sus desequilibrios mitigables Gac Sanit 2006; 20 (Supl 1): 103-9

¹⁵⁷ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias

La paradoja de apertura a mercados internacionales y cierre de mercados regionales

Los mercados internacionales son cada vez más abiertos internacionalmente. Hay países push (que expulsan) y otros pull (que atraen). La internacionalización es a la vez un problema y una solución. Representa un problema para los países con más push que pull, ya que se descapitalizan, en un contexto de escasez global de profesionales sanitarios. España es al mismo tiempo push (hacia Reino Unido, Francia, Alemania y Estados Unidos) y pull (desde Latinoamérica, fundamentalmente).

La paradoja es que ese proceso de internacionalización convive en España con una fuerte tendencia a segmentar el mercado profesional en mercados regionales cada vez menos permeables. Las barreras idiomáticas impermeabilizan todavía más a las comunidades con lengua propia, si tratan de imponer su conocimiento en los baremos de méritos

Proliferación de Facultades de Medicina

En el curso 19/20, el "numerus clausus" para estudiantes de Medicina fue de 7.051 (158) (5.693 en Universidades públicas y 1.358 en las privadas). Este numerus clausus aumentó en más del 60% respecto al de 2005, que se había mantenido estacionario durante los años 90'.

En España existen 42 Facultades de Medicina, un número muy alto si lo comparamos con otros países de nuestro entorno. Hace diez años había solo 28. De hecho, tenemos 0,95 Facultades por millón de habitante, mientras el Reino Unido tiene 0,46; Francia 0,44 y Alemania 0,45. Solo Corea del Sur supera la ratio estatal de facultades de Medicina. Y en España todavía se anuncian nuevas Facultades de Medicina, como en la Universidad Pública de Navarra y en la de Deusto.

Para situar estas cifras, según recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tasa idónea de número de estudiantes de medicina es de 1 por cada 10.000 habitantes, lo que situaría a nuestro país con unos 4.650 estudiantes

anuales de medicina de nuevo ingreso (frente a los 7.051 para el curso 19/20). En cuanto al número de facultades, la tasa que recomienda es de 0,5 por millón de habitantes, lo que representaría en torno a 23 facultades, si se cumpliera esa ratio.

Tanto el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina, como la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina. con el amparo del *Foro de la Profesión* Médica, se han expresado en contra de la apertura de nuevas Facultades de Medicina. publicando un documento dónde se razona que, no necesitando nuestro país más estudiantes de Medicina, no tiene sentido la apertura de nuevas facultades, lo que consideran un despilfarro económico y que no responde a ninguna prioridad educativa ni sanitaria (159, 160). Incluso el *Consejo* Estatal de Estudiantes de Medicina ha organizado una campaña llamada "Stop Nuevas Facultades". No obstante, en este tema parecen prevalecer tanto los posibles intereses comerciales de las Universidades privadas como de prestigio político de algunas comunidades autónomas.

Una inflación de Facultades de Medicina, Y todavía se anuncian más

¹⁵⁸ Numerus clausus 19/20: todas las plazas de Medicina, facultad por facultad Redacción Médica, 6 junio, 2019

¹⁵⁹ Foro de la Profesión Médica de España El Foro de la Profesión Médica se reafirma contra la apertura de nuevas Facultades de Medicina, 2016

¹⁶⁰ Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina, Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Razones contrarias a la apertura de nuevas Facultades de Medicina en España, 2019

Debate régimen estatutario/laboral

En el mundo sanitario español ha habido y hay un gran debate en relación con la adecuación del régimen estatutario del personal a una gestión moderna de las instituciones sanitarias.

Para algunos, la convocatoria de plazas autonómicas y no por centros, con la consiguiente pérdida de autonomía de los centros; el concepto de "plaza en propiedad"; las dificultades para el reconocimiento y diferenciación individual y colectiva; el régimen disciplinario complejo e ineficaz; los traslados, donde prima la antigüedad sobre el mérito y la capacidad; y, la ausencia de la posibilidad de despido, algo propio de cualquier empresa, son otros tantas razones en contra del régimen estatutario y a favor de un régimen laboral normal (161, 162, 163, 164, 165).

Para otros, en cambio, el régimen estatutario sería una especie de garantía de los profesionales frente a posibles injerencias de la Administración, utilizando para ello el símil de los jueces. Se preservaría así más la libertad del médico ante su paciente (166). En general, la representación colegial y sindical, así como la burocracia administrativa. siempre se han manifestado en contra de la modificación del régimen estatutario. La burocracia administrativa ha tenido mucho

peso. No olvidemos que, en último término, mucha de la dependencia del sistema recae sobre funcionarios, que suelen entender más de funcionamiento administrativo que de autonomía de gestión o lógicas empresariales en las instituciones sanitarias.

Por último, un tercer grupo parece no considerar eso un hecho determinante y o bien obvia el debate o considera más importante avanzar en el desarrollo de una política de personal basada en el desarrollo de las competencias profesionales y la incentivación de buenas prácticas (167).

En los últimos tiempos ha habido varias iniciativas v planteamientos en la línea de modernizar los regímenes laborales del personal al servicio de las Administraciones Públicas. La primera, una propuesta de un grupo de académicos, propone la diversificación del régimen contractual⁽¹⁶⁸⁾. La segunda procede del Ministerio de Universidades y propugna la incorporación de personal laboral a las Universidades Públicas, algo ya iniciado en Cataluña y País Vasco (169, 170)

Con independencia de las distintas posiciones, suele haber coincidencia ante un conjunto de problemas, que analizaremos en el próximo apartado.

¹⁶¹ Sistema Nacional de Salud. Diagnóstico y propuestas de avance Asociación de Economía de la Salud, 2014

162 _{Sevilla}, J, Riesgo, I

Qué está pasando con tu sanidad

Editorial Profit, 2018

163 Rey del Castillo, J (coord.)

Análisis y propuestas para la regeneración de la sanidad pública en España

164 Repullo, JR

Ni funcionario ni precario...profesionario medicosypacientes.com, 12/02/2014

165 Manifiesto: Los retos del Sistema Nacional de Salud en la próxima legislatura, 2019-2023

166 Sánchez Bayle, M

Los trabajadores sanitarios, uno de los fundamentos de la Sanidad Pública

167 100 medidas que mejoran el sector de la salud

168 _{Esteve}, M et al

Por un sector público capaz de liderar la recuperación

169 Universidades planea un vuelco en los campus: pondrá coto a los falsos asociados y habrá catedráticos no funcionarios, El País, 4 julio, 2020

170 Castells plantea campus "a la Americana" y resta poder funcionarial: los catedráticos podrán ser personal laboral

Problemas de la situación actual que preocupan a los profesionales sanitarios

Al margen de las consideraciones anteriores (debate régimen estatutario/laboral, etc.) nos referiremos en este apartado a ocho problemas que preocupan y mucho a los profesionales sanitarios (**Tabla 24**).

Tabla 24. Aspectos de la política de personal que generan malestar entre los profesionales

Qué aspectos de la política de personal generan malestar entre los profesionales

Nivel retributivo, particularmente de los médicos

La necesidad de recurrir a guardias para mejorar el nivel retributivo

Muy alta temporalidad en todos los estamentos

Marco de desarrollo profesional obsoleto para los médicos

Papel de las enfermeras descompensado con su alta cualificación profesional

Fracaso de la carrera profesional y ausencia de incentivos

En la práctica, ausencia de movilidad

Insuficiente impulso a la gestión clínica y a la autonomía de gestión

Injerencia de la política en la gestión

Fuente: Elaboración propia

Nivel retributivo, particularmente de los médicos

Nivel retributivo muy bajo de los médicos, lo que hace que el sistema pierda capacidad de retención y captación de talento Nos referimos en este apartado a los médicos no solo por ser un colectivo importante y decisivo para la marcha de la sanidad, sino porque es el grupo profesional en que el *gap* del nivel retributivo de España con otros países de Europa es más acentuado.

Para los psicólogos industriales la retribución es un factor "higiénico". No es un gran elemento de motivación, pero puede serlo de profunda insatisfacción si no se alcanzan ciertos niveles.

Pues bien, hace poco *Medscape* (171) publicaba un informe sobre las retribuciones de los médicos en siete países, entre los que estaba el nuestro (Estados Unidos, Reino Unido, Alemania, Francia, España, Brasil y México). Destaca el trabajo que los médicos españoles ganan una quinta parte que los americanos, poco más de una tercera parte que los alemanes, menos de la mitad que en el Reino Unido y un 60% de los colegas

franceses. En el mismo estudio se constata que en España solo un 13% de los médicos especialistas consideran que su retribución es justa (16% los de primaria). De la lista, solo Brasil y México están por debajo.

Si ahora nos vamos a la base de datos de la OCDE (172), vemos que el salario de los médicos bajó notablemente entre 2011 y 2017 (primero y último año que figura en esa base en cuanto a España). El descenso fue del 19,3% para los médicos de Atención Primaria; del 17,9 para los especialistas hospitalarios; y, del 17,02% para las enfermeras de los hospitales. No es de extrañar que los médicos se quejen de que, hoy en día, "seguimos sin recuperar poder adquisitivo" (173).

Elementos relevantes en la retribución médica son:

 Atención Primaria/Especialistas. Hay una brecha salarial a favor de los especialistas, que se ha triplicado desde 2016 (174).

¹⁷¹ International Physician Compensation Report

https://www.medscape.com/slideshow/2019-international-compensation-report-6011814#1, (consultado 22 marzo, 2020)

¹⁷² OECD Health Statistics 2019 https://www.oecd.org/health/health-data.htm (consultado 22 marzo, 2020

¹⁷⁷³ Los médicos seguimos sin recuperar el poder adquisitivo CESM, 2 enero 2019

¹⁷⁴ La brecha salarial entre hospitales y AP se ha triplicado desde 2016 Diario Médico, 23/07/2019

- Comunidades Autónomas, hay diferencias en las retribuciones entre distintas comunidades, que puede llegar a 13.000 euros/año, entre Euskadi y la Región de Murcia (175).
- Sexo, el informe de Medscape demuestra esta diferencia, si bien esto puede deberse a problemas de antigüedad o participación en guardias, ya que la Administración no discrimina entre hombre y mujer.
- Edad, ya que la antigüedad tiene un reconocimiento retributivo.

Si tenemos en cuenta que el punto de partida es de una gran diferencia de retribuciones de los médicos con los mismos colectivos de otros países europeos y que este nivel retributivo ha bajado sustancialmente durante la crisis y no se ha recuperado, no es de extrañar el gran malestar médico en relación con las retribuciones.

Sanidad es un ejemplo claro de la constatación que se ha hecho recientemente, refiriéndose a la Administración española:

"Los actuales sistemas de retribución sitúan por encima del mercado el coste del trabajo de menor nivel, mientras ofrecen salarios poco estimulantes a los profesionales de mayor cualificación, como médicos, científicos o expertos en tecnologías de vanguardia"(176).

No cabe duda de que el sector sanitario español tiene problemas para reconocer de manera diferencial la cualificación y la responsabilidad.

La necesidad de recurrir a las guardias para mejorar el nivel retributivo

No solo es que el nivel retributivo de los médicos sea bajo, es que para alcanzarlo solo puede hacerse recurriendo a las guardias.

Las guardias son obligatorias, aunque no un derecho. Se realizan después de la jornada laboral (desde las 15 horas a las 8 horas del día siguiente) y sábados y domingos, 24 horas. Cada guardia genera una libranza de un día. Se retribuyen por un importe menor que el de las horas ordinarias y no tienen el límite de 80 horas de las extraordinarias. La compensación de las guardias es distinta por comunidad autónoma (177).

La necesidad de completar el sueldo gracias a las guardias conlleva una proliferación de guardias médicas, no todas necesarias, lo cual genera una gran disfuncionalidad en los hospitales. Muchas plantillas deben ampliarse más por la necesidad de cubrir las guardias que por la de hacer frente al trabajo ordinario.

Otra anomalía es que dado que la Administración no ha podido subir las retribuciones ha tratado de compensar esto mediante una concesión muy generosa de días libres. Veamos lo que dice un periodista asturiano, buen conocedor de la sanidad (178):

"un facultativo con 30 años de antigüedad goza del siguiente calendario festivo: 26 días

laborables libres por vacaciones, 11 días por asuntos particulares ("moscosos") y 4 días "griposos" (sujetos, al menos sobre el papel, a la presentación de un justificante de asistencia a una consulta médica). Es decir que si estira la cuerda -y algunos la estiran- un facultativo veterano suma 41 días laborales libres. Dicho de otro modo: dos meses completos.". A esto hay que añadir, decimos nosotros, las libranzas de las guardias. El mismo artículo contiene la interpretación de un médico: "Es la consecuencia de las decisiones que fueron tomando las distintas Administraciones sobre el argumento de que, ya que no podían aumentar mucho los sueldos, iban a retribuirnos con días".

¿Es posible una razonable organización asistencial basada en una proliferación de guardias, con sus correspondientes libranzas, y una más que generosa concesión de días libres?

La tendencia en casi todos los países es a reducir la guardia de presencia física de facultativos al mínimo indispensable. Estas guardias suelen estar cubiertas por médicos jóvenes y en formación, y todos ellos con una acceso rápido y fluido con los médicos de guardia localizada. La necesidad
de recurrir a las
guardias para
mantener el
nivel retributivo,
una grave
disfuncionalidad del

^{175 &}lt;sub>Varela, AF</sub>

Cuánto gana un médico en España: comparativa por comunidades autónomas

¹⁷⁶ Esteve, M et al

Por un sector público capaz de liderar la recuperación ESADE, 3 junio, 2020

¹⁷⁷ Grandes diferencias en retribución de los guardias entre los médicos del SNS Sindicato Médico Andaluz Granada, 5 agosto 2019

¹⁷⁸ Álvarez, P. Los hospitales inician cirugías de tarde mientras se suspenden por las mañanas.

La alta temporalidad en el sistema sanitario público: un problema grave

Muy alta temporalidad

Como hemos comentado, el sistema es dual. Por una parte, el personal estatutario con *plaza en propiedad*, con sus derechos reconocidos por la legislación nacional, al estilo funcionario, ocupa la cúpula; le siguen los *interinos*, las sustituciones de larga duración (por ejemplo, una baja maternal); y, finalmente, están los *eventuales*. Estos firman cientos de miles de contratos cada año. Son empleos muy penosos- de alta el lunes, de baja el viernes- en muchos casos con médicos que no poseen la titulación requerida, pero que están dispuestos a aceptar esas condiciones laborales ⁽¹⁷⁹⁾.

Para algunos el actual sistema de *OPEs* (Ofertas Públicas de Empleo) es disfuncional e incapaz de aportar un sistema rápido y solvente de dotación de puestos de trabajo en el personal estatutario. El sistema de acceso a plazas de personal estatutario no funciona adecuadamente. Una posible solución sería un *sistema abierto y*

permanente que combinara una prueba nacional anual de competencias (similar al sistema MIR, pero por especialidades), con una selección local por concurso. Esto podría permitir que la mayoría de las bajas se repusieran inmediatamente.

La precariedad laboral es una de las lacras del sistema. Entre el 30-40% del personal de las instituciones sanitarias tiene contrato temporal. Como ha sido puesto de manifiesto (180) esto no se justifica ni por lo público (supera a otros sectores) ni por lo sanitario (la sanidad privada tiene mucha menos temporalidad).

La situación actual de temporalidad es inaceptable. Erosiona tanto la calidad del servicio como la calidad del empleo. Daña a ciudadanos y profesionales. Este es el sentido también de la reciente sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea que ha puesto de relieve prácticas de contratación inadmisibles (181).

Marco de desarrollo profesional obsoleto para los médicos

Los hospitales españoles siguen teniendo como unidad organizativa las especialidades médicas, cuando ya hace tiempo que en otras latitudes permanece la especialidad médica como área de conocimiento, pero no necesariamente como unidad organizativa asistencial.

Esto conlleva un marco obsoleto de desarrollo profesional ligado exclusivamente a la carrera jerárquica, basado en Jefes de Servicio, Sección y Adjuntos, más propio de otras épocas, y que no se corresponde con las necesidades actuales, más ligadas a equipos multidisciplinares y organización por procesos.

Papel de las enfermeras descompensado con su alta cualificación profesional

El papel de las enfermeras debe ser reforzado, de acuerdo con su alta cualificación profesional Una de las novedades del Real Decreto 521/87, que regulaba la nueva estructura de los entonces hospitales del INSALUD, fue la colocación de la Dirección de Enfermería en un primer nivel, alineada con la Dirección Médica y la Dirección de Gestión y Servicios Generales.

Pudiera haberse pensado que esta elevación de rango de la Dirección de Enfermería se correspondería con un refuerzo del papel profesional de la enfermería, que, además, por esa época fue elevado al rango universitario y con estudios de cuatro años. Sin embargo, nada más lejos de la realidad. En la práctica, el papel de la enfermería apenas se modificó.

Esto está en contradicción con muchas evidencias que demuestran que las enfermeras pueden asumir parte de las actuales actividades llevadas a cabo por los médicos, especialmente en el ámbito de atención primaria y salud comunitaria (182).

La precariedad médica y sanitaria es inaceptable y evitable: hay opciones para mejorar https://www.actasanitaria.com/la-precariedad-medica-y-sanitaria-es-inaceptable-y-evitable-hay-opciones-para-mejorar/

¹⁷⁹ López-Valcárcel, B, Barber-Pérez, P Gac Sanit 2006,20 (Supl. 1):103-109

^{180 &}lt;sub>Repullo, JR</sub>

¹⁸¹ Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (Sala Décima) de 14 de setiembre de 2016 https://www.uv.es/~ssccoo/Sentencia%20UE_%20Indennizacion_temporales%20e%20interinos2.pdf, consultado 26 agosto, 2017.

¹⁸² Laurent, M et al Nurses as substitutes for doctors in primary care Cochrane Library, 2018

Fracaso de la carrera profesional y ausencia de incentivos

La carrera profesional fue algo previsto en la Ley de Cohesión y Calidad en su artículo 41. En la práctica no se ha desarrollado una carrera sino 18 (una por comunidad autónoma más INGESA) (183). Rápidamente se vio que ese esfuerzo, que podía haber representado la introducción en el sistema de elementos de diferenciación y reconocimiento individual y colectivo, era colonizada por los sindicatos, que la convirtieron en otro complemento de antigüedad, más o menos adornado.

Posteriormente, la crisis económica hizo que se frenara el desarrollo de la carrera y sus contraprestaciones económicas. Actualmente, trata de recuperarse, pero está herida de muerte y, como ha sido analizado, no ha tenido el más mínimo impacto organizacional ⁽¹⁸⁴⁾.

Queda, por lo tanto, pendiente el reto de introducir en el sistema incentivos tanto económicos como no económicos, basados en el desarrollo de las competencias profesionales. Como ha sido comentado. "el efecto perverso de los no incentivos, tratando por igual a profesionales, equipos

tratando por igual a profesionales, equipos y centros cuyo desempeño es eficiente y de calidad y a aquellos con funcionamiento que no cumple los estándares mínimos, tiene efectos devastadores para el Sistema Nacional de Salud"(185).

En la práctica, ausencia de movilidad

En una carrera larga y sin demasiados saltos, como es la de los médicos en particular, y la de los profesionales sanitarios, en general, la movilidad entre organizaciones puede ser un elemento de estímulo y renovación, tanto para las organizaciones como para las carreras profesionales individuales.

Pues bien, en el sistema sanitario español la movilidad es la excepción y no la regla.

Hay varias circunstancias que explican este hecho, como las condiciones culturales y sociológicas de España; la ausencia de incentivos para atraer profesionales por parte de organizaciones sanitarias carentes de autonomía de gestión; la carrera profesional ligada a la promoción jerárquica; y, sobre todo, el alto porcentaje de interinos, en general los más jóvenes y más proclives a la movilidad, pero por definición fijos y ligados a una plaza.

Y, lo que es peor, este problema trata de paliarse con los "traslados", cuya valoración no puede ser más negativa, ya que en los mismos prima la antigüedad y el centro o servicio receptor no tiene ninguna voz en la selección de ese personal, lo que suele conducir a disfuncionalidades graves.

Este tema no es menor: parte de la frustración profesional y de la endogamia de nuestras organizaciones podría resolverse con un dinámico sistema de movilidad.

Para avanzar en este asunto hay que resolver varios, como la capacidad del centro y del servicio de influir en la selección de su propio personal y la dotación a las organizaciones de elementos de incentivación diferenciales para atraer a los profesionales. Esto puede abordarse, como ya se ha comentado, separando el sistema de *habilitación* (lo que da un reconocimiento para ocupar ciertas plazas) y la *contratación* (que debe quedar en manos de las distintas organizaciones sanitarias autónomas). De esta manera se garantiza un nivel profesional mínimo y se respetaría la autonomía de las organizaciones de seleccionar a su propio personal.

Insuficiente impulso a la gestión clínica y a la autonomía de gestión

A pesar de tantas experiencias valiosas, es difícil impulsar la gestión clínica -que, en último término, consiste en dar una cierta autonomía al médico no solo en la actividad clínica sino en la gestión responsable de recursos y en la organización del servicio- si no hay un ámbito de autonomía del centro sanitario. Mal se puede dar lo que no se tiene.

¹⁸³ Carrera profesional del Médico en España OMC, 12 diciembre 2014

¹⁸⁴ Pérez García, R

Valoración de la carrera profesional en sus diferentes dimensiones y aplicación al marco sanitario del SNS Tesis Doctoral, UNED, 2012

¹⁸⁵ Manifiesto: Los retos del Sistema Nacional de Salud en la próxima legislatura, 2019-2023 Fundación IMAS-FACME, 2019

Injerencia de la política en la gestión

Esta conclusión es bien respaldada por la amplia encuesta entre profesionales sanitarios realizada tras la COVID-19 (1960).

Conclusión: un régimen de personal inadecuado para organizaciones de conocimiento

Cualquier organización sanitaria -sea hospital, consultorio de especialidades, centro de Atención Primaria, centro monográfico, etc.- es una organización de conocimiento.

Lo menos que puede decirse en cuanto al régimen de personal del sistema sanitario público es que no está adaptado a este tipo de organizaciones.

Esto origina frustración entre los profesionales sanitarios, tanto más cuanto más comprometidos estén con la calidad y la excelencia del sistema. Solo los descomprometidos viven como pez en el agua en esta situación.

Deterioro de la percepción pública de la sanidad

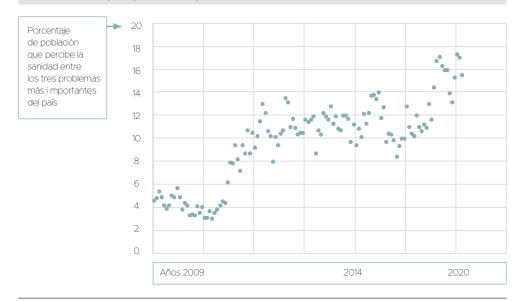
La sanidad es ya una preocupación para los ciudadanos

En los últimos años ha mejorado la opinión sobre el transporte público y la seguridad ciudadana. Por el contrario, ha empeorado sensiblemente la valoración sobre la enseñanza, la asistencia sanitaria y la ayuda a las personas dependientes.

De acuerdo con los **barómetros del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS)**, la sanidad aparece, tras el paro, la corrupción, la situación económica, la clase política y los problemas de índole social, en el ranking de problemas que, a juicio de los ciudadanos, tiene España.

Si, además, analizamos la serie de datos del CIS⁽¹⁸⁷⁾ sobre la percepción de los tres problemas principales que existen en España, disponible desde mayo de 1985, encontramos que nunca había sido tan elevada la preocupación por la sanidad como la que se viene registrando desde la segunda mitad de 2012, tal y como podemos ver en la **Figura 46**, dónde se ve que antes de 2012 la sanidad estaba entre las tres principales preocupaciones de los españoles para en torno a un 4-5% de la población, mientras que a partir de 2012 sobrepasa el 10% y la tendencia es creciente y sobrepasa el 15% desde el 2019.

Figura 46. Evolución percepción sanidad entre los tres principales problemas del país (2009-2020)



Fuente: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2020

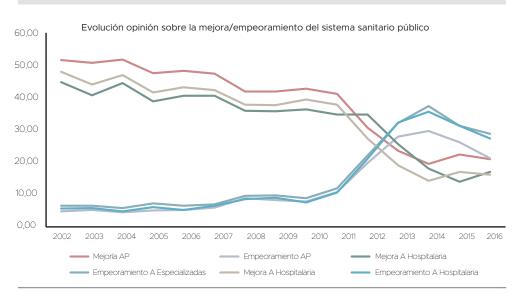
¹⁸⁶ Los profesionales sanitarios frente a la COVID 19 (La reforma necesaria del Sistema Nacional de Salud)
Fundación IMAS, 2020
https://www.imasfundacion.es/images/covid19/LOS_PROFESIONALES_SANITARIOS_FRENTE_A_LA_COVID-19.pdf,
consultado 14 de agosto, 2020

¹⁸⁷ CIS, http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Indicadores/documentos_html/TresProblemas.html

En cuanto al **Barómetro Sanitario** (188), que viene siendo realizado por el Ministerio de Sanidad, en colaboración con el CIS, desde 1993, la pregunta 21 es sobre si los distintos servicios asistenciales (Atención Primaria, consultas de atención especializada, Atención hospitalaria,

urgencias y hospitalización a domicilio) han mejorado o empeorado. Como puede verse en la **Figura 47** a partir de 2012 los usuarios que dicen que la atención hospitalaria, las consultas de atención especializada o la Atención Primaria han empeorado sobrepasa a los que dicen que es mejor.

Figura 47. Evolución opinión sobre la mejora/empeoramiento del sistema sanitario público



En los últimos tiempos se ha objetivado un deterioro de la percepción pública de la sanidad

Fuente: Barómetro Sanitario (análisis elaborado por J. Elola, Fundación IMAS)

La importancia de la percepción de la ciudadanía

Los ciudadanos son los que pagan con sus impuestos el sistema sanitario público. En principio, una mala percepción disminuirá la disposición a pagar.

Como conclusión podemos decir que parece evidente que tanto los ciudadanos en general como los pacientes tienen una percepción cada vez más crítica del Sistema Nacional de Salud

No obstante, también puede haber elementos positivos en esa percepción. Una alta valoración del sector sanitario como un actor fundamental de las sociedades desarrolladas, junto con una percepción realista de sus problemas, puede ser la base fundamental para impulsar las reformas. En este sentido es positivo, ya que es lo contrario de la complacencia de "tenemos el mejor sistema sanitario del mundo", que desalienta cualquier planteamiento de reforma.

Un papel central de los intereses de los pacientes y profesionales en el planteamiento de cualquier propuesta

Son muchos los temas a abordar en cualquier impulso reformista del Sistema Nacional de Salud. Pero no debemos perder la perspectiva. Los intereses y preocupaciones de los pacientes y profesionales deben ser el eje central de cualquier propuesta.

¹⁸⁸ Ministerio de Sanidad https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm (consultado 24 marzo, 2020)

Capítulo 5

Un esbozo de solución de la causa de los problemas

Un esbozo de solución de la causa de los problemas

Una vez vistos los problemas para los pacientes y profesionales del sistema sanitario, vamos ahora a analizar las causas. Identificamos seis causas principales, según se puede ver en la **Figura 48**. Con estas no se agotan el origen de los problemas del Sistema Nacional de Salud, pero creemos que son las causas más relevantes.

Figura 48. Causas de los problemas identificados



Fuente: Elaboración propia

El marco de gestión de las instituciones sanitarias

No vamos a insistir en lo que ya se ha dicho repetidas veces: el marco administrativo no es el más adecuado para gestionar empresas complejas, dinámicas y sometidas a continuos cambios tecnológicos y organizativos como son las empresas de servicios sanitarios. Hay que tener en cuenta que, en la configuración actual del Sistema Nacional de Salud, la mayoría de las organizaciones sanitarias no son empresas, ni siquiera empresas públicas, sino simplemente una parte de

la Administración. Esto dificulta mucho su dinamismo, su capacidad de gestión y, en definitiva, la adaptación a entornos sociales, epidemiológicos, tecnológicos y de necesidades de capacitación profesional muy variados.

Se parte aquí de la *tradicional confusión* de hacer sinónimos gestión pública con gestión administrativa (como si no hubiera otras formas de gestión pública, como las Fundaciones, las empresas públicas,

los consorcios, etc.) y *servicio público con gestión pública* (como si el servicio público no pudiera ser ofrecido también por

empresas privadas, como ocurre en tantos otros sectores). Esta diferencia sustancial pretende representarse en la **Figura 49**.

Figura 49. Conceptos gestión pública y servicio público

Gestión Pública



Gestión necesariamente administrativa

Servicio Público



Gestión necesariamente pública

Ni gestión pública tiene que ser gestión administrativa, ni servicio público equivale a gestión pública

Fuente: Elaboración propia

Señalar en este sentido que España, dentro de los sistemas de modelo "servicio nacional de salud" es una excepción también en su modelo de gestión burocrático-administrativo. Países como el Reino Unido y Suecia, entre otros muchos con modelo de "servicio nacional de salud", tienen formas de gestión "empresarial" dentro del marco de

gestión pública. En los sistemas de seguros sociales (por ejemplo, Alemania) predomina la provisión privada de los servicios públicos.

Una descripción vívida de las limitaciones y frustraciones a las que conduce la gestión administrativa de las organizaciones sanitarias puede verse en el texto de Belenes (189).

El falso debate gestión pública/gestión privada

En un intento de desacreditar cualquier planteamiento de superar la gestión administrativa de las instituciones sanitarias, siempre se dice que no hay evidencias empíricas de que la gestión privada sea mejor que la pública. Cuando muchas veces lo que se propone no es tanto pasar a la gestión privada, sino implantar nuevas formas de gestión pública, diferentes a la administrativa.

Por otra parte, no siempre es cierto que no haya evidencias de que, en ciertas ocasiones, la gestión privada puede ser mejor que la pública. Aunque es un ejemplo no generalizable, es clásico el trabajo ya publicado en 2002 ⁽¹⁹⁰⁾ en el que se comparaba el sistema integrado americano privado Kaiser Permanente, de California, con la institución pública británica más reconocida: el National Health Service. Kaiser Permanente alcanzaba

resultados significativamente mejores en su desempeño a un coste ligeramente superior.

Un trabajo posterior (191) compara la utilización de camas hospitalarias entre el National Health Service, Kaiser Permanente y el programa Medicare para California y concluye que Kaiser Permanente era en ese aspecto más eficiente que el servicio británico de salud. La razón de la mayor eficiencia de Kaiser Permanente parecía deberse a una combinación de bajas tasas de admisión y una mejor estancia media, como consecuencia de una mayor integración de los servicios (entre atención primaria y especializada), un manejo mucho más activo de los pacientes, el uso del autocuidado y un mayor liderazgo clínico. El editorial de la revista ⁽¹⁹²⁾ insistía en que el sentido de pertenencia e integración de Kaiser Permanente habían sido claves en su éxito.

^{189 &}lt;sub>Belenes, R</sub>

Un balance personal de 25 años de gestión sanitaria moderna en el Sistema Nacional de Salud Gac Sanit 2003; 17(2):150-6

¹⁹⁰ Feachem, RGA, Sekhri, NK, White, KL Getting more from their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente BMJ 2002, 324: 135-43

¹⁹¹ Ham, C et al Hospital bed utilisation in the English NHS, Kaiser Permanente and the US Medicare programme BMI, 2003: 327:1257-60

¹⁹² Shapiro, J, Smith, S Lessons for the NHS from Kaiser Permanente RMI 2003: 327:1241-2

Intentos de cambiar el modelo

Desde los primeros años 80' del pasado siglo, todos los países europeos han dado pasos en la línea de reforzar la autonomía de los hospitales y otros centros sanitarios. Esta tendencia está fuertemente influenciada por las ideas de la "nueva gestión pública" (193), con el objetivo de aumentar la convergencia entre las prácticas de las organizaciones públicas y la empresa. El resultado ha sido el cambio en el marco de financiación de los hospitales públicos, aumento de la autonomía para tomar decisiones localmente, al mismo tiempo que se intensifican las demandas para lograr nuevos objetivos.

Esto parte de la creencia de que la calidad, la innovación y la productividad dependen de permitir al hospital o centro sanitario la capacidad de tomar sus propias decisiones estratégicas, financieras y clínicas.

Cada país ha escogido vías diferentes de avance hacia una mayor autonomía de los centros sanitarios (194), aunque, como regla general, podemos decir que la autonomía requiere regulación.

En España ya en el año 1991, antes de la publicación del Informe Abril, se proponía (195): avanzar hacia la gestión empresarial en las organizaciones públicas.

Y, también en 1991, el Informe Abril (196) decía entre las Recomendaciones: "los hospitales y otros centros de servicios sanitarios podrían transformarse en sociedades estatales que, en su funcionamiento, quedarían sometidas al derecho privado. Esta situación haría posible la autonomía responsable de la gestión y la posibilidad y motivación para captar ingresos adicionales, sin perjuicio de controles posteriores de gasto, tanto o más exigente que los actualmente establecidos".

Otro impulsor de esta transformación de los centros sanitarios fue el Profesor Barea, con su famosa ponencia en 1993 ⁽¹⁹⁷⁾, titulada El Hospital, empresa de servicios. En la misma recomendaba que el hospital pudiera funcionar como una empresa, para lo cual podría ser factible reconocer al hospital personalidad jurídica propia.

El nuevo marco jurídico, decía el Prof. Barea, hará posible cambiar *"la mentalidad* burocrática y formalista de gestión actualmente imperante, por una mentalidad empresarial, introduciendo el espíritu de iniciativa y la generalización de la preocupación por la eficiencia."

centros sanitarios. en la agenda desde

Iniciativas en España en esa línea

España ha puesto en marcha diversas iniciativas en la búsqueda de fórmulas para avanzar hacia una mayor autonomía de gestión de las entidades prestadoras de servicios sanitarios.

Desde 1997, con la ley sobre habilitación de nuevas formas de gestión (198) – hoy tan cuestionada desde posiciones que

confunden gestión pública con gestión administrativa- se sancionó legislativamente a nivel estatal esta estrategia de innovación organizativa.

Ya desde el INSALUD, en torno a los años 1990, cuando se creó la UPA (Unidad Ponderada de Asistencia), como forma de medición de la actividad hospitalaria, se puso

Medicine and management in European hospitals: a comparative overview BMC Health Services Research 2016, 16 (Suppl 2): 171

194 _{Busse}, R Hospital autonomy and regulation in Europe

European Observatory on Health Care Sytems, 2002 Accesible en: https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2002.lectures/Berlin_2002.10.23_RB.pdf, consultado 30

195 Elola, J

Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España (1983-90) Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social, 1991

¹⁹⁶ Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud Madrid, julio 1991

197 Barea Tejeiro, J

El Hospital, empresa de servicios Boletín Fundación Signo, 2000, 1 (2): 93-100

¹⁹³ Kirpatrick, I et al

¹⁹⁸ Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud

en marcha el presupuesto prospectivo y se trató de definir una cuenta de resultados por centro (199,200). La iniciativa fue muy interesante, ya que cualquier planteamiento de autonomía requiere algún sistema de medición y evaluación de la actividad.

Posteriormente, se inició un movimiento de creación de entidades públicas (empresas públicas, fundaciones, consorcios...) en

un intento de lo que se ha llamado "huida del derecho administrativo" y dar mayor autonomía y flexibilidad de gestión a los centros públicos. Andalucía, Cataluña, Madrid y Galicia fueron pioneras en este movimiento.

Las distintas formas de autonomía de gestión en el ámbito hospitalario en España se presentan en la **Figura 50**:

Figura 50. Distintas fórmulas de autonomía en hospitales públicos en España



Fuente: Álvarez, A, Durán, A. Spain's Hospital Autonomy, En Eurohealth (2013), Vol. 19, n. 1: 8-11

¹⁹⁹ Sevilla, FJ et al

Aseguramiento como gestión del Sistema Nacional de Salud. Actividades y resultados en INSALUD gestión directa 1992 Presupuesto y Gasto Público 1993, 10: 149-57

²⁰⁰ Povés Martínez, E et al

Análisis de actividad y gasto en los hospitales del INSALUD de 1990 a 1993 Rev. Esp Salud Pública 1996; 69329-339

Cada una de estas fórmulas tienen sutiles diferencias. Todas son formas de gestión pública, excepto las concesiones y las

EBAs dónde la entidad es gestionada por una empresa privada. Las diferencias se presentan en la Tabla 25.

Tabla 25. Características de las distintas formas de autonomía de los centros sanitarios en España

Características de las distintas formas de autonomía de los centros sanitarios en España			
Tipo de entidad legal	Modalidad prestación de servicio	Regulación	Marco legal
Empresa pública	Directa (cobertura y prestación pública)	Personalidad legal como parte del sector púbico, pero gestión de acuerdo con el derecho privado	 Personal bajo el régimen de Estatuto de los Trabajadores Compras: Ley de contratos del sector público
Fundación pública sanitaria	Directa (cobertura y prestación pública)	Entidad con personalidad legal	Estatutos específicosPersonal estatutarioLey civil para las compras de bienes y servicios
Fundaciones	Directa (cobertura y prestación pública)	Entidad con personalidad legal	 Estatutos específicos Personal bajo Estatuto de los trabajadores Ley civil para las compras de bienes y servicios
Consorcio	Directa (cobertura y prestación pública)	Entidad con personalidad legal	 Estatutos específicos Personal bajo el régimen de estatuto de los trabajadores Compra de bienes y servicios: Ley de Contratos Administraciones Públicas
EBAs (fórmulas para la Atención Primaria en Cataluña)	Gestión indirecta (cobertura pública y gestión de la prestación privada)	Entidad con personalidad legal	 Personal régimen laboral Ley privada para la compra de bienes y servicios
Concesión administrativa	Gestión indirecta (cobertura pública y gestión de la prestación privada)	El hospital se construye y gestiona por medio de una concesión	 Concurso público Personal régimen Estatuto de los Trabajadores Ley privada para la compra de bienes y servicios

Fuente: Governing Public Hospitals. Reform strategies and the movement towards institutional autonomy Edited by Richard B Saltman, Antonio Durán, Hans FW Dubois European Observatory on Health Systems and Policies, 2011 (modificado)

Todos los casos se pusieron en marcha en hospitales o centros de nueva creación. Lo que no se logró es la transformación de un centro preexistente en alguna de estas fórmulas. Esa era la intención de las Fundaciones Públicas Sanitarias (201), que permitían personal estatutario, pero nunca se aplicaron con este fin.

En relación con este último punto, la experiencia ha dejado claro que la viabilidad

de estas fórmulas es si se implantan en todos los centros, tanto los nuevos como los antiguos. Caso contrario, la inercia de la gestión administrativa ineficiente probablemente arrastrará a los nuevos hospitales donde se hayan aplicado las reformas, convirtiéndolos en islas azotadas por el temporal en medio de un océano de hospitales y centros gestionados de forma tradicional (202). Eso es, exactamente, lo que ha pasado.

²⁰¹ Romay Beccaria, JM

Fundaciones sanitarias: un consenso ya alcanzado El País, 8 dic, 1998

https://elpais.com/diario/1998/12/08/sociedad/913071611_850215.html, consultado 28 julio, 2020

²⁰² Fernández Manjavacas, F

Algunas cuestiones relativas a la eficacia del Sistema sanitario público en España, 1998 Accesible en: https://eprints.ucm.es/6660/1/9815.pdf, (consultado 30 marzo, 2020)

Evidencias en cuanto a eficiencia

Una crítica que han recibido estas fórmulas, particularmente desde ámbitos académicos y de economía de la salud, es que no había "evidencia" de sus resultados. Con independencia de que las apuestas de gestión – y el avanzar hacia una mayor autonomía de los centros sanitarios públicos es una apuesta de gestión- no tienen que dar resultados que queden claros con toda la parafernalia del análisis académico desde el minuto uno, esto ya no es cierto y ya hay suficientes análisis que demuestran que estas experiencias dan resultados positivos.

En el ámbito internacional, se han analizado 1.194 hospitales de siete países (Alemania, Canadá, Francia, Italia, Reino Unido, Suecia y Estados Unidos). La conclusión es que la gestión importa y cuánto mejor sea la gestión de los hospitales mejor es la calidad de la atención a los pacientes y mayor la productividad de los centros. Entre los elementos importantes de una buena gestión está la autonomía de la organización (203).

Si pasamos a España, ya en 2007 (204) se comparan, dentro de los hospitales públicos, aquellos con modelo laboral (38 hospitales) con otros (37) del modelo estatutario. Los hospitales del modelo laboral muestran una mayor eficiencia siendo las diferencias estadísticamente significativas. La conclusión es que los hospitales que cuentan con instrumentos de gestión menos burocratizados y más flexibles, muestran una mayor eficiencia. En calidad asistencial no se encuentran diferencias significativas entre uno y otro modelo. Unas conclusiones

similares se obtuvieron por el mismo equipo en 2012 (205)

Un estudio de la Cámara de Cuentas de Andalucía (206) en el que *se comparaba el* Hospital de la Costa del Sol de Marbella, empresa pública, con el Hospital de Valme *de Sevilla,* gestión tradicional, da claramente la ventaja en eficiencia y costes al primero.

Un estudio (207) comparativo de los hospitales empresas públicas en Andalucía y los hospitales públicos tradicionales durante el período 2005-2008 demuestra que las empresas públicas fueron más eficientes que los hospitales tradicionales en todos los años del estudio.

Un reciente artículo publicado en 2019 por el equipo que dirige el Profesor J.J. Martín⁽²⁰⁸⁾ analiza la *eficiencia técnica por* tipo de propiedad y gestión de los hospitales generales del Sistema Nacional de Salud (2010-2012). Se estudian 230 hospitales. La conclusión es que tener personalidad jurídica favorece la eficiencia técnica. El marco de regulación y gestión de los hospitales, más que la propiedad pública o privada, parecen explicar la eficiencia.

También las *concesiones* se comportan mejor que los modelos tradicionales en una serie de parámetros, como listas de espera, estancia media, satisfacción del paciente y esperas en urgencias, así como menores costes capitativos (209, 210).

En el ámbito de atención primaria, se han llevado a cabo experiencias interesantes en Cataluña con las *EBAs* (Entidades de

203 Dorgan, S et al

Management in healthcare: why good practice really matters McKinsey & Company, Londres, 2010

204 Arias, A et al

Evaluación de la eficiencia y calidad científico-técnica de los hospitales en España según su modelo de gestión

- ²⁰⁵ Evaluación de resultados de los hospitales españoles según modelo de gestión
- ²⁰⁶ Análisis Comparativo de la actividad realizada por dos hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía: Hospital Virgen de Valme y Hospital Costa del Sol, 2008
- ²⁰⁷ Herrero Tabanera, L et al

²⁰⁸ Pérez-Romero, C et al

Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y

Gac Sanit 2019; 33 (4):325-332

209 Saltman, R. Duran, A

Int J Health Policy Manag (2016), 5 (1), 33-42

210 López Casasnovas, G, Del Llano, J Colaboración Público-Privada en Sanidad: el modelo Alzira Fundación Gaspar Casal, 2017

Hay múltiples la autonomía de los centros favorece la eficiencia y los Base Asociativa). Las EBAs tienen entidad jurídica propia y han de estar constituidas total o mayoritariamente por profesionales sanitarios. Existen nueve EBAs y se han asociado para constituir la Sociedad Catalana de Entidades de Base Asociativa (211). Tanto la Fundación Avedis Donabedian (212), como el Sindic de Greuges de Cataluña (213) analizaron

esta experiencia en los años 2001-2002. En ambos casos se encontró un coste por habitante más barato, menor coste en medicamentos, efectividad comparable a la del resto de la atención primaria y mayor satisfacción tanto de los profesionales como de la población cubierta.

Las transferencias han actuado en contra de estas iniciativas

Las transferencias significaron, en general, un olvido de los proyectos de autonomía de los centros y una recentralización desde los servicios de salud de las comunidades autónomas. No surgieron nuevas iniciativas, algunas en marcha se desmontaron (como en Galicia, Baleares o Madrid) e incluso determinadas experiencias bien consolidadas como los consorcios catalanes

están en un momento difícil, ya que el paso de dudosa oportunidad dado hace unos años de que la Generalitat catalana tomara la mayoría en estas sociedades los somete a todos los controles públicos propios de la Administración, con lo cual cada vez se desdibujan más las diferencias entre estas fórmulas y las de gestión tradicionales.

Ha habido una parálisis en el avance hacia una mayor autonomía de gestión de los centros sanitarios

Un punto importante entre las causas de los problemas del Sistema Nacional de Salud

Por las razones expuestas, no se puede dejar a las organizaciones de prestación de servicios sanitarios con un marco de gestión administrativo, que les impide en la práctica realizar una gestión efectiva y eficiente.

Cuando hablamos de este tema hablamos de eficiencia y control de costes, de efectividad, de calidad, de respuestas a las listas de espera, de innovación organizativa, de incorporación de talento profesional a las organizaciones, de satisfacción de los profesionales y de los ciudadanos y pacientes.

Para obtener un mayor y mejor aprovechamiento de los recursos, la autonomía de gestión de las instituciones sanitarias es un factor imprescindible.

Para que se den las condiciones de una real y efectiva autonomía de gestión de las instituciones sanitarias estas precisan disponer de una *personalidad jurídica propia*

o capacidades equivalentes y un órgano de gobierno profesional, independiente y no colonizado políticamente.

Autonomía de gestión implica también una transferencia de la responsabilidad a los centros y sus profesionales. Solo se podrá dar esta transferencia hacia sus profesionales –crítica en cualquier organización del conocimiento- si tiene una cierta autonomía el propio centro.

Por supuesto autonomía de gestión no es sinónimo de buena gestión, pero esta no puede darse sin aquella.

Por eso hemos querido poner este hecho –la gestión administrativa de las organizaciones sanitarias y el bloqueo del proceso de transformación hacia nuevas formas de gestión- como una de las primeras causas de los problemas del Sistema Nacional de Salud.

²¹¹ Ledesma Castelltort, A ¿Autogestión o autonomía de gestión? Informe SESPAS 2012 Gac Sanit (2012), 26 (S): 57-62

²¹² Fundació Avedis Donabedian

Avalució de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació de serveis, 2002

²¹³ Informe extraordinari del Síndic de Greuges al Parlament de Catalunya sobre l'aproximació a la situación de l'atenció primària de salut a Catalunya

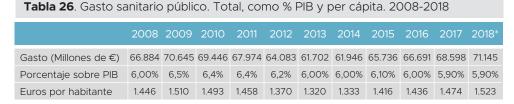
Bulletí Oficial del Parlament de Catalunya 26 de octubre de 2002

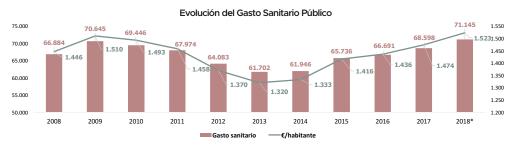
Un tema eterno: la financiación

El punto de partida: los recortes de 2010-2013

No puede hablarse de financiación sanitaria, si no se mencionan los recortes que sufrió el gasto sanitario público entre 2010 y 2013, como consecuencia de la consolidación fiscal derivada de la profunda crisis económica de 2008. Esto se representa en la **Tabla 26**.

Importantes recortes en sanidad en el período 2010-2013





(*) Cifras provisionales

Fuente: EGSP Principales resultados del MSCBS

https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm

Los recortes entre el año 2010-2013 han sido profundos y en el año 2018 (último con cifras oficiales) se han recuperado los gastos de 2009 en términos nominales, pero dejando en el camino la inflación (12,12%, inflación período 2009-2018).

Un quíntuple enfoque sobre la financiación

Enfocaremos el problema de la financiación del sistema sanitario público bajo una quíntuple perspectiva:

Nivel de gasto sanitario público

Las preguntas en este apartado son: ¿el sistema está infrafinanciado o correctamente financiado? ¿Estamos gastando lo suficiente en sanidad pública?

Las desviaciones de los presupuestos sanitarios en las comunidades autónomas

¿Es esto un problema o una situación neutra, que luego se compensa con más gasto? ¿No estamos haciendo con esto que el presupuesto pierda eficacia como instrumento de gestión?

Distribución desigual de la financiación entre las comunidades autónomas

¿Representa esta diferencia una inequidad? ¿Esta situación no puede hacer que determinadas comunidades tengan problemas para cumplir con la cartera de servicios o con la calidad adecuada?

La contribución del aseguramiento privado a la financiación sanitaria

Varios millones de españoles optan por disponer de una póliza sanitaria privada. Este es un dinero que se incorpora a la financiación sanitaria, por lo que analizaremos esta perspectiva.

• ¿Se gasta de la mejor manera posible?

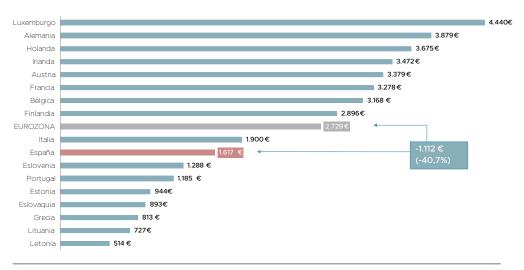
¿Dar más dinero es la solución? ¿Se estará alimentando con el gasto sanitario una locomotora que puede ser una máquina de gastar sin control? ¿Es posible plantear crecimientos del gasto sanitario público sin modificaciones en el modelo de gestión?

Trataremos de contestar una por una a estas preguntas, con cierta información adicional.

Nivel de gasto sanitario en términos de % sobre el PIB

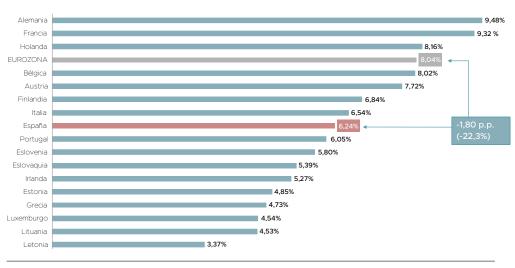
Los datos nos indican que andamos lejos de los países más avanzados de Europa y por debajo de la media de la Eurozona en los siguientes conceptos: gasto sanitario público per cápita (**Figura 51**); gasto sanitario público como porcentaje del PIB (**Figura 52**); y, gasto sanitario público como porcentaje del gasto público total (**Figura 53**).

Figura 51. Gasto sanitario público per cápita. Países eurozona. 2018



Fuente: OCDE Stat Extracts y Eurostat

Figura 52. Gasto sanitario público como % PIB. Países Eurozona. 2018



Fuente: OCDE Stat Extracts

Alemania 21.55% 20,47 % Holanda 19,31% FUROZONA Francia 16,70% Austria 15,88% España Bélaica 15.04% Portugal Italia Eslovenia Lituania Eslovaquia Finlandia 12.80% 10,53% Grecia 10,07% 8,66% Letonia

Figura 53. Gasto sanitario público como % del Gasto público total. Países Eurozona. 2018

Fuente: OCDE Stat Extracts y Eurostat

Las Figuras 51, 52 y 53 parecen abonar la tesis de que nuestro sistema está infrafinanciado en relación con los países de la Eurozona.

Sin embargo, si se contemplan las **Figuras 54 y 55** la perspectiva puede ser diferente.

En la **Figura 54** se correlaciona el PIB per cápita con el gasto sanitario público en % de PIB. Vemos que, en general, a más PIB per cápita, más porcentaje del PIB total se dedica a gasto sanitario público. La gráfica demuestra que España, está, más o menos,

dónde le corresponde de acuerdo con su nivel de riqueza.

Y si nos vamos a la **Figura 55** vemos que, a mayor gasto sanitario público sobre gasto sanitario total, mayor porcentaje de gasto sanitario público sobre PIB. Ahí también parece que estamos dónde nos corresponde.

Y es que en sanidad no se puede, como a veces se hace, comparar solamente porcentajes de gasto sanitario sobre PIB, si no tenemos en cuenta el nivel de riqueza y otras consideraciones.

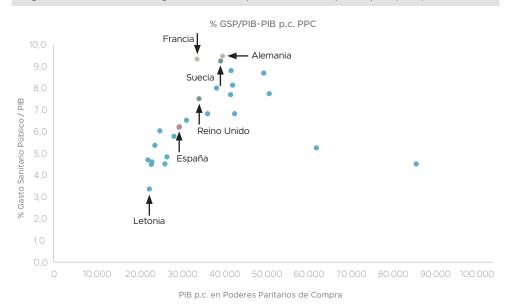


Figura 54. Correlación % gasto sanitario público/PIB-PIB per cápita (PPC)

Fuente: Cortesía de Javier Elola. Fundación IMAS

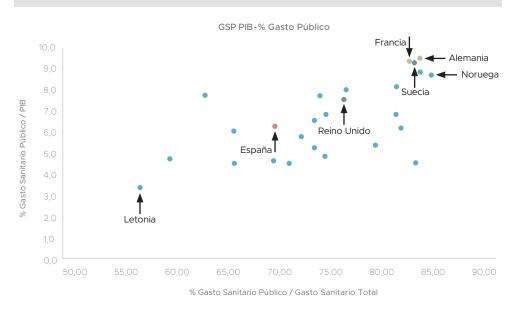


Figura 55. % gasto sanitario público sobre PIB-% gasto sanitario público sobre gasto sanitario total

Fuente: Cortesía de Javier Flola, Fundación IMAS

En estar circunstancias, la pregunta es: ¿gastamos mucho o poco en sanidad? Si contemplamos las Figuras 51, 52 y 53 estaríamos por decir que gastamos poco. Pero si contemplamos las Figuras 54 y 55 diríamos, más bien, que gastamos de acuerdo con nuestro nivel de riqueza.

Así pues, en esta discusión hay dos posiciones:

- Los que dicen que el sistema sanitario público está subfinanciado. Esta subfinanciación, continúan con la argumentación, se está centrifugando de varias maneras: a las *organizaciones sanitarias*, en forma de subfinanciación crónica, que afecta fundamentalmente a inversiones: en falta de reconocimiento *profesional,* con retribuciones bajas en términos comparativos con otros países de Europa; hacia los ciudadanos, en forma de lista de espera; e, históricamente, mediante la deuda a los proveedores, problema que se había resuelto en los últimos tiempos gracias al FLA y otras medidas, pero que parece que está repuntando recientemente (214).
- Los que dicen que el modelo gasta de acuerdo con el nivel de riqueza del país.

La única forma de incrementar el gasto sanitario, se dice desde esas posiciones, es mejorando la economía, en último término, aumentado el PIB per cápita.

Llegado a este punto hay que decir que aunque la OMS en su momento planteó un gasto mínimo en sanidad, no hay ningún gasto óptimo definido. Ese gasto hay que determinarlo en función de lo que se quiere alcanzar, qué prestaciones dar y qué opciones sociales se tienen.

La actual coalición de gobierno (PSOE-UP) ha planteado el llegar al 7% del PIB en gasto sanitario público al final de la legislatura (215). Obviamente, entendemos que este planteamiento será modificado tras la crisis del coronavirus, ya que, en un contexto de profunda crisis económica, aparte de que la referencia del porcentaje del PIB pierde relevancia, los gastos sanitarios tendrán que competir con otros fuertes demandadores de gasto público como las pensiones, el seguro de paro o el ingreso mínimo vital, que, por cierto, también contribuyen a mejorar el nivel de salud.

Aunque el nivel de financiación del sistema público es una opción política y no hay ninguna fórmula matemática que nos

²¹⁴ https://www.consalud.es/autonomias/nuevo-repunte-tiempo-de-pago-a-proveedores-sanitarios-36-a-39-dias_68169_102.html

²¹⁵ Acuerdo de coalición PSOE-Unidas Podemos Punto 2.2.4

https://www.newtral.es/texto-integro-acuerdo-de-coalicion-psoe-unidas-podemos/20191230/, consultado 28 julio, 2020

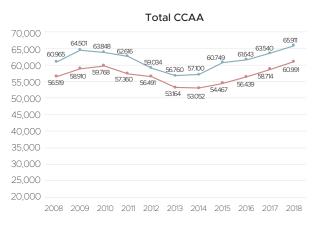
La subida del gasto sanitario público, una necesidad dé la solución, todo parece indicar que si queremos mejorar la experiencia del paciente (listas de espera, etc.), garantizar el acceso a las prestaciones más innovadoras, la satisfacción de los profesionales, y otros problemas detectados en el Capítulo anterior, habrá que subir el gasto sanitario público, en términos de gasto sanitario público per cápita, para aproximarnos a los

países más avanzados de Europa. Y para ello el camino más adecuado es tener una economía mucho más eficaz y competitiva. Los incrementos del gasto sanitario requerirían: 1. mejorar la propia eficiencia (resultados/costes) del sistema sanitario; y 2. que los incrementos de financiación se dirijan a actividades que realmente "añadan valor".

Importantes desviaciones presupuestarias en cuánto al gasto previsto en las comunidades autónomas

Tradicionalmente en sanidad hay una desviación presupuestaria en las comunidades autónomas. En la **Figura 56** podemos ver esta desviación entre 2008 y 2018.

Figura 56. Gasto Sanitario Público. Desviación presupuestaria. Total comunidades autónomas 2008-2018



	Presupuesto Anual Consolidado (millones de €)	Gasto Público en Sanidad Consolidado (millones de€)	Desviación (millones de €)
2008	56.519	60.965	-7,29%
2009	58.910	64.501	-8,67%
2010	59.768	63.848	-6,39%
2011	57.360	62.616	-8,39%
2012	56.491	59.034	-4,31%
2013	53.164	56.760	-6,34%
2014	53.052	57.100	-7,09%
2015	54.467	60.749	-10,34%
2016	56.439	61.643	-8,44%
2017	58.714	63.540	-7,60%
2018	60.991	65.911	-7,46%

Presupuestos Anual Consolidado

- Aporatación al Gasto público en Sanidad Consolidado

(*) Cifras provisionales

Fuente: EGSP Principales resultados y presupuestos iniciales del MSCBS

https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/recursosEconomicos.htm

https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm

Esta desviación por comunidades autónomas puede verse en la **Tabla 27**, para 2017. Como vemos, algunas comunidades (Cataluña,

Murcia, La Rioja) tienen desviaciones por encima del 15% en relación con su presupuesto inicial.

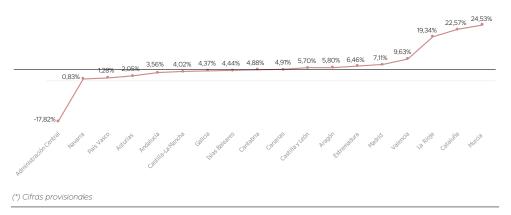
Tabla 27. Gasto Sanitario Público. Presupuesto, Gasto y Desviación por comunidades autónomas 2018

	Pptos. Iniciales 2018 (millones de €)	Gasto Real 2018* (millones de €)	Desviación (% Gasto/Ppto)
Administración Central	6.131.544	5.038.648	-17,82%
Andalucía	9.834.104	10.184.378	3,56%
Aragón	1.991.285	2.106.701	5,80%
Asturias	1.682.523	1.716.981	2,05%
Islas Baleares	1.584.351	1.654.635	4,44%
Canarias	2.936.749	3.081.089	4,91%
Cantabria	854.603	896.324	4,88%
Castilla y León	3.597.144	3.802.301	5,70%
Castilla-La Mancha	2.806.828	2.919.573	4,02%
Cataluña	8.876.083	10.879.723	22,57%
Valencia	6.390.695	7.006.363	9,63%
Extremadura	1.631.546	1.736.930	6,46%
Galicia	3.861.434	4.030.107	4,37%
Madrid	7.870.552	8.430.122	7,11%
Murcia	1.861.698	2.318.431	24,53%
Navarra	1.059.988	1.068.830	0,83%
País Vasco	3.763.542	3.811.549	1,28%
Rioja	387.565	462.530	19,34%
TOTAL ESPAÑA	67.122.234,00	71.145.214	5,99%

Fuente: EGSP Principales resultados y presupuestos iniciales del MSCBS https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/recursosEconomicos.htm https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm

La misma información de la Tabla anterior puede verse en forma de gráfico en la Figura 57.

Figura 57. Gasto Sanitario Público. Desviación presupuestaria por comunidades autónomas 2018



Fuente: EGSP Principales resultados y presupuestos iniciales del MSCBS

https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/recursosEconomicos.htm

https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm

El presupuesto ha perdido su valor como instrumento de gestión, lo que tiene efectos muy negativos Esta desviación presupuestaria no es un hecho neutro. Significa que el presupuesto ha perdido todo valor como herramienta de gestión. Naturalmente esta desviación de las comunidades autónomas tiene su origen en las desviaciones de los diferentes centros de gasto (hospitales, atención primaria, etc.) que no consideran al presupuesto como un punto de referencia en la gestión.

Cualquier planteamiento de gestión rigurosa de la sanidad por parte de las comunidades autónomas pasa por recuperar el valor del presupuesto como instrumento fundamental de la gestión. Todo ello, sin perjuicio de la consideración como "gastos extraordinarios" de los derivados de innovaciones disruptivas de alto coste que haya que incorporar (como la nueva terapia de la hepatitis C, por ejemplo).

Desigual distribución del gasto entre las comunidades autónomas

La **Tabla 28** muestra la distribución del gasto sanitario por comunidades autónomas (2018) y la **Figura 58** el gasto sanitario per cápita en cada una de ellas en el mismo año. Como vemos, la diferencia entre la comunidad con mayor gasto per cápita (País Vasco, 1.710€) y la menor (Andalucía, 1.153€) es de 32,5%.

Tabla 28. Gasto sanitario público. Distribución por comunidades autónomas 2018

	Gasto Real 2018* (miles de €)	(%)
Administración Central	5.038.648	7,36%
Andalucía	10.184.378	14,31%
Aragón	2.106.701	2,96%
Asturias	1.716.981	2,41%
Islas Baleares	1.654.635	2,33%
Canarias	3.081.089	4,30%
Cantabria	896.324	1,26%
Castilla y León	3.802.301	5,34%
Castilla-La Mancha	2.919.573	4,10%
Cataluña	10.879.723	15,14%
Valencia	7.006.363	9,84%
Extremadura	1.736.930	2,44%
Galicia	4.030.107	5,66%
Madrid	8.430.122	11,79%
Murcia	2.318.431	3,26%
Navarra	1.068.830	1,50%
País Vasco	3.811.549	5,35%
Rioja	462.530	0,65%
TOTAL ESPAÑA	71.145.214	100%

Fuente: EGSP Principales resultados del MSCBS https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm



Figura 58. Distribución del Gasto Sanitario per cápita 2018 en las distintas comunidades autónomas (euros por habitante)

Fuente: EGSP Principales resultados del MSCBS https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm

Estas diferencias tan notables en la financiación per cápita entre las comunidades no solo vienen dadas por el carácter foral o no de las comunidades (como el País Vasco y Navarra), ya que en ese grupo de las que más dedican a sanidad per cápita están otras como Asturias, Extremadura y Aragón, mientras es llamativo el bajo gasto per cápita relativo de comunidades como Andalucía y Madrid.

Obviamente, no toda diferencia representa una inequidad. Es más, la igualdad absoluta sí que podría representar una inequidad, ya que hay diferencias entre las comunidades en muchos aspectos relacionados con el gasto sanitario: precios relativos, edad, epidemiología, dispersión de la población, insularidad, etc.

Las diferencias que se observan no tienen tanto que ver con condicionantes sanitarios como por razones históricas y con el modelo de financiación de las comunidades que permite a las mismas una distribución discrecional de su presupuesto, de acuerdo con sus propias prioridades políticas. Pero podría llegar el caso de que con la distribución

de ciertas comunidades no se pueda cumplir la cartera de servicios.

La pregunta es: ¿qué habría que hacer para asegurar que todas las comunidades puedan cumplir con la cartera de servicios de la sanidad pública? Algunos, para lograr esto, defienden que la financiación sanitaria sea "finalista", pero la fórmula puede tener oposición por parte de algunas comunidades y no parece tampoco jurídicamente fácil. Otra fórmula podría ser establecer unos parámetros para tener en cuenta (población, edad, morbilidad, dispersión de la población, insularidad, etc.) para llegar a una especie de financiación sanitaria mínima indicativa, en términos de euros per cápita. Muy recientemente un Comité de Expertos creado en la Generalitat de Cataluña propone un cambio en el sistema de financiación autonómico actual, "de manera que los recursos transferidos estén basados en parámetros relacionados con la capacidad fiscal de la economía catalana" (216), lo que sería un interesante debate, que debería ser compatible con los sistemas de solidaridad interterritorial.

Es importante asegurar que la financiación de la sanidad en las distintas comunidades permita a estas cumplir con la cartera de servicios

^{216 30} Mesures per Enfortir el Sistema de Salut, Comité d'Experts per a la Transformació del Sistema Públic de Salut, 21 de setembre de 2020 (Punto 1, página 6)

La contribución del aseguramiento privado a la financiación sanitaria

Ya no es posible analizar solamente el gasto sanitario público desde las finanzas públicas, sin incorporar también en el análisis el gasto en primas de seguros sanitarios privados. En la **Tabla 29** se observa el importe a nivel nacional de las primas privadas, excluyendo el modelo MUFACE. Como vemos, hay que añadir en torno a unos 7.000 millones a la financiación pública

Tabla 29. Volumen de primas en seguros sanitarios privados en 2019 (sin modelo MUFACE)

Tipo seguro	Volumen de primas (enero-diciembre 2019), Millones de €
Asistencia sanitaria (sin Administraciones Públicas, modelo MUFACE	6.253
Reembolso de gastos	738
TOTAL	6.991

Fuente: El Seguro de Salud a diciembre, Año 2019, ICEA (Cortesía de José Antonio Sánchez Herrero, Director General de ICEA)

La financiacion procedente del seguro sanitario privado debe ser también tenida en cuenta

En la **Tabla 30** vemos la distribución en número de asegurados y el importe en primas por comunidades autónomas. En este caso se incluye el modelo MUFACE. Como vemos, el volumen de asegurados a un seguro privado en comunidades como Andalucía, Cataluña, Comunidad de Madrid y País Vasco es significativo.

Tabla 30. Número de asegurados y volumen de primas en seguro privado, 2019

Comunidad Autónoma	Número asegurados (a 31.12.2019)	Volumen primas (millones de €) (enero-diciembre 2019)	Número de asegurados/1.000 habitantes
Andalucía	1.886.082	1.205	223
Aragón	306.804	738	231
Asturias	215.404	117	211
Baleares	373.099	312	311
Canarias	463.319	309	208
Cantabria	54.269	27	93
Castilla-La Mancha	340.555	217	167
Castilla y León	481.035	310	200
Cataluña	2.563.564	1.929	336
Comunidad Valenciana	931.467	620	186
Extremadura	189.903	108	178
Galicia	503.789	323	186
Comunidad de Madrid	2.410.650	1.973	360
Región de Murcia	208.946	137	139
Navarra	77.951	58	119
País Vasco	627.120	414	287
Rioja (La)	58.996	39	187
Ciudad Autónoma Ceuta	28.638	22	339
Ciudad Autónoma Melilla	26.828	19	342
Total	11.748.417	8.877	

Fuente: El Seguro de Salud a diciembre, Año 2019, ICEA (Cortesía de José Antonio Sánchez Herrero, Director General de ICEA, modificado)

Estas cantidades tanto en número de asegurados como en importe económico son significativas. Esta debe ser una variable a considerar.

Como conclusión inicial tal vez se pueda decir que el bajo gasto sanitario público en comunidades como Madrid, Baleares y Cataluña, quizá resulte paliado, en parte, por el importante número de asegurados privados y la menor utilización del sistema público que eso conlleva.

¿Se gasta de la mejor manera posible?

En relación con esto hay que decir que el problema de la financiación está indisolublemente unido al modelo de gestión. De nada vale inyectar más dinero a sanidad, si no hay un esfuerzo en eficiencia.

Históricamente, las desviaciones presupuestarias en sanidad eran interpretadas automáticamente como financiación insuficiente y se arreglaban mediante las llamadas operaciones de saneamiento. Es lo que ocurrió en las cuatro operaciones de saneamiento realizadas en la década de 1990 para resolver la deuda del INSALUD o la experiencia de la Il Conferencia de Presidentes de 2005. Pero no hay porqué asimilar desviación presupuestaria con insuficiencia presupuestaria. La desviación

presupuestaria puede ser simplemente por mala gestión o ineficiencias.

Si tenemos un modelo de gestión como el administrativo que hemos descrito, más un presupuesto que ha perdido su valor como instrumento de gestión, sin asegurar, por lo tanto, la eficiencia y la responsabilidad de las instituciones, no tendrá sentido meter más dinero a un motor que no funciona. La gestión presupuestaria de la sanidad pública es un incentivo a la ineficiencia (reciben más los que más se desvían).

Por otra parte, sanidad representa un porcentaje significativo del gasto público. La correcta gestión de este gasto es una responsabilidad social. Es difícil separar el debate de la financiación del modelo de gestión

La financiación, en el origen de casi todos los problemas y muy ligada al modelo de gestión

Como hemos visto, aunque es una decisión política, es más que probable que la solución de los problemas detectados en el Capítulo anterior (listas de espera, retribución de los profesionales, acceso a terapias avanzadas, etc.) va a requerir más financiación del sistema en términos de PIB per cápita destinado a sanidad. Pero este aumento de financiación no tendría sentido para hacer "más de los mismo", sino en el marco de un cambio del modelo de gestión y de una recuperación de valor del presupuesto en las instituciones sanitarias.

Es deseable (e inevitable) que el gasto sanitario público aumente, para atender las múltiples necesidades detectadas. Lo que afirmamos es que para ello habrá que tener en cuenta una serie de consideraciones:

- El PIB per cápita general es importante.
 Solo un crecimiento económico sostenido va a permitir un aumento del gasto sanitario público.
- 2. La posible financiación adicional debe destinarse a actividades y proyectos

identificados y que aumenten el valor (reformas estructurales que hagan más eficiente nuestro sistema sanitario, lucha contra la lista de espera, mejor retribución de los profesionales ligada al desempeño, etc.). No simplemente a cubrir deudas, como se ha hecho hasta ahora.

- 3. Cualquier iniciativa de mejora de la financiación debe ir acompañada de suprimir el gasto innecesario de actividades que no añaden valor, tan frecuentes en sanidad, como es bien conocido.
- 4. El presupuesto debe recuperar su valor como instrumento de gestión. El actual descontrol presupuestario atenta contra cualquier planteamiento de eficiencia.
- 5. Aunque sabemos que no es un tema fácil, deben analizarse las diferencias de financiación pública sanitaria per cápita entre diferentes comunidades autónomas y asegurar un mecanismo que garantice el cumplimiento de la cartera de servicios en todas ellas.

- 6. Habría que buscar una fórmula que integre la financiación procedente de las pólizas del seguro sanitario en el servicio público. Esto es un tema complejo, que requeriría acuerdos no fáciles de colaboración del sector asegurador sanitario con el servicio público
- 7. Por último, tiene que haber un modelo de gestión que garantice la eficiencia de ese gasto, lo que no ocurre con el actual modelo de gestión administrativa.

En otras palabras, cualquier consideración de aumento de la financiación sanitaria pública debe plantearse teniendo en cuenta las necesidades del sistema, el abordaje de proyectos concretos y en el contexto de unas reformas. Es lo contrario a la inyección de fondos de forma incondicional, como se ha hecho en otras ocasiones.

En resumen, que hay que hilar muy fino cuando se plantean crecimientos de la financiación sanitaria, si el sector sanitario quiere ganar la credibilidad de los interlocutores económicos.

Gobernanza: un problema nunca solucionado

Un tema mal resuelto en La Ley General de Sanidad

La gobernanza del Sistema Nacional de Salud es un tema mal resuelto en la Ley General de Sanidad. La Ley no entra en absoluto en el diseño institucional del Sistema Nacional de Salud al que define⁽²¹⁷⁾ como el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Aparte de la creación del Consejo Interterritorial, no mucho más figura en la Ley en cuanto a la forma de organizar o gobernar este conjunto. Se ha resaltado que el Sistema Nacional de Salud español no tiene dirección postal conocida, ni teléfono, ni e-mail y, lo que es peor en estos tiempos ni página web propia (218). Comparemos esta situación con la riqueza de páginas web de National Health Service británico.

El que no se desarrolle bien la gobernanza en la Ley no es de extrañar, ya que el término apenas existía cuando esta se publica. Se habla ⁽²¹⁹⁾ de órganos colegiados de participación, creando los Consejos de Salud de Área. Pero esta parte de la Ley nunca se aplicó de forma generalizada y, por otra parte, ni su composición ni sus funciones

son asimilables a los actuales órganos de gobierno corporativo.

Por otra parte, tras la etapa de elaboración de la Ley General de Sanidad, ha habido en España muy contadas reflexiones de carácter institucional sobre el sistema sanitario. La *Comisión Abril* (1991), la *Subcomisión de Sanidad del Congreso* (1997) y la *ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud* (2003). Esta última es la que más seriamente aborda el problema de la gobernanza, pero –sea por su diseño o por la situación política- lo cierto es que nunca ha pasado del componente declarativo.

El tema de la gobernanza en los sistemas de salud ha sido abordado por varias instituciones internacionales, como la OMS en el año 2000 ⁽²²⁰⁾, o el Consejo de Europa en 2012 ⁽²²¹⁾.

En España merece la pena citar las aportaciones de la Organización Médica Colegial de 2012 ⁽²²²⁾, de la Asociación de Economía de la Salud ⁽²²³⁾ de 2014 y de FACME en 2019 ⁽²²⁴⁾. Por proceder de una comunidad autónoma, así como por su

²¹⁷ Ley General de Sanidad, artículo 44.2

²¹⁸ Freire, JM Así en el SNS como en RTVE Economía y Salud, n° 54, 18 septiembre, 2005

²¹⁹ Ley General de Sanidad, artículo 58

²²⁰ Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud OMS, Ginebra, 2000, accesible en http://www.who.int/whr/2000/es, consultado el 4 de abril, 2020

²²¹ Recommendations CM/Rec (2012) 8 of the Committee of Ministers to Member States on the implementation of good governance principles in health systems, accesible en http://www.refworld.org/docid/50697e362.html, consultado el 4 de abril. 2020

²²² Profesión médica y reforma sanitaria: propuestas de acción inmediata Organización Médica Colegial, 2012

²²³ Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance, Capítulo 4. Buen gobierno de la sanidad, AES, 2014, accesible en http://www.aes.es/Publicaciones/SNS_version_completa.pdf, consultado 4 de abril, 2020

²²⁴ Los retos del Sistema Nacional de Salud en la próxima legislatura 2019.2023 FACME, 2019

calidad técnica, hay que citar también las Recomendaciones del Consejo Asesor sobre el Código de Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca (225).

Como dice el documento de la Asociación de Economía de la Salud, el concepto de "buen gobierno" va mucho más allá del cumplimiento de las leyes, obtener buenos resultados, ausencia de corrupción, mala gestión o nepotismo. También exige que el proceso de toma de decisiones responda a un conjunto de reglas consensuadas de participación democrática, transparencia, responsabilidad, rendición de cuentas y obediencia a códigos de conducta.

Por lo tanto, cuando hablamos de gobernanza hablamos del proceso de toma de decisiones y tenemos que referirnos a actores, reglas de juego –formales e informales- y organizaciones. También a valores.

En cuanto a valores es interesante citar los reflejados en el documento de la Sanidad Pública Vasca, que los divide en tres grupos: valores fundamentales (derechos humanos, cumplimiento de las leyes, democracia); los principios a los que responde la sanidad pública (universalidad, equidad, solidaridad)

y los *atributos que son específicos del buen gobierno* (rendición de cuentas, transparencia, responsabilidad, participación, eficiencia, calidad, seguridad, respuesta a las necesidades, demandas y expectativas de los ciudadanos).

Si la Ley General de Sanidad nunca profundizó en la gobernanza ni en la configuración organizativa del conjunto que llama Sistema Nacional de Salud, esto vino a complicarse con las transferencias, ya que estas han respondido más a la dinámica política general que a un debate específico de objetivos, formas, beneficios y costes en el ámbito sanitario. Y la estructura descentralizada no ha ido acompañada de una arquitectura institucional acorde con la necesidad de gobernanza del Sistema Nacional de Salud, de forma que, en la práctica, este Sistema Nacional de Salud no va más allá de la suma de las actuaciones de los distintos Servicios Regionales de Salud y de los acuerdos adoptados por unanimidad en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. El déficit de gobernanza en el Sistema Nacional de Salud se ha manifestado en importantes problemas, tanto de eficiencia como de equidad.

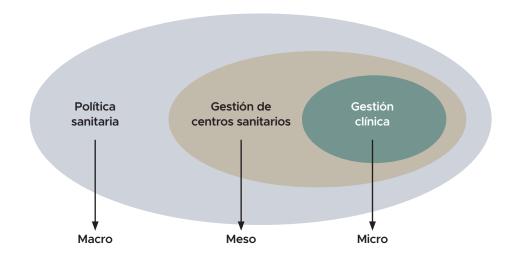
²²⁵ Recomendaciones del Consejo Asesor sobre el Código de Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca, accesible en http://www.euskadi.eus/web01-s2osa/es/contenidos/informacion/cbil_buengobierno/es_cbil/comarca_bilbao.html, consultado el 4 de abril 2020

Un abordaje en tres niveles

Siguiendo los tres ámbitos de la gestión sanitaria propuestos ya en 1993 ⁽²²⁶⁾, tal y como se representa en la **Figura 59**,

analizaremos los problemas de la gobernanza en estos tres ámbitos, así como algunas propuestas iniciales.

Figura 59. Los tres ámbitos de la gestión sanitaria



Fuente: Ortún, 1993

Nivel macrosistema

¿Cómo funciona actualmente el gobierno del Sistema Nacional de Salud? Al hablar de este tema, la pregunta que muchos se hacen es: ¿el Sistema Nacional de Salud sigue siendo un sistema nacional o es más bien un sistema interautonómico? Se ha acusado al Sistema Nacional de Salud de ser un "reino de taifas" (227), más un sistema interautonómico que un sistema nacional.

Vamos a los hechos. Lo cierto es que en este tiempo, particularmente desde la finalización de las transferencias en 2002 hasta ahora, ha habido:

 Ministerio de Sanidad: una ausencia de liderazgo, con algunas breves excepciones temporales, en los grandes temas por parte del Ministerio de Sanidad, que se ha limitado a ser un gestor de contingencias (Ébola, hepatitis C, etc.), en vez del impulsor de un proyecto estratégico. De hecho, el Ministerio se inhibe ante muchos de los grandes problemas del sistema (listas de espera, problemas de diferencias de la aplicación de la cartera de servicios en las distintas comunidades autónomas, etc.). Por otra parte, no existe un organismo gestor de "lo común" en el Sistema Nacional de Salud y de impulso a la cooperación y la colaboración. Como consecuencia de que el Ministerio no aborda ciertos temas ("porque todo está transferido") y las comunidades no se "atreven", lo cierto es que se han aparcado los grandes temas (gobernanza, política de personal, evaluación de resultados, etc.).

Consejo Interterritorial del Sistema
 Nacional de Salud. Este organismo se
 ha transformado más en un órgano de
 confrontación política que de coordinación.
 En las 20 reuniones celebradas desde

²²⁶ Ortún, V

Presentación del V Congreso de Salud Pública y Administración Sanitaria Gac Sanit, 1993, 7 (38S): 1–2

²²⁷ Costas Lombardía, E

Un sistema demasiado descentralizado. Sanidad de Taifas En http://www.bez.es/203427662/Sanidad-de-Taifa.html, consultado 23 agosto, 2017

enero de 2002 hasta marzo de 2007, cabría decir que 7 han sido de normalidad, 3 de bloqueo, y las 10 restantes de escenificación de diferencias políticas, reales o exageradas (228). Todo ello es compatible, sin embargo, con un correcto funcionamiento de las subcomisiones especializadas dependientes de dicho Consejo.

• Comunidades autónomas y Servicios Regionales de Salud. Ahí hay dos problemas principales. Por una parte, la gestión de las Consejerías de Sanidad y Servicios Regionales de Salud está, en gran medida, mediatizada y limitada por las autoridades económicas y de función pública. Por otra, a ese nivel no parece que haya llegado la filosofía de dar una cierta autonomía a las entidades provisoras, sino que tienden a acumularse todas las decisiones en los órganos centrales del

Servicio Regional de Salud. Por otra parte, con honrosas excepciones, suele haber una ausencia de un impulso reformista desde las comunidades autónomas, que se han limitado a administrar lo transferido.

- Los agentes clave del sistema no participan en la toma de decisiones del Sistema Nacional de Salud (llámense profesionales, ciudadanos, pacientes, empresas, etc.).
- Un olvido de establecer unos criterios generales de planificación u ordenación de recursos, necesarios en un sistema tan descentralizado.

En resumen, diríamos que el Sistema Nacional de Salud sigue siendo un sistema, pero más por inhibición de unos y otros que por un proyecto común.

¿Qué proponemos para salir de este "impasse"?

Agencias especializadas, con prestigio científico, un elemento clave de la gobernanza

Nivel macrosistema

• Ministerio de Sanidad: Como evidencian todos los países federales, los funciones de un Ministerio de Sanidad son especialmente necesarias en un sistema tan descentralizado como el Sistema Nacional de Salud español. El Ministerio de Sanidad debería fortalecer y modernizar todos los instrumentos que le permitan un desarrollo eficaz de las competencias que corresponden a la función de autoridad sanitaria estatal, rectoría y alto gobierno del conjunto de la sanidad española.

Esto significa seguir con sus funciones en política farmacéutica, pero ser más activo en recursos humanos, en servicios comunes de salud pública y el impulso un conjunto de **Agencias**, que funcionen como órganos de cohesión, como forma fundamental de establecer los criterios comunes en el Sistema Nacional de Salud, basadas en una gobernanza con amplia participación de las comunidades autónomas, y, en su caso, de otros agentes, así como un funcionamiento autónomo y una composición con un prestigio científico y profesional acreditados.

 Un órgano para un sistema participativo en la toma de decisiones. Sin perjuicio de la actuación de los órganos de gobierno del Sistema Nacional de Salud, las decisiones

relevantes deben ser sometidas a conocimiento, debate e informe preceptivo por parte de un órgano en el que estén representados los distintos agentes del sistema (desde los profesionales hasta los ciudadanos y pacientes, pasando por las empresas y entidades sindicales, sociedades científicas...). Tal vez el Comité Consultivo del Consejo Interterritorial, previsto en el artículo 67 de la Ley de Cohesión y Calidad, con algunos cambios en cuanto a su composición y funcionamiento y con un énfasis en la transparencia y la rendición de cuentas, pueda servir para estos fines. Este órgano no será como el Consejo Interterritorial una mera asamblea de gobiernos, sino que agrupará al conjunto de stakeholders del Sistema Nacional de Salud. Su peso en el sistema deberá ser relevante, constante y frecuente.

• Un Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que, sin perjuicio de las respectivas competencias del Ministerio de Sanidad y de las comunidades, actúe como un auténtico órgano de cooperación y colaboración del conjunto del sistema. Aunque algunos defienden un Consejo Interterritorial con funciones ejecutivas esto tiene difícil encaje en nuestro régimen competencial

Es necesario un órgano de participación de todos los agentes del sector, que debe ser escuchado en temas clave

²²⁸ Repullo, JR, Freire, JM

Gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización Gac Sanit. 2008; 22 (Supl 1): 118-25

- Un sistema de Agencias autónomas, de carácter científico y profesional, que se ocupen de temas críticos. Aparte de la Agencia Española del Medicamentos, reforzar la Agencia de Tecnologías Sanitarias, y, posiblemente, impulsar una Agencia de Calidad e Información, con funciones similares a las descritas en el Manifiesto de FACME (229), así como, por supuesto, una Agencia de Salud Pública, cuya necesidad quedó tan clara durante la crisis del coronavirus.
- Recuperar unas ciertas funciones de ordenación indicativa y no normativa de recursos es una necesidad. En este sentido, la experiencia del antiguo INSALUD de establecer unos criterios generales de ordenación de recursos por parte de las Administraciones Públicas, con la colaboración de los profesionales y de las sociedades científicas es muy positiva. Esta ausencia de criterios de ordenación conduce, por ejemplo, a la situación de que Inglaterra tenga 29 hospitales en los que se
- realiza el bypass aortocoronario (CABG) y España, 43. La mediana de intervenciones era de 690 por año en Inglaterra, frente a 154 en España, y la tasa bruta de mortalidad es del 2,3% en Inglaterra y del 5% en España (230). Es bien conocida la relación entre volumen de procedimientos y resultados (231). Solamente la cuarta parte de los servicios cirugía cardíaca cumple el estándar de calidad de la Sociedad Española de Cirugía Torácica Cardiovascular (600 intervenciones de cirugía mayor/año).
- Unas comunidades autónomas, que tengan bien definidos el papel de los servicios centrales y el ámbito de autonomía de las distintas entidades provisoras. Y con unas Consejerías de Sanidad y Servicios Regionales de Salud con amplias atribuciones de competencias para la gestión de personal, económicofinanciera y contractual, funciones que no deben ser sustituidas por las autoridades económicas y de función pública.

Separación gobierno-dirección en los centros sanitarios, un requisito para la buena gestión

Nivel mesosistema

¿Cómo funciona ahora?

Los centros provisores del Sistema Nacional de Salud, con algunas excepciones en las Fundaciones, Empresas Públicas y consorcios, tienen a su frente un gerente, normalmente de nombramiento discrecional por la Consejería, que responde directamente ante ella, siguiendo sus directrices, sin ningún organismo intermedio y sin apenas autonomía para el centro.

¿Qué proponemos?

Lo que es común en otras empresas, sean públicas, privadas, con o sin ánimo de lucro: la existencia de un órgano de gobierno y la separación de las funciones de gobierno de las de dirección. Ese órgano de gobierno tendría unas funciones similares a las de un consejo de Administración: políticas institucionales, fines de la organización,

limitaciones sobre el uso de los medios, orientaciones estratégicas y evaluación y propuesta de nombramiento del primer directivo. La introducción de estos Consejos representa un gran cambio cultural en la gestión de lo público y, entre otras cosas, permitiría incluir representantes de la población local.

²²⁹ Manifiesto. Los retos del Sistema Nacional de Salud en la Próxima Legislatura 2019-2023, 2019

²³⁰ Gutacker, N et al Comparing hospital performance within and across countries: an illustrative study of coronary artery bypass graft surgery ir England and Spain European Journal of Public Health, 2015, 25, Supplement 1, 28-34

²³¹ Goicolea Ruigómez, FJ et al Cirugía de revascularización aortocoronaria en España. Influencia del volumen de procedimientos en los resultados Rev Esp Cardiol 2020, 73 (6), 488-494

Este es un debate muy presente actualmente en todas las organizaciones, aunque no lo era hace unos años. La idea fundamental es que el gobierno es muy distinto de la dirección, tal y como se explica en la **Tabla 31**:

Tabla 31. Gobierno corporativo, con separación gobierno-dirección

Conceptos básicos de gobierno corporativo	
Gobierno (los miembros del Consejo)	Se aseguran de que la gestión es correcta, que va en la buena dirección y evalúan al equipo directivo
Dirección (los gestores)	Dirigen la compañía

Fuente: Elaboración propia

Durante años, el mayor foco en la compañía se puso en cómo se gestionaba. Hoy en día, cómo la compañía se gobierna es tan importante como cómo se gestiona. La idea fundamental es que no puede haber buena gestión, si no hay un buen gobierno.

Nivel microsistema

¿Cómo funciona ahora?

Existen determinadas áreas de gestión clínica, con funciones limitadas, basadas en el voluntarismo de líderes clínicos, con dificultades para una mínima autonomía (incentivos, contrataciones, etc.). Lógicamente,

si las organizaciones provisoras (hospitales, centros de atención primaria, sistemas integrados) no gozan de autonomía, difícilmente van a poder conceder un mínimo de autonomía a las unidades de gestión clínica.

¿Qué se propone?

Impulso y generalización de unidades de gestión clínica, en el marco de unas entidades provisoras con cierta autonomía de gestión y dotadas de órganos de gobierno.

En el ámbito de la gobernanza clínica, el planteamiento es migrar a un modelo de centros basados en áreas de gestión clínica (no especialidades médicas, que son áreas de conocimiento, pero no necesariamente organizaciones asistenciales), ligadas a los grandes procesos asistenciales y de carácter multidisciplinar. Bajo este esquema la gerencia y las direcciones funcionales

(médica, enfermería, gestión, servicios generales, etc.), aparte de sus funciones en la dirección estratégica general de la organización, actuarían como soporte logístico, funcional y relacional, para que las áreas como divisiones de producción de servicios clínicos asumieran el necesario protagonismo y responsabilidad. La plurianualidad en los acuerdos de gestión clínica facilitaría salir del cortoplacismo del presupuesto de cada año y aportaría una visión a medio plazo en temas clave: cartera de servicios, actividad, recursos, gestión del conocimiento, etc.

Un impulso a la gestión clínica

¿Por qué una mala gobernanza está en el origen de los problemas del sistema?

Una mala gobernanza está en el origen de muchos de los problemas del Sistema Nacional de Salud: contribuye a las desigualdades y a la falta de coordinación y cooperación entre las comunidades autónomas; impide que haya una dirección estratégica del Sistema Nacional de Salud y, por lo tanto, que se aborden sus grandes retos; favorece una cultura de gobierno autocomplaciente y negadora de los problemas; estimula el comportamiento

oportunista de los agentes (ejemplos: transferir compromisos de gasto a las autonomías sin presupuesto, embalsar la deuda retrasando los pagos a los proveedores, etc.); no integra a los distintos agentes en la toma de decisiones; y, muy de actualidad, favorece que aparezcan periódicamente movimientos populistas tipos "mareas blancas", con la intención de "salvar" el sistema.

que hacen que

tengamos una

Una gestión débil

¿Tenemos realmente una gestión débil?

Parece evidente que tenemos una gestión débil, en el sentido de con débiles herramientas de gestión, carencia de sofisticados sistemas de información, gobernanza que no hace énfasis en la separación gobierno-dirección, etc. Basta comparar la capacidad de gestión de cualquier hospital público con la de una empresa de una dimensión similar. Esto dificulta el abordar problemas serios de las instituciones sanitarias: las listas de espera, la rápida incorporación de nuevas tecnologías, la organización por procesos, las políticas de personal avanzadas, etc.

¿A que es debido esto? ¿Son malos nuestros gestores sanitarios?, ¿no están suficientemente comprometidos con las organizaciones que dirigen? Nada de esto, tenemos una masa crítica de gestores bien formados y buenos profesionales y no hay porqué dudar de su compromiso con el sistema y las organizaciones sanitarias.

El problema es que no se dan las condiciones para un ejercicio de una gestión moderna, por varias razones.

Lo primero, porque no hay autonomía en las organizaciones provisores públicas. Sin autonomía, si todo viene impuesto desde los organismos superiores y no hay espacio para la toma de decisiones autónomas, malamente se va a desarrollar la gestión.

Lo segundo, porque no hay órganos de gobierno, que permitan el juego gobierno-dirección. Aunque un buen gobierno no garantiza una buena gestión, lo que es claro es que es imposible que haya una buena gestión –a medio y largo plazo- sin un buen gobierno.

En tercer lugar, *el sistema no se ha preocupado de desarrollar un sistema de evaluación de los directivos*, basada en la performance de las organizaciones y el logro de objetivos.

Por último, *los políticos no han renunciado* a continuas injerencias en la gestión,

básicamente no formalizando un sistema de relación y evaluación profesional. Para el político suele ser más cómodo tener una voz amiga y, en caso de problemas, un fusible, que un gestor profesional. Con esto sí que se produce una negativa politización de la gestión. A pesar de las periódicas denuncias de esta situación en numerosos comunicados por parte de múltiples organismos (Organización Médica Colegial, SESPA, FACME, SEDISA, etc.) no se avanzó en la línea de profesionalización de los directivos y periódicamente se asiste a sustituciones masivas de directivos en una comunidad autónoma a raíz de cambios políticos en la misma.

Por último, se ha consolidado un modelo dónde el mejor directivo es aquel que logra que la organización haga menos ruido, aunque sea la paz de los cementerios. Si es al precio de no impulsar proyectos de cambio u obteniendo una baja productividad o performance de la organización, no importa.

En estas circunstancias no hay vocación gestora o equipo directivo que sea capaz de superar estas circunstancias lo cual no quiere decir que la labor de los equipos directivos en los hospitales y otras organizaciones provisoras sea irrelevante. Incluso en estas difíciles circunstancias, tan poco propicias para la gestión, hay gestores y equipo que son capaces de marcar una diferencia.

Los gestores sanitarios, siempre denostados

Hasta la mitad de los años 80' del pasado siglo no había gestores en las instituciones sanitarias públicas. La dirección de los centros era ejercida por médicosinspectores, de perfil más administrativo que gestor. No era necesaria la gestión: no estaba planteada la autonomía de las organizaciones y, por otra parte, el crecimiento permanente de los recursos sanitarios (algo que ocurrió en toda Europa

desde el origen de los sistemas universales al final de la Il Guerra Mundial hasta la crisis económica de los años 70') no la precisaba. Es por ello por lo que, a raíz de esta crisis, surge, no sólo en España sino antes en Europa, el "gerencialismo", como una de las respuestas del sistema a las necesidades de contención de costes y organización (232). En último término, pretendía incorporar métodos y técnicas empresariales en

Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, 2012

. Accesible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500568/n2.4_Cambios_y_reformas.pdf, consultado 12 abril, 202

²³² Repullo, JR

Cambios y reformas en los sistemas y servicios sanitarios

la gestión de los centros sanitarios (especialmente, los hospitales), buscando una mayor eficiencia productiva en los recursos materiales y humanos existentes.

En buena medida, el hospital convencional (hasta finales de los años 70') está basado en un modelo centrado en los profesionales, coordinado por ajuste mutuo entre los mismos, con sistemas corporativos de decisión y con estructuras administrativas dependientes. El modelo no funciona mal en un contexto expansivo, pero ante un requerimiento de contención de costes se hace cada vez más difícil que dicho planteamiento de gestión corporativa se mantenga intacto.

El *gerencialismo* implica dos cosas. En primer lugar, la introducción de equipos directivos, lo que significa un cambio en el balance de poder, ya que a través del gestor nombrado para el hospital la autoridad sanitaria o el asegurador se hace presente en el centro para hacer valer sus intereses. Por otra parte, se desarrollan innovaciones en procesos gestores en diversos ámbitos: sistemas de información, análisis de costes, fijación de objetivos, gestión y programación de pacientes, gestión de inversiones y suministros, información y atención al paciente, etc.

Estos cambios ocurren en el Reino Unido, tras las recomendaciones del Informe Griffiths ⁽²³³⁾ en 1983 y en España, tras la llegada del PSOE al poder a finales de 1982 y las modificaciones introducidas en 1985 en la estructura de gestión de los hospitales del INSALUD ⁽²³⁴⁾.

La respuesta en contra no se dejó esperar y estaba basada tanto en los que no consideraban al hospital como una empresa y añoraban el modelo corporativo preexistente; como a los errores cometidos en la gestión de estos cambios, ya que la sustitución de los médicos-inspectores lo fue en muchos casos por médicos clínicos, con más entusiasmo por el cambio, que experiencia en gestión, profesionalidad y prudencia.

Pero, visto con perspectiva, el cambio fue positivo y es irreversible. Nadie se atrevería

a invocar hoy en día el modelo corporativo como el ideal para la gestión de los centros sanitarios. Prueba de ello es que este enfoque gerencialista fue adoptado incluso por los hospitales privados, dónde la vigencia del modelo corporativo-profesional era incluso mucho mayor.

A pesar del tiempo transcurrido y de la necesidad de contar con gestores en las instituciones sanitarias, estos muchas veces son considerados como una "carga burocrática" y poco menos que un despilfarro y un gasto inútil. Son significativas, en este sentido, las declaraciones de Jeremy Hunt, entonces Ministro de Sanidad británico, que, en 2016, se preguntaba en unas declaraciones públicas si el National Health Service no habría cometido un error en los 80', a raíz del informe Griffiths, al impulsar gestores no clínicos (235). Una reacción similar se detecta en Estados Unidos y, por supuesto, en España.

Esta forma de ver las cosas ha calado en la opinión pública. En una encuesta realizada en el Reino Unido en el 2015, el dinero gastado en gestores y burocracia se consideraba uno de los principales problemas del National Health Service, por delante de temas tales como el cierre de hospitales, la escasez de personal o al acceso a medicamentos o tratamientos (236).

Además, se da el caso de que en uno de los países dónde más se ha criticado el peso de los gestores en el sistema sanitario, como es el Reino Unido, esto no se corresponde, al menos en términos cuantitativos, con la realidad. La Universidad de Bristol hizo un estudio en 2017 y encontró que el National Health Service empleaba a 31.000 gestores, de los cuales aproximadamente un tercio eran médicos y enfermeras dedicados parcialmente a la gestión. Teniendo en cuenta que ese organismo empleaba a 1,36 millones de trabajadores, el peso de los gestores equivalía al 3% de su plantilla, lo que contrasta con el resto de la economía inglesa dónde los gestores suelen equivaler al 9,5% del personal (237).

²³³ Griffiths report on NHS

Accesible en: https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/griffiths-report-october-1983/, consultado 12 abril, 2020

²³⁴ Orden de 28 de febrero de 1985 por la que se establecen los órganos de dirección de los hospitales y la dotación de s personal, regulando la provisión de los cargos y puestos correspondientes

²³⁵ Why would doctors and nurses put themselves through the ordeal of NHS management?
The Guardian December 2, 2016

²³⁶ The People, the Parties and the NHS Lord Ashcroft Polls, London, 2015

²³⁷ Kirkpatrick, I et al

Corporatisation and the emergence of (under managed) managed organizations: the case of English public hospitals Organization Studies, 38:12, 2017

¿Importa la gestión?

Llegados a este punto, debemos preguntarnos, ¿importa realmente la gestión? En otras palabras, ¿la labor de los gestores influye en la marcha de las organizaciones sanitarias?

Sobre esto se hizo un amplio estudio por parte de McKinsey y la London School of Economics ⁽²³⁸⁾, en el que se analizaban 1.194 hospitales de siete países: Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Suecia, Alemania, Francia e Italia.

La gestión importa

La principal conclusión es que la mejora de las prácticas de gestión es la mejor manera de elevar los niveles de calidad y productividad de los hospitales. Los hospitales con mejores prácticas en gestión se asociaban con menor mortalidad y mejores resultados financieros.

Para el establecimiento del nivel de gestión se establece una metodología, que valora distintas herramientas y prácticas de gestión (estandarización y protocolos, medición de la performance, incentivos, etc.)

La mejor gestión se correlacionaba también con elementos como la competencia (en general, mayor entorno de competencia, mejor gestión); las capacidades de gestión (con mejor gestión en aquellos centros con un alto porcentaje de gestores que son clínicos); el tamaño del hospital (mejor gestión en centros más grandes); la autonomía de los gestores (a más autonomía, mejor gestión); y, el tipo de propiedad (los hospitales privados se suelen correlacionar con mejor gestión).

En otro estudio publicado en 2015 ⁽²³⁹⁾ en el que se incluyen 327 hospitales de Estados

Unidos y 184 del Reino Unido, se analiza la actividad de los consejos de gobierno en estos hospitales, las prácticas de gestión y los resultados obtenidos. La principal conclusión es que los hospitales con prácticas de gestión más efectivas producen una mejor calidad. Igualmente se encontró una correlación entre las mejores prácticas de gestión y los consejos de gobierno efectivos.

Otros estudios ⁽²⁴⁰⁾ también demuestran que los gestores tienen un impacto positivo en la performance de la organización sanitaria.

Así pues, podemos deducir que más y mejor gestión se correlaciona con mejores resultados en los hospitales.

Ahora bien, no cualquier tipo de gestión. Algunos trabajos ⁽²⁴¹⁾ correlacionan la gestión basada en equipos de trabajo como productora de mayor satisfacción para los pacientes, frente a un estilo de gestión más burocrático, que se correlaciona con menor satisfacción. Igualmente ⁽²⁴²⁾ se resalta la importancia de tener implicados a clínicos en la gestión y la cultura organizativa como claves del éxito de una gestión.

La integración de gestores y clínicos es un elemento clave (243,244). Hoy en día, la gestión y la actividad clínica están crecientemente integrados. Una buena gestión requiere un correcto entendimiento de los procesos clínicos. Por otra parte, muchos clínicos reconocen la necesidad de desarrollar sus propias habilidades y conocimientos en gestión para ofrecer un servicio efectivo y eficiente a sus pacientes.

238 Management Healthcare: Why good practice really matters McKinsey&Company, London School of Economics, 2010

239 Tsai, TC et al

Hospital Board and Management Practices Are Strongly Related To Hospital Performance on Clinical Quality Metrics Health Affairs (2015) 34 (8): 1304-1311

240 _{Veronesi}, G et al

Are Public Sector Mangers a "Bureaucratic Burden"? The Case of Englishg Public Hospitals Jorunal of Public Administration Research and Theory, 29 (2): 193-209, 2019

241 Meterko, M et al

Teamwork culture and patient satisfaction in hospitals Med Care 2004, 42 (5):492-89

242 Lega, F et al

Is Management Essential to Improving the Performance and Sustainability of Health Care Systems and Organizations? A Systematic Review and a Roadmap for Future Studies Value in Health 16 (2013), S46-S51

243 Rotar, M et al

The involvement of medical doctors in hospital governance and implications for quality management: a quick scan and an indepth study in 7 OECD countries

BMC Health Services Research 2016, 16 (Suppl 2): 160: 1396-4, DOI 10.1186/s12913-016

244 Stoller et al

Why the Best Hospitals are Managed by Doctors Harvard Business Review, September 2017 Como ha sido destacado, el liderazgo en la gestión de un hospital o cualquier organización sanitaria debe tener un *formato distribuido*, que incluya a líderes clínicos (245)

¿Cómo marcan la diferencia los gestores? Esto ha sido analizado por la organización NHS Confederation ⁽²⁴⁶⁾, que agrupa en forma de asociación independiente a numerosas instituciones del National Health Service. De estas formas:

• Mejorando la experiencia de los pacientes

- Creando un entorno dónde los profesionales puedan dar lo mejor de sí
- Asegurando la mejor utilización de los recursos
- Planificando el futuro y liderando el cambio
- Trabajando con otros para lograr más juntos

En definitiva, en las organizaciones sanitarias, como en cualquier otra organización, la gestión es clave.

¿Qué entendemos por gestión sanitaria?

La pregunta puede parecer obvia, pero no lo es. La gestión de una institución sanitaria no es solamente la organización de la actividad asistencial. Como en cualquier empresa también incluye la gestión económica y del personal.

Esto, que parece obvio, no lo es tanto para las autoridades de las Consejerías de Hacienda y Función Pública de algunas comunidades autónomas que, en un ejercicio de casi suplantación de la gestión de sanidad, asumen la gestión económica y de recursos humanos de la sanidad, relegando a las Consejerías de Sanidad, y no digamos a los centros sanitarios, a meros organizadores de la actividad asistencial, pero no gestores integrales de organizaciones.

Puede parecer comprensible que las Consejerías de Hacienda no quieran renunciar a la gestión directa de lo que viene a ser entre el 35-40% del presupuesto de la Comunidad, pero la pregunta es si eso es bueno para la gestión sanitaria.

Seguramente la Consejería de Hacienda debe reservarse el control final del presupuesto de la comunidad, pero eso no significa hacer la gestión directa del presupuesto sanitario (pagos, contrataciones, etc.), sino llegar a unos acuerdos con las autoridades sanitarias sobre el presupuesto. Lo mismo puede decirse en cuanto a las autoridades de la Función Pública de la comunidad en lo que se refiere a la gestión del personal.

Es difícil exigir una eficiencia de las organizaciones sanitarias, si no pueden gestionar ni su presupuesto ni sus recursos humanos.

La gestión sanitaria no es solo gestión asistencial, es también económica y de recursos humanos. Esto a veces se olvida por parte de responsables

¿Cómo superar esta situación?

Ya hemos visto que tenemos una gestión débil en las organizaciones sanitarias y que una buena gestión es fundamental para alcanzar ciertos logros.

¿Cómo superar esta situación? No con discursos vacíos de apoyo a los gestores y reconocimiento de su labor.

Hemos visto anteriormente lo que hay que hacer, básicamente cuatro cosas:

 Dotar de autonomía y personalidad jurídica o capacidades equivalentes a los hospitales y organizaciones sanitarias, con capacidad de gestión económica y de personal, sobre la base de un acuerdo de gestión;

- Con separación gobierno/dirección, creando consejos de gobierno en las organizaciones sanitarias, con funciones similares a los consejos de administración en las empresas;
- Articulando un sistema profesional de selección y evaluación de directivos; y, por último,
- **4.** *Introducir un "formato distribuido"*, en el que exista un equilibrio entre la dirección asistencial y la gerencia.

Parece fácil, pero considerando el punto de partida, no lo es.

²⁴⁵ The Future of Leadership and Management in the NHS. No more héroes The King's Fund, 2011

²⁴⁶ Management matters. How NHS managers are making a difference

La gestión débil, causa de muchos problemas en el Sistema Nacional de Salud

Si partimos de la base de que la gestión importa y de que tenemos una gestión débil en nuestras organizaciones sanitarias provisoras, es evidente que muchos de los problemas de nuestro sistema partirán de estos déficits de gestión.

Nos referimos a los problemas que hemos visto en el Capítulo IV: listas de espera, calidad desigual de resultados, profundo malestar profesional, etc. Ninguno de estos problemas tiene solución, si se mantiene una gestión débil en nuestras organizaciones sanitarias.

Un modelo asistencial no actualizado

Atributos de un buen modelo asistencial

El modelo asistencial debe ser tratado en cualquier planteamiento de reforma En muchos planteamientos de reforma se habla de financiación, de gobernanza, de recursos humanos, de sistemas de información, pero se habla poco del modelo asistencial, que es clave por ser la forma en que se dan los servicios al paciente que, en último término, es la razón de ser de los servicios de salud.

Incluso el Informe Abril (1991), seguramente la reflexión de mayor repercusión que se ha hecho sobre nuestro sistema sanitario, trata los temas de organización, gestión y financiación, pero pasa de puntillas sobre el modelo asistencial.

¿Qué es un modelo de atención? Tomamos la definición de la *Agencia de Innovación Clínica* ⁽²⁴⁷⁾. Según esta entidad *un modelo de atención, o modelo asistencial, define la forma en la que se prestan los servicios. Identifica las mejores prácticas y servicios para una persona o grupo de pacientes a medida que progresa por los diferentes estadios de una enfermedad. Pretende asegurar que las personas obtengan la atención adecuada, en el momento oportuno, por el equipo correcto y en el sitio indicado.*

Esta definición coincide con los principios establecidos por el *Institute of Medicine* en 2001 ⁽²⁴⁸⁾, cuando habla que los servicios deben ser seguros, efectivos, centrados en el paciente, rápidos y a tiempo, eficientes y equitativos.

Nos queda por aclarar el concepto de modelo "centrado en el paciente", algo invocado por todas las organizaciones sanitarias y utilizado muchas veces más como slogan que como algo con contenido real.

El *Instituto Picker*, una organización sin ánimo de lucro que celebró su 20 aniversario en 2020, se ha preocupado de definir los ocho atributos de lo que se entiende por "centrado en el paciente", tal y cómo figuran en la **Tabla 5**, del Capítulo III.

En los diseños de los nuevos modelos de atención ha tenido mucha influencia la necesidad de superar el modelo hospitalcentrista, considerado como algo del pasado, así como la necesidad de avanzar en la adaptación de los sistemas a los pacientes crónicos, hoy predominantes.

²⁴⁷ Understanding the process to develop a Model of Care Agency for Clinical Innovation, 2013.

²⁴⁸ Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century Institute of Medicine 2001

En este último esfuerzo ha tenido mucha influencia el modelo definido por Wagner ya en 1998, cuyo esquema se representa en la **Figura 60**.

Figura 60. Modelo de Wagner de Atención a Crónicos



Fuente: (249)

Dicho enfoque de Wagner fue adaptado por la OMS, al publicar en 2002 *Cuidado innovador para las condiciones crónicas* (250)

Igualmente, la famosa **pirámide de Kaiser** (**Figura 22** del Capítulo IV) ha tenido mucha influencia en la forma de abordar la problemática de la atención a los pacientes, incluidos los crónicos complejos.

En nuestro medio, tuvo mucho impacto el documento inicial de estrategia hacia pacientes crónicos del País Vasco ⁽²⁵¹⁾.

Por lo tanto, el modelo asistencial no es un tema menor sino, tal vez, el asunto central cuando se aborda la problemática de cualquier sistema sanitario.

Historia del modelo español

En España tenemos un sistema sanitario con dos niveles: un nivel de Atención Primaria y un nivel de atención especializada (que agrupa a los especialistas y los hospitales).

Este es el modelo consagrado por la Ley General de Sanidad y, posteriormente, por la Ley de Cohesión y Calidad.

Pero no siempre fue así. Antes del modelo establecido en la Ley General de Sanidad existían tres niveles (252).

Un **primer nivel,** que hoy llamaríamos "Atención Primaria", al cual el paciente podía acudir directamente, que comprendía Médico General, Pediatra/Puericultor, Obstetra y un ATS –enfermero- como núcleo básico. De acceso directo era también Odontología (solo extracciones) y la Oftalmología.

Un **segundo nivel**, el de la atención especializada. Estaba formado por especialistas, médicos y quirúrgicos, a los que los pacientes accedían a través del primer nivel (Médico General, Pediatra, Obstetra). Los especialistas quirúrgicos operaban a sus pacientes en clínicas privadas concertadas.

Ambos niveles generalmente compartían la utilización del mismo centro sanitario, el

Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Eff Clin Pract 1998, 1 (1):2-4

²⁴⁹ Wagner, EH

²⁵⁰ Innovative Care for Chronic Conditions WHO, 2002

²⁵¹ Estrategia para abordar el reto de la cronicidad en Euskadi Osakidetza. 2010

²⁵² Freire, JM

La Atención Primaria de la Salud y los Hospitales en el Sistema Nacional de Salud

Barcelona 2003, accesible en https://sid.usal.es/idors/F8/FD06750/10can9.ndf consultado 16 abril 2020

Ambulatorio, que estaba dotado de medios diagnósticos, como radiología, laboratorio y otros. El Ambulatorio como organización atendía a la población de un territorio, pudiendo existir, dependientes de él, Consultorios locales para las consultas de médicos generales y pediatras. Los médicos de aquel sistema tenían que atender a la consulta durante dos horas y media.

El **tercer nivel** es el de los hospitales, entonces llamados Residencias o Ciudades Sanitarias de la Seguridad Social.

A principios de los años 80 empezó la reforma de la Atención Primaria, que crea los Equipos de Atención Primaria y las Zonas Básicas de Salud. El cambio más importante es que los médicos trabajan a tiempo completo en jornadas de siete horas de presencia física en el Centro de Salud –ya no compartido con los especialistas- y cobran por sueldo fijo y un pequeño porcentaje de pago capitativo.

Si pasamos a los especialistas, hasta finales de los años 80, la atención especializada de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social estaba dividida en dos niveles bien diferentes entre sí: (1) los especialistas de ambulatorio; y, (2) a partir de los años 60, el Hospital.

Los dos ámbitos de atención especializada constituían dos mundos desconectados, con culturas organizativas y profesionales muy diferentes. En realidad, eran la superposición de dos fases diferenciadas de su desarrollo. En la primera, los especialistas de ambulatorio respondían a las necesidades de atención especializada de principios de

Problemas del modelo español

El modelo español es robusto. En cuanto a Atención Primaria ha sido reconocido como uno de los modelos de atención primaria más desarrollados de Europa (253), y en cuanto a atención especializada, los hospitales ofrecen un alto nivel de calidad y funcionan con un grado muy aceptable de eficiencia, especialmente teniendo en cuenta las restricciones con las que operan. Gracias a los hospitales públicos y al sistema MIR la altura técnica de la medicina española es comparable a la de los otros países de nuestro entorno.

los años cuarenta del pasado siglo. Los hospitales, por el contrario, representaban la medicina moderna.

La reforma de la Atención Primaria, a partir de 1984, fue también el comienzo de la reforma de la atención especializada de los ambulatorios. A través del proceso llamado de "jerarquización", se adscribieron los especialistas de ambulatorio a los servicios de su correspondiente especialidad en el hospital.

Con cierta anterioridad sobre la reforma de la atención primaria, se había iniciado también una reforma hospitalaria, el también llamado proceso de "jerarquización", básicamente la transformación de las antiguas residencias de la Seguridad Social en hospitales modernos.

El extraordinario deterioro de la situación de partida de la Atención Primaria en España en el modelo tradicional de la Seguridad Social hace que la Atención Primaria con el nuevo modelo haya significado una notable mejora de la atención sanitaria. También es positivo el balance de la reforma de la atención especializada ambulatoria y de los hospitales.

Esta es la historia que nos ha hecho pasar de un sistema en tres niveles a otro en dos niveles: Atención Primaria (en los centros de salud y consultorios locales) y Atención Especializada (en el área de internamiento de los hospitales y las consultas hospitalarias, y en los antiguos ambulatorios, convertidos en centros de especialidades, todos ellos adscritos organizativamente al hospital).

No obstante, desde el punto de vista exclusivamente asistencial, el modelo tiene algunos problemas, que muy sucintamente son:

- Cierto hospitalocentrismo
- Una fragmentación muy pronunciada entre atención primaria y especializada, lo cual es sufrido tanto por parte de los profesionales, como, sobre todo, de los pacientes, cuando tienen que moverse entre niveles.

²⁵³ Kringos, DS et al (editors)

Building primary care in a changing Europe

European Observatory on Health Systems and Policies 2015

- Dentro de los hospitales, no organización por procesos, sino por especialidades médicas, lo que, en pacientes crónicos complejos, es un obstáculo a la visión integral y a la continuidad asistencial.
- Una gran desconexión entre los servicios sanitarios y los servicios sociales y sociosanitarios, como si estuvieran en dos mundos distintos.
- Una alta frecuentación de las urgencias hospitalarias, ya que son utilizadas como una puerta de entrada alternativa al sistema para casos no necesariamente urgentes, lo que muchas veces lleva a la masificación.
- Insuficiente orientación a crónicos complejos y a pacientes vulnerables, ya que

- originalmente el sistema estaba pensado para la atención a agudos.
- En relación con los agudos, no se siguen en los hospitales las recomendaciones de la Guía NICE 50 (254) en cuánto al tratamiento de agudos hospitalizados, en el sentido de asegurar un continuum asistencial entre las urgencias, las unidades de hospitalización de agudos y las unidades de cuidados críticos.
- Escaso desarrollo de la atención domiciliaria
- Muy lenta transformación digital, y, en concreto, escaso desarrollo de la atención on line

Estos son, nos parecen, desde el punto de vista asistencial, algunos de los problemas de nuestro modelo.

¿Hace falta un modelo? La experiencia reciente del Reino Unido

El Reino Unido, con el National Health Service, tiene un modelo asistencial similar al español, basado también en dos niveles, atención primaria y hospitalaria.

Sin embargo, no plantea la reforma como un reforzamiento del modelo preexistente, sino con un impulso al nacimiento de nuevos modelos. Para ello, en octubre de 2014, publicó el documento Five Year Forward View (255) que trata de impulsar nuevos modelos asistenciales en el National Health Service. El punto de partida es que Inglaterra es demasiado diversa como para tener un modelo "que valga para todo". Por lo tanto, se propone poner en marcha un sistema muy controlado de nacimiento de nuevos modelos. Unos pocos. No pretende, como se dice en el documento parafraseando a Mao, el "florecimiento de mil flores". Quieren impulsar unos pocos modelos, siempre manteniendo la atención primaria como uno de los cimientos del sistema, aunque sin excluir algunos cambios en su organización.

En enero de 2015, el National Health Service invitó a sus organismos a presentar propuestas sobre nuevos modelos, para cuyo desarrollo existiría una financiación específica. También se diseñó un órgano nacional de apoyo e impulso a estas iniciativas, facilitando el diseño, la evaluación y métricas, la gobernanza, la tecnología, el rediseño de las funciones del personal, el liderazgo local y la comunicación.

Tras un proceso de selección, se aceptaron 5 tipos de modelos, llamados **vanguards**, que en conjunto representan 50 experiencias en otras tantas organizaciones ⁽²⁵⁶⁾.

Los cinco tipos de nuevos modelos son:

- Sistemas integrados de atención primaria y agudos, uniendo atención primaria, hospital, servicios comunitarios y mentales.
- Servicios comunitarios multiespecialidades, moviendo a especialistas fuera del hospital, hacia la comunidad.
- Atención domiciliaria reforzada, ofreciendo a las personas mayores atención sanitaria y rehabilitación a domicilio.
- Atención urgente y emergencias, nuevos enfoques para mejorar la coordinación de los servicios y reducir la presión sobre los departamentos de urgencias.
- Colaboraciones entre hospitales de agudos, uniendo hospitales para mejorar su viabilidad clínica y financiera.

²⁵⁴ Acutely ill adults in hospital: recognising and responding to deterioration National Institute for Health and Care Excellence, 2007

²⁵⁵ Five Year Forward View

National Health Service, October 2014

²⁵⁶ New Care Models: Vanguards- developing a blueprint for the future NHS and care services
NHS Sentamber 2016

La experiencia del Reino Unido es un ejemplo de cómo un modelo asistencial, por exitoso que haya sido, no puede ser nunca algo acabado e intocable, que impida cualquier innovación y exploración de mejoras, adaptadas a nuevas realidades.

Elementos a considerar para el impulso de nuevos modelos en España

La experiencia del Reino Unido, a partir del *Five Year Forward View,* parece demostrar que muchas veces la existencia de un modelo rígido es más un obstáculo para ciertos avances que una ventaja, así como puede llegar a ser un elemento de bloqueo para plantear determinadas innovaciones, adaptando el sistema a las distintas necesidades.

La constatación del documento *Five Year Forward View* de que es difícil que
una misma solución valga en todas las
situaciones es muy real, y, en ese sentido,
la evitación de la uniformidad es una
necesidad. La experimentación, acompañada
de evaluación, es un importante mecanismo
de aprendizaje y progreso.

Determinados impulsos hacia el cambio de modelo ya se observan, por ejemplo con las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) en el País Vasco ⁽²⁵⁷⁾, que tratan de difuminar la barrera entre primaria y especializada. Pero, en general, las comunidades autónomas se han mostrado muy poco innovadoras con el modelo asistencial.

Ahora bien, todo cambio conlleva riesgos. Lo lógico es minimizar esos riesgos creando un órgano de evaluación y soporte similar al que se describe en el documento citado *New Care Model*

Hay algunos elementos a considerar en estos nuevos modelos ⁽²⁵⁸⁾:

- Los crónicos complejos no solo tienen que ser seguidos siempre desde Atención Primaria, sino en relación con las necesidades de los pacientes y, muchas veces, en colaboración entre Atención Primaria y los especialistas.
- Las redes asistenciales se configurarán en torno a los procesos asistenciales y los servicios y unidades clínicas se reorganizarán en función de su contribución a esos procesos.
- El hospital se configurará como una plataforma ("hub") de alta intensidad tecnológica al servicio de las redes asistenciales.
- Énfasis en la atención domiciliaria, que será el entorno asistencial preferido en muchos casos. Ver, en este sentido, la experiencia "vanguard" en el Reino Unido de la "atención domiciliaria reforzada".
- Organización de los hospitales sobre los procesos asistenciales. Los hospitales, en muchos casos, deberían estar organizados no sobre la base de especialidades (que son centros de conocimiento, pero no necesariamente órganos de gestión asistencia), sino de procesos asistenciales. En este sentido, la experiencia del hospital Karolinska en Estocolmo es altamente significativa (259). Ver **Tabla 32**.

Tabla 32. Matriz de áreas "asistenciales" y clínicas

División Asistencial	Coordinación de la asistencia aguda	Medicina Perioperatoria	Laboratorio Clínico	lmagen
Centro de coordinación comunitaria				
Cáncer				
Cardiovascular				
Neurociencias				
Materno-infantil				
-				
-				

Fuente: El hospital del futuro, 2019

asistenciales, multiprofesionales y multinivel, un elemento clave de la renovación del modelo asistencial

²⁵⁷ País Vasco aprueba el decreto que consolida las organizaciones sanitarias integradas (OSI) Acta Sanitaria, 3 julio, 2018

²⁵⁸ Gómez Huelgas, R et al El Hospital del Futuro en 10 puntos Trabajo aceptado por la Revista Clínica Española, 2020

²⁵⁹ El hospital del futuro SEMI-IMAS, 2019, págs. 38-39

- Mayor conexión organizativa con los servicios sociales y comunitarios.
- Impulso a los servicios no presenciales (telemedicina, consultas virtuales, etc.), especialmente tras la experiencia de la crisis del coronavirus.
- Desarrollar la figura de las enfermeras gestoras de casos, para reforzar la

continuidad asistencial y tener siempre un punto de referencia ⁽²⁶⁰⁾.

Estas son solo algunas sugerencias de vías a explorar para adaptar el modelo a las distintas necesidades. De todos ellos hay ya algunos intentos y referentes, tanto a nivel nacional como internacional.

La rigidez del modelo está causando problemas a los pacientes

Algunos de los problemas que hemos identificado en el capítulo anterior (prolongadas listas de espera, inadaptación a las necesidades de los pacientes, discontinuidad asistencial, dificultades de movimiento entre los distintos niveles asistenciales y mucho más con los servicios

sociales y sociosanitarios, etc.) tienen su origen en la rigidez del modelo. Por eso la adaptación, de forma controlada, del modelo a innovaciones y adaptaciones a las distintas necesidades es un requerimiento imprescindible.

Falta de transparencia

¿Qué propósito tiene la transparencia en sanidad?

La transparencia en el sector sanitario puede tener varios objetivos:

- Evaluación de políticas públicas. Uno de los grandes déficits de nuestro país. La pregunta es: ¿podemos permitirnos el lujo de gastar nuestros recursos en políticas públicas que no funcionan? En los sistemas, instituciones y organizaciones sanitarias, la evaluación permite generar conocimiento que puede aplicarse para corregir el rumbo o rediseñar nuevas políticas e intervenciones y, antes incluso de apostar por grandes estrategias o cambios estructurales, recurrir a la prueba y error, planteando ensayos para aprender de sus efectos y limitaciones (261).
- Rendición de cuentas. La rendición de cuentas en cualquiera de sus formas (órganos de participación, memorias, informes, respuesta a preguntas, etc.) es un elemento básico de cualquier forma de gobernanza madura. Los ciudadanos y los profesionales exigen más que nunca conocer en qué y cómo se gastan los recursos públicos.

- **Gestión.** Es necesario evaluar para una toma de decisiones motivada, tanto a nivel de macrogestión, como meso y micro.
- Benchmarking. Es una práctica consolidada en el sector sanitario. Precisamente uno de los problemas de un sistema tan descentralizado es la gestión sin transparencia y comparabilidad de resultados entre diferentes autonomías, centros y experiencias de gestión, lo que nos impide aprender de aciertos y errores propios y ajenos.
- Toma de decisiones del ciudadano. Los pacientes son cada vez más conocedores y activos respecto de sus patologías y exigen conocer resultados para poder elegir y comparar entre diferentes centros y profesionales. ¿Tiene sentido hacer más análisis y dedicar más tiempo a la decisión de comprar un coche que a un problema de salud? Esto no es una apuesta por el consumismo en salud, ya que la prestación sanitaria siempre se dará en diálogo con el profesional sanitario.

²⁶⁰ Fraile Bravo, M Enfermeras gestoras de casos; ¿Esa gran desconocida? Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol, 2015, 42 (1): 1-3

²⁶¹ Sistema Nacional de Salud. Diagnóstico y propuestas de avance AFS 2016 (não 130)

No obstante, la transparencia también puede tener problemas. La rendición de cuentas es utilizada con frecuencia en la batalla política para descalificar al adversario. Esto hace que muchas veces los políticos se protejan con opacidad o con propaganda, dos distintas formas de evitar la transparencia. No hace mucho tiempo que las listas de espera eran el secreto mejor guardado por los consejeros de las comunidades, para evitar un flanco de posible ataque político. Por otra parte, por mucha transparencia que haya, no siempre nuestro sistema permite la libre elección. Esto también opera en contra de la difusión y elaboración de ciertas informaciones.

La transparencia puede ser también un arma de doble filo, ya que, aunque está demostrado que la difusión de los datos genera más calidad de la información y mejores resultados, por otra parte, puede minar la confianza en el sistema, poniendo mucho foco en medidas no relevantes y llevar a conclusiones y políticas erróneas.

Con todos los problemas, en una sociedad madura y compleja como la nuestra, no hay alternativa a la transparencia, que debe ser utilizada como una palanca de cambio, particularmente en los momentos actuales en los que se requieren reformas estructurales.

No es útil lo que no se utiliza

Para mejorar la transparencia, la información sobre resultados debe ser ampliamente utilizada, no vale con que simplemente esté disponible en un repositorio de difícil acceso y complicada lectura. Los resultados en salud son complejos, requiriendo resúmenes estadísticos y ajustes de riesgo para permitir comparaciones. No es, por lo tanto, sorprendente que el público sin especial formación estadística encuentre esta información confusa y le dé menos importancia en sus decisiones que factores como la proximidad y la familiaridad.

Los simples rankings de proveedores suelen ser más fáciles de leer, pero hay que ver muy bien lo que miden, lo que muchas veces es irrelevante a los efectos de una decisión informada por el paciente.

Por lo tanto, es crítico que los sistemas sanitarios no solo difundan información de calidad, sino que se aseguren de que esa información es ampliamente utilizada por la población. Solo de esta manera se obtendrán los resultados beneficiosos de la transparencia.

Un análisis comparativo de la transparencia de los sistemas sanitarios a nivel internacional

En 2017, KPMG elaboró un amplio informe⁽²⁶²⁾ en el que analiza la transparencia de 32 sistemas sanitarios, prácticamente todos los de la OCDE. Para ello, define y valora 27 indicadores clave, distribuidos en seis dimensiones: calidad; experiencia del paciente; finanzas; gobernanza; datos en salud personales; y, comunicación de la información en salud.

Los mejores resultados en cuanto a transparencia de sus sistemas los obtienen Dinamarca, Finlandia y Suiza.

España ocupa la posición 14 en ese análisis. No sale mal en transparencia en calidad, en gobernanza y en datos de salud personales. Pero, en cambio, los resultados son negativos en cuanto a transparencia en experiencia del paciente, finanzas y comunicación de la información en salud.

Por países, en general, los países anglosajones son los más transparentes y los que más información facilitan. En general, en esos países hay organismos o agencias nacionales que se ocupan de la información del conjunto del sistema.

En el Reino Unido, el **NHS England** dispone del Portal digital de indicadores (263) un impresionante repositorio que contiene información por CCG (grupos de atención primaria), hospitales, servicios sociales, calidad, información poblacional, etc. La presentación de la información permite ver cada uno de los indicadores a nivel del conjunto del NHS, por regiones o por institución (CCG, hospital, etc.). La información por CCG está clasificada en cinco dominios: 1) Prevención de muerte

²⁶² Through the looking glass

KPMG, 201

²⁶³ https://indicators.hscic.gov.uk/webview/, consultado 19 abril, 2020

prematura; 2) Mayor calidad de vida en pacientes crónicos; 3) Ayuda a las personas a recuperarse en procesos de enfermedad; 4) Asegurar una experiencia de atención positiva; y 5) Seguridad. Algo similar se encuentra en los NHS de Escocia, Gales e Irlanda del Norte.

Por su parte el **NICE** (National Institute for Health and Care Excellence) publica una serie de indicadores relevantes por las distintas condiciones clínicas (desde el asma al ictus). Corresponde al NHS decidir cuáles de esos indicadores incorpora a su sistema de seguimiento. El NICE publica también guías clínicas para los más importantes procesos clínicos. También tiene un apartado con "recomendaciones de no hacer"

En Estados Unidos, la **AHQR** (Agency for Healthcare Research and Quality) depende

de la Secretaría de Salud del Gobierno americano lleva a cabo muchos programas, entre otros la definición de indicadores de calidad y tiene un repositorio de información. También los sistemas públicos Medicare y Medicaid, han puesto en marcha sistemas de información dirigidos al público general, para una elección informada, como Hospital compare (264); Physician compare (265); y, Nursing home compare (266).

En cuanto a Suecia, El **Consejo Nacional de Salud y Bienestar** ⁽²⁶⁷⁾ es una agencia gubernamental dependiente del Ministerio de Salud. Su objetivo es asegurar la salud y los estándares de calidad en la asistencia de toda la población y difundir la información. Tiene una base de datos por distintas patologías, profesionales (tanto públicos como privados) y hospitales, lo que permite realizar análisis comparativos.

La situación en España

Las principales fuentes de información sanitaria en España son las comunidades autónomas; el Ministerio de Sanidad; el IDIS, en lo que se refiere a la sanidad privada; y, también tiene su relevancia el Atlas de variaciones de la práctica médica, publicado por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, así como los estudios RECAL.

Todas las comunidades autónomas hacen un esfuerzo en hacer públicos sus datos sanitarios. Sin embargo, hay mucha diferencia en cuanto a la riqueza de los datos y a su elaboración. En general, las comunidades más grandes y con más recursos publican una información más completa.

Es el caso de **Cataluña**, cuya *Central de Resultados* ⁽²⁶⁸⁾ hace públicos unos informes por las distintas áreas de la asistencia (atención primaria, hospitales, sociosanitaria, salud mental, etc.), así como desde la perspectiva territorial, incorporando diversos indicadores en relación con una serie de perspectivas (satisfacción, adecuación, efectividad, seguridad, eficiencia, etc.), que

permiten incluso comparar resultados por centros sanitarios. También es interesante el Observatorio de innovaciones en gestión y el Observatorio sobre los posibles efectos de la crisis, siendo la única comunidad autónoma que sigue este tema con publicaciones y datos.

En Andalucía están bien conceptualizados los resultados de calidad (269) en lo que se refiere a dimensiones (equidad, eficiencia, accesibilidad, efectividad, experiencia del paciente, seguridad, coordinación, capacidad del sistema, innovación), con sus indicadores correspondientes. Sin embargo, los resultados se dan a nivel de toda Andalucía o por provincias, lo que no permite comparar entre distintos centros. Es sobresaliente el énfasis puesto en Andalucía en los procesos asistenciales integrados (PAI), que incluye las mejores prácticas para las patologías más importantes, desde una perspectiva de coordinación asistencial y multiprofesional.

También es de interés el **Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud⁽²⁷⁰⁾**, con sus tres apartados de resultados en salud, en la atención primaria

²⁶⁴ Hospital compare: https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/ HospitalQualityInits/HospitalCompare, consultado 19 abril, 2020

²⁶⁵ Physician compare: https://www.medicare.gov/physiciancompare/, consultado 19 abril, 2020

²⁶⁶ Nursing home compare: https://www.medicare.gov/nursinghomecompare/search.html?, consultado 19 abril, 2020

²⁶⁷ http://www.socialstyrelsen.se/english, consultado 19 abril, 2020

²⁶⁸http://observatorisalut.gencat.cat/es/central_de_resultats/, consultado 19 abril, 2020

²⁶⁹ https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/sistemas-de-informacion, consultado 19 abril, 2020

²⁷⁰ http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354183538063&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_servicio Principal&vest=1354183538063, consultado 19 abril, 2020

y en la atención hospitalaria. Los indicadores están desagregados por centros de salud y por hospitales, lo que permite un análisis comparativo.

El **País Vasco** ⁽²⁷¹⁾ hace un esfuerzo notable relacionado con la publicación de la información sanitaria, particularmente en lo que se refiere a planes: Plan de Salud, plan de cuidados paliativos, estrategia sociosanitaria, estrategia de innovación, etc.

El resto de las comunidades autónomas hacen también esfuerzos informativos en mayor o menor medida y de acuerdo con sus posibilidades.

Sin embargo, lo que no permite con facilidad esta información es comparar entre comunidades, ya que cada una de ellas hace pública la información cómo lo estima oportuno, utilizando distintos indicadores y sin un criterio de ordenación que posibilite el análisis comparativo.

El Ministerio de Sanidad publica el *portal estadístico del Sistema Nacional de Salud*²⁷²⁾ con gran cantidad de información muy variada, CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) ambulatorio y hospitalario, contabilidad analítica, sistema de información de lista de espera, salud pública, barómetro sanitario, financiación y flujos financieros, indicadores avanzados de atención hospitalaria, etc.

En general, la información se presenta a nivel nacional, sin desglosar por comunidades autónomas y, menos aún, por centros. Sólo alguna información, sobre todo la que se refiere a recursos y actividad, se presenta por comunidades autónomas. Carece (excepto grandes cifras de gasto privado y aspectos muy agregados) de información sobre el sector privado.

Lo que no se observa es un esfuerzo y una voluntad en que a partir de unas dimensiones preestablecidas (eficiencia, seguridad, experiencia del paciente, etc.) se identifiquen unos indicadores, que permitan comparar los resultados en las distintas comunidades autónomas, por territorios y en los distintos centros.

Por lo tanto, la información que publica el Ministerio de Sanidad es de relativo interés, a la hora de poder analizar el comportamiento en cuanto a resultados de las distintas políticas en las diferentes comunidades autónomas o analizar comportamientos por centros.

La Fundación IDIS ⁽²⁷³⁾ ha llevado a cabo una iniciativa novedosa y muy meritoria: la publicación de unos datos de calidad de los centros hospitalarios privados. En este sentido, anualmente hace público el informe RESA, en el que se identifican algunos indicadores de eficiencia, accesibilidad, resolución asistencial y calidad. No todos los centros participan y los indicadores son básicos, alejados de la riqueza de información facilitada por las comunidades autónomas en relación con sus centros públicos.

No obstante, esta iniciativa no permite comparar los centros privados con los públicos, ni siquiera los privados entre sí, ya que los resultados se dan a nivel global de los hospitales participantes.

El Atlas sobre las Variaciones de la Práctica Médica (VPM) en el Sistema Nacional de Salud ⁽²⁷⁴⁾ es una iniciativa conjunta del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud y el FISABIO-CSISP de la Comunidad Valenciana, y en el que participan todas las comunidades autónomas.

Esta iniciativa publica informes sobre variaciones de la práctica médica en cirugía ortopédica, en cirugía general, en pediatría, en enfermedades cardiovasculares, en problemas de salud mental, en cirugía oncológica, con personas mayores, en hospitalizaciones potencialmente evitables, en ictus isquémico y en utilización de procedimientos de dudoso valor. La información se presenta por comunidades autónomas y otros ámbitos territoriales más pequeños.

Es importante resaltar también el esfuerzo de algunas sociedades científicas (especialmente las sociedades de Cardiología y Medicina Interna, **RECALCAR**, **RECALMIN**) que, con la colaboración de la Fundación IMAS, proporcionan la información más completa sobre recursos, actividad y resultados de las respectivas especialidades.

Somos conscientes de que las comunidades autónomas, el Ministerio de Sanidad, el IDIS, el

²⁷¹ http://www.euskadi.eus/informacion/estadistica-oficial-sanitaria/web01-s2osa/es/, consultado 19 abril, 2020

²⁷² https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm consultado 19 abril, 2020

²⁷³ https://www.fundacionidis.com, consultado 19 abril, 2020

²⁷⁴ http://www.atlasvpm.org, consultado 19 abril, 2020

Atlas de variaciones de la práctica médica y los estudios RECAL, no son las únicas instituciones en España, públicas o privadas, que ofrecen información sanitaria. Hay Fundaciones, sociedades científicas, el ICEA (Servicio de

estadísticas y estudios del sector seguro en Españal, instituciones académicas, patronales, incluso consultoras que aportan también una información relevante. Pero, sin duda, nos hemos referido a las más importantes.

Un diagnóstico de la situación en España

Los problemas del sistema de información quedaron especialmente evidentes durante la reciente crisis del coronavirus, dónde la gestión se complicó debido a la carencia de información fiable. La falta de modelos de datos comunes y de interoperabilidad y de estándares es un problema. Ahora mismo es imposible recoger datos clínicos de nuestro

sistema de salud de forma ordenada, eficaz y rápida. Si a eso le sumamos que no hay conexión con los datos del sector privado, podemos concluir, sin demasiado riesgo de error, de que no existe un sistema completo de información en el sector sanitario. Si no existe ese sistema, con más razones habrá carencias en la transparencia.

No hay un sistema de información para el conjunto del Sistema, que permita comparar resultados a nivel nacional

Una propuesta

A la hora de redactar una propuesta hay que tener en cuenta lo que ha sido la experiencia reciente en España:

- A medida que se fueron produciendo las transferencias sanitarias se iba perdiendo información del conjunto del Sistema, las trasferencias operaron en un principio reforzando la opacidad del Sistema, aunque este proceso relacionado con la información se ha ido corrigiendo favorablemente.
- En un sistema políticamente descentralizado, la transparencia de la información agregada y desagregada en el sistema es la única forma de obtener la virtualidad de la emulación y el análisis comparativo. Si no es así, nos estaremos perdiendo una de las grandes ventajas de nuestro sistema que precisamente permite comparar el resultado de las políticas y medidas de gestión diferenciadas.
- El Ministerio de Sanidad de forma directa, al ser considerado sobre todo como un órgano político, puede no ser el instrumento más adecuado para difundir la información del conjunto del Sistema. Una información que pudiera ser considerada negativa por una comunidad autónoma podría ser interpretada como una crítica a sus políticas sanitarias desde

el Ministerio, por lo que este se abstendría probablemente de difundirla

Esta experiencia y la relacionada con las Agencias públicas pero independientes en otros países, es lo que nos anima a hacer una propuesta.

Esta sería la constitución de una Agencia de Información Sanitaria, Evaluación y Calidad, pero dotada de independencia de gestión, basada en la evidencia científica, en la que participaran el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas, y, otros organismos (sociedades científicas, centros académicos, etc.), así como instituciones privadas. La misión de esta Agencia sería la de publicar un conjunto de indicadores agrupados por perspectivas del sistema sanitario en sentido amplio (público, privado, concesiones), con sus correspondientes estándares. La información debería tener un grado de desagregación que permitiera analizar y comparar territorios, hospitales, centros de atención primaria, salud mental, etc.

La labor es ardua y el éxito seguramente no inmediato, pero en algún momento habrá que abordar esta iniciativa. Se considera que el sistema está ya suficientemente maduro para que esta propuesta se pueda articular a corto plazo.

La falta de transparencia está en el origen de muchos problemas

Ninguno de los problemas para los ciudadanos, pacientes y profesionales analizados en el apartado anterior tienen solución si no es sobre la base de una transparencia entre todos los agentes del sistema. La transparencia es una condición indispensable para la confianza y sin confianza no se pueden abordar los problemas.

Capítulo 6

Las enseñanzas de la conmoción del coronavirus

Las enseñanzas de la conmoción del coronavirus

Objetivos de este análisis

El intento de este grupo de trabajo de analizar los problemas del sector sanitario y proponer soluciones es anterior a la crisis del coronavirus. Esto quiere decir que ya habíamos detectado problemas y muchos de ellos no tienen nada que ver con esta crisis. Estaban antes de la crisis y ahí permanecen.

No obstante, la crisis del coronavirus ha representado una tal conmoción del sistema en algunos elementos con impacto de futuro, que bien merece que analicemos sus efectos sobre el sistema sanitario. Muchos problemas previos a la crisis no se han modificado; otros, en cambio, aunque no han cambiado sustancialmente, la crisis nos ha permitido verlos con nuevos ojos y, quizá, nuevas perspectivas de solución; por último, este episodio nos ha puesto de manifiesto ciertos problemas y también ciertas fortalezas del sistema de los que no éramos muy conscientes antes de la infeliz llegada del coronavirus.

Así pues, el objetivo de este análisis es enmarcar las consecuencias de la crisis sobre el sistema sanitario español y el tipo de problemas que estamos analizando y soluciones que intentamos proponer.

Lo que no es objetivo de este breve análisis es realizar una descripción detallada de los hechos, ni siquiera en España; tampoco realizar un análisis político; contextualizar la crisis en el marco internacional y, mucho menos, analizar las consecuencias económicas y sociales y las medidas que, en este sentido, se están adoptando.

Hay que tener en cuenta, además, que, en el momento de redactar estas notas (2ª quincena de septiembre de 2020), la crisis no se ha acabado: estamos todavía en lo que algunos llaman "segunda ola", con numerosos brotes e incluso áreas de transmisión comunitaria; y, por último, a nivel internacional, la pandemia continúa y, posiblemente, lo peor esté por llegar.

Cronología de los hechos a nivel internacional

La enfermedad por coronavirus 2019 (bautizada por la OMS como COVID 19) es una enfermedad infecciosa causada por el virus cuyo nombre técnico es **SARS-CoV-2**. La enfermedad se identificó por primera vez en diciembre de 2019 en Wuhan, la capital de la provincial china de Hubei, y desde allí se extendió globalmente para dar lugar a la pandemia por coronavirus.

Los síntomas comunes de la enfermedad incluyen fiebre, tos y dificultades para respirar. Otros síntomas pueden ser fatiga, dolor muscular, diarrea, dolor de garganta, pérdida de olfato y dolor abdominal. El tiempo desde la exposición y contagio al comienzo de los síntomas es entre dos y catorce días. Mientras en la mayoría de los casos la enfermedad da lugar a síntomas moderados, algunos casos progresan a neumonía viral y fallo multiorgánico.

En cuanto a la transmisión, el virus se difunde por contacto estrecho entre personas, se cree que por las pequeñas gotas producidas por la tos, el estornudo o simplemente al hablar. Las personas se pueden contagiar también al tocar una superficie contaminada con las manos si después se llevan a los ojos, nariz o boca. Se cree que el virus puede sobrevivir en las superficies hasta 72 horas.

El método estándar de diagnóstico de la infección es por la reacción *PCR* (Polymerase chain reaction, reacción en cadena de la polimerasa) a partir de exudados nasofaríngeos.

Las medidas recomendadas para prevenir la infección son el frecuente lavado de manos, el mantenimiento de distancia física de los otros (sobre todo de aquellos con síntomas) y utilizando un pañuelo desechable para los accesos de tos y estornudo. Se recomienda la utilización de mascarillas.

En el momento actual no hay un tratamiento específico. Solamente hay medidas sintomáticas, de soporte, así como algunos tratamientos experimentales. Tampoco se ha desarrollado por ahora una vacuna, aunque hay muchos intentos en marcha.

La Organización Mundial de la Salud declaró el 30 de enero de 2020 a la COVID 19 una **Emergencia de Salud Pública de preocupación** **internacional.** Posteriormente, el 11 de marzo, etiquetó el brote como **pandemia,** reconociendo su expansión global.

Cronología de los hechos en España

El primer caso confirmado en España fue el 31 de enero de 2020, cuando un turista alemán dio positivo en La Gomera (Canarias). El 24 de febrero se confirmaron varios casos a partir de un grupo de turistas italianos, que estaban de vacaciones en Tenerife.

El 13 de marzo de 2020 la enfermedad ya afectaba a todas las provincias. Sin embargo, el análisis genético sugiere que el virus ya circulaba por España a mediados de febrero y que entró por varias vías, no existiendo un paciente cero (275, 276).

Ante esta situación, *el 14 de marzo de 2020* se decretó un confinamiento de la población en sus domicilios con un estado de alarma. En este período solo se permitía abandonar el domicilio para ir al trabajo, excepto que se pudiera realizar teletrabajo, así como para ir a comprar alimentos, a la farmacia o al banco. Fuera de eso, todas las tiendas, restaurantes, hoteles, bares, cafeterías, teatros, cines, museos y espectáculos deportivos

permanecían cerrados. El 29 de marzo, ante la mala evolución de la pandemia en España, el confinamiento fue acompañado por el cierre de las actividades no esenciales, básicamente la industria y la construcción, durante 14 días. Este cierre se mantuvo hasta el 13 de abril, en el que recuperaron la actividad los servicios no esenciales, aunque permaneciendo el resto del confinamiento bajo el estado de alarma.

En vista de la evolución de la pandemia, con

una bajada significativa del número de nuevos casos, *se decide proceder a una "desescalada" del confinamiento, a partir del 2 de mayo.*Esta desescalada se plantea como gradual y por provincias, variando el ritmo de aplicación, en relación con la afectación, pudiéndose recuperar las formas previas más estrictas de confinamiento, si la evolución no es favorable o se detecta un rebrote. *El final de la "desescalada", la vuelta a la llamada "nueva normalidad", tiene lugar, una vez superadas las distintas fases del estado de alarma, a partir del 21 de junio ⁽²⁷⁷⁾.*

Impacto de la crisis en España

El impacto de la crisis del coronavirus en España está siendo extraordinario, tanto desde el punto de vista sanitario, como económico y social.

Impacto sanitario

Según cifras oficiales de 16 de septiembre de 2020 ⁽²⁷⁸⁾, la enfermedad había afectado en España de la siguiente forma:

- 614.360 casos confirmados por PCR
- 141.603 casos hospitalizados
- 12.904 ingresos en UCI
- 30.243 fallecidos, solo con PCR positivo

Todas las comunidades están afectadas, pero la enfermedad atacó con más

intensidad en Madrid (178.118 casos); Cataluña (126.234 casos); Castilla y León (37.123 casos), Castilla-La Mancha (33.236 casos); y, País Vasco (38.324 casos).

Es especialmente llamativo en España el número de muertos por millón de habitantes ⁽²⁷⁹⁾ (647), de los más altos del mundo, solo superado por Perú (939) y por Bélgica (856); y por delante de Estados Unidos (608), Brasil (630), Reino Unido (613) e Italia (590).

²⁷⁵ El análisis genético sugiere que el coronavirus ya circulaba por España a mediados de febrero, El País, 23 abril, 2020

²⁷⁶ Un estudio de los primeros genomas del coronavirus indica que entra en España en febrero por varías vías y no existiría un paciente coro adjusto os 23 abril 2020.

²⁷⁷ Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el coronavirus

²⁷⁸ Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, Actualización nº 208, Enfermedad por el coronavirus (COVID-19), 16/9/2020

²⁷⁹Worldometer, consultado 17 de septiembre, 2020

Aunque no hay cifras oficiales, es igualmente llamativo el número de profesionales afectados por la enfermedad (en torno a 58.000) ⁽²⁸⁰⁾. *Un porcentaje elevado de todos los afectados corresponden a personal sanitario,* lo que traduce sin duda la carencia de elementos de protección personal durante gran parte de la crisis. De entre ellos, muchos han fallecido, pertenecientes a todas las categorías profesionales (médicos, enfermeras, farmacéuticos, etc.).

Tanto las cifras de casos totales como de fallecidos están infravaloradas. La de

casos totales, porque solo se incluyen en el cómputo casos con PCR positivo, cuando a muchos casos no se les hizo PCR, sobre todo en las primeras semanas en las que esta técnica escaseaba. En cuanto a los fallecidos, muchos murieron en su casa o en residencias de mayores a los que tampoco se les hizo PCR y, por lo tanto, no fueron incluidos en el cómputo oficial. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística ⁽²⁸¹⁾, desde marzo 2020 han fallecido 53.500 personas más que en la media de los cuatro años anteriores, lo que supuso un exceso del 27% sobre lo normal.

Impacto económico

El impacto económico es también formidable. Según el Programa de Estabilidad ⁽²⁸²⁾ presentado por el Gobierno con fecha 1 de mayo de 2020 a la Unión Europea, las previsiones son una bajada del PIB en 2020 del -9,2% en términos reales, con

una recuperación del 6,8% en 2021. Todo ello acompañado de un déficit de -10,3% en 2020 y una deuda pública del 115,5% del PIB. Las previsiones del Banco de España de 16 de septiembre de 2020 ⁽²⁸³⁾ son de una bajada del PIB en 2020 entre el -10,5% y -12,6%.

Impacto social

Las previsiones económicas van acompañadas de no menos sombrías previsiones sociales. Según las citadas proyecciones del Banco de España de septiembre 2020, el paro se situará en 2021 entre el 19,4% y el 22,1%, partiendo del 14,1% en 2019.

Una gran conmoción mundial

El impacto tanto sanitario, como económico y social en todo el mundo está fuera de toda duda. Algunos comparan este impacto al de la Il Guerra Mundial.

Desde el punto de vista sanitario, a fecha del 17 de septiembre de 2020, la enfermedad ha afectado a más de 30 millones de personas, en prácticamente todos los países y territorios, y producido casi un millón de muertes. Más de 21 millones de personas se han recuperado de la enfermedad ⁽²⁸⁴⁾.

En cuanto a la economía, las previsiones del Fondo Monetario Internacional de junio de 2020 es que la economía a nivel global se contraerá un 4,9% en 2020 ⁽²⁸⁵⁾. En lo que se refiere al paro, según estimaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el coronavirus podrá llegar a destruir 340 millones de puestos de trabajo a tiempo completo en el segundo trimestre de 2020 ⁽²⁸⁶⁾.

²⁸⁰ rtve, 3 agosto, 2020, https://www.rtve.es/noticias/20200903/profesionales-sanitarios-contagiados-covid-19-superan-50000/2014047.shtml, consultado 17 septiembre, 2020

²⁸¹ INE, Estimación del número de defunciones semanales durante el brote de COVID-19, https://www.ine.es/experimental/

²⁸² Actualización del Programa de Estabilidad 2020, Reino de España

²⁸³ Banco de España, Proyecciones Macroeconómicas de España 2020-2022, 16 de septiembre 2020

²⁸⁴ Worldometer, consultado 17 de septiembre, 2020

²⁸⁵ IMF: World Economic Outlook Update, June 2020

https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2020/06/24/WEOUpdateJune2020, consultado 17 septiembre, 2020

²⁸⁶ International Labour Organization, ILO Monitor, COVID-19 and the world of work, Fifth edition, 30 June 2020, http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_749399.pdf, consultado 17 septiembre 2020

Algunos personajes, como Bill Gates, habían dado voces de alarmas en cuanto a nuevas epidemias

Una falta de previsión a nivel mundial

Tras la pandemia de la gripe en 2009 y posteriormente del ébola (2014-2016), desde los organismos internacionales se dieron voces de alarma y personajes tan conocidos como **Bill Gates** en 2015 ⁽²⁸⁷⁾ ya anunciaron que serían los virus y no la guerra los que traerían en el futuro el caos en el mundo. Muchos expertos, entre ellos los **The Global Preparedness Monitoring Board (GPMB),** formado por expertos, la OMS

y el Banco Mundial, en septiembre de 2019 publicaban un informe (288) anunciando la poca preparación que teníamos a nivel global para prevenir las futuras pandemias. Estas crisis, decían, podrían ocasionar millones de muertos con una gran repercusión sobre la economía global y ya planteaban siete medidas para preparar el mundo ante una posible emergencia sanitaria.

Valoración general de la reacción en España

La crisis del coronavirus afectó a todos los estamentos de la sociedad española. Pero antes de entrar en el comportamiento y la reacción de los distintos agentes, lo que haremos en el siguiente apartado, debemos hacer una valoración general de la reacción de España como país ante la crisis del coronavirus. Esta valoración es, por supuesto, provisional, ya que todavía estamos, tanto a nivel nacional como internacional, en plena crisis, y, por lo tanto, no es momento de evaluaciones definitivas. Tampoco pretende ser una valoración política.

Una vez sentadas esas cautelas, creemos que los principales rasgos de la reacción de España frente a la crisis fueron:

- Seguramente las autoridades españolas, y tal vez el conjunto de la sociedad, confiaron demasiado en las muy predicadas fortalezas del sistema sanitario español.
- Sin perjuicio de que la crisis no fue del sistema sanitario, sino una crisis de Salud Pública con repercusiones en el sistema sanitario y que, con las dimensiones que adquirió, ningún sistema sanitario podía estar preparado para una avalancha de esas características, lo cierto es que la propia OCDE (289) durante la crisis puso de manifiesto algunas debilidades del sistema español: en número de camas hospitalarias de agudos y de camas de

UCI por 1.000 habitantes y en número de enfermeras también por 1.000 habitantes.

- Hubo ausencia de un Plan, en contra de las sucesivas recomendaciones de la Estrategia de Seguridad Nacional (2003, 2011 y 2017), que ya habían identificado el riesgo de las pandemias como una grave amenaza a la seguridad nacional. Es evidente que la anticipación y el tener un Plan es clave.
- Aunque es un tema muy controvertido, ya que no hay acuerdo respecto a las posibilidades de previsión, seguramente hubo una reacción tardía. Los hospitales v consultorios médicos de Madrid venían detectando casos de una neumonía atípica a lo largo de todo el mes de febrero y de forma muy llamativa en la segunda quincena. Aunque es difícil hacer en este punto afirmaciones rotundas, tal vez se podía haber puesto en relación con lo que estaba pasando en China, en Italia y con algunos avisos de la OMS (290). Aunque obviamente es a posteriori, el trabajo de FEDEA (291) pone de manifiesto que una toma de medidas como las del confinamiento o similares una semana antes nos hubiera ahorrado el 60% de los casos y, tal vez, evitado el colapso del sistema sanitario, que se produjo en algunas zonas del país, muy particularmente en Madrid.

²⁸⁷ The next outbreak? We're not ready Bill Gates, TED2015, March 2015

²⁸⁸ A World At Risk. Annual report on global preparedness for health emergencies Global Preparedness Monitoring Board, September 2019

²⁸⁹ Beyond containement: Health systems responses to COVID-19 in the OECD OFCD. 20 March 2020

²⁹⁰ Rafael Matesanz: "Antes del 8-M había indicios sobrados para tomar en serio el peligro" El Mundo, 30 abril, 2020

²⁹¹ Orea, L, Álvarez, IC.
How effective has the Spanish lockdown been to battle COVID-19? A spatial analysis of the coronavirus propagation accross provinces
FEDEA, April 13, 2020

- Los problemas con las compras de material, tanto equipos de protección individual como test, influyeron muy negativamente en la marcha del proceso.
- Son particularidades de España el alto número de muertos por millón de habitantes, de los más altos del mundo, y el alto porcentaje de profesionales afectados, cuyo porcentaje sobrepasa al de cualquier otro país.
- En España, posiblemente por la escasez al principio de test, y contrariamente a lo que ocurrió en otros países, no hubo

- un planteamiento general de detección de portadores ni hubo un rastreo de los infectados para conocer sus contactos.
- No hubo una identificación específica ni enfoques especiales para los grupos de riesgo, especialmente profesionales sanitarios y personas mayores de las residencias.

Nos ha parecido hacer esta valoración general al principio, para tener una perspectiva más amplia a la hora de valorar la actuación de los distintos agentes.

El comportamiento de los distintos agentes en España

En general, hay que decir que todas las instancias oficiales – centrales, autonómicas y locales – se entregaron con absoluta dedicación y generosidad en esta crisis. También los profesionales, con acciones próximas a la heroicidad y que demostraron gran empatía y entrega con los pacientes. Los propios pacientes dieron muestras de una gran entereza y comprensión ante una situación que desbordaba a todos. Las organizaciones no gubernamentales; las

asociaciones de pacientes; las empresas sanitarias y no sanitarias; la población en general; las fuerzas de seguridad; las Fuerzas Armadas; las organizaciones profesionales; los sindicatos.... Todos arrimaron el hombro en el intento de solucionar esta grave crisis, seguramente, después de la Guerra Civil, la más seria en la reciente historia de España.

Hecha esta necesaria aclaración, vamos, no obstante, por partes.

Ministerio de Sanidad

El Ministerio de Sanidad llevaba lustros de casi irrelevancia. Entre la idea de que teníamos el mejor sistema sanitario del mundo y que todo estaba transferido, la consecuencia fue la inhibición ante los problemas y la ausencia de grandes proyectos de reforma. Tampoco ayudó el continuo cambio y rotación de los titulares del Ministerio.

Lo cierto es que la crisis cogió al Ministerio con falta de liderazgo ante el conjunto del Sistema Nacional de Salud y con una capacidad de gestión muy debilitada. En estas circunstancias se le adjudica al Ministerio el *mando único* de la crisis, en base al estado de alarma.

El Ministerio ha tenido graves problemas para ejercer esa función y no siempre ha salido airoso:

- Se han puesto de manifiesto los problemas de gobernanza del Sistema Nacional de Salud, algo que no surgió con la crisis, pero que la crisis puso más en evidencia.
- No se articuló bien el diálogo y la participación con los distintos protagonistas del sector. La ausencia

- de consultas e interlocución ni con las asociaciones de pacientes ni con FACME- la organización que agrupa a las sociedades científicas en sanidad- y con otros destacados protagonistas profesionales en toda la crisis es solo un ejemplo.
- Su *débil capacidad de gestión* se puso de manifiesto con las compras, que, en principio, pretendió abordar en su totalidad, lo que desembocó en continuos retrasos y compras defectuosas, con grave repercusión en la gestión de la crisis y en los medios con los que contaban los profesionales.
- La crisis también evidenció otros de los grandes problemas de nuestro Sistema Nacional de Salud, la *ausencia de un sistema de información,* con unos estándares comunes y un avance hacia el modelo FHIR, como están haciendo tantos países e incluso algunas comunidades autónomas. Los problemas para facilitar información, incluso la muy simple, como el número de ingresos en UCI o el número de fallecidos, están en la base de ese problema, que, de nuevo, no trajo la crisis, pero esta puso más de relieve.

 Por último, una política de comunicación no siempre acertada, particularmente al principio, cuando no se calibraron bien las dimensiones y la gravedad del problema. Dado el relevante papel del Ministerio de Sanidad, en un contexto de estado de alarma, estos hechos repercutieron en toda la gestión de la crisis.

Comunidades Autónomas

Las comunidades autónomas son las auténticas gestoras del sistema sanitario en cada uno de sus territorios. Tienen, además, transferida la Salud Pública. Desde este punto de vista tuvieron fallos en la red de vigilancia epidemiológica y en los planes de contingencia frente a este tipo de epidemias o los planes de adecuación del sistema a estas situaciones.

Los problemas del Ministerio de Sanidad con las compras las llevó en muchos casos a tener que comprar materiales (equipos de protección, test, respiradores, ...) en un mercado internacional muy difícil, debido a la extraordinaria demanda, encontrándose con las mismas dificultades que el Ministerio.

Ayuntamientos

Su papel ha sido importante, fundamentalmente a través de las fuerzas locales de seguridad, que tanto apoyaron y ayudaron durante el estado de alarma.

En algunos casos colaboraron activamente en la apertura de pabellones de apoyo,

incluso aunque en algunos casos se demostraron no necesarios.

Es de suponer que, entrados ya en la fase de segunda ola, su papel sea más y más relevante, a través de una comunicación responsable a la ciudadanía.

Salud Pública

Lo primero a dilucidar es si una crisis como la del coronavirus es una crisis del sistema sanitario, una crisis de Salud Pública o una crisis de Seguridad Nacional. Lo de la Seguridad Nacional viene a cuento porque en las tres Estrategias Nacionales de Seguridad aprobadas (2011, 2013 y 2017) en las tres se identifican las epidemias y pandemias como una amenaza a la Seguridad Nacional.

Nos parece que la duda está entre la Salud Pública y la Seguridad Nacional. Hay países que sitúan ese riesgo más en la Salud Pública, otros más en el ámbito de la Seguridad (292). Lo que no parece que sea es una crisis del sistema sanitario. Por cierto, que el sistema sanitario reaccionó con extraordinaria agilidad y, aunque en algunas zonas de España, como Madrid, llegó al colapso, lo cierto es que fue capaz de duplicar las camas de UCI en solo diez días, una proeza no menor.

A la Salud Pública hay que pedirle detección del riesgo y tener un plan perfectamente engrasado. No parece que ninguna de las dos cosas haya funcionado correctamente.

Seguramente nunca la Salud Pública recibió la atención que requería. El gasto en Salud Pública es muy bajo. Según los últimos datos publicados el total del gasto en Salud Pública entre todas las comunidades autónomas es de 798 millones de euros, lo mismo de los que se destina a Radiotelevisión Española. El gasto en Salud Pública es de 16,99 euros per cápita. Las comunidades que más dedicaron per cápita a Salud Pública en 2018 fueron Navarra (30,94€), Extremadura (34,97 €), Castilla y León (39,22 €) y Baleares (28,96 €). Las que menos Cataluña (9,53 €), País Vasco (10,34 €), Asturias (10,05 €), Madrid (11,44 €) y Andalucía (3,44 €). En 2018 España destinó a Salud Pública el 1,12% sobre el total de gasto sanitario (293).

El impacto que ha tenido la crisis del coronavirus en España y, especialmente su efecto sobre los fallecimientos se debe a fallos en materia de Salud Pública, no del sistema sanitario. Aunque se dice que los recortes que tuvieron lugar en el sistema sanitario entre 2010 y 2013 están en el origen del problema, esto es discutible. Los recortes ciertamente no ayudaron, pero no

La Salud Pública, el hermano pobre de la sanidad al que no se prestaba atención

292 _{Arteaga,} F

La gestión de pandemias como el COVID-19 en España: ¿enfoque de salud o de seguridad: Real Instituto Ficano, ARI 67/2020, 16 abril 2020

293 López Alemany, JM ¿Aprenderemos? Es necesario invertir mucho más en Salud Pública Diariofarma, 15 abril, 2020 hay sistema sanitario capaz de responder a una avalancha de pacientes como la que generó el coronavirus. Son las medidas de detección y los planes rápidos de Salud Pública los que debieron haber evitado este problema.

La Salud Pública en España está descentralizada y es competencia de las comunidades autónomas. De hecho, como apenas tenía recursos, fue la primera transferencia sanitaria en realizarse, antes de las competencias del antiguo INSALUD. La Ley de Salud Pública de 2011 trató de crear un centro de conocimiento y coordinación de la Salud Pública a nivel nacional, el *Centro Estatal de Salud Pública*, pero dicho centro nunca llegó a constituirse, como muchas otras previsiones de esta Ley.

Desde las Administraciones Sanitarias nunca se prestó la atención debida a la Salud Pública. Por ejemplo, el Gobierno de la Comunidad de Madrid en 2008 hizo desaparecer, por razones presupuestarias, el Instituto de Salud Pública y ni siquiera preservó la Dirección General de Salud Pública, disgregando sus funciones por distintos departamentos de la Consejería de Sanidad durante años.

A nivel internacional se publica el **Global Health Security Index** (294), que viene a ser un ranking de la preparación de los países en cuanto a amenazas de salud. En dicho índice se evalúan seis elementos: detección, respuesta, sanidad, riesgos, normas y prevención. De 195 países analizados, España ocupa el lugar 15. Viendo quienes ocupan los primeros puestos (Estados Unidos y Reino Unido) y su comportamiento ante la COVID, esto nos inclina a pensar que, aparte del cumplimiento de estos requisitos de preparación, debe haber otros elementos que influyen en la conducción de las crisis.

Sistema sanitario público

La labor del sistema sanitario público fue extraordinaria.

En Atención Primaria hubo una auténtica reconversión para atender a los pacientes COVID. El resto de los pacientes se atendieron fundamentalmente por teléfono. Los profesionales tuvieron que afrontar esta avalancha- sobre todo en la primera fase de la pandemia- sin los adecuados medios de protección. El sistema de Atención Primaria no tenía medios de diagnósticos como las técnicas PCR. Ahí falló un elemento básico. Se hacían diagnósticos clínicos y se les aislaba en domicilio, no había confirmación diagnóstica con pruebas especiales. Un papel clave que debería haber jugado la Atención Primaria no pudo hacerlo por falta de medios y de un plan. Incluso en alguna comunidad llegaron a cerrarse centros de salud durante la crisis, lo que es difícilmente comprensible.

En los **hospitales** se ampliaron las camas y se duplicaron, en muchos casos, las camas de UCI. Un alto porcentaje de las camas –el 100% en las comunidades más afectadasse dedicaron a la COVID. Las Urgencias estaban abarrotadas, con decenas de pacientes esperando. Se crearon equipos multidisciplinares (médicos, enfermeros,

celadores, etc.). Todo el mundo colaboró, produciéndose una auténtica desaparición de las especialidades (dermatólogos y oftalmólogos, por ejemplo, atendiendo a pacientes COVID). Al igual que en la Atención Primaria, la ausencia de equipos de protección adecuados fue una constante, particularmente en las primeras semanas.

Los **servicios de emergencias** también colaboraron al máximo en esta crisis.

En algunas comunidades, debido al auténtico desbordamiento de los hospitales, hubo que recurrir a hospitales de apoyo, centros improvisados dotados de camas y algunas camas de UCI, construidos en muchos casos con la ayuda del Ejército y con la lógica de hospitales de campaña. Su labor fue extraordinaria, ya que contribuyeron a descargar la presión sobre los hospitales convencionales, totalmente desbordados. Merece la pena citar aquí el hospital habilitado en el reciento ferial de IFEMA en Madrid, que, durante los 40 días de su apertura, llegó a acoger a casi 4.000 pacientes de COVID en sus 1.300 camas, muchos de los cuales fueron dados de alta, tras superar la fase más aguda de la enfermedad (295).

El sector sanitario reaccionó con extraordinaria celeridad y dedicación

²⁹⁴ Global Health Security Index October 2019

²⁹⁵ Antonio Zapatero: "Esto se hizo en cinco días, nadie nos dio un protocolo" El País 2 de mayo 2020

El sistema privado:

necesario durante la

un colaborador

Sistema sanitario privado

El sector privado puso desde el primer momento todos sus medios materiales y humanos a disposición de las autoridades y del sistema público para colaborar con la pandemia, incluso antes del Real Decreto 463/2020, que declara el primer estado de alarma.

Dicha colaboración ha sido tanto por parte de las aseguradoras, como de los provisores.

Las **aseguradoras** desde el inicio cubrieron a sus asegurados con COVID 19, incluso aunque la póliza, que excluía la siniestralidad en caso de pandemia, les hubiera permitido no hacerlo. También, entre otras medidas, pusieron a través de UNESPA un fondo de 37 millones de protección a los sanitarios, que asegura un capital de 30.000 euros/persona en caso de fallecimiento.

En cuanto a la *provisión (hospitales privados),* la colaboración varió en las distintas regiones. En general, fue más intensa en aquellas comunidades dónde la COVID atacó más, como Madrid y Cataluña, dónde los hospitales privados acogieron pacientes de COVID procedentes del sector público. En otras comunidades

la colaboración fue distinta, por ejemplo, en La Rioja se aportaron los respiradores, en Canarias se reservaron los hospitales privados para actividad no COVID. En general, se duplicaron tanto las camas de hospitalización convencional como las camas de UCI y se procedió a contratar nuevo personal y a comprar equipos (respiradores, etc.). Por supuesto, la actividad normal con pacientes no COVID (consultas, hospitales de día, ingresos, intervenciones quirúrgicas, endoscopias, etc.) fue paralizada. Se atendieron pacientes COVID tanto procedentes de las aseguradoras como los remitidos desde el sistema público. El 42% de los hospitales generales privados han asumido durante los meses de marzo y abril el 16% (19.289) de los ingresos de pacientes diagnosticados o con sospecha de COVID-19 y el 14% (1.536) de los ingresos en UCI (296).

En general el sector sanitario privado se ha volcado en el abordaje del problema de la COVID: apoyo psicológico a las personas vulnerables y sanitarios; teléfonos de resolución de dudas; consultas telefónicas y por videoconferencia, entre otras muchas iniciativas.

Farmacias comunitarias

Las farmacias como agentes de salud son un buen recurso de proximidad para el sistema sanitario, y en estos momentos han jugado un papel clave que ha servido para desburocratizar la atención primaria en el ámbito de los planes de medicación. Igualmente jugaron un relevante papel en la distribución de ciertos equipos (mascarillas, soluciones hidroalcohólicas, etc.), aunque en este último caso sufriendo también las carencias que, en determinados momentos de la crisis, hubo a nivel general.

Residencias de mayores

No existe una estadística fiable sobre población institucionalizada en residencias de mayores, un servicio social, a la vez que una forma de convivencia diferenciada de las viviendas familiares, cuyos datos de hogares, tipos y personas se conocen bien ⁽²⁹⁷⁾. Estimaciones fiables indican que en 2019 vivieron por término medio en residencias de mayores 322.180 personas de 65 y más años ⁽²⁹⁸⁾. La población de 80 y más años supone el 79% de la población que vive en residencias.

De acuerdo con la información facilitada por AESTE, la patronal de las residencias privadas, existen en la actualidad un total de 5.400 residencias y alrededor de 370.000 plazas, de las cuales el 75% son de titularidad privada, mientras que el 25% restante son públicas. Un residente paga cada mes una media de 2.000 euros mensuales en la privada, alrededor de setenta euros por día.

Es conocido que la pandemia del virus produjo una mortalidad muy alta entre mayores de 80 años. Y ha causado

²⁹⁶Sanidad privada, aportando valor. Especial COVID-19, junio 2020

²⁹⁷ INE: Encuesta continua de hogares. Encuesta de condiciones de vida.

²⁹⁸ Abellán et al Una estimación de la población que vive en residencias de mayores. INE 24 abril 2020

una alta mortalidad entre las personas de las residencias, que ha mostrado aparentemente un comportamiento ante la muerte muy desigual, por excesivo, del observado entre los residentes habituales en viviendas familiares.

Una gran parte de la mortalidad de la pandemia se dio entre los residentes de las residencias de mayores, una población envejecida, verosímilmente con multipatología y, por lo tanto, muy vulnerable. En la Fundación Edad y Vida se hizo un estudio en el que se vio que el 70% de las personas en residencias tienen 3 ó 4 problemas de salud activos, y que casi la mitad estaban tomando unos siete medicamentos (299).

Este fenómeno de la alta mortalidad de las personas en las residencias no fue, ni mucho menos, exclusivo de España. Según un informe de la OMS Europa, hasta el 50% de los fallecidos en la pandemia lo fueron entre personas de las residencias. En Canadá llegó a hablarse hasta del 72% (300).

En un reportaje reciente (301) se hace un repaso de la situación de la mortalidad en las residencias en Europa. Aparte de España, dónde muchos de los residentes se murieron sin test y, por lo tanto, no están contabilizados entre las cifras de mortalidad; se presenta el caso de *Bélgica*, dónde es estima que el 53% de los fallecidos vivían en estas instalaciones; del Reino Unido, dónde se estima que 2/3 de los 400.000 residentes habrían contraído el virus; en Francia, dónde más de un tercio de los fallecidos proceden de residencias; en Italia, dónde las residencias estuvieron fuera de control durante las primeras semanas de la crisis y el Instituto Superior de Sanidad indica que más de 6.000 ancianos han muerto en estos centros; en Alemania, el Instituto Koch dice que al menos 1/3 de las muertes por coronavirus proceden de las residencias.

En España más de 19.000 muertos por coronavirus o con síntomas compatibles

eran mayores de las residencias ⁽³⁰²⁾. En estos centros se han registrado más de 72.000 contagios y en cinco comunidades los fallecidos en estas instalaciones superan el 50% de todos los decesos de la región ⁽³⁰³⁾.

Fue particularmente dramática la forma de muertes de estas personas: muchas veces asfixiadas, sin sedación y, generalmente, solas, o al menos sin la compañía de un familiar

Podemos hacer un retrato retrospectivo de lo que pasó:

- La avalancha de los pacientes hacia el sistema sanitario concentró toda la atención en el Sistema Nacional de Salud, olvidándose de un grupo de tan alto riesgo como las personas de las residencias. Este fenómeno también ha sido descrito en el Reino Unido con el National Health Service.
- No se identificaron a estos residentes como personas de riesgo y, por lo tanto, con necesidad de hacerles test y tomar medidas de aislamiento diferenciado, según los resultados. Por otra parte, los test no llegaron durante gran parte de la cricio.
- En esas circunstancias, estas personas se contagiaban entre sí y contagiaban o eran contagiados también por el personal que les atendía, que tampoco nunca tuvo acceso a test.

En estas circunstancias, las residencias fueron sometidas a una injusta acusación generalizada de abandono de los residentes, cuando dicha imagen no es real, sin perjuicio de que la atención sanitaria de las residencias y las relaciones sistema sanitario-residencias deban ser replanteadas.

Aunque no hay ninguna evidencia de un comportamiento distinto de las residencias públicas y privadas, algunos han querido ver el problema en el régimen de propiedad de las residencias (304).

No se detectó a tiempo el riesgo para los residentes en residencias de mayores

²⁹⁹ Declaraciones de Josep María Vía, de la Fundación Edad&Vida, a la revista NGD (Negocios y Gestión de la Dependencia), 30 de marzo, 2020

³⁰⁰ Edwards, N, Curry, N
Deaths in care homes: what do the numbers tell us?
Nuffield Trust May 1, 2020

³⁰¹ La pandemia golpea a las residencias de mayores en toda Europa

³⁰² rtve, 1 de julio, 2020

³⁰³ Más de 17.500 muertos por coronavirus con síntomas compatibles en residencias de servicios sociales

³⁰⁴ UP llevará al pacto de reconstrucción un plan para limitar la gestión privada de las residencias El Confidencial 1 mayo 2020

Centros penitenciarios

Aunque las prisiones, por las características de proximidad y contacto físico entre los reclusos y de estos con los funcionarios, podrían considerarse, como las residencias, instalaciones proclives a la expansión del virus, lo cierto es que no parece que esté siendo así.

La Sanidad Penitenciaria está siendo extraordinariamente efectiva en la contención del virus.

En una nota del Ministerio del Interior (905), se considera que el impacto de la COVID entre los reclusos dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias es cuatro veces menos que entre la población general. El número total de reclusos con PCR

positiva es de 52, lo que supone una tasa de afectación de aproximadamente 1,08 por mil internos, mientras que en la población general es de 4,3 por mil habitantes.

También la mortalidad es más baja que entre la población general. Ha habido dos fallecimientos, lo que supone el 0,04 por mil internos, lo que supone diez veces menos que en la población general (0,48 por 1.000 habitantes).

De los 71 centros penitenciarios dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias se han visto afectados 10, lo que supone que el 85% de los centros permanece sin ningún caso diagnosticado.

Transporte sanitario

Ha funcionado adecuadamente, tanto el urgente como el programado.

Profesionales

Es unánime entre la opinión pública la idea de que el personal sanitario sin excepciones-médicos, enfermeros, auxiliares, celadores, directivos, personal administrativo, de transporte sanitario, etc. - se ha entregado sin reservas y de forma muy empática en el cuidado y atención a los pacientes de coronavirus. El reconocimiento de este hecho- por encima de los problemas organizativos y la masificación inherentes a una avalancha de estas características-es algo que quedará en el subconsciente colectivo de los españoles.

No obstante, el gran problema fue la ausencia durante gran parte de la crisis de equipos de protección individual, así como de test para diagnosticar a los portadores y tomar las medidas oportunas. La imagen del personal intentando protegerse con bolsas de basura o improvisando equipos no se olvidará fácilmente. Es así como la cifra de afectados entre el personal sanitario supera los 58.000 (306), un porcentaje sobre los casos totales que es un triste record

en todo el mundo. Aunque el Gobierno no da información sobre los profesionales muertos, estos se cuentan por docenas y de todas las categorías profesionales (médicos, enfermeras, farmacéuticos, celadores, etc.). Este fenómeno no ha pasado desapercibido para la prensa internacional ^(307, 308).

Los profesionales se han volcado en la emergencia; han aceptado las medidas de flexibilidad necesarias en la organización del trabajo, horarios y turnos; se ha dejado autonomía a los centros para dicha organización y se ha hecho junto con los clínicos; se ha trabajado verdaderamente en equipos multidisciplinares; han desaparecido las especialidades, ya que todos los especialistas se implicaban a la atención de los enfermos COVID; se han sumado e integrado recursos extra de jubilados, residentes, voluntarios, ... y se han desplegado recursos de soporte emocional y de alojamiento en hoteles para profesionales.

heroísmo y desprotección

³⁰⁵ El impacto del COVID-19 entre los reclusos de las cárceles de Instituciones Penitenciarias es 4 veces inferior que en la población general
Ministerio del Interior, 29 abril 2020.

³⁰⁶ rtve, 3 agosto, 2020, https://www.rtve.es/noticias/20200903/profesionales-sanitarios-contagiados-covid-19-superan-50000/2014047.shtml, consultado 17 septiembre, 2020

³⁰⁷ Spain: doctors struggle to cope as 514 die from coronavirus in a day The Guardian, 24 Mar 2020

^{308 &}quot;It's Like Being a War Medic". A Madrid Doctor Speaks Out About Grave Shortages in Protective Gear Time, April 2, 2020

Aunque ha habido muchos cambios en los protocolos, por la propia evolución de la enfermedad, la web y los canales de información de la administración a los centros han funcionado.

Pacientes

El miedo fue una sensación muy presente entre los pacientes, tanto a la enfermedad como a acudir a un centro sanitario y enfrentarse a la masificación y al posible contagio.

Los pacientes COVID abarrotaron los hospitales y los centros de salud. Muchos se quedaron en casa por miedo (y algunos fallecieron). Dado el criterio de hacer PCR solo a los casos graves, esto nos indica que las cifras oficiales están altamente minimizadas.

Los pacientes No-COVID, tanto agudos (infartos, ictus, etc.) como crónicos dejaron de ir a los hospitales y centros de salud, en parte porque se daban cuenta de que la prioridad absoluta para el sistema era atender a los pacientes de coronavirus y también por miedo al contagio. Algunos de estos pacientes fueron seguidos de forma telefónica tanto desde los hospitales como desde Atención Primaria.

Hay casos de mortalidad elevada en algunos pacientes de especial riesgo, como los hemodializados, que tenían que ir al hospital (309, 310).

Población en general

La población, en general, siguió las instrucciones del confinamiento, una vez decretado este. Una vez en la fase de "nueva normalidad" pareció percibirse una menor conciencia del problema, particularmente entre los jóvenes.

Fuerzas de seguridad

Papel necesario pero sobredimensionado en cuanto a imagen, porque en los momentos de la crisis en quién confían más los ciudadanos es en los expertos clínicos.

Fuerzas Armadas

Aparte de lo ya comentado sobre la Estrategia de Seguridad Nacional, las Fuerzas Armadas como institución tuvieron un papel relevante en ayudar ante una situación de emergencia nacional como la pandemia del coronavirus.

A través de la Unidad Militar de Emergencias (UME) v otras unidades, las Fuerzas Armadas participaron activamente en la desinfección de muchas instalaciones, particularmente residencias de mayores, así como en la ayuda al montaje de hospitales de campaña y otras muy diversas acciones.

Asociaciones de pacientes

Las Asociaciones de pacientes se dedican fundamentalmente a los pacientes crónicos, no tanto a enfermedades agudas como la COVID. Desde este punto de vista, continuaron apoyando con información y recomendaciones a los pacientes crónicos. En particular, gestionaron con éxito la evitación de que los pacientes crónicos tuvieran que acudir al hospital a recoger la

medicación de dispensación hospitalaria. Hablamos de colectivos muy amplios, 120.000 pacientes solo en la comunidad de Madrid. La alternativa a tener que ir al hospital, con el alto riesgo de contagio, es la recogida de esta medicación en las farmacias comunitarias o incluso su distribución a domicilio

pacientes, no consultadas durante

³⁰⁹ Información ALCER especial COVID 30 abril, 2020

³¹⁰ Sánchez-Álvarez, JE et al

Situación de la infección por SARS-CoV-2 en pacientes en tratamiento renal sustitutivo. Informe del Registro COVID-19 de la Sociedad Española de Nefrología Nefrología, disponible on line 16 abril 2020

Organizaciones no gubernamentales

Tanto la Cruz Roja, con sus Equipos de Respuesta Inmediata ⁽³¹¹⁾, como parroquias, Cáritas, comedores sociales y Bancos de Alimentos ⁽³¹²⁾, entre otras, jugaron un papel importante en esta crisis tratando de paliar las consecuencias sociales del confinamiento para algunos colectivos.

Colegios profesionales

Algunos colegios profesionales, particularmente de las profesiones más implicadas y afectadas por la crisis (médicos, enfermeros, farmacéuticos, dentistas, veterinarios) se preocuparon de la desprotección de los profesionales por falta de los equipos adecuados, así como del contagio entre estos y, en algunos casos, muerte, hecho que, con las dimensiones de España, no tuvo equivalencia en el mundo.

Algunos de estos colegios (Enfermería) llegaron a presentar querellas judiciales contra el Gobierno ⁽³¹³⁾, en denuncia de esta situación. Por su parte la Organización Médica Colegial puso en marcha la campaña **#NiUnDiaMás**, para denunciar la falta de protección de los médicos ⁽³¹⁴⁾.

Por supuesto, todos los colegios lanzaron campañas de información sobre la pandemia para sus asociados.

Sociedades científicas

sociedades científicas, otras grandes ausentes de las consultas durante la pandemia Las sociedades científicas sobre todo las más relacionadas con la enfermedad de la COVID hicieron protocolos y establecieron canales de comunicación tanto para sus asociados como para los pacientes.

Cuatro sociedades científicas, la de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) y de Medicina Interna (SEMI) pidieron un canal de comunicación entre autoridades y expertos contra el coronavirus (315). Ni con estas sociedades ni con la Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas (FACME) se llegó a establecer canal alguno.

Sindicatos

Los sindicatos también se preocuparon de la falta de protección de los trabajadores de la sanidad. Algunos de ellos (CSIF, CESM) también presentaron querellas contra el Gobierno por este motivo ⁽³¹⁶⁾. Los comités de empresa se mostraron comprometidos y facilitadores en los planes de contingencia por centros.

Empresas farmacéuticas

Las compañías farmacéuticas han demostrado liderazgo durante la crisis, colaborando activamente con el conjunto del sistema sanitario y la sociedad en la lucha contra el coronavirus, a través de un conjunto priorizado de acciones: 1) Asegurar el suministro de medicamentos, a través de la continuidad en la actividad de las más de 82 plantas de producción en España; 2) Colaborando con el esfuerzo internacional en el descubrimiento de un tratamiento o vacuna frente a la COVID-19. En la

³¹¹ Los Equipos de Respuesta Inmediata en Emergencias de Cruz Roja, en primera línea frente al Covid-19 Consalud, 25 abril, 2020

³¹² Las colas del hambre y la pobreza inician su escalada en Madrid: "Cada día viene más gente nueva" El País, 24 abril, 2020

³¹³ El Consejo General de Enfermería se querella contra el presidente del Gobierno y el Ministro de Sanidad Dicen. 24 abril. 2020

³¹⁴ Posicionamiento del CGCOM en relación con la pandemia del COVID-19 OMC. 11 abril. 2020

³¹⁵ Cuatro sociedades científicas piden un canal de comunicación entre autoridades y expertos contra el coronavirus Noticias Médicas, 13 marzo, 2020

³¹⁶ El Gobierno, ante el huracán judicial por la falta de medidas por la COVID-19

actualidad hay ya ensayos e investigaciones con 130 medicamentos y 20 plataformas de vacunas. Algunos de estos ensayos clínicos e investigaciones tienen su desarrollo en España; 3) Asegurando que los ensayos clínicos aprobados en enfermedades no COVID tengan su continuidad, a pesar de las difíciles circunstancias; 4) Realizando donaciones (317) a entidades no gubernamentales comprometidas con su apoyo social durante la crisis; y, 5) Reconvirtiendo parte de sus plantas de producción (318) para fabricar equipos y materiales en relación con la lucha contra el coronavirus (soluciones hidroalcohólicas, respiradores, etc.).

Igualmente es a resaltar el compromiso adquirido por el conjunto del sector de que tanto los medicamentos como la vacuna tendrán un acceso equitativo y un precio asequible para todo el mundo. Esto se ha realizado a través de su patronal mundial *International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations* (IFPMA), en el marco de la alianza **ACCESS ACCELERATED**, en la que participan también organizaciones como la OMS, las Fundaciones Gavi y Bill y Melinda Gates y la Cruz Roja, entre otras (319). Esta preocupación sigue, no obstante, muy presente en el debate internacional (320).

Empresas de tecnología médica

Las empresas de tecnología sanitaria, con el apoyo de FENIN, han puesto en marcha un plan de contingencia para incrementar la producción, la importación a España y la distribución de productos sanitarios.

También algunas empresas han trasladado sus capacidades de producción natural para orientarla hacia productos considerados hoy críticos en relación con la pandemia.

FENIN, como representante de las empresas de tecnología médica, junto con Oesía e Iberia, ha puesto en marcha el *Corredor Aéreo Sanitario* entre Shanghái y Madrid, con el objeto de incrementar la llegada a España de productos

sanitarios imprescindibles contra la COVID: mascarillas, equipos de protección individual, respiradores, etc. Dicho corredor cuenta con el apoyo de cuatro Ministerios: Sanidad; Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación; Hacienda; e, Industria, Comercio y Turismo. Ya se han realizado múltiples vuelos, lo que ha permitido la llegada de toneladas de material, que luego se distribuían entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud ⁽³²¹⁾.

También FENIN ha puesto en marcha la campaña **#TecnologíaparaVivir**, con el fin de informar a la población sobre el valor de la tecnología médica.

Empresas en general

La colaboración de las empresas no sanitarias ha sido también extraordinaria (322).

Imposible referirnos a todas ellas, pero simplemente mencionaremos a *Inditex* (que a través de vuelos desde China transportó 35 millones de unidades de protección sanitaria, entre aportaciones públicas, privadas y propias); *Telefónica* (que logró la adquisición de 150 toneladas

de equipamiento sanitario) y que junto con *Orange* y *Vodafone* llevaron la tecnología a la lucha contra el virus; *Banco Santander* (que lanzó un fondo de 25 millones de euros para adquisición de material), también *BBVA* realizó donaciones. Empresas energéticas como *Endesa, Iberdrola* y *Naturgy*, participaron activamente en la lucha contra el coronavirus en diversas formas. *Mapfre*,

³¹⁷ Las compañías de Farmaindustria se vuelcan contra el coronavirus sobre el terreno: de donaciones de medicamentos y material sanitario a ayudas a organizaciones sociosanitarias Farmaindustria, 2 abril, 2020

³¹⁸ Los laboratorios reconvierten sus fábricas para combatir el coronavirus

³¹⁹ Commitment and call to action: Global collaboration to accelerate new COVID-19 health technologies WHO. 24 April 2020

³²⁰ Will poor countries get the coronavirus treatment they need? Financial Times, May 5, 2020

³²¹ FENIN participa en un corredor aéreo sanitario con China para facilitar la llegada de más productos sanitarios iSalud, 30 marzo, 2020

³²² Las empresas españolas que están dando ejemplo en la lucha contra el coronavirus El Independionto 25 abril 2020

así como *Mutua Madrileña*, han colaborado en la investigación con el Consejo Superior de Investigaciones Científicas. *Sacyr* y *ACS* han puesto en marcha acciones directas contra el coronavirus. El *Grupo Mondragón* ha activado la producción de 10 millones

de mascarillas al mes. *Repsol* y compañías de perfumería y cosmética han adaptado sus instalaciones para producir soluciones hidroalcohólicas. La industria del automóvil, como *Renault* y *Seat*, han reconvertidos sus fábricas para producir respiradores.

Medios de comunicación y redes sociales

Los medios de comunicación, tanto prensa escrita, como radio y televisión, han difundido toda la problemática de la enfermedad y jugaron un papel relevante para que la población tuviera información.

También las redes sociales jugaron un papel en ese sentido.

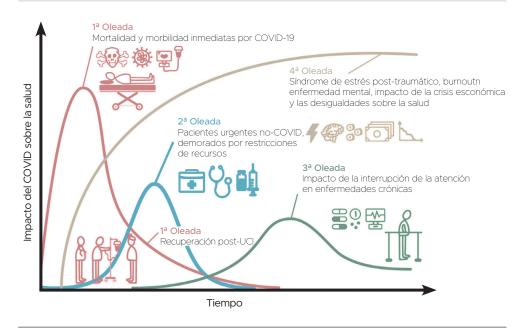
Las consecuencias inmediatas de la crisis sobre el sistema sanitario

El sistema sanitario tendrá que seguir atendiendo a los casos COVID residuales, estar preparado para el caso de nuevas olas y, progresivamente, recuperar la vida normal, que se verá alterada por los episodios de casos no COVID que habían quedado "aparcados" durante la fase más aguda de

la crisis, con los consiguientes problemas de complicaciones, diagnósticos tardíos, etc.

Una representación gráfica de a lo que se tiene que enfrentar el sistema sanitario se presenta en la **Figura 61**:

Figura 61. Las oleadas previsibles en el sistema sanitario, como consecuencia de la COVID



Fuente: (323)

³²³ Meneu, R et al

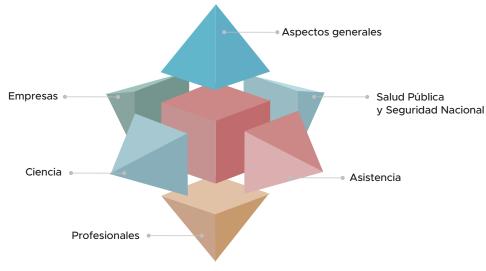
Lecciones a futuro para los servicios sanitarios, sociosanitarios y sociales, la Salud Pública y la Estrategia Nacional de Seguridad

La enfermedad producida por el coronavirus está todavía activa, en la fecha en que se escriben estas líneas estamos todavía en la llamada segunda ola, y, por lo tanto, cualquier conclusión es provisional. Por eso la pretensión de este documento es extraer unas lecciones de la pandemia para nuestro sistema sanitario, que podrían ir modificándose según vayamos teniendo más información o viendo como evoluciona.

Por otra parte, sabemos que el coronavirus ha sido un problema global y deben plantearse enseñanzas y conclusiones globales. Por ejemplo, ahora está en discusión una posible reforma de la OMS ⁽³²⁴⁾.

No obstante, a los efectos de enseñanzas exclusivamente para nuestro sistema sanitario español, hemos identificado posibles lecciones en seis grandes áreas (**Figura 62**).

Figura 62. Posibles enseñanzas para el sistema sanitario de la pandemia del coronavirus



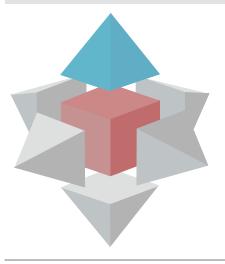
Fuente: Elaboración propia

Una descripción rápida de estas enseñanzas es la siguiente:

Aspectos generales

Los componentes de las enseñanzas que extraemos desde el punto de vista general se representan en la **Figura 63**.

Figura 63. Enseñanzas de la crisis. Aspectos generales



Aspectos generales

- Refuerzo del sistema sanitario
- Gobernanza
- Necesidad de contar con los distintos agentes
- Sistemas de Información

Fuente: Elaboración propia

Refuerzo del sistema sanitario

Aunque no ponemos en relación de forma lineal los problemas de gestión durante la crisis con los recortes que tuvieron lugar entre 2010 y 2013, la crisis ha dejado claro ante la población la importancia y la necesidad de contar un sistema sanitario fuerte y bien dotado en medios y personal (público, por supuesto, pero también privado).

Los recortes en sanidad durante la anterior crisis tuvieron una serie de características:

- El grueso de los recortes (más del 85% en términos económicos) fueron realizados a partir de medidas del Gobierno central, no de las comunidades, utilizando como herramienta el Real Decreto-ley y mediante bajada de salarios de los empleados públicos y del precio de los medicamentos;
- De forma lineal, sin discriminar entre las distintas actividades:

- Los recortes fueron especialmente duros con las inversiones y los gastos de I+D;
- En su puesta en marcha no hubo participación del sector. Nunca fueron tratados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y, mucho menos, hubo participación de otros agentes, sean profesionales, empresas o asociaciones de pacientes.

El prestigio ganado por el sistema sanitario durante la crisis hará difíciles nuevos recortes. Pero se avecinan tiempos económicos muy duros, habrá que estar muy atentos a que no vuelva a suceder la forma de intervenir en la economía del sistema sanitario como se hizo en el período 2010-2013.

Gobernanza

Una de las cosas que dejó muy claro la crisis es la gobernanza poco madura del Sistema Nacional de Salud.

La ausencia de esta gobernanza impide dos cosas: en primer lugar, tomar decisiones rápidas, como son necesarias en las crisis; y, en segundo lugar, tomarlas con participación de todos los agentes del sistema, lo que puede llevar a malas decisiones.

Que el sistema tenía problemas de gobernanza era algo bien sabido. Lo único que ha hecho la crisis es dejarlo más de manifiesto.

público, la mejora de la gobernanza y la creación de un sistema de información, grandes enseñanzas de la pandemia

La necesidad del

Necesidad de contar con los distintos agentes

El hecho de que durante toda la crisis no se contara ni siquiera a nivel de interlocución ni con las asociaciones de pacientes ni de los profesionales, es una buena enseñanza de lo que no se puede repetir. Es este un tema, el de la participación de los agentes en la gestión del sistema, que requiere institucionalización, para que funcione de forme regular en condiciones normales.

Sistema de información

Otro de los aspectos que han quedado muy claros durante la crisis son las limitaciones del sistema de información, que llevó en muchos momentos a tener dificultades para conocer y difundir información básica, como el número de muertos o de ingresos en la UCI. Mucho menos información más sofisticada, como determinadas informaciones clínicas, los resultados a nivel nacional de las pruebas de PCR o el grado de inmunización.

Estos son problemas que se dan a nivel del Ministerio para captar y homogeneizar la información de todas las comunidades autónomas, pero incluso dentro de cada una de las comunidades autónomas, para recopilar información de múltiples centros sanitarios.

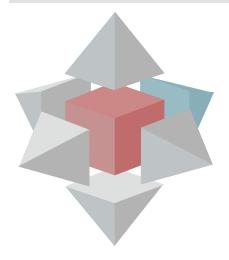
La ausencia de modelos de datos comunes y la falta de interoperabilidad y de estándares es un problema mayúsculo. Es imprescindible que el sistema disponga de un sistema de información con estándares, basándose probablemente en el modelo FHIR (325), de implantación acelerada en muchos países.

De nuevo, este era un problema ya conocido, pero que la crisis ha puesto más de manifiesto.

Salud Pública y Seguridad Nacional

El contenido de este apartado se representa en la Figura 64.

Figura 64. Enseñanzas de la crisis. Salud Pública y Seguridad Nacional



Salud Pública y Seguridad Nacional

- Salud Pública
- La Estrategia Nacional de Seguridad
- Reservas estratégicas
- Cambios en la cadena de suministros

³²⁵ Lehne, M et al

La necesidad de una Agencia de Salud Pública quedó clara durante la pandemia

Salud Pública

Como se ha comentado, la mayor deficiencia durante la crisis tiene relación con la Salud Pública. Parece claro que 1,1% de los gastos de sanidad dedicados a Salud Pública es insuficiente

El disponer de una Salud Pública robusta es una necesidad. Esto va a requerir aumentar el presupuesto en Salud Pública, también obligará a matizar la absoluta discrecionalidad de las comunidades autónomas en la asignación de gastos en sanidad, y dentro de ella, a las distintas partidas, ya que puede ocurrir que algunas

comunidades en la práctica se olviden de la Salud Pública.

Y, por supuesto, va a requerir aplicar la Ley de Salud Pública de 2011, particularmente en los que se refiere a la puesta en marcha del Centro Estatal de Salud Pública, con las misiones previstas en la Ley (asesoramiento técnico, evaluación y colaboración con las comunidades autónomas), o, mejor aún, de una *Agencia de Salud Pública*, participada por las distintas comunidades y otros agentes.

La Estrategia Nacional de Seguridad

En España se elaboraron tres Estrategias de Seguridad Nacional, en 2011, en 2013 y en 2017. En las tres se identificaban las epidemias y las pandemias como una amenaza a la seguridad nacional. Se hablaba de tener planes de preparación y respuesta, en colaboración con organismos como la

OMS y el Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades.

No es que el riesgo no estuviera reconocido, faltó el diseño y puesta en marcha de los oportunos planes, que hubieran permitido una detección rápida y una anticipación de las acciones oportunas.

Reservas estratégicas

Lógicamente ni es posible ni tendría sentido tener un sistema sanitario dimensionado para cualquier pandemia, sobre todo porque no sabemos las características de esa pandemia. Esta se manifestó con síntomas respiratorios, pero otras pueden hacerlo con hemorragias, afectación digestiva, hepática, neurológica, ... No se sabe.

Pero eso no quiere decir que no se deban tener unas mínimas reservas estratégicas, en el marco de ese necesario plan de seguridad (tal vez respiradores, equipos de protección individual, reservas de medicamentos básicos, etc.).

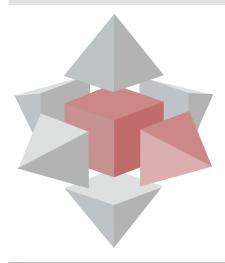
Cambios en la cadena de suministros

La crisis ha puesto de manifiesto la dependencia extrema del sistema sanitario para materias primas y productos de un país muy alejado como China, que se ha convertido en el fabricante mundial. Seguramente esto habrá que replanteárselo, en un doble sentido: la no dependencia de cadenas de suministro tan alejadas y la necesidad de disponer de un mínimo de capacidad de producción nacional para determinados productos.

Asistencia

Las enseñanzas desde el punto de vista de la asistencia se reflejan en la Figura 65.

Figura 65. Enseñanzas crisis. Asistencia



Asistencia

- Importancia autonomía de las organizaciones sanitarias
- El modelo asistencial
- Residencias de mayores
- Integración servicios sociales y sanitarios
- Impulso a la telemedicina
- El papel del sector sanitario privado

Fuente: Elaboración propia

La importancia de la autonomía de las organizaciones sanitarias

La avalancha de pacientes en los primeros días de la crisis, tanto a los Centros de Atención Primaria, como a los Hospitales, como a los servicios de Urgencias, obligó a estas entidades, aún sin disponer en muchos casos de autonomía formal, a tomar iniciativas rápidas en cuanto a organización, dedicación profesional, equipos, protocolos, etc

Una demostración de que una cierta autonomía, con amplia participación profesional, es necesaria, y no solo en situaciones de crisis.

La necesidad de autonomía de las organizaciones sanitarias, otra enseñanza de la pandemia

El modelo asistencial

Un cierto hospitalocentrismo se ha puesto de manifiesto durante la crisis.

Atención Primaria, al carecer de test, ni siquiera pudo diagnosticar a los casos menos graves, con las consiguientes acciones sobre los contactos. Las principales acciones de salud pública deberían haberse iniciado en Atención Primaria, reservando los hospitales para los casos graves.

Lo que ocurrió durante la crisis es que los casos graves iban a los hospitales (que, en algunos momentos, llegaron al colapso), pero Atención Primaria, al carecer de medios diagnósticos, no pudo actuar sobre los casos menos graves.

Esto, de nuevo, plantea un problema ya conocido: el hospitalocentrismo del sistema y la correcta dotación de medios y posibilidades diagnósticas a la atención primaria.

No se puede sustituir con heroísmo de profesionales desprotegidos la ausencia de planes y de un buen diseño del sistema.

Residencias de mayores y de personas con discapacidad

Las residencias de mayores y de personas con discapacidad fueron testigos de uno de los episodios más bochornosos de toda la crisis del coronavirus. Lógicamente, el que no haya ocurrido solo en España no es ningún consuelo.

Falló la identificación de esta población como grupo de riesgo, necesitado de diagnóstico y medidas de aislamiento oportunas, así como también, en muchos casos, de la adecuada asistencia sanitaria.

Hay que replantearse toda la atención sanitaria a las residencias, sin que pierdan su carácter residencial, teniendo en cuenta que un porcentaje muy elevado de los residentes tienen varias patologías y están sometidos a polimedicación.

Necesaria mayor integración de los servicios sociales y sanitarios

Este era un problema bien reconocido en el sistema y diagnosticado.

La crisis no ha hecho más que ponerlo más de manifiesto.

Impulso a la telemedicina

Durante mucho tiempo se habló infructuosamente de desarrollar e implantar formas de atención no presenciales, basadas en las posibilidades de las nuevas tecnologías.

La crisis ha hecho que, de forma improvisada, esto se desarrollara casi de un día para otro. Las consultas telefónicas pasaron a formar parte de la práctica médica habitual, tanto en hospitales como en Atención Primaria, y para seguimiento de pacientes tanto COVID como no COVID.

Que esto se quede- por supuesto dotando al sistema de la posibilidad de videoconferencia, integración con la historia clínica, posibilidad de petición de pruebas, etc.- es una necesidad.

El sector privado: un colaborador necesario del sistema público, y no solo durante la

El papel del sector sanitario privado

El sector privado ha jugado –de forma voluntaria- un papel clave durante la crisis, particularmente reforzando las capacidades hospitalarias del sistema. La colaboración con el sistema público fue excelente.

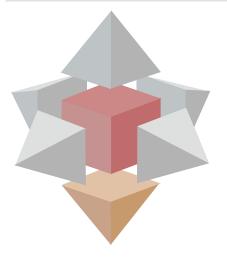
Esto se manifestó, como hemos visto, en el alto porcentaje de ingresos, incluyendo en las UCIs, de pacientes COVID en estos hospitales.

La pregunta es: ¿hay que esperar a otra pandemia para que se ponga de manifiesto la capacidad de apoyo del sistema privado? En condiciones de normalidad, ¿no puede este contribuir a resolver algunos problemas graves y crónicos del sistema sanitario en España?

Profesionales

Una representación de las enseñanzas en cuanto a profesionales se muestra en la Figura 66.

Figura 66. Enseñanzas crisis. Profesionales



Profesionales

- El valor de los equipos multidisciplinares
- Más papel para la enfermería
- Necesario liderazgo médico

El valor de los equipos multidisciplinares

La crisis ha puesto de manifiesto el valor de los equipos multidisciplinares y multiprofesionales, cuando diferentes perfiles profesionales confluyen y aportan de igual a igual, con un mismo propósito compartido: salvar vidas, cuidar y curar a la persona.

No sería razonable sin más volver a la organización anterior, tan compartimentalizada en servicios y categorías profesionales, olvidando el proceso de enfermedad del paciente.

Más papel para la enfermería

La enfermería cumplió un papel muy destacado durante la crisis.

Es el momento de que no todo quede en reconocimiento, sino de redefinir y reforzar su papel, sobre todo en el ámbito de la Atención Primaria.

Liderazgo médico

Una de las cosas que han quedado claras en esta crisis es la insuficiencia de un liderazgo médico presente continuamente. Cuando hablamos de liderazgo nos referimos a dotarse de un discurso general de su entendimiento de la situación, así como de su aportación al problema.

Ni los colegios profesionales médicos -cuyo papel ha estado muy desdibujado en toda la crisis- ni los sindicatos, han ejercido ese liderazgo.

Por eso la reconstitución de un liderazgo médico, tal vez en torno a las sociedades científicas, es una necesidad.

Ciencia

Un esquema de este apartado se refleja en la Figura 67.

Ciencia

Relaciones ciencia-decisores políticos

La ciencia no es un lujo

Relaciones ciencia-decisores políticos

Nunca las relaciones ciencia-poder político han estado bien organizadas en nuestro país.

Esto contrasta, por ejemplo, con la situación en el Reino Unido, dónde el Primer Ministro tiene el *Government Chief Scientific Adviser* (GSSA) y dónde todos los ministerios tienen cada uno de ellos un *Chief Scientific Adviser* (CSA).

Lógicamente, la ciencia y los decisores políticos responden a lógicas distintas. La ciencia responde al descubrimiento de la verdad, mientras los decisores políticos lo que buscan es el aunar voluntades para poner en marcha iniciativas. Ahí el posibilismo y el sentido de la oportunidad mandan. Son ámbitos distintos, ni la ciencia condiciona la política de manera unívoca;

ni la política puede invocar a la ciencia para justificar sus decisiones –que nunca están ni pueden estar motivadas solamente por razones científicas-.

Pero eso no quiere decir que no deba existir una forma reglada de que los científicos asesoren a los políticos, ni de que estos no reciban este *input* científico. Aunque no las condiciona absolutamente, cada vez más las decisiones políticas deben tener un cierto respaldo científico.

Eso es una de las carencias que quedaron de manifiesto en esta crisis, como la Confederación de Sociedades Científicas de España (COSCE) y la Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas (FACME) se han preocupado en resaltar en sus comunicados.

La ciencia no es un lujo

La crisis del coronavirus ha puesto de manifiesto la importancia del descubrimiento de un tratamiento o de una vacuna. En esto se ha despertado una gran competencia a nivel internacional, compatible con acciones colaborativas.

España no puede quedar fuera de esa carrera. De hecho, ya está dentro, pero tal vez debería estar con mucho más peso.

El explotar la colaboración entre centros de investigación, empresas y sistema sanitario en este campo es una necesidad y algo perfectamente posible.

Empresas

En lo que respecta a las empresas, los aspectos a resaltar se presentan en la Figura 68.

Figura 68. Enseñanzas crisis. Empresas

Empresas

- El papel de las empresas vinculadas a sanidad
- El papel del conjunto de las empresas

El papel de las empresas vinculadas a sanidad

Tanto las empresas farmacéuticas como las de tecnología médica han ejercido un gran liderazgo durante la crisis, en el sentido de identificar su aportación en múltiples campos y llevar a cabo esas acciones.

Entendemos que las empresas se han mostrado más proactivas a colaborar con el sistema público en el abordaje del problema que el sistema público en recabar su colaboración, campo en el que predominan las reticencias y las reservas.

Esta colaboración y liderazgo de las empresas vinculadas a sanidad debe permanecer y es un importante activo del sistema

El papel del conjunto de las empresas

El conjunto de las empresas mostró gran colaboración con el conjunto de la sociedad y con el sistema sanitario durante la crisis del coronavirus.

Una alianza que el sistema sanitario en general, y el Sistema Nacional de Salud en particular, debe considerar y reforzar, no solo para situaciones de crisis sino para abordar muchos de los retos del día a día.

¿Es realmente la crisis una oportunidad para impulsar algunas reformas en el sistema sanitario?

Para algunos ⁽³²⁶⁾ la crisis sanitaria es una magnífica ocasión para replantearse bastantes aspectos de la organización y gestión del sistema sanitario público, ahora que se han visualizado nítidamente tanto sus indudables virtudes como algunas de sus limitaciones y deficiencias. Se plantea liberar la inadecuada regulación esclerosante impropia de un sector puntero en la sociedad del conocimiento, facilitando autonomía y competencia por comparación en calidad a las organizaciones sanitarias. Para otros ⁽³²⁷⁾ esta ventana de oportunidad no quedará abierta mucho tiempo.

Sin dudar de la oportunidad que esta crisis ofrece y la importancia del respaldo ciudadano al sistema sanitario, no es menos cierto que la crisis también es un arma de dos filos. Al reclamar el refuerzo de lo público – reivindicación perfectamente legítima, razonable y que hay que apoyar- muchos quieren llevar este planteamiento a una reconstrucción del sistema sobre sus bases más burocráticas y administrativas, que ya han demostrado su inadecuación a los tiempos actuales. Igualmente, al reivindicar lo "público" parecen olvidar e infravalorar la posible contribución del sector privado a la mejora del sistema.

El aprovechar la oportunidad, sorteando ciertos peligros del discurso del "refuerzo de lo público", pero reforzando lo público y buscando la colaboración con el sector privado, es probablemente, la mejor lección que podamos extraer de la crisis.

La crisis del coronavirus puede ser una oportunidad para plantear ciertas reformas necesarias en el sistema sanitario

Una oportunidad para mejorar el sistema de salud

³²⁶ Meneu, R et al

La salida: Mejorar la capacidad y respuesta sanitaria (
Rlog AFS 19 abril 2020

^{327 &}lt;sub>Bengoa, R.</sub>

Capítulo 7

Una transformación en 7 ejes

Una transformación en 7 ejes

¿Desde qué perspectiva se hacen estas propuestas?

Es importante resaltar desde qué posiciones se hacen estas propuestas:

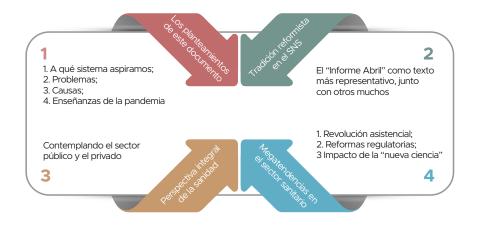
- desde el reconocimiento de los logros del sistema sanitario español y del Sistema Nacional de Salud;
- preservando la esencia del Sistema Nacional de Salud, básicamente la financiación pública y la cobertura universal, que caracteriza a los sistemas europeos y, progresivamente, al de todas las sociedades desarrolladas e incluso en desarrollo:
- desde una perspectiva reformista, a partir de la constatación de la necesidad de adaptar el sistema a los cambios de la sociedad.

Ahora bien, no somos adanistas, no somos los primeros en sugerir cambios para el Sistema Nacional de Salud. Por eso nuestras propuestas tienen una **cuádruple inspiración:** 1. La que se deriva del contenido de este informe, de los problemas analizados y sus causas; 2. La que incorpora una cierta tradición reformista del Sistema Nacional de Salud, impulsada no solo por el propio sistema sino, a veces, por el conjunto de la sociedad; 3. Desde una perspectiva integral de la sanidad, que incluya tanto el sector público como el privado; y, 4. Teniendo en cuenta las megatendencias en el sector sanitario

Esta cuádruple inspiración se refleja en la

Figura 69.

Figura 69. Cuádruple inspiración de las propuestas



La inspiración a partir de lo analizado en este informe

En el *Capítulo 3* analizábamos **el sistema sanitario al que aspiramos.** No se trata de repetir aquí el capítulo, solo decir que los seis rasgos que identificábamos como fundamentales en nuestras aspiraciones hacia el sistema sanitario inspirarán nuestra propuesta de soluciones.

El *Capítulo 4* lo dedicábamos a analizar los problemas desde el punto de vista de los pacientes y los profesionales. Este no pretende ser un documento doctrinario, que trata de imponer unas soluciones a partir de un diseño teórico. Partimos de los problemas para los pacientes y los

profesionales. Como no puede ser de otra manera, la solución a estos problemas inspirará nuestras propuestas.

En el *Capítulo 5* se estudiaban las **causas de los problemas.** Estas causas son muy tenidas en cuenta en las propuestas.

Por último, en el *Capítulo 6* sacábamos las enseñanzas para el sistema sanitario que nos trajo la conmoción de la pandemia del coronavirus. Nos hizo ver los problemas que ya conocíamos con unos ojos distintos. También abrió nuevas oportunidades de solución.

La inspiración a partir de una cierta tradición reformista en el Sistema Nacional de Salud

Hay una importante tradición reformista en el Sistema Nacional de Salud, que se remonta a 1991, casi al día siguiente de la aprobación de la Ley General de

Hay ya una cierta tradición de propuestas de reforma en el Sistema Nacional de Salud, muchas procedentes no solo del propio sistema, sino del exterior: de la sociedad civil o el entorno empresarial.

En el famoso **Informe Abril** ⁽³²⁸⁾ de 1991, auspiciado por el que había sido vicepresidente del Gobierno, Fernando Abril Martorell, se aboga por la transformación de las instituciones de prestación de servicios sanitarios en Sociedades públicas (empresas públicas), por la superación de la relación estatutaria del personal y el concepto de "plaza en propiedad" y por el avance en la colaboración con el sector privado. También por una participación de los usuarios en el coste de los servicios sanitarios públicos.

El llamado "Informe Abril" fue solo uno de los muchos informes y documentos que contenían una inspiración reformista para el Sistema Nacional de Salud. Algunos de estos documentos se reflejan en la **Tabla 33**.

³²⁸ Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud Informe y recomendaciones Iulio 1991

Tabla 33. Algunas de las propuestas reformistas sobre el sistema sanitario español

Algunos documentos con propuestas reformistas para el Sistema Nacional de Salud

J. Elola, Crisis y Reforma de la asistencia sanitaria pública en España, 1991 (329)

20 años, 20 temas, Círculo de Empresarios, 1997 (330)

La modernización de la Sanidad pública en el mundo, 1997 (331)

Alternativas de reforma para la sanidad pública, Círculo de Empresarios, 1998 (332)

J. Elola, Política Sanitaria Española, 2001 (333)

La Administración Pública que España necesita, Círculo de Empresarios, 2007 (334)

JL Perona, Mitos y paradojas de la sanidad en España. Una visión crítica, 2007 (335)

Temas candentes de la sanidad española (2010-2013, 2017 y 2019)

Sostenibilidad financiera del sistema sanitario, Antares Consulting, 2010 (336)

El libro blanco sobre el sistema sanitario español, 2011 (337)

Un sistema sanitario sostenible, Círculo de Empresarios, 2012 (338)

El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas, Fundación BBVA, 2013 (339)

Sanidad 2020, un futuro incierto, Círculo de Sanidad, 2013 (340)

Innovación y sostenibilidad, construyendo la sanidad del siglo XXI, 2015 (341)

Los Retos del Sistema Nacional de Salud en la próxima legislatura, FACME-Fundación IMAS, 2015 (342)

La sanidad no es moneda de cambio, Círculo de Sanidad, 2017 (343)

Sevilla, J, Riesgo, I, Qué está pasando con tu sanidad, 2018 (344)

Los retos del Sistema Nacional de Salud en la próxima legislatura, 2019-2023, FACME-Fundación IMAS, 2019 ⁽³⁴⁵⁾

Decàleg per a la reforma del sistema de Salut de Catalunya, Societat Catalana de Gestió Sanitària, 2020

30 Mesures per Enfortir el Sistema de Salut, Comitè d'Experts per a la Transformación del Sistema Públic de Salut, 21 de septiembre de 2020 $^{(346)}$

Fuente: Elaboración propia

El realizar todas esas citas es para subrayar que muchas de las propuestas que vamos a hacer no son "ocurrencias", sino que se enmarcan en una larga relación de propuestas reformistas para el Sistema Nacional de Salud. En la mayoría de las propuestas late la necesidad de adaptar el sistema sanitario a los cambios de la sociedad española, muy distinta a la de 1986, lo que probablemente motiva que se encuentre una notable coincidencia en muchas de las propuestas:

- 329 Elola Somoza, F.J, Crisis y Reforma de la Asistencia Sanitaria Pública en España (1983-1990) Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social, 1991
- **330** 20 años, 20 temas, Círculo de Empresarios, 1997
- 331 La Modernización de la Sanidad Pública en el Mundo
 Arthur Anderson-SmithKline Reecham 1997
- 332 Alternativas de reforma para la sanidad pública, Círculo de Empresarios, diciembre 1998
- 333 Elola, J, Política Sanitaria Española Díaz de Santos 2001
- 334 La Administración Pública que España necesita, Círculo de Empresarios, 2007
- 335 Perona, JL, Mitos y paradojas de la sanidad en España. Una visión crítica Círculo de Sanidad, 2007
- 336 Sostenibilidad financiera del sistema sanitario, Antares Consulting, 2010
- 337 El libro blanco sobre el sistema sanitario español, Academia Europea de Ciencias y Artes, 2011.
- 338 Un sistema sanitario sostenible, Círculo de Empresarios, 2012
- 339 El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas, Fundación BBVA, 2013
- 340 Sanidad 2020, un futuro incierto, Círculo de Sanidad, 2013
- 341 Innovación y sostenibilidad, construyendo la sanidad del siglo XXI Silo, Ministerio de Economía y Competitividad, Instituto de Salud Carlos III, Celgene, 2015
- ³⁴²Los Retos del Sistema Nacional de Salud en la próxima legislatura, FACME, 2015
- 343 La sanidad no es moneda de cambio, Círculo de Sanidad, 2017
- 344 Sevilla, J, Riesgo, I, Qué está pasando con tu sanidad, Editorial Profit, 2018
- 345 Los retos del Sistema Nacional de Salud en la próxima legislatura, 2019-2023, FACME-Fundación IMAS, 2019
- 346 30 Mesures per Enfortir el Sistema de Salut, Comitè d'Experts per a la Transformació del Sistema Públic de Salut, 21 de setembre de 2020

dotar de flexibilidad y autonomía de gestión a los centros; medir y evaluar por resultados; creación de agencias independientes de evaluación; desarrollar una gestión de personal no burocrática, etc. Sin embargo, se da la paradoja de que el sistema ha manifestado un notable inmovilismo, no siendo capaz de abordar las reformas precisas para corregir los desajustes detectados desde 1991.

Desde una perspectiva integral de la sanidad, incluyendo al sector privado

El sector privado no suele ser tenido en cuenta en los planteamientos generales del sistema sanitario, se hace como si no existiera Otro punto que tendremos en cuenta en las propuestas es un concepto integral de la sanidad, incluyendo al sector privado, como aportador de posibles soluciones, partiendo del objetivo de optimizar el uso de todos los recursos disponibles para mejorar la eficiencia y calidad del conjunto del sistema sanitario.

Los planteamientos sobre el sector público y las propuestas sobre el Sistema Nacional de Salud, en general, ignoran al sector privado.

Consideramos que esto es un error, por varios motivos: el sector privado está ahí, tiene sus recursos materiales y humanos y en algunos campos, como consultas médicas, urgencias, hospitalizaciones y actividad quirúrgica, representa un porcentaje no despreciable de la actividad; y, el sector privado puede contribuir, con sus recursos y organización, a resolver problemas del servicio público.

Desde algunos ambientes se contempla el sector privado como una amenaza al sector sanitario público. No compartimos este punto de vista. El sector público está muy consolidado -con grandes valores, conocimientos y profesionales- y no puede estar amenazado, salvo que la ausencia de reformas lo debilite y lo convierta en algo ineficiente e irrelevante, lo que no tiene porqué ocurrir.

Entendemos que las aportaciones del sector privado al servicio público son buenas tanto para el sector privado como para el público.

- Para el sector privado: porque le permite aumentar su actividad; le ofrece un importante aprendizaje al entrar en la lógica del servicio público; y, le significa ingresos, derivado de la remuneración de la actividad
- Para el sector público, a través de la aportación del sector privado, le permite abordar ciertos problemas (las listas de espera, por ejemplo, entre otros); la "competencia" de facto con el sector privado permitirá también al sector público aprender de ciertas prácticas de gestión del sector privado y a mejorar su eficiencia (hay que recordar aquí que los monopolios, sean públicos o privados, no son buenos, salvo que sean monopolios naturales, lo que no es el caso).

Lógicamente, la contribución del sector privado al servicio público, obliga al sector privado a adaptarse a ciertas regulaciones y requerimientos del ámbito público.

Cuando decimos que la colaboración del sector privado con el servicio público es buena para el sector privado, lo decimos como sector. No necesariamente tiene porqué ser bueno ni la opción preferente de todas y cada una de las empresas que operan en el mismo. Algunas pueden preferir- con toda legitimidad- trabajar exclusivamente en el ámbito privado. Pero no debe olvidarse una realidad: en Europa, los sistemas privados con más peso, lo logran mediante la colaboración con el servicio público.

Desde las megatendencias del sector sanitario

Las tres principales fuerzas impulsoras de los cambios en sanidad, así como sus principales atributos se presentan en la **Tabla 34**.

Tabla 34. Principales megatendencias en sanidad

Fuerzas impulsoras del cambio	Principales atributos
Revolución asistencial	 Desarrollo de un modelo de atención sanitaria paciente céntrico, como ocurre en otros sectores Facilitado por la conectividad entre todos los stakeholders del sistema y por grandes cambios en las tecnologías de la información
Reformas regulatorias	 Los gobiernos están preocupados por contener los costes, asegurando la calidad Países desarrollados: poblaciones envejecidas Países en desarrollo: enfermedades de la prosperidad
Impacto de la Nueva Ciencia	 La genómica está posibilitando los tratamientos de acuerdo con las características de los pacientes Personalización masiva en el horizonte El péndulo está cambiando desde un enfoque hacia la enfermedad hacia otro hacia la salud

Fuente: PwC (modificado)

¿Es la posición reformista la única existente?

Hemos visto que las propuestas reformistas tienen una larga tradición en el Sistema Nacional de Salud, siendo muchos los grupos profesionales, empresariales y expertos que abogan por esas reformas.

Pero no es la única posición. También hay ciertas asociaciones profesionales y algunas entidades sindicales que se oponen a las reformas, por creer que desvirtúan la esencia del Sistema Nacional de Salud. Estas posiciones tratan de mantener la gestión administrativa y el régimen de personal vigentes, interpretando cualquier propuesta de cambio como una amenaza a las "esencias" del sistema. Incluso son reticentes ante algunas expresiones de autonomía profesional, como la gestión clínica. También a las formas de colaboración público/privada.

En este documento, defendemos que las auténticas "esencias" del sistema son la financiación pública, la cobertura universal y la organización descentralizada, no el marco administrativo de gestión ni el régimen burocrático del personal, a los que, por el contrario, consideramos que son obstáculos para un desarrollo y potenciación del Sistema Nacional de Salud.

Es por lo que nos atrevemos a decir que, el cambio, *la transformación profunda de nuestra sanidad no es una opción.* Es una necesidad convertida en obligación, sobre todo desde una posición de defensa del sistema sanitario público. En este momento, solo una política de reformas puede asegurar la calidad y la solidaridad del sistema, así como su adaptación a los nuevos retos. La mejor defensa hoy de la sanidad como derecho es perfeccionarla con profundas reformas comprometidas con el interés general.

Ciertas posiciones, en contra de las reformas Una Estrategia Nacional de Salud es mucho más que un plan de reformas en el Sistema Nacional de Salud, pero no lo sustituye

La mejora de la salud y "salvar vidas" no es la única función de un sistema sanitario

Unas reformas en el Sistema Nacional de Salud no sustituyen a una Estrategia Nacional de Salud, ni viceversa

Las reformas en el Sistema Nacional de Salud deben enmarcarse en una Estrategia Nacional de Salud, aunque esta es mucho más amplia (ya que incluiría acciones también en las políticas fiscales, seguridad viaria, de salubridad general, de control de la polución, seguridad alimentaria, educación sanitaria, vigilancia epidemiológica, planificación urbana, salud ocupacional, etc.).

En España no hay una Estrategia Nacional de Salud, aunque hay estrategias en otros muchos temas: *Estrategia Nacional de Seguridad*, con sus desarrollos en materia de seguridad aeroespacial, protección civil y ciberseguridad ⁽³⁴⁷⁾; *Estrategia de Acción Exterior* ⁽³⁴⁸⁾; *Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y de Innovación* ⁽³⁴⁹⁾. Hay también otras en preparación: Turismo sostenible ⁽³⁵⁰⁾ y Diplomacia Humanitaria ⁽³⁵¹⁾.

Lo que sí hay son estrategias nacionales en muchas enfermedades o problemas de salud: Salud Mental, 2006 (actualización 2009); Ictus, 2009; Enfermedades raras, 2009; Cáncer, 2010; Cuidados paliativos, 2011; Salud sexual y reproductiva, 2011; Cardiopatía isquémica, 2011; Diabetes, 2012; Abordaje cronicidad, 2012; Promoción salud y prevención, 2013; EPOC, 2014; Enfermedades degenerativas, 2016; Seguridad del Paciente, 2016.

En resumen, lo que hay que decir es:

 Un plan de reformas del Sistema Nacional de Salud no sustituye a una Estrategia de Salud, que es mucho más amplia.

- Una Estrategia de Salud no sustituye necesariamente a un plan de reformas *del sistema sanitario,* ya que este tiene otras muchas valiosas funciones, aparte de la salud en general. Simplificando mucho podríamos decir que el fin de la asistencia sanitaria no es solo salvar vidas. La asistencia médica posee otras valiosas funciones, como son, reducir la incapacidad del enfermo, mitigar el dolor, hacer las enfermedades más soportables, resolver la incertidumbre, disminuir la inquietud física y emocional, proveer confort. Los sistemas de salud no se legitiman en unos ideales sanitarios y políticos abstractos de crear salud o eliminar desigualdades, generalmente ligados a acciones intersectoriales o a otro tipo de políticas no sanitarias, sino que se justifican socialmente por el cumplimiento de sus fines reales: cuidar, curar, prevenir, rehabilitar y tranquilizar.
- Un conjunto de planes o estrategias sobre enfermedades concretas no sustituyen ni a una Estrategia de Salud ni a un plan de reformas del sistema sanitario, lo cual, por supuesto, no les quita valor.

Las propuestas en las que nos vamos a concentrar en este capítulo tienen que ver con reformas en el Sistema Nacional de Salud, entendiendo este en sentido amplio, como el conjunto de servicios sanitarios con financiación pública.

³⁴⁷ El gobierno aprueba tres nuevas estrategias nacionales de seguridad EEE 12 abril 2019

³⁴⁸ Estrategia de Acción Exterior Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación, 2015

³⁴⁹ Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y de Innovación 2013-2020 Ministerio de Economía y Competitividad, 2012

³⁵⁰ Directrices generales de la Estrategia de Turismo Sostenible en España Ministerio de Industria, Comercio y Turismo, enero 2019

³⁵¹ España elaborará una Estrategia Nacional de Diplomacia Humanitaria EFE diciembre 2019

Los siete ejes de las propuestas

Hemos agrupado el conjunto de propuestas en siete grandes ejes, según se presentan en la

Figura 70





Fuente: Elaboración propia

Eje nº 1. Un sistema sanitario para todos y que cuente con todos los agentes

Desde un punto de vista general, habíamos detectado los siguientes problemas:

- Déficits en la gobernanza del conjunto del sistema.
- La necesidad de un plan urgente de refuerzo del sistema sanitario público, tras los recortes 2010-2013, de los que todavía no se ha recuperado por completo, y las
- necesidades que se pusieron de manifiesto durante la crisis del coronavirus.
- Puesto que el sector privado se ha detectado como un elemento que puede contribuir a mejoras en el servicio público, y es necesario reforzar la confianza por ambas partes, es preciso un plan que siente las bases de esa colaboración.

Contar con todos los agentes, un tema clave. El sistema sanitario no es solo un asunto de los gobiernos El planteamiento es impulsar tres iniciativas, según se puede ver en la Figura 71:

Figura 71. Eje nº1: Un sistema sanitario para todos y que cuente con todos los agentes



Fuente: Elaboración propia

Mejora de la gobernanza del Sistema Nacional de Salud

Un triple enfoque para la mejora de la gobernanza en el conjunto del Sistema Nacional de Salud: Agencias especializadas, órgano de representación y Consejo Interterritorial renovado

Este enfoque está basado en la experiencia de otros países descentralizados, que fían más al desarrollo de Agencias independientes cogobernadas, como auténticos órganos de cohesión, que en otros elementos.

Desde esta perspectiva, se incorporan tres elementos, que integramos en un plan a efectos de una visión general, pero que somos conscientes de que podría dar origen a iniciativas diferenciadas:

- Creación de Agencias especializadas con autonomía
- o Agencia de Salud Pública
- Agencia de Información, Evaluación y Calidad
- o Agencia de Evaluación de Tecnologías
- o Agencia de Recursos Humanos

Las características de estas Agencias es que, aunque incardinadas en el Ministerio de Sanidad, no serían una dirección general más del Ministerio, sino que gozarían de autonomía (modelo AiReF) y dotadas de una gobernanza con participación de las comunidades autónomas y otros agentes, de acuerdo con el tema (asociaciones de pacientes, sociedades científicas, colegios profesionales, sindicatos, etc.). Su funcionamiento estaría basado en el prestigio científico y profesional.

Órgano de representación de los distintos agentes del sector

Sería el equivalente al Consejo Consultivo del Consejo Interterritorial, pero revitalizado, con nueva composición y funciones. Constituiría el auténtico órgano de participación de los distintos agentes en la marcha del Sistema Nacional de Salud (Gobierno central, comunidades autónomas, sociedades científicas, asociaciones de pacientes, patronales del sector, colegios profesionales, sindicatos, etc.). Su informe sería preceptivo para una serie de temas tasados, que deberían ser fijados reglamentariamente.

Hay precedentes en algunas comunidades autónomas de órganos similares.

• Reformas Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

Un Consejo Interterritorial renovado, pero no tanto por darle funciones ejecutivas, lo que no sería fácil respetando las competencias de las comunidades autónomas, sino introduciéndolo en una nueva lógica de funcionamiento, basada en los acuerdos, la coordinación y las acciones conjuntas, apoyándose mucho en la labor de las Agencias especializadas y del órgano de participación que se propone.

La **Tabla 35** expone lo que pretende esta iniciativa:

Tabla 35. Mejora de la gobernanza en el Sistema Nacional de Salud		
Justificación	Carencia de un modelo de gobernanza madura en el conjunto del Sistema Nacional de Salud	
Objetivos	Dotar al Sistema Nacional de Salud de una gobernanza madura que permita: Basarse en los avances más actuales del conocimiento científico Implicar a todas las comunidades autónomas Implicar al conjunto de agentes del sector Dotar al conjunto del Sistema Nacional de Salud de instrumentos eficaces de cohesión y coordinación	
Agentes implicados	A través de su participación en los distintos órganos y agencias, todos los agentes implicados deberían participar	
Recursos	Independientemente de que en su momento habrá que dotar de recursos económicos a las Agencias, el plan en sí consumirá más recursos de negociación y organizativos que económicos	
Plazo	Por el complejo proceso de negociación y determinados cambios normativos que habrá que hacer, el plan es de plazo medio: 3-5 años	

Fuente: Elaboración propia

Mejoras y refuerzo del sistema sanitario público

Se trataría de identificar una serie de necesidades urgentes del sector público y realizar una inyección económica selectiva, tanto en recursos materiales como humanos. Un posible refuerzo urgente que podría recibir el sector público sería:

- Continuidad asistencial, mediante la contratación de enfermeras de enlace
- Atención domiciliaria
- Impulso a la telemedicina

Recuperar la

confianza: algo

necesario para un

los servicios públicos

Un resumen de esta iniciativa se presenta en la Tabla 36.

Tabla 36. Mejoras y refuerzo del sistema sanitario público	
Justificación	Necesidad de reforzar la moral del sector sanitario público, tras los recortes y el stress de la pandemia
Objetivos	Dotar al conjunto del Sistema Nacional de Salud de un conjunto de mejoras en áreas críticas a identificar Es importante que la aportación económica no sea en genérico, sino para reforzar áreas críticas identificadas
Agentes implicados	Ministerio de Sanidad, Comunidades Autónomas, sociedades científicas (FACME), colegios profesionales, asociaciones de pacientes
Recursos	Aquellos recursos económicos que puedan obtenerse, incluyendo los de origen de la Unión Europea
Plazo	Por las características del proyecto, este es de corto plazo

Fuente: Elaboración propia

Marco de colaboración del sector privado con los servicios públicos del Sistema Nacional de Salud

Se trataría de fijar unas reglas de juego para la participación del sector sanitario privado en el servicio público, siempre en el marco de la transparencia y las prioridades públicas, partiendo de la filosofía de un refuerzo del sistema público, que no sea excluyente de la colaboración con el sistema privado, tanto en el ámbito del aseguramiento como de la provisión.

Esto se planteará tanto:

 En el mundo del seguro, buscando alguna fórmula de reconocimiento de la menor utilización del sistema público por parte de los más de 8 millones de personas con seguro privado y doble aseguramiento, así como de profundizar en la modernización del modelo MUFACE, que debería tener una mayor vinculación con el Ministerio de Sanidad

• En el *mundo de la provisión* que colabora con la prestación pública, tanto los conciertos singulares, como los ordinarios, las concesiones u otras fórmulas.

Se trataría de iniciar un proceso de diálogo abierto que fortalezca la confianza entre las partes y que desemboque en un nuevo marco de colaboración.

Un resumen de esta iniciativa puede verse en la **Tabla 37**.

Tabla 37. Marco de colaboración del sector privado con los servicios públicos del Sistema Nacional de Salud

Justificación	No existen estas reglas de juego y hay mucha desconfianza en este tema
Objetivos	Dotar de un marco regulador de la contribución del sector privado al servicio público
Agentes implicados	Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas, empresas privadas
Recursos	Los recursos aquí son fundamentalmente de negociación y esfuerzo regulador
Plazo	Por las características del proyecto, este es de medio plazo

Eje nº 2. Orientado a los ciudadanos y pacientes

En este apartado queremos hacer énfasis en tres necesidades: la de medir y tener en cuenta la experiencia del paciente en el Sistema Nacional de Salud; la de regular la participación de las asociaciones de pacientes a todos lo niveles; y, la de impulsar la toma de decisiones compartidas.

La **Figura 72** presenta las tres iniciativas a impulsar.

Figura 72. Eje nº2. Orientado a los ciudadanos y pacientes



Fuente: Elaboración propia

Medición de la experiencia del paciente

Esta iniciativa trata de definir unos indicadores de la experiencia del paciente, elaborados en colaboración con las asociaciones de pacientes y otras entidades como FACME; y, dar publicidad de los resultados, permitiendo poder segmentar y comparar por comunidades autónomas, áreas e instituciones.

Sin perjuicio de que se empiece antes, la publicación de estos indicadores podría ser parte de las labores de la Agencia de Información, Evaluación y Calidad.

El contenido de esta iniciativa puede verse en la **Tabla 38**.

La medición de la experiencia del paciente, un tema clave

Tabla 38. Medición de la experiencia del paciente	
Justificación	En este momento no se presta suficiente atención a la experiencia del paciente en el Sistema Nacional de Salud
Objetivos	Crear unos indicadores y permitir a los distintos niveles del sistema compararse en relación con la experiencia del paciente
Agentes implicados	Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas, asociaciones de pacientes, FACME
Recursos	Los recursos aquí son fundamentalmente de negociación, diseño conceptual, soporte informático y esfuerzo regulador
Plazo	Por las características del proyecto, este es de corto plazo

Regulación de la participación de las asociaciones de pacientes en las distintas instancias del Sistema Nacional de Salud

Se trataría de regular la participación de las asociaciones de pacientes en las distintas instancias del Sistema Nacional de Salud, tanto a nivel central, como autonómico, como a nivel de cada centro.

Un resumen de este planteamiento puede verse en la **Tabla 39**.

Las asociaciones de pacientes, un necesario protagonismo creciente

Tabla 39. Regulación de la participación de las asociaciones de pacientes en las distintas instancias del Sistema Nacional de Salud

Justificación	Aunque las asociaciones de pacientes participan activamente ya en el Sistema Nacional de Salud, esta participación no está regulada, tiene altibajos según los distintos momentos políticos y varía mucho de unas instituciones a otras
Objetivos	Se trataría de regular la participación de las asociaciones de pacientes en las distintas instancias del Sistema Nacional de Salud
Agentes implicados	Ministerio de Sanidad, Comunidades Autónomas, Asociaciones de Pacientes
Recursos	Los recursos aquí son fundamentalmente de negociación y esfuerzo regulador. Los requerimientos económicos son mínimos
Plazo	Por las características del proyecto, este es de corto plazo

Fuente: Elaboración propia

Impulso a la toma de decisiones compartidas en la práctica médica

La toma de decisiones compartidas – integrar al paciente en el manejo de su enfermedad, tomando decisiones informadas sobre las alternativas disponibles en cada circunstancia- es uno de los rasgos de la medicina del futuro.

Aunque esto se acepta generalmente, su puesta en marcha requiere un proceso de formación tanto de los profesionales como de los pacientes y el diseño de ciertas herramientas de apoyo.

El contenido de este Plan puede verse en la

Tabla 40.

Tabla 40. Plan para impulsar la toma de decisiones compartidas en la práctica médica

Justificación	La necesidad de impulsar la aplicación de este principio, que es básico en la medicina actual
Objetivos	Se trataría de ayudar al sistema a dar un paso adelante en la implantación de la toma de decisiones compartidas en la práctica médica. Entre sus objetivos estaría también el diseñar una serie de herramientas (folletos, videos, etc.) de facilitación de la toma de decisiones compartidas
Agentes implicados	Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas, asociaciones de pacientes, Colegios de Médicos
Recursos	Los recursos aquí son fundamentalmente de negociación y diseño. Los requerimientos económicos son mínimos
Plazo	Por las características del proyecto, este es de medio plazo

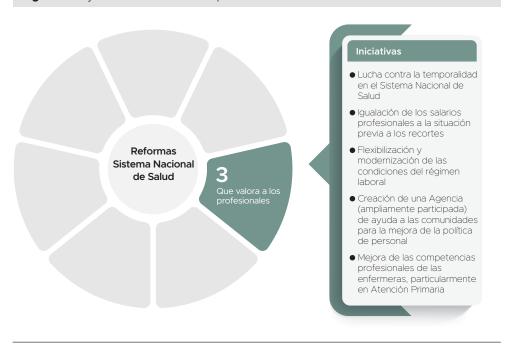
Eje nº 3. Que valora a los profesionales

En este apartado trataremos de incorporar soluciones a los muchos problemas detectados en el apartado de "Profundo malestar profesional", en el Capítulo sobre los problemas del sistema.

Una alta temporalidad; unos salarios que no han recuperado los valores previos a la crisis; la rigidez del régimen estatutario; la carencia de una política de personal moderna basada en la gestión por competencias; y, por último, un gran *gap* entre el nivel de formación y la labor de las enfermeras en determinadas áreas son los principales problemas detectados.

Esto nos ha llevado a definir cinco iniciativas, según el esquema siguiente (**Figura 73**).

Figura 73. Eje nº3. Que valora a los profesionales



Fuente: Elaboración propia

Lucha contra la temporalidad en el Sistema Nacional de Salud

Ya hemos visto como la temporalidad es, con carácter crónico, una grave lacra del Sistema Nacional de Salud.

Por las características del sector (amplia feminización, bajas laborales, etc.) una cierta temporalidad siempre va a haber. Pero estimamos que no tiene porqué superar el 5-7%, en ningún caso debe alcanzar las cifras próximas o que superan el 20-40% de la situación actual.

Entendemos que la mejor y más rápida forma de acabar con la temporalidad es la oferta de un contrato laboral indefinido a muchos de los temporales (particularmente a los interinos), tal y cómo se presenta en la **Tabla 41**. Tal vez hay otras formas de arreglar el problema, que pueden se igualmente válidas, pero tienen que ser de efecto rápido. Un problema tan grave no admite soluciones a medio o largo plazo.

El planteamiento de las sucesivas OPEs ha demostrado ya, por sus largos plazos, no ser la herramienta adecuada para acabar con la temporalidad. Nos acogemos así a la propuesta de diversificación contractual en el Sistema Nacional de Salud esbozada en el Capítulo IV La lucha contra la temporalidad laboral en el sector sanitario: no es lo único que hay que hacer en política de personal pero es un tema previo a resolver

Tabla 41. Lucha contra la temporalidad en el Sistema Nacional de Salud		
Justificación	La temporalidad laboral es una lacra del actual sistema, alcanzando en algunas instituciones y servicios el 40% o más	
Objetivos	Se trataría de impulsar medidas que, de forma rápida, permitieran resolver este problema, sustituyendo la dicotomía entre contratos temporales o plazas vitalicias "en propiedad". Para ello podría ofrecerse a los actuales temporales contratos laborales indefinidos, sin perjuicio de la posterior convocatoria de la plaza	
Agentes implicados	Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas, sindicatos, colegios profesionales	
Recursos	Los recursos aquí son fundamentalmente de negociación y diseño. Los requerimientos económicos son mínimos	
Plazo	Por las características del proyecto, este es de corto plazo	

Fuente: Elaboración propia

Mejora del nivel retributivo de los médicos y otros profesionales sanitarios

El nivel retributivo de los profesionales: un tema crítico, para atraer talento al sector Parece sorprendente plantear esto cuando la situación económica está muy deteriorada tras la crisis del coronavirus.

Pero teniendo en cuenta, como hemos visto, el gran *gap* entre la retribución médica y de otros profesionales con los países europeos con los que competimos en la atracción de talento y que los salarios de los profesionales todavía están en torno a

un 20% por debajo de los salarios previos a la crisis de 2008, es urgente revertir esta situación, aunque el planteamiento pueda ser gradual. Cualquier incremento de la financiación sanitaria pública debe priorizar el nivel retributivo de los profesionales.

El contenido de este Plan se presenta en la **Tabla 42**

Tabla 42. Mejora del nivel retributivo de los médicos y otros profesionales		
Justificación	El profundo deterioro que sufrieron los salarios profesionales, muy particularmente de los médicos, tras la anterior crisis	
Objetivos	El criterio que debe prevalecer es el de recompensar de manera diferenciada la cualificación y la responsabilidad	
Agentes implicados	Ministerio de Hacienda, Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas, sindicatos, colegios profesionales	
Recursos	Obviamente, esta operación no es gratuita y, dadas las circunstancias económicas, debe ser gradual	
Plazo	Por las características del proyecto, este es de corto plazo, al menos en su planteamiento	

Fuente: Elaboración propia

Flexibilización y modernización de las condiciones del régimen laboral

Se trataría de ir superando, de forma gradual, la situación no predominante en Europa que representa que el personal del sistema sanitario público tenga un régimen que los equipara a funcionarios. El planteamiento sería gradual, respetando los derechos adquiridos y por iniciativa de los equipos profesionales y multidisciplinares que

quieran constituirse en unidades de gestión clínica.

Por otra parte, el sistema ha entrado en crisis, ya que hay algunas comunidades (como Cataluña) desde hace muchos años ya no realizan convocatorias de OPE's. Muy recientemente el Comité de Expertos creado

en la Generalitat de Cataluña recomienda priorizar el régimen laboral en las nuevas contrataciones para todas las categorías profesionales (garantizando los derechos del personal estatutario) (352).

Se propone un sistema que permita garantizar:

- La diversidad de regímenes contractuales en el Sistema Nacional de Salud, algo similar a lo que se plantea para las Universidades, según hemos visto en el Capítulo IV (Profundo malestar profesional, fundamentalmente médico)
- Garantizar una cualificación profesional adecuada
- El respeto a la capacidad de contratación por los centros

• Favorecer la movilidad dentro del Sistema Nacional de Salud

Para ello lo que se propone es diversificar los regímenes contractuales y *separar el proceso de habilitación* (mediante un sistema nacional), *del de contratación* (por cada una de las instituciones provisoras del Sistema Nacional de Salud), algo similar a lo que ya existe en el National Health Service británico y en Francia. Tanto en el Reino Unido, como en Francia e Italia han sido capaces de gestionar una regulación de contrato médico nacional, con importantes adaptaciones al hospital y puesto de trabajo (353).

Este planteamiento se contempla en la **Tabla 43**.

Tabla 43. Flexibilización y modernización de las condiciones del régimen laboral

Justificación	La anomalía que representa, en el contexto internacional, el que el personal del servicio público de salud tenga la condición de funcionarios o asimilados, así como la crisis debido a que algunas comunidades ya no convocan OPEs
Objetivos	El avance, de forma progresiva y respetando los derechos adquiridos, hacia: La diversificación contractual La separación del régimen de habilitación (nacional) del de contratación (por las distintas instituciones provisoras del Sistema Nacional de Salud)
Agentes implicados	Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas, sindicatos, colegios profesionales, sociedades científicas, etc.
Recursos	Este planteamiento requiere cuantiosos recursos organizativos, de gestión y de negociación
Plazo	Por las características del proyecto, este es de medio plazo

Fuente: Elaboración propia

Creación de una Agencia (ampliamente participada), de ayuda a las comunidades autónomas para la mejora de la política de recursos humanos

La política de recursos humanos en sanidad es sumamente compleja: desarrollo de conceptos como gestión por competencias, incentivos, carrera profesional, contenido del puesto del trabajo, etc. El dominio de tan variados temas no está al alcance de cualquier organización sanitaria o incluso comunidades autónomas. Tampoco muchas veces los gobiernos por sí solos están en la mejor de las posiciones para avanzar en estos conceptos.

^{352 30} Mesures per Enfortir el Sistema de Salut, Comitè d'Experts per a la Transofrmación del Sistema Públic de Salut, 21 de setembre de 2020 (Punto 19, pág. 12)

³⁵³ Médicos en cinco Sistemas Sanitarios Integrados Europeos Consejería de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha, 2009 https://homologacioneslatinmedica.files.wordpress.com/2010/11/sistema-laboral-medico-europa-2009.pdf, consultado 20 septiembre, 2020

Es por lo que este plan incluye la creación de una Agencia independiente participada por el Gobierno central, las comunidades autónomas, las sociedades científicas y otras entidades para compartir experiencias y llegar a recomendaciones para el conjunto de las comunidades, las cuales aplicarán o no, a su criterio, estas recomendaciones (**Tabla 44**).

Tabla 44. Creación de un Agencia (ampliamente participada), de ayuda a las comunidades autónomas para la mejora de la política de recursos humanos

Justificación	La complejidad de las políticas de recursos humanos en sanidad, que requiere un órgano independiente y ampliamente participado, para efectuar recomendaciones generales y evaluar experiencias
Objetivos	Creación de una Agencia independiente ampliamente participada, de asesoría a las comunidades autónomas en materia de política de personal
Agentes implicados	Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas, sociedades científicas,
Recursos	Se trata no tanto de recursos económicos, como organizativos y de coordinación
Plazo	Por las características del proyecto, este es de medio plazo

Fuente: Elaboración propia

Mejora de las competencias profesionales de las enfermeras (particularmente en Atención Primaria)

El refuerzo del papel de las enfermeras: clave en la mejora del modelo asistencial Ya hemos visto como en Enfermería se da un *gap* entre las competencias profesionales y la actividad real.

El abordaje de este tema es urgente, particularmente en Atención Primaria, dónde es preciso todo un rediseño de las labores del personal de enfermería, para implicarlo mucho más en labores de continuidad asistencial, seguimiento de pacientes crónicos, atención domiciliaria e implicación en la comunidad.

El contenido de esta iniciativa puede verse en la **Tabla 45**.

Tabla 45. Plan de mejora de las competencias profesionales de las enfermeras (particularmente en Atención Primaria)

Justificación	La necesidad de adecuar la cualificación de la enfermería a su actividad real
Objetivos	Mejorar y enriquecer la actividad profesional de la enfermería, en beneficio del Sistema Nacional de Salud
Agentes implicados	Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas, Consejo General de Enfermería, sociedades científicas de Atención Primaria, FACME
Recursos	Se trata no tanto de recursos económicos, como organizativos y de coordinación
Plazo	Por las características del proyecto, este es de corto plazo

Eje nº 4. Con una financiación suficiente y con evaluación

Muchos de los temas sobre la financiación de la sanidad están en relación con el nuevo modelo de financiación de las comunidades autónomas.

Lógicamente, no vamos a sugerir cómo debe ser ese modelo, pero sí queremos incidir en varios hechos:

 La necesaria implicación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y, en su caso, del Órgano de representación del conjunto del sector que se propone en este documento, en los temas de financiación del sistema sanitario, ya que esto no puede quedar solo al criterio, sin informe previo, del Consejo de Política Fiscal y Financiera.

- El necesario refuerzo de la Atención Primaria.
- El refuerzo del fondo de cohesión, para el impulso de políticas comunes.

Esto nos ha llevado a definir cuatro iniciativas, según se presentan en la **Figura 74**.

Figura 74. Eje nº4. Con una financiación suficiente y con evaluación



Fuente: Elaboración propia

Pacto sobre criterios generales de la financiación pública de la sanidad

No es posible en sanidad establecer un gasto público óptimo, pero sí es posible hacer algunas aproximaciones en función de la evolución del gasto sanitario en otros países, de la marcha de la economía y de los requerimientos del sistema, de acuerdo

con las necesidades de la población y los pacientes y el desarrollo de la tecnología.

La idea es evitar el "café para todos" y utilizar la financiación selectiva para reformas que aumenten la calidad y eficiencia del Sistema Nacional de Salud. También es posible cerrar un Pacto para que el sistema sanitario se persone de alguna manera ante el Consejo de Política Fiscal y Financiera para exponer las necesidades de financiación y, en su caso, los criterios de actuación ante el gasto sanitario.

El contenido de este Pacto puede verse en la **Tabla 46**.

Una mejora de la financiación a partir de las necesidades y de planes de mejora concretos, no para hacer "más de los mismo" o como operaciones

Tabla 46. Pacto sobre criterios generales de la financiación pública de la sanidad		
Justificación	La necesidad de disponer de un horizonte consensuado en cuanto a la financiación del sistema sanitario	
Objetivos	Lograr un Pacto entre los distintos grupos políticos en cuanto a los requerimientos financieros del sector y la forma de actualizarlos y de influir sobre el Consejo de Política Fiscal y Financiera	
Agentes implicados	Grupos políticos, Ministerio de Sanidad, agentes del sector (sociedades científicas, asociaciones de pacientes, empresas, etc.)	
Recursos	La conclusión de este Pacto, a la vista de los problemas y necesidades del sistema (listas de espera, retribuciones de los profesionales, acceso a nuevas terapias, et.), puede llevar, más que probablemente, a hacer un planteamiento de aumento de recursos financieros para el Sistema Nacional de Salud	
Plazo	Por las características del proyecto, este es de medio plazo	

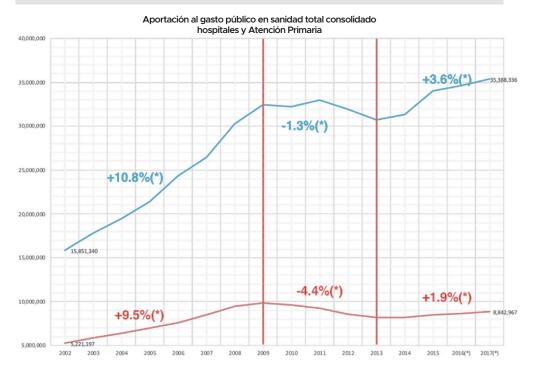
Fuente: Elaboración propia

Mejora de la financiación de Atención Primaria

Se sabía ya, pero quedó muy claro durante la crisis del coronavirus la necesidad de reforzar la Atención Primaria.

La **Figura 75** pone de manifiesto cómo han evolucionado los gastos en Atención Primaria, comparándolos con la Atención Especializada. Atención Primaria ha crecido menos que la especializada en la época precrisis, sufrió más durante la crisis y se recupera mucho más lentamente en la época poscrisis.

Figura 75. Evolución del gasto sanitario público en hospitales y atención primaria



Hospitales Atención Primaria

Fuente: Ministerio de Sanidad, Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público

El contenido de esta iniciativa se presenta en la Tabla 47.

Tabla 47. Mejora de la financiación de Atención Primaria		
Justificación	La necesidad de reforzar la Atención Primaria	
Objetivos	El aumento de la financiación de Atención Primaria, ligándolo a una renovación de su actividad (dotación en TI, telemedicina, énfasis en la monitorización de pacientes por enfermería, atención domiciliaria, reforzar las actividades comunitarias y de salud poblacional, etc.)	
Agentes implicados	Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas, FACME, sociedades de primaria, asociaciones de pacientes, etc.	
Recursos	Este plan va a requerir una presupuestación, que habrá que concretar, sin perjuicio de los esfuerzos organizativos y de consenso necesarios	
Plazo	Por las características del proyecto, este es de corto plazo	

Fuente: Elaboración propia

Refuerzo del fondo de cohesión

Con el fin de impulsar el desarrollo de ciertos programas de alcance nacional (medicina personalizada, inteligencia artificial, etc.).

Algunos (354) han llegado a proponer una cuantificación de este fondo, para que

alcance el 2% del gasto público en sanidad en cinco años, unos 1.500 millones de euros.

El contenido de esta iniciativa se presenta en la **Tabla 48**.

Tabla 48. Refuerzo del fondo de cohesión		
Justificación	La necesidad de poder impulsar financieramente ciertos programas para el conjunto del Sistema Nacional de Salud	
Objetivos	La fijación de un presupuesto ligado al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud	
Agentes implicados	Ministerio de Hacienda, Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas,	
Recursos	Esta iniciativa va a requerir una presupuestación, que habrá que concretar, sin perjuicio de los esfuerzos organizativos y de consenso necesarios	
Plazo	Por las características del proyecto, este es de medio plazo	

El refuerzo del fondo de cohesión, un instrumento fundamental para impulsar programas de alcance nacional

Fuente: Elaboración propia

"Programa UE por la Salud" y otros programas comunitarios de apoyo a la salud

A raíz de la crisis de la COVID, Europa concluyó que tiene que dar mayor prioridad a la salud, disponer de sistemas sanitarios capaces de proporcionar una asistencia de vanguardia y estar preparados para reaccionar frente a las epidemias y otras amenazas para la salud.

El programa *"La UE por la Salud" (EU 4 Health)* (1955) definirá ámbitos de actuación claves y contará con un presupuesto de 9.400 millones de euros para el período 2021–2027. Las principales líneas de actuación de este programa son:

Comisión Europea, Bruselas, 28.5.2020 COM (2020) 405 final

³⁵⁴ José Martínez Olmos, intervención ante el Grupo de Sanidad y Salud Pública de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados, 15 de junio, 2020

³⁵⁵ Propuesta del Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo relativo a la creación de un programa de acción de la Unión en el ámbito de la salud para el período 2021-2027 y por el que se deroga el Reglamento n° 282/2014 ("programa La UE por la Salud")

- Seguimiento de las amenazas transfronterizas de salud
- Hacer los medicamentos disponibles y accesibles económicamente
- Fortalecimiento de los sistemas de salud

Los Anexos del Reglamento (356) fija una lista de posibles acciones admisibles a efectos de financiación, así como los indicadores para la evaluación del programa. Entre las posibles acciones están el refuerzo de los sistemas sanitarios nacionales; acciones de lucha contra el cáncer; acciones relativos a medicamentos, vacunas y productos sanitarios; y, transformación digital de la sanidad.

Por supuesto, otros programas comunitarios podrán financiar acciones en el ámbito de la salud, como el *Mecanismo de Protección Civil de la Unión (MPCU/rescEU);* el *Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER);* el *Fondo Social Europeo Plus (FSE+);* el *Mecanismo de Recuperación y Resiliencia;* el *programa Horizonte Europa,* que financiará la investigación e innovación en el ámbito de la salud; el programa *Europa Digital;* y, el *programa digital del Mecanismo "Conectar Europa" 2 (MCE Digital).*

Es fundamental que España como país y el conjunto de comunidades autónomas y otras instituciones públicas y privadas se personen con programas e iniciativas susceptibles de recibir esas ayudas (ver

Tabla 49

Tabla 49. Programa La EU por la Salud y otros programas comunitarios		
Justificación	Necesidad de aprovechar las ventajas de los programas comunitarios	
Objetivos	Obtener financiación, particularmente en el ámbito de refuerzo del sistema sanitario y transformación digital de la sanidad	
Agentes implicados	Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas, instituciones públicas y privadas	
Recursos	Los recursos fundamentales proceden de la UE, aunque el diseño de los proyectos también necesita recursos	
Plazo	Por las características del proyecto, este es de corto-medio plazo	

Fuente: Elaboración propia

Eje nº 5. Un modelo asistencial adaptado a las nuevas necesidades y demandas sociales

El objetivo de los planes de este eje es doble, por una parte, adaptar el modelo asistencial a la nueva sociedad y, en segundo lugar, tratar de resolver ciertos problemas que hemos visto para los pacientes en el Capítulo IV. De acuerdo con este planteamiento planteamos nueve iniciativas en este eje (Figura 76):

Iniciativas

Plan sobre listas de espera

Impulso a las nuevas formas de atención

Plan sobre atención

Plan sobre atención médica de las residencias

Relaciones sistema sanitario y socio-sanitario

Observatorio de inequidades de acceso a determinadas terapias

Garantía de acceso al

Figura 76. Eje nº5. Un modelo asistencial adaptado a las nuevas demandas sociales

Fuente: Elaboración propia

Plan sobre listas de espera

Este Plan va destinado a acabar con una de las formas de deslegitimación del sistema más importantes, según hemos visto.

La situación se ha agravado tras la pandemia del coronavirus, puesto que significó que la atención a los pacientes no COVID 19 se interrumpiera durante varios meses.

Se trata de definir las líneas maestras de un plan, que, en su aplicación, será implementado por las comunidades autónomas.

Como hemos visto, todos los planes que se han aplicado sobre las listas de espera en España tienen un punto en común: ninguno de ellos ha funcionado.

conjunto de las terapias

Plan de Atención Dental
Plan de Salud Mental

Plan de actualización del parque tecnológico

El plan que se propone incorpora un elemento nuevo: una vez superados los plazos razonables de espera en el Las listas de espera un planteamiento puramente administrativo, sin dar opción a los pacientes, no dará resultados sistema público (a definir), el paciente acudirá, por su propia iniciativa y sin más trámites, a alguno de los centros privados acreditados para resolver ese tipo concreto de patología, según un listado que será público. La transparencia debe presidir el funcionamiento de este plan (**Tabla 50**).

Tabla 50. Plan sobre listas de espera		
Justificación	La existencia crónica de largas listas de espera, que contribuyen a deslegitimar el sistema	
Objetivos	El plan tendrá varios componentes: Fijación de tiempos máximos aceptables por patologías y procedimientos Acuerdo sobre criterios de inclusión en listas de espera (pactado con las sociedades científicas) Establecimiento de incentivos para el sistema público Acreditación de centros privados, en relación con el tipo de actividad Superado el tiempo máximo, el paciente podrá ir directamente a un centro privado acreditado para ese procedimiento	
Agentes implicados	Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas, sociedades científicas, provisores privados	
Recursos	El esfuerzo de este plan es el de diseño y consenso, aunque requerirá recursos económicos adicionales	
Plazo	Por las características del proyecto, este es de corto plazo	

Fuente: Elaboración propia

Impulso a las nuevas formas de atención

Cambios en el modelo asistencial: redes asistenciales, telemedicina, atención domiciliaria, continuidad asistencial Se trata avanzar en la renovación del modelo asistencial, muy particularmente:

• Creación de redes asistenciales, que se configurarán en torno a los procesos asistenciales y los servicios y unidades clínicas se reorganizarán en función de su contribución a esos procesos y serán multidisciplinares y multinivel (atención primaria, especializada, servicios sociales y sociosanitarios).

- Telemedicina, por cuyo desarrollo hay que apostar fuertemente, particularmente después del coronavirus
- Atención domiciliaria

todo el sistema

• Continuidad asistencial, fundamentalmente mediante enfermeras de enlace para pacientes crónicos complejos que sigan su periplo a lo largo de

El contenido de este Plan puede verse en la

Tabla 51

Tabla 51. Plan de impulso a las nuevas formas de atención		
Justificación	La necesidad de impulsar nuevas formas de atención	
Objetivos	Avanzar en los nuevos elementos del modelo asistencial (redes asistenciales, telemedicina, atención domiciliaria, continuidad asistencial)	
Agentes implicados	Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas, sociedades científicas, provisores privados	
Recursos	El esfuerzo de este plan es el de diseño y consenso. Los recursos económicos de este plan no son significativos	
Plazo	Por las características del proyecto, este es de medio plazo	

Plan sobre atención médica en las residencias de mayores y personas con discapacidad

Las residencias de mayores fueron el escenario de lo peor en la pasada pandemia del coronavirus.

Miles de mayores murieron sin asistencia (incluyendo sedación) y solos.

El problema tuvo su origen en dos hechos: 1. La no identificación de estos residentes como grupo de riesgo; y 2. El diseño no correcto del apoyo del sistema sanitario a las residencias. Teniendo en cuenta que por encima del 70% de los residentes de las residencias de mayores tienen alguna o varias enfermedades crónicas y están polimedicados, es muy importante fijar los criterios de conexión con el sistema sanitario.

El contenido de este Plan se expone en la **Tabla 52**.

Las residencias de mayores deben plantear la atención sanitaria adecuada de sus residentes

Tabla 52. Plan sobre atención médica en las residencias de mayores y personas con discapacidad

Justificación	Articular de manera adecuada la atención médica a las residencias de mayores y de personas con discapacidad, así como las relaciones de estas instituciones con el sistema sanitario
Objetivos	Establecer los siguiente: Criterios mínimos de dotación en las residencias (oxígeno, medicamentos básicos, etc.) Criterios mínimos de atención médica o de enfermería, propia o mediante acuerdos con otras instituciones Protocolo de relaciones con los dispositivos asistenciales del Área (Atención Primaria, Hospitales)
Agentes implicados	Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas, sociedades científicas, Asociación de Empresas de Servicios para la Dependencia (AESTE), asociaciones de pacientes
Recursos	El esfuerzo de este plan es el de diseño y consenso. Los recursos económicos de este plan no son significativos
Plazo	Por las características del proyecto, este es de corto plazo

Relaciones sistema sanitario y dispositivos sociales y sociosanitarios

Por las características de los pacientes predominantes -muchos crónicos y algunos crónicos complejos y vulnerables- será cada vez más común el moverse entre los servicios sanitarios y los servicios sociales y sociosanitarios.

Dicha iniciativa pretende definir un protocolo de relaciones entre estas instituciones, preservando la continuidad asistencial (**Tabla 53**).

Tabla 53. Relaciones del sistema sanitario con los recursos sociales y sociosantarios Justificación El periplo continuo de algunos pacientes entre los servicios sanitarios y los sociales y sociosanitarios obliga a la facilitación de esas relaciones Objetivos Definir un sistema de relaciones entre los servicios sanitarios y los sociales y sociosanitarios, preservando la continuidad asistencial Establecer los siguiente: • Un registro de los servicios sociales y sociosanitarios del área, que deberá ser conocida por los servicios sanitarios Un protocolo de relaciones • Una garantía de la continuidad asistencial entre estos centros, especialmente para los crónicos complejos Agentes implicados Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas, ayuntamientos, sociedades científicas, asociaciones de pacientes Recursos El esfuerzo de este plan es el de diseño y consenso. Los recursos económicos de este plan no son significativos Plazo Por las características del proyecto, este es de medio plazo

Fuente: Elaboración propia

Observatorio de inequidades de acceso a determinadas terapias

Como hemos visto en el apartado correspondiente, para la misma patología existen grandes disparidades territoriales, de área y de hospital en su abordaje. Se trata de crear un Observatorio de seguimiento de esa realidad, que difundirá periódicamente sus resultados, de tal manera que se puedan tomar medidas (**Tabla 54**).

Tabla 54. Observatorio de inequidades de acceso a determinadas terapias		
Justificación	Grandes desigualdades no justificadas en el abordaje de las mismas patologías	
Objetivos	Se trata de asegurar el cumplimiento de la cartera común en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, para lo cual se creará un Observatorio de seguimiento de aquellas patologías en las que se haya detectado más desigualdades. Los resultados del Observatorio serán hechos públicos	
Agentes implicados	Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas, sociedades científicas, asociaciones de pacientes	
Recursos	El esfuerzo de este plan es el de diseño y consenso. Los recursos económicos de este plan no son significativos	
Plazo	Por las características del proyecto, este es de corto plazo	

Garantía de acceso al conjunto de las terapias

En el caso concreto de los medicamentos puede haber grandes diferencias en el acceso entre unas comunidades a otras e incluso por áreas y hospitales.

Los retrasos, como hemos visto, pueden venir de la actividad de la Comisión de

Precios de los medicamentos o de las propias Comisiones Autonómicas y hospitalarias, que introducen retrasos adicionales.

El planteamiento para abordar este problema puede verse en la **Tabla 55**.

Tabla 55. Plan de garantía de ad	cceso al con	junto de l	as terapias

Justificación	Existen grandes desigualdades en el acceso a las terapias con medicamentos en el conjunto del territorio nacional
Objetivos	Se trata de asegurar un rápido acceso de los medicamentos, una vez que su coste/efectividad ha sido demostrada. Para ello, estas diferencias se seguirán desde el Observatorio de inequidades y la información hecha pública. Igualmente, se revisará el rol de las Comisiones Autonómicas y Hospitalarias de medicamentos, para asegurar que su actividad no quiebre el principio de acceso a las terapias.
Agentes implicados	Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas, sociedades científicas, asociaciones de pacientes
Recursos	El esfuerzo de este plan es el de diseño y consenso. Los recursos económicos de este plan no son significativos
Plazo	Por las características del proyecto, este es de medio plazo

No puede haber diferencias entre comunidades, hospitales y áreas en el acceso a los medicamentos

Fuente: Elaboración propia

Plan de Atención Dental

España es de los países de la Unión Europea que menos gasto público dedica a la atención dental.

Una equiparación con los países más avanzados de Europa obliga a superar esta situación.

Lógicamente, por el coste de esta operación, esto solo puede hacerse de forma progresiva

y, probablemente, como hacen algunas comunidades autónomas, como el País Vasco y Andalucía, no tanto creando dispositivos públicos propios, sino llegando a acuerdos con dentistas y redes de atención dental.

El contenido de este Plan puede verse en la **Tabla 56**.

Tabla	56	Dlan	do	Atención	Dontal

Justificación	Insuficiente, en términos de la UE, cobertura pública de la atención dental
Objetivos	Definir un plan de progresiva cobertura pública de la atención dental, basándose en acuerdos con dentistas y redes de centros dentales
Agentes implicados	Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas, Consejo General de Dentistas, redes de dentistas, asociaciones de pacientes
Recursos	Los recursos económicos necesarios para este plan pueden llegar a ser cuantiosos, por lo que es preciso necesariamente diseñar un plan multi-anual
Plazo	Por las características del proyecto, este es de largo plazo

Fuente: Elaboración propia

Un replanteamiento del servicio público de la atención dental es necesario

La Salud Mental, siempre olvidada,

Plan de Salud Mental

Como hemos visto en el apartado de las inequidades, la Salud Mental es un mundo lleno de inequidades.

En parte, la Salud Mental sufre todavía su origen de prestación no cubierta por el sistema de Seguridad Social. Aunque hay una Estrategia de Salud Mental de 2006 (actualizada en 2009), el propósito sería actualizarla, incorporando en su elaboración a las asociaciones de pacientes, que no habían estado implicadas en la edición anterior (**Tabla 57**).

Tabla 57. Plan de Salud Mental	
Justificación	Deficiencias e inequidades en la atención a la salud mental
Objetivos	Redefinir una estrategia nacional de Salud Mental, actualizando la existente y reforzando la participación
Agentes implicados	Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas, FACME, Sociedad Española de Psiquiatría, Consejo de Psicólogos, Sociedades de Atención Primaria, asociaciones de pacientes
Recursos	El mayor esfuerzo es el de consenso e impulso político. No obstante, hay también necesidades presupuestarias en este campo, ya que se parte de un nivel muy bajo
Plazo	Por las características del proyecto, este es de largo plazo

Fuente: Elaboración propia

Plan de Actualización del Parque Tecnológico

Una especie de plan RENNOVE de actualización tecnológica en el sector sanitario público Como hemos visto en el apartado correspondiente, la obsolescencia del parque tecnológico en España es un auténtico problema. La idea sería aprovechar esta necesaria renovación para hacer otras dos cosas, también necesarias: 1) la fijación de unos criterios generales de reposición; y, 2) algunos criterios sobre la productividad y utilización de los equipos (**Tabla 58**).

Tabla 58. Plan de Actualización del Parque Tecnológico	
Justificación	Obsolescencia de los equipos en los hospitales públicos
Objetivos	Realizar un plan de actualización, acompañado por unos criterios de reposición de los distintos equipos, así como estándares de productividad y utilización
Agentes implicados	Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas, FACME, FENIN
Recursos	FENIN tiene calculado el coste de la inversión de reposición en 1.500 millones de euros, lo que se propone desarrollar en cuatro anualidades
Plazo	Por las características del proyecto, este es de corto plazo

Eje nº 6. Eficiente y transparente

Los planes de este eje pretenden un doble fin: por una parte, impulsar un cambio de la forma de gestión de las instituciones sanitarias hacia una configuración más empresarial y, en segundo lugar, favorecer la transparencia del sistema en todos los aspectos, incluyendo los resultados asistenciales.

En este apartado se desarrollan cinco iniciativas, de acuerdo con la **Figura 77**.

Figura 77. Eje nº6. Eficiente y transparente



Fuente: Elaboración propia

Programa de autonomía de gestión de las instituciones sanitarias

De acuerdo con lo comentado en el Capítulo V (Marco de gestión de las instituciones sanitarias) se trataría de que las instituciones sanitarias provisoras (sean hospitales, centros de salud, áreas sanitarias o la organización que se decida) avancen en su capacidad de gestión, mediante la adquisición de personalidad jurídica o capacidades equivalentes y una mayor autonomía financiera y en el régimen de personal.

El avance hacia la autonomía de gestión de las instituciones sanitarias dependerá de las diferentes comunidades que pueden imprimir distinto ritmo y características a este cambio.

Tal vez fuera conveniente crear una plataforma ampliamente participada por gobiernos y entidades del mundo sanitario para guiar este cambio, creando recomendaciones, análisis de experiencias, definición de mejores prácticas, etc. (**Tabla 59**).

Avance hacia una mayor autonomía de los centros sanitarios, la necesidad de reactivar este

Tabla 59. Programa de autonomía de gestión de las instituciones sanitarias	
Justificación	El actual marco administrativo no es el más idóneo para la autonomía y eficiencia de las instituciones sanitarias
Objetivos	Avanzar en el ámbito de autonomía de las organizaciones sanitarias, dotándolas de capacidad de gestión económica y de personal
Agentes implicados	FACME, sociedades científicas, comunidades autónomas, escuelas de negocios
Recursos	El recurso fundamental aquí no es tanto el económico como el organizativo
Plazo	Por las características del proyecto, este es de medio plazo

Fuente: Elaboración propia

Impulso a la gestión clínica

La gestión clínica: una necesaria transferencia controlada de responsabilidad a los profesionales La idea sería impulsar la creación de unidades de gestión clínica, entendida esta como la transferencia de responsabilidad organizativa y de gestión a los profesionales, e incentivos basados en resultados. Para ello se propone la creación de una plataforma ampliamente participada de apoyo y tutela al desarrollo de estas iniciativas.

El planteamiento se presenta en la **Tabla 60**.

Tabla 60. Impulso a la gestión clínica	
Justificación	La necesidad de implicar a los profesionales en la gestión en sentido amplio
Objetivos	Diseñar unos criterios de funcionamiento de unidades de gestión clínica, identificar mejores prácticas y crear un órgano de apoyo a la creación y desarrollo de esas unidades
Agentes implicados	FACME, sociedades científicas, comunidades autónomas, Ministerio de Sanidad
Recursos	El recurso fundamental aquí no es tanto el económico como el organizativo
Plazo	Por las características del proyecto, este es de medio plazo

Difusión resultados asistenciales

En la actualidad la mayor parte de la información que se difunde del sistema tiene que ver con recursos y actividad.

Es fundamental incorporar la información por resultados, de tal manera que puedan

compararse entre comunidades, áreas, instituciones sanitarias e incluso servicios, incluyendo al sector privado

El planteamiento se expone en la **Tabla 61**.

Tabla 61. Programa de difusión de resultados asistenciales	
Justificación	Actualmente la mayor parte de la información del sistema tiene que ver con recursos y actividad
Objetivos	Diseñar unos criterios de medición de los resultados asistenciales y difundir sus resultados por comunidades autónomas, áreas e instituciones. La difusión de estos resultados correspondería a la Agencia de Información, Evaluación y Calidad
Agentes implicados	FACME, sociedades científicas, comunidades autónomas, Ministerio de Sanidad
Recursos	El recurso fundamental aquí no es tanto el económico como el organizativo, sin perjuicio de que tiene que haber un mínimo de soporte al desarrollo del Plan
Plazo	Por las características del proyecto, este es de medio plazo

La transparencia a nivel de los resultados, una necesidad

Fuente: Elaboración propia

Plan de información del Sistema Nacional de Salud

Una de las enseñanzas de la crisis de la pandemia del coronavirus es que no había un plan de información en el Sistema Nacional de Salud, basado en estándares, algo similar al modelo FHIR, que tuvo su origen en Estados Unidos, pero ahora está en proceso de implantación en otros muchos países e incluso en algunas comunidades autónomas españolas.

Este plan de información quiere rellenar ese hueco, según se expone en la **Tabla 62**.

Tabla 62. Plan de Información del Sistema Nacional de Salud	
Justificación	Como quedó claro durante la crisis de la pandemia, el sistema carece de un sistema de información
Objetivos	Diseñar unos criterios que permitan avanzar a un plan de información del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con el modelo FHIR o similares
Agentes implicados	Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas, sociedades científicas, empresas especializadas
Recursos	El recurso fundamental aquí no es tanto el económico como el organizativo, sin perjuicio de que tiene que haber un mínimo de soporte al desarrollo del Plan
Plazo	Por las características del proyecto, este es de medio plazo

Fuente: Elaboración propia

La pandemia ha dejado claro la necesidad de un Plan de Información del Sistema Nacional de Salud

Agencia de Información, Evaluación y Calidad

La carencia de una Agencia de Información, similar a la que existe en otros muchos países, incluso con sistemas sanitarios descentralizados, es un hecho muy llamativo en el Sistema Nacional de Salud. Esto, entre otras cosas, impide sacar una de las grandes ventajas de los sistemas descentralizados: la posibilidad de comparar experiencias en base a resultados y la emulación.

La creación de esta Agencia pretende responder a este déficit (**Tabla 63**).

Agencia de Información, Evaluación y Calidad, una herramienta importante, que muchos otros países tienen

Tabla 63. Agencia de Información, Evaluación y Calidad	
Justificación	Carencia de una Agencia de estas características en el Sistema Nacional de Salud, lo que impide analizar y comparar resultados
Objetivos	Creación de una Agencia autónoma, ampliamente participada en su gobernanza, que se ocupe de la difusión de información fiable del conjunto del Sistema Nacional de Salud, tanto financiera como asistencial (y tanto de recursos, como de actividad, como de resultados)
Agentes implicados	FACME, sociedades científicas, comunidades autónomas, Ministerio de Sanidad
Recursos	Pendiente de presupuestación, aunque, como es lógico, la Agencia debe disponer de una sede, de un personal y de una previsión de gastos de funcionamiento
Plazo	Por las características del proyecto, este es de medio plazo

Fuente: Elaboración propia

Eje nº 7. Abierto y promotor de innovación y desarrollo

En nuestros deseos aspiracionales se encuentra un sistema sanitario abierto a la innovación y promotor de innovación y desarrollo, capaz de atraer inversiones nacionales y extranjeras y realizar una contribución al cambio de modelo de desarrollo español hacia la sociedad del conocimiento.

Desde esta perspectiva se plantean cinco iniciativas, de acuerdo con la **Figura 78**.

Figura 78. Eje nº7. Abierto y promotor de innovación y desarrollo



Plan Estratégico de Medicina Personalizada de Precisión

Como se ha comentado en el correspondiente apartado, la medicina de precisión, en ausencia de un plan, está teniendo un desarrollo no homogéneo en las distintas comunidades autónomas. Tampoco existe una cartera de servicios en relación con ese plan.

El objetivo de este plan es impulsar las terapias avanzadas y la medicina de precisión y hacerlo como una prestación del Sistema Nacional de Salud (**Tabla 64**).

Tabla 64. Plan Estratégico de Medicina Personalizada de Precisión	
Justificación	Desarrollo irregular de las terapias avanzadas y la medicina de precisión en el Sistema Nacional de Salud
Objetivos	Desarrollo de un Plan Estratégico de Medicina de Precisión, siguiendo las recomendaciones de la Comisión del Senado y de algunas entidades representativas
Agentes implicados	Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas, FACME, patronales del sector (Farmaindustria, FENIN), asociaciones de pacientes
Recursos	Lo más costoso no es la elaboración del Plan, sino su implementación. Lógicamente, el Plan debe disponer de una Memoria Económica
Plazo	Por las características del proyecto, este es de medio plazo

Fuente: Elaboración propia

Plan Estratégico de Tecnologías de la Información en Salud

Aunque se han dado pasos importantes en la implantación de las tecnologías de la información en nuestro país (historia clínica electrónica, receta electrónica, etc.), lo cierto es que se ha hecho en ausencia de un plan, por lo que ciertos problemas, como la interoperabilidad, no fueron contemplados.

Por otra parte, este plan requiere la consideración de nuevos temas, como la *Inteligencia Artificial*, el *Big Data*, el *Blockchain*, la *robotización* y la *telemedicina*. El planteamiento general se expone en la **Tabla 65**.

Tabla 65 . Plan Estratégico de Tecnologías de la Información en Salud	
Justificación	Ausencia de un Plan Estratégico de Tecnologías de la Información en el Sistema Nacional de Salud
Objetivos	Desarrollo de un Plan Estratégico de Tecnologías de la Información en Salud, que incorpore los planteamientos sobre Inteligencia Artificial, Big Data, Blockchain, robotización y telemedicina
Agentes implicados	Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas, Sociedad Española de Informática de la Salud, FENIN, AMETIC, Comisión Europea
Recursos	Lo más costoso no es la elaboración del Plan, sino su implementación. Lógicamente, el Plan debe disponer de una Memoria Económica
Plazo	Por las características del proyecto, este es de medio plazo

Fuente: Elaboración propia

El Plan Estratégico de Tecnologías de la Información en Salud, una vieja aspiración, que no puede ser sustituido por avances parciales

Incorporación de empresas a las labores del I+D+i al sistema sanitario

Dentro de la organización de la investigación y desarrollo en el Sistema Nacional de Salud, la incorporación de empresas es, posiblemente, uno de los déficits.

Este plan pretende impulsar esta colaboración (Tabla 66).

Tabla 66. Incorporación de empresas a las labores del I+D+i del sistema sanitario		
Justificación	Insuficiente incorporación de empresas a las labores de I+D+i al Sistema Nacional de Salud	
Objetivos	Diseñar un modelo e impulsar un plan que atraiga empresas a la colaboración con las labores de I+D+i en el Sistema Nacional de Salud	
Agentes implicados	Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas, empresas destacadas que hayan venido colaborando con el Sistema Nacional de Salud, Farmaindustria, FENIN, AMETIC	
Recursos	Unos pocos recursos económicos para dar apoyo a la elaboración del plan	
Plazo	Por las características del proyecto, este es de medio plazo	

Fuente: Elaboración propia

Creación de una red de incubadoras biosanitarias

Superar la simple actividad de publicaciones, para generar la creación de empresas El propósito es valorar la actividad en l+D+i no solo por las publicaciones sino también por las patentes y las iniciativas empresariales que surgen como consecuencia de esa actividad

Aunque hay muchas incubadoras generalmente ligadas a parques científicos

y tecnológicos ^(357, 358, 359, 360) la idea es activar la participación en las mismas del sector sanitario, así como la creación de otras iniciativas de este tipo.

La iniciativa que se expone en la **Tabla 67** pretende llenar ese hueco.

Tabla 67. Creación de una red de incubadoras biosanitarias	
Justificación	Dar un impulso al nacimiento de iniciativas empresariales como consecuencia de la investigación científica en el mundo sanitario
Objetivos	Desarrollo de nuevas incubadoras
Agentes implicados	Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas, empresas destacadas que hayan venido colaborando con el Sistema Nacional de Salud, Farmaindustria, FENIN, AMETIC, Hospitales
Recursos	Unos pocos recursos económicos para dar apoyo a la elaboración del plan. El coste es la implantación.
Plazo	Por las características del proyecto, este es de medio plazo

³⁵⁷ Extremadura: https://www.extremaduraavante.es/project/bioincubadora/, consultado 3 agosto, 2020

³⁵⁸ Castilla y León, https://empresas.jcyl.es/web/es/suelo-industrial-tecnologico/bioincubadora.html, consultado 3 agosto, 2020

³⁵⁹ Cataluña: Bioincubadora PCB-Santander: https://www.ovtt.org/destacados/bioincubadora-pcb-santander, Biopol'H: http://diccionario.sensagent.com/Biopol%27h/es-es/, consultado 3 agosto, 2020

³⁶⁰ Andalucía: Parque Tecnológico de la Salud de Granada: https://www.ptsgranada.com, consultado 3 de agosto 2020

Plan de potenciación de la investigación clínica

Aunque nuestro país es ya una potencia en investigación clínica y dispone de elementos competitivos muy interesantes que justifican ese hecho, se trata de consolidar y mejorar esa posición.

Para ello se propone la mejora de los principales indicadores de tiempos asociados a la puesta en marcha de los ensayos clínicos, así como de las tasas de reclutamiento y la velocidad de reclutamiento, junto con la incorporación de nuevos centros públicos y privados a esta actividad y el esfuerzo para situar a nuestros profesionales en los comités directivos de los ensayos clínicos a nivel mundial.

La iniciativa se expone en la Tabla 68.

Tabla 68. Plan de potenciación de la investigación clínica	
Justificación	Consolidar y mejorar la posición de liderazgo de España en investigación clínica
Objetivos	Mejorar los principales indicadores ligados al éxito de la investigación clínica y situar a nuestros profesionales en posiciones de liderazgo al máximo nivel en los ensayos
Agentes implicados	Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas, Farmaindustria, Plataforma de medicamentos innovadores, clínicos destacados en esta actividad
Recursos	Los recursos son más los organizativos y de diseño que económicos
Plazo	Por las características del proyecto, este es de medio plazo

La legítima
aspiración de
España de
convertirse en
una potencia en
investigación clínica

Fuente: Elaboración propia

Articulación relaciones ciencia-decisores políticos

Una de las cosas que quedó claro durante la pandemia es la falta de articulación de las relaciones ciencia-decisores políticos. Este es un problema nacional.

Nos preocupa ahora el Sistema Nacional de Salud, como organización del conocimiento, que debe establecer unas relaciones con los decisores políticos, fundamentalmente en su vertiente clínica y asistencial.

Este planteamiento se expone en la Tabla 69.

Tabla 69. Plan para la articulación relaciones ciencia-decisores políticos	
Justificación	Ausencia de unas relaciones articuladas ciencia-decisores políticos que implique al Sistema Nacional de Salud
Objetivos	Articular esas relaciones, para lo cual se creará una especie de Consejo Asesor Científico del Sistema Nacional de Salud, que emitirá sus informes y asesorará a los decisores políticos en los múltiples temas en los que las decisiones políticas tienen que apoyarse en el conocimiento científico
Agentes implicados	Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas, FACME y sociedades científicas
Recursos	Los recursos económicos para este proyecto son de poca relevancia
Plazo	Por las características del proyecto, este es de medio plazo

Un resumen de las iniciativas propuestas

El planteamiento esbozado contiene 7 ejes de transformación y 35 iniciativas.

Pero no todas son de igual importancia. La complejidad del sistema sanitario hace que se puedan abordar muchos planes sin enfrentarse a lo fundamental, en cuyo caso el resultado en cuanto a transformación real del sistema puede ser mínimo. Por eso nos interesa resaltar aquellas medidas que nos parecen más importantes. Esto lo tratamos de representar en la **Figura 79**. De las 35 medidas hay 15 que consideramos fundamentales.

Figura 79. Medidas fundamentales de las propuestas



Fuente: Elaboración propia

Pero incluso quince medidas pueden parecer muchas, ¿cuáles serían las auténticamente críticas? Si tuviéramos que contestar a esta pregunta nos referiríamos a las cinco de la **Tabla 70**. No es que las demás sean irrelevantes, pero, si no se abordan esas, la influencia sobre la transformación del sistema será más que limitada.

Tabla 70. Medidas clave de transformación del sistema

Medidas clave de transformación del sistema Nuevo modelo de gobernanza Marco de colaboración público/privada Flexibilización condiciones régimen laboral de los profesionales Autonomía de gestión de las instituciones sanitarias (personalidad jurídica o capacidades equivalentes) Medir resultados, comparar e incorporar las mejores experiencias



Capítulo 8

La crisis del coronavirus exige acciones a corto plazo

La crisis del coronavirus exige acciones a corto plazo

La necesidad de acciones a corto plazo, tras la pandemia

Muchas de las iniciativas esbozadas en este documento no son de corto plazo, ya que requieren maduración, diálogo, acuerdos, diseño técnico y, en algunos casos, desarrollos normativos.

No obstante, tras el esfuerzo de la pandemia del coronavirus, el sistema sanitario necesita algún refuerzo inmediato, como demostración de la alta valoración social a la que su comportamiento durante la pandemia le ha hecho acreedor, y, asimismo, como demostración de la necesidad de abordar ciertos problemas que se han puesto más en evidencia durante la crisis.

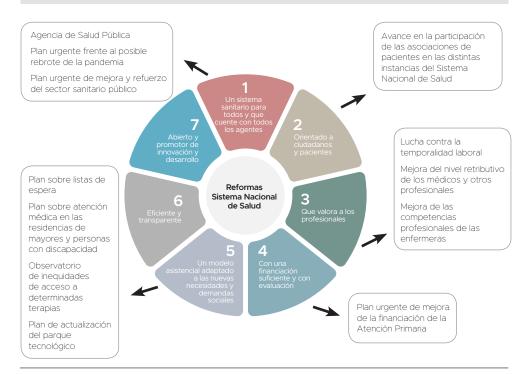
Es por eso necesario poner en marcha con urgencia ciertas acciones, también como demostración de que la sociedad es sensible a los retos del Sistema Nacional de Salud puestos de manifiesto durante la pandemia.

De acuerdo con los plazos fijados en sus apartados correspondientes, estimamos que son planes urgentes, aquellos que pueden hacerse frente en poco tiempo y respondan a inquietudes y preocupaciones de los pacientes o profesionales.

Desde este punto de vista, nos parecen planes urgentes los que se enumeran en la **Figura 80**:

La pandemia ha dejado claro la necesidad de algunas medidas a corto plazo, sin perjuicio de las reformas a medio-largo plazo

Figura 80. Planes a corto plazo en el Sistema Nacional de Salud



Razones que nos llevan a identificar estas iniciativas como urgentes

Las razones que nos llevan a identificar estos Planes como urgentes y de corto plazo se exponen en la **Tabla 71**. Los criterios fundamentales que se han considerado en esta selección son los de valoración de

urgencia por parte del sector, importancia, ausencia de demasiada complejidad para su puesta en marcha y, a poder ser, sin necesidad de grandes cambios legislativos.

Tabla 71. Razones de la selección de los planes a corto plazo

Iniciativa	Razones
Agencia de Salud Pública	 Aunque en este documento se plantea un modelo de gobernanza basado, entre otras cosas, en varias Agencias especializadas y autónomas, la de Salud Pública es una urgencia
Plan urgente frente al posible rebrote de la pandemia	Una amenaza no descartada y frente a la que tenemos que estar preparados
Plan urgente de mejora y refuerzo del sector sanitario público	 Fue una de las enseñanzas a las que se llegó tras la crisis del coronavirus No requiere cambios legislativos
Regulación de la participación de las asociaciones de pacientes en las distintas instancias del Sistema Nacional de Salud	 Es importante para la mejora del sistema Puede requerir cambios legales, si bien pueden darse pasos previos en esa dirección
Lucha contra la temporalidad laboral	• Es una lacra del sistema que hay que abordar
Mejora del nivel retributivo de los médicos y otros profesionales	 Se vive en el sector como una necesidad Parece lógico después de la entrega del personal en la crisis del coronavirus
Mejora de las competencias profesionales de las enfermeras	 Permite abordar otras muchas reformas, como la mejora de la Atención Primaria o la orientación a crónicos
Plan urgente de la financiación de Atención Primaria	 La necesidad de mejora de Atención Primaria fue también una de las enseñanzas de la crisis del coronavirus
Plan sobre listas de espera	• Situación mala, agravada por la crisis de la pandemia
Plan sobre atención médica a las residencias	 Verdadera urgencia. Otra de las enseñanzas de la crisis de la pandemia No requiere ningún cambio legislativo mayor
Observatorio de inequidades de acceso a determinadas terapias	• Las inequidades son un elemento de deslegitimación del sistema
Plan de actualización del parque tecnológico	• Urgente, dada la obsolescencia del equipamiento



Capítulo 9

Vuelta a los problemas para los pacientes y profesionales: acciones urgentes

Vuelta a los problemas para los pacientes y profesionales: acciones urgentes

Un documento desde los problemas

Si por algo nos gustaría que se caracterizara este informe es por su sensibilidad ante los problemas de los pacientes y profesionales.

Es tal la complejidad del sistema sanitario (gobernanza, financiación, políticas de recursos humanos, tecnologías de la información, avances tecnológicos, etc.) que corremos el riesgo de perder la perspectiva de los pacientes.

Somos conscientes de la dificultad de los cambios en el sistema sanitario y la dificultad de mover un sistema tan complejo. No queremos parecer simplistas y proponer soluciones urgentes como si todo fuera fácil en el sistema sanitario.

Pero, incluso conscientes de esa dificultad, creemos que debemos poner los problemas de los pacientes y de los profesionales en primer plano y tratar de hacer algunas propuestas a corto plazo en relación con estos problemas, sin perjuicio de los cambios estratégicos que planteamos en el conjunto del documento.

Como ejemplo de la distorsión de algunos análisis tomemos, por ejemplo, el *Dictamen aprobado por la Comisión para* Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados (361). Veamos las veces que aparecen conceptos como gobernanza, transformación digital y financiación:

- Gobernanza, 11 veces
- Transformación digital, 27 veces
- Financiación, 28 veces

Revisemos ahora cuántas veces aparecen los conceptos de listas de espera, crónicos complejos u obsolescencia tecnológica:

- Listas de espera, O veces
- Crónicos complejos, O veces
- Obsolescencia tecnológica, O veces

Esto indica que, muchas veces, la complejidad de un sistema puede hacer que nos concentremos en problemas importantes, pero lejos de las preocupaciones de aquellos a los que el sistema va destinado.

Además, la jerga política y de gestión puede hacer que este tipo de propuestas parezcan muy alejadas de las preocupaciones de los pacientes.

Un abordaje a los 7 problemas más graves detectados

Hemos dedicado el Capítulo 4 a la identificación de los problemas más graves para los pacientes y profesionales. Queremos que este documento, aunque trate todos los problemas, no pierda esta perspectiva que nos parece fundamental.

Y, sin caer en el simplismo, creemos que algunos de estos problemas requieren soluciones rápidas. Este es el objetivo de este capítulo.

Listas de espera

Las listas de espera, ya lo hemos visto, son una lacra de nuestro sistema sanitario, que producen muchos problemas a los pacientes: de evolución de la enfermedad, de angustia, de incertidumbre, de alteración de planes personales y familiares.

Sin embargo, algunos políticos y analistas tienden a ignorarlas y a despreciar a los que las ponen en primer plano, como si fueran poco importantes.

Hay que abordar el problema de las listas de espera, ¿cómo?

En primer lugar, estableciendo unos plazos máximos razonables en las distintas patologías, implicando en su elaboración a

³⁶¹ Dictamen. Comisión para la Reconstrucción Social y Económica, 3 julio, 2020 http://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Dictamen.pdf, (consultado 21 julio, 2020)

Listas de espera: opción a los pacientes las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes a nivel nacional.

En segundo lugar, llegando a un acuerdo político en cuanto al respeto de esos plazos y un sistema de seguimiento. El sistema de seguimiento tiene que ser por patologías o procedimientos, con los objetivos máximos de espera y la realidad en las distintas comunidades.

También, ser conscientes de que la resolución del tema de las listas de espera va a requerir financiación y dinero.

Por último, manos a la obra. En el Capítulo 4 hemos visto que, a nivel europeo, los sistemas que introducen la opción por parte del paciente son más eficaces en este tema que los que introducen simples medidas administrativas o regulatorias. De hecho, España puede considerarse un ejemplo de fracaso de las medidas administrativas. Pero las opciones pueden ser muchas y variar por comunidades:

- Aumentar recursos y actividad en el sistema público (trabajo de tarde o la forma que se establezca).
- Concertación tradicional con el sector privado, enviando "paquetes" de patologías.
- Dando libertad al ciudadano para que, una vez sobrepasado el tiempo de espera establecido, pueda, a su elección, optar por el centro, público o privado, que le ofrezca una solución rápida a su problema.

Lo importante es poner el tema de las listas de espera en primer plano, tener unos objetivos, observar el comportamiento de las distintas medidas, ensayar con otras en caso de fallos o ausencia del cumplimiento de objetivos y, sobre todo, no considerar a las listas de espera una especie de "plaga bíblica" con la que necesariamente hay que convivir

Inadaptación a crónicos complejos

Crónicos complejos: la necesidad del gestor de casos Ya hemos visto que el sistema está preparado sobre todo para los agudos. Sin embargo, los crónicos complejos son los que más sufren los *gaps* entre los distintos niveles del sistema y la falta de continuidad asistencial.

Esto se traduce en retrasos, períodos de desprotección, etc. ¿Qué solución proponemos para esto?

Obviamente, debe impulsarse el enfoque general de los cambios estratégicos del sistema en los diferentes planes de orientación a crónicos que hemos visto. Eso conlleva una serie de medidas, no todas de corto plazo ni fáciles de implementar (cambio de roles profesionales, tecnologías de la información, etc.)

Pero, a corto plazo, hay una solución, ya ensayada en muchos sitios, que puede contribuir a mejorar notablemente el problema. Se trata, primero, de definir los "crónicos complejos" e identificarlos con nombres y apellidos en todas las comunidades autónomas (esto se hará en colaboración con las asociaciones de pacientes y las sociedades científicas).

Una vez identificados, a cada uno de ellos se les pondrá un "gestor de casos" (normalmente una enfermera o, en alguno casos, un trabajador social), cuya misión sea guiar, acompañar, hacer recomendaciones, asegurar el acceso a la información, apoyar a los distintos profesionales implicados en el tratamiento de ese paciente, todo ello en el conjunto del sistema (atención primaria, especializada, servicios sociosanitarios y sociales), para lo cual estará en contacto casi diario (telefónico, telemático o directo) tanto con el paciente como con su médico primario, los especialistas que lo llevan y otros profesionales implicados en la asistencia a ese paciente.

Calidad desigual

La calidad desigual es la constante y no la excepción en nuestro sistema sanitario, como en cualquier otro, ya que son muchos los elementos que influyen en la práctica clínica (hábitos profesionales, aspectos de formación, recursos, etc.).

Seguramente, pretender lograr una calidad idéntica en todo el sistema sea una quimera, pero debe haber unos límites (en cuanto a mortalidad, complicaciones, etc.) que no se deben sobrepasar.

Lo primero es dar transparencia al sistema.

Establecer por patologías un rango aceptable de resultados, de acuerdo con unos estándares fijados en colaboración con las asociaciones de pacientes y las sociedades científicas.

Una vez establecidos esos rangos por patologías, montar un *sistema adecuado de recogida de la información* (incluyendo auditorías periódicas en cuanto a la forma de recogida y calidad de la información).

Una vez establecido este sistema, se procederá a su puesta en marcha en todo el sistema público y el privado, particularmente en el que colabore en el servicio público (concesiones, conjunto del sistema MUFACE, establecimientos concertados, etc.).

Dicha información será analizada periódicamente y en aquellos casos en los que no se cumplan unos mínimos estándares, se procederá a la toma de medidas Transparencia en los resultados: el auténtico antídoto frente a la calidad desigual

Obsolescencia tecnológica

Ya hemos visto que los recortes entre 2010 y 2013 afectaron notablemente al parque tecnológico de los hospitales españoles.

Obviamente, este es un problema al que hay que dar una solución rápida y esta no es solo meter más dinero, sino que hay también que sentar las bases para que este problema no vuelva a producirse.

Se trataría de elaborar, como tienen otros países, unos *criterios generales de actualización de los equipos*, teniendo en cuenta su antigüedad y otras circunstancias. A continuación, y siguiendo esos criterios, y con un presupuesto específico, se trataría de poner en marcha un *plan a cuatro años para la actualización del parque tecnológico hospitalario.*

Dado que esta actualización deberá ser hecha por las distintas comunidades autónomas, la forma de impulsar esta renovación será tras un acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud o mediante la dotación del Fondo de Cohesión para atender a esta necesidad específica. Un Plan Renove en el sistema sanitario público

Retrasos incorporación de terapias

Nos referimos en este momento a medicamentos.

Como hemos visto, se producen retrasos en la incorporación de ciertos medicamentos a la utilización pública, y no solo eso, sino grandes diferencias entre comunidades autónomas, áreas de salud y hospitales.

Las causas de los retrasos, como hemos visto, son:

- Retrasos en la aprobación del precio por la correspondiente Comisión
- Nuevos análisis por parte de las comunidades autónomas, en sus Comisiones autonómicas de farmacia

 Criterios de cada uno de los hospitales, analizados en cada una de las Comisiones de Farmacia y Terapéutica

Lógicamente, el resultado es indeseable. Los medicamentos son una parte sustancial de la cartera de servicios y, por lo tanto, el acceso a su utilización y las posibilidades de prescripción deberían ser las mismas en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

La forma de abordar este problema sería:

 Implantación de un plazo a la Comisión de Precios para la fijación del precio, una vez que el medicamento está aprobado por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios Acceso igualitario a las innovaciones en medicamentos en todo el territorio nacional Una vez fijado el precio, su utilización podrá realizarse por el Sistema Nacional de Salud en todo el territorio nacional, sin perjuicio de análisis posteriores y otras consideraciones que puedan hacer las Comisiones autonómicas de farmacia y las hospitalarias. La solución es tan simple como considerar al medicamento parte de la cartera de servicios, regular el funcionamiento de la Comisión de Precios y modificar las funciones de las comisiones autonómica y hospitalarias para que su actividad, en ningún caso, pueda significar un retraso en la incorporación de determinadas terapias.

Jn Observatorio de

Inequidades

Inequidades acceso a terapias

Ya hemos visto que las inequidades (es decir, las diferencias no justificadas en el abordaje de determinados procesos y enfermedades) son casi una constante en el Sistema Nacional de Salud.

En el documento analizamos solamente algunas inequidades muy llamativas: en diabetes; anticoagulantes orales de acción directa; radioterapia; enfermedad de Parkinson; salud mental; cuidados paliativos; medicina de precisión; etc... Son solo unos ejemplos, pero lógicamente la lista podría ser mucho más larga.

En un sistema tan complejo y con tantas innovaciones, pretender que el tratamiento de todas las enfermedades sea absolutamente idéntico y que las innovaciones se incorporen simultáneamente sería un planteamiento imposible.

Pero no es imposible conocer las posibles inequidades, mediante una especie de *Observatorio de Inequidades*, que debería estar vinculado a la Agencia de Información, Evaluación y Calidad y, partir de ese Observatorio, iniciar acciones para primero detectar y en segundo lugar minimizar las inequidades.

Malestar profesional

Temporalidad laboral y nivel retributivo, dos temas urgentes a abordar En el apartado correspondiente hemos visto los problemas del régimen de personal. No se trata de repetirlos ahora.

El régimen de personal debe estar basado en la gestión por competencias, en los incentivos por el desempeño, en la formación continuada, en la participación en la gestión bajo el marco de la gestión clínica, en el estímulo de la movilidad, en una carrera profesional no ligada exclusivamente ni a la antigüedad ni a la promoción jerárquica, etc.

Por lo tanto, los cambios necesarios en el régimen de personal son de gran calado y no necesariamente rápidos.

Pero sí hay dos temas a los que nos parece que hay que dar una solución rápida:

- La temporalidad laboral
- La pérdida de nivel retributivo de los profesionales, fundamentalmente de los médicos, desde la crisis de 2008

Ambos temas requieren un tratamiento rápido y, hasta dónde sea posible, coordinado en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Podrá haber muchos matices en las soluciones, pero un posible enfoque es el siguiente:

- En cuanto a la temporalidad laboral, ofrecer a los actuales interinos, un contrato laboral indefinido, sin perjuicio de la posterior convocatoria de las plazas, si se considera oportuno. Puede haber otras opciones igualmente válidas, proponemos esta en función de la simplicidad y rapidez.
- En cuanto a la recuperación del nivel retributivo, se propone unas subidas salariales en 2-3 años que conduzcan a esta igualación.

Lo que sería difícil de explicar es que, tras el esfuerzo de los profesionales, ampliamente reconocido socialmente, durante la crisis del coronavirus, estos dos problemas graves quedaran sin solución.

La necesaria combinación del largo plazo con el corto plazo y la atención a los problemas

Entendemos que la solución a estos problemas debe ser a corto plazo.

Esto no quiere decir que no haya problemas a largo plazo, que requieran rediseños

organizativos y de recursos, pero eso no debe alejarnos de los que son problemas para los pacientes y profesionales y, en particular, de los que son problemas urgentes.

Capítulo 10

¿Un Pacto de Estado para la Sanidad?

¿Un Pacto de Estado para la Sanidad?

12 puntos a modo de resumen

Es difícil resumir en doce puntos breves todas las propuestas, pero si tuviéramos que hacerlos, serían estos:

- 1. El paciente, lo primero. Lo cual obliga a poner una atención especial a su experiencia en el sistema sanitario. Y a no ser indiferentes ante ciertos problemas graves, como las listas de espera. También a dar protagonismo a las asociaciones de pacientes.
- 2. De arriba abajo y de abajo a arriba. Son importantes, y en algunos casos imprescindibles, las iniciativas de arriba abajo, hay ciertos temas que sin ellas no pueden resolverse. Pero la complejidad del sector y el peso profesional es tan
 - del sector y el peso profesional es tan grande que muchas de esas iniciativas tienen que ser complementadas con acciones e impulsos de abajo a arriba. Si no, imposible.
- 3. Promover las iniciativas locales.
 - Una de las ventajas de un sistema descentralizado es la posibilidad de iniciativas locales. Hay que evitar la uniformidad. Algunas de las propuestas de este documento, basadas en órganos participados de apoyo al desarrollo de iniciativas, van en esa dirección.
- 4. Una gobernanza con participación de todos los agentes. No hay una gobernanza madura si implica solo a gobiernos. Todos los agentes del sector tienen que estar implicados (asociaciones de pacientes, sociedades científicas, empresas, etc.)
- 5. Una gestión de personal moderna. El sistema sanitario español, con su personal funcionario, es casi una excepción en Europa. Son problemas mayores la alta temporalidad y el nivel salarial, particularmente de los médicos. Un tema a plantear y debatir sin estridencias.
- 6. Hay que repensar el modelo asistencial. Las reformas no pueden ser solo del modelo organizativo, la financiación o

- los recursos humanos. El propio modelo asistencial no está grabado en mármol y hay muchos elementos de cambio que es necesario introducir o impulsar: creación de redes asistenciales multidisciplinares y multinivel, atención domiciliaria, telemedicina, continuidad asistencial, etc. Todo ello teniendo en cuenta que un solo modelo asistencial no responde a las necesidades diversas de distintos colectivos y ciudadanos/pacientes. También a considerar la importancia que tienen los aspectos de promoción y prevención.
- 7. Mejoras en el modelo de gestión. Que el modelo de gestión del sistema sanitario público español no es el adecuado es un secreto a voces. Un problema a abordar.
- 8. Implicación del sector privado. De forma voluntaria y sujeta a las prioridades públicas, sería una ventaja para el sistema si el sector privado se implicara en el servicio público. Despejar este tema en el marco de un acuerdo y unas nuevas reglas de juego es importante.
- 9. El sistema sanitario debe tener una voz sobre su financiación. Por supuesto, no la definitiva, pero sin duda debe estar en condiciones de exponer y razonar sus planteamientos y necesidades. Justamente lo contrario de lo que ocurrió durante los "recortes" de la crisis económica del 2008. Los incrementos en financiación no deben ser lineales, sino dirigirse a reformas, actividades, recursos, etc. que respondan a la solución de los problemas o necesidades identificadas.
- 10. Considerando todos los elementos de la cadena de valor. Las empresas farmacéuticas, de tecnología médica y de tecnologías de la información son piezas clave de la cadena de valor del sector sanitario. Un diálogo franco con el conjunto del sector, que tenga en cuenta y respete su modelo de negocio, es necesario.

- 11. Transparente. La transparencia en resultados, para lo que hay que medirlos adecuadamente, es un elemento crítico para el sistema y en ese campo hay muchas posibilidades de mejora.
- **12.** Abierto y promotor de innovación y desarrollo. El sistema sanitario,

como organización del conocimiento, tiene unas responsabilidades con la investigación, el desarrollo y la innovación, en colaboración con empresas y Universidades. Su papel en el fortalecimiento de una economía basada en sectores de alto valor añadido es fundamental.

¿Es el Pacto de Estado la solución?

El Pacto de Estado por la Sanidad solo tiene sentido si involucra a todos los agentes: ciudadanos, pacientes, profesionales, empresas, etc. A priori, diríase que sí. Es tan importante el Sistema Nacional de Salud para la sociedad española, como se ha visto, sin ir más lejos, durante la pandemia, y es tan relevante mantener su prestigio y su eficacia, que es difícil pensar que no se puedan aunar fuerzas en esta tarea.

Sin embargo, la realidad es más compleja y los elementos divisivos de nuestro contexto político y social han de ser tenidos en cuenta.

Por otra parte, cuando se habla de Pacto es frecuente que se piense algo distinto en cuanto a su alcance. Posiblemente algunos piensen que es un acuerdo para que nada cambie, mientras que otros parecen referirse a un *big-bang* que cuestione todos los componentes del sistema y permita empezar de cero.

Nuestro planteamiento ni pretende que nada cambie, ni proponemos un *big-bang*. Es posibilista, no pretendemos modificar las bases del sistema, por otra parte, anclado en los modelos europeos, pero sí introducir en él determinadas reformas, que lo hagan más sensible a las inquietudes de los ciudadanos, paciente y profesionales.

No sabemos si para eso es necesario un Pacto, pero de lo que sí estamos seguros es que, con Pacto o sin Pacto, las reformas no se pueden hacer a espaldas del sector, es decir, a espaldas de los pacientes, de los profesionales, de las sociedades científicas, de las empresas e instituciones que operan en el sector. Nosotros entendemos por "Pacto de Estado" aquel que incorpore también a la sociedad civil. Esta es, básicamente, nuestra propuesta.



Índice de Tablas

rabia 1:	Principales lineas de reforma en sanidad en los países europeos
Tabla 2:	Experiencias inspiradoras en algunos sistemas sanitarios
Tabla 3:	Enseñanzas del análisis de los sistemas sanitarios en el mundo
Tabla 4:	Principios de la Carta Internacional de los Valores Humanos en la Sanidad
Tabla 5:	Principios del Instituto Picker de la Atención Centrada en el Paciente
Tabla 6:	Principios del Value-Based Healthcare (Asistencia Sanitaria Basada en el Valor)
Tabla 7:	La Carta del Profesionalismo Médico
Tabla 8:	Medidas utilizadas para reducir las listas de espera y su efecto
Tabla 9:	Evolución de la lista de espera quirúrgica 2003-2019
Tabla 10	Lista de espera de consultas 2006-2019
Tabla 11	: Acciones en España para enfrentarse al problema de las listas de espera
Tabla 12	: Mortalidad en enfermedades del aparato respiratorio
Tabla 13	: Mortalidad neumonía bacteriana
Tabla 14	: Mortalidad EPOC/asma
Tabla 15	: Mortalidad en insuficiencia cardíaca
Tabla 16	: Mortalidad en infarto agudo de miocardio
Tabla 17	: Mortalidad en el bypass aortocoronario
Tabla 18	Complicaciones a corto y largo plazo en la Diabetes Mellitus, ajustadas por sexo y edad
Tabla 19	: Indicadores seleccionados por comunidades autónomas de Medicina Interna
Tabla 20	: "Golden rules" de COCIR
Tabla 21	: Ejemplos de inequidades de acceso a determinadas terapias
Tabla 22	: Mortalidad por diabetes ajustada por edad (por 100.000 habitantes), 2008
Tabla 23	: Singularidades de la problemática de gestión de recursos humanos en sanidad en España
Tabla 24	: Aspectos de la política de personal que generan malestar entre los profesionales.
Tabla 25	: Características de las distintas formas de autonomía de los centros sanitarios en España
Tabla 26	Gasto sanitario público. Total, como % PIB y per cápita. 2008-2018
Tabla 27	: Gasto sanitario público. Presupuesto, Gasto y Desviación por CCAA, 2018
Tabla 28	Gasto sanitario público. Distribución por CCAA. 2018
Tabla 29	: Volumen de primas en seguros sanitarios privados en 2019 (sin modelo MUFACE)
Tabla 30	Número de asegurados y volumen de primas en seguro privado, 2019
Tabla 31	: Gobierno corporativo, con separación gobierno-dirección
Tabla 32	: Matriz de áreas "asistenciales" y clínicas
Tabla 33	: Algunas de las propuestas reformistas sobre el sistema sanitario español
Tabla 34	: Principales megatendencias en sanidad
Tabla 35	: Mejora de la gobernanza en el Sistema Nacional de Salud
Tabla 36	: Mejoras y refuerzo del sistema sanitario público

Tabla 37:	Marco de colaboración del sector privado con los servicios públicos del Sistema Nacional de Salud
Tabla 38:	Medición de la experiencia del paciente
Tabla 39:	Regulación de la participación de las asociaciones de pacientes en las distintas instancias del Sistema Nacional de Salud
Tabla 40:	Plan para impulsar la toma de decisiones compartidas en la práctica médica
Tabla 41:	Lucha contra la temporalidad en el Sistema Nacional de Salud
Tabla 42:	Mejora del nivel retributivo de los médicos y otros profesionales
Tabla 43:	Flexibilización y modernización de las condiciones del régimen laboral
Tabla 44:	Creación de un Agencia (ampliamente participada), de ayuda a las comunidades autónomas para la mejora de la política de recursos humanos
Tabla 45:	Plan de mejora de las competencias profesionales de las enfermeras (particularmente en atención primaria)
Tabla 46:	Pacto sobre criterios generales de la financiación pública de la sanidad
Tabla 47:	Mejora de la financiación de Atención Primaria
Tabla 48:	Refuerzo del fondo de cohesión
Tabla 49:	Programa la EU por la Salud y otros programas comunitarios
Tabla 50:	Plan sobre listas de espera
Tabla 51:	Plan de impulso a las nuevas formas de atención
Tabla 52:	Plan sobre atención médica en las residencias de mayores y personas con discapacidad
Tabla 53:	Relaciones del sistema sanitario con los recursos sociales y sociosantarios
Tabla 54:	Observatorio de inequidades de acceso a determinadas terapias
Tabla 55:	Plan de garantía de acceso al conjunto de las terapias
Tabla 56:	Plan de Atención Dental
Tabla 57:	Plan de Salud Mental
Tabla 58:	Plan de Actualización del Parque Tecnológico
Tabla 59:	Programa de autonomía de gestión de las instituciones sanitarias
Tabla 60:	Impulso a la gestión clínica
Tabla 61:	Programa de difusión de resultados asistenciales
Tabla 62:	Plan de información del Sistema Nacional de Salud
Tabla 63:	Agencia de Información, Evaluación y Calidad
Tabla 64:	Plan Estratégico de Medicina Personalizada de Precisión
Tabla 65:	Plan Estratégico de Tecnologías de la Información en Salud
Tabla 66:	Incorporación de empresas a las labores del I+D+i del sistema sanitario
Tabla 67:	Creación de una red de incubadoras biosanitarias
Tabla 68:	Plan de potenciación de la investigación clínica
Tabla 69:	Plan para la articulación relaciones ciencia-decisores políticos
Tabla 70:	Medidas clave de transformación del sistema
Tabla 71:	Razones de la selección de los planes a corto plazo

Índice de Figuras

Figura 1: [Diez líneas estratégicas para la mejora del sistema sanitario
Figura 2: F	Problemas para los pacientes y profesionales (resumen ejecutivo)1
Figura 3: L	as causas de los problemas (resumen ejecutivo)
Figura 4: L	os 7 ejes de reformas del Sistema Nacional de Salud (resumen ejecutivo)2
Figura 5: 🖯	Hilo argumental del documento
Figura 6: L	os componentes del "Cuádruple objetivo"
Figura 7: \	/alores para el sistema sanitario español5
Figura 8: U	In sistema sanitario para todos y que cuente con todos los agentes5
Figura 9: (Orientado a los ciudadanos y pacientes5
Figura 10:	Un modelo asistencial adaptado a las nuevas demandas sociales5
Figura 11:	Que valora a los profesionales
Figura 12:	Eficiente y transparente
Figura 13:	Abierto y promotor de innovación y desarrollo
Figura 14:	Potencial impacto en el marco estratégico
Figura 15:	Problemas para pacientes y profesionales del sistema sanitario español
Figura 16:	Marco conceptual de la lista de espera
Figura 17:	Gasto público en salud per cápita y listas de espera como problema
Figura 18:	Camas hospitalarias y listas de espera
Figura 19:	Médicos por 1.000 habitantes y listas de espera
Figura 20:	Tiempo medio transcurrido desde los primeros síntomas al diagnóstico de la enfermedad (años)en pacientes crónicos, según el sexo
Figura 21:	Conceptualización de los crónicos complejos
Figura 22:	Modelo de pirámide de riesgo de Kaiser Permanente
Figura 23:	La "Declaración de Sevilla" sobre la atención al paciente con enfermedades crónicas
Figura 24:	Comparación de medias de satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario público en españa
Figura 25:	Percepción (en %) de la atención recibida en los distintos niveles asistenciales 7
Figura 26:	Valoración del grado de coordinación entre los profesionales
Figura 27:	Valoración media de las dimensiones de la continuidad asistencial
Figura 28:	Valoración de la continuidad de la información clínica entre los niveles del sistema sanitario
Figura 29:	Correlación entre tamaño del hospital y mortalidad
Figura 30:	Mortalidad por neumonía bacteriana en las distintas comunidades autónomas 8
Figura 31:	Mortalidad en las distintas comunidades autónomas de la insuficiencia cardíaca 8
Figura 32:	Mortalidad por bypass aortocoronario en las distintas comunidades autónomas 8
Figura 33:	Situación en cuanto a antigüedad de los equipos de electromedicina en España 8
Figura 34:	Rango de edad de los equipos instalados (31/12/2018)
Figura 35:	Distintos pasos para la aprobación de la utilización de un medicamento en el sector público

Figura 36	Retrasos en el proceso administrativo de fijación de precio del medicamento, desde la aprobación por la agencia reguladora (2018)
Figura 37	: Marco de autorización de los medicamentos, con la intervención de las comunidades autónomas y los hospitales
Figura 38	Nuevas entidades moleculares. Disponibilidad en 2014
Figura 39	Porcentaje de penetración en las distintas comunidades autónomas de las bombas de insulina en pacientes de diabetes tipo 1
Figura 40	: Nivel de penetración de ACOD por comunidades autónomas
Figura 41	: Recursos necesarios por comunidades en cuidados paliativos1
Figura 42	Grado de desarrollo de implantación de la Medicina Personalizada de Precisión 1
Figura 43	: Médicos en ejercicio por 1000 habitantes en los países de la OCDE, 2000 y 2013 1
Figura 44	Enfermeras practicantes por 1.000 habitantes en los países de la OCDE, 2000 y 2013
Figura 45	: Ratio de enfermera por médico, países OCDE, 20131
Figura 46	Evolución percepción sanidad entre los tres principales problemas del país (2009-2020)1
Figura 47	Evolución opinión sobre la mejora/empeoramiento del sistema sanitario público
Figura 48	Causas de los problemas identificados1
Figura 49	: Conceptos gestión pública y servicio público1
Figura 50	: Distintas fórmulas de autonomía en hospitales públicos en España 1
Figura 51	Gasto sanitario público per cápita. Países eurozona. 2018 1
Figura 52	: Gasto sanitario público como % PIB. Países eurozona. 2018 1
Figura 53	: Gasto sanitario público como % del Gasto público total. Países eurozona. 2018 1
Figura 54	: Correlación % gasto sanitario público/PIB-PIB per cápita (PPC)1
Figura 55	% gasto sanitario público sobre PIB-% gasto sanitario público sobre gasto sanitario total1
Figura 56	: Gasto Sanitario Público. Desviación presupuestaria. Total CCAA. 2008-2018 1
Figura 57	: Gasto Sanitario Público. Desviación presupuestaria por CCAA. 2018 1
Figura 58	Distribución del Gasto Sanitario per cápita 2018 en las distintas comunidades autónomas (euros por habitante)1
Figura 59	Los tres ámbitos de la gestión sanitaria1
Figura 60	: Modelo de Wagner de Atención a Crónicos1
Figura 61	Las oleadas previsibles en el sistema sanitario, como consecuencia de la COVID 1
Figura 62	: Posibles enseñanzas para el sistema sanitario de la pandemia del coronavirus 1
Figura 63	: Enseñanzas de la crisis. Aspectos generales1
Figura 64	Enseñanzas de la crisis. Salud Pública y Seguridad Nacional1
Figura 65	: Enseñanzas crisis. Asistencia
Figura 66	: Enseñanzas crisis. Profesionales
Figura 67	: Enseñanzas crisis. Ciencia
Figura 68	: Enseñanzas crisis. Empresas1

Figura 69: Cuádruple inspiración de las propuestas	179
Figura 70: Los 7 ejes estratégicos de las reformas	185
Figura 71: Eje n° 1: Un sistema sanitario para todos y que cuente con todos los agentes	186
Figura 72: Eje n° 2. Orientado a los ciudadanos y pacientes	189
Figura 73: Eje n° 3. Que valora a los profesionales	191
Figura 74: Eje n° 4. Con una financiación suficiente y con evaluación	195
Figura 75: Evolución del gasto sanitario público en hospitales y atención primaria	196
Figura 76: Eje n° 5. Un modelo asistencial adaptado a las nuevas demandas sociales	199
Figura 77: Eje n° 6. Eficiente y transparente	205
Figura 78: Eje n° 7. Abierto y promotor de innovación y desarrollo	207
Figura 79: Medidas fundamentales de las propuestas	212
Figura 80: Planes a corto plazo en el Sistema Nacional de Salud	215