

La **Sanidad**, sector aún más estratégico por la pandemia

Octubre **2020**



DOCUMENTOS
CÍRCULO



**CÍRCULO
DE EMPRESARIOS**
ideas para crecer



La **Sanidad, sector
aún más estratégico**
por la pandemia

DOCUMENTOS
CÍRCULO



**CÍRCULO
DE EMPRESARIOS**
ideas para crecer



Resumen ejecutivo	7
Introducción	9
1. Contexto de la COVID-19	11
2. La sanidad española, un sistema diferencial y su respuesta a la crisis de la COVID-19	13
3. Un sistema con problemas endémicos que la COVID-19 ha puesto a prueba	19
4. Oportunidades puestas de manifiesto durante la crisis sanitaria	25
5. Próximos pasos: respuesta inmediata, aprovechar el <i>momentum</i> y mirar hacia el futuro	29
Conclusiones	37



Resumen ejecutivo

La COVID-19 está siendo el evento más relevante para la salud mundial, suponiendo un reto para las autoridades sanitarias a todos los niveles. Se han tomado decisiones drásticas, con un gran impacto sobre la economía global. España ha sido uno de los países más golpeados por esta crisis y está experimentando el rebrote más importante de nuestro entorno, siendo el escenario clave para poner de manifiesto las fortalezas y debilidades de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS), que comprende tanto los servicios públicos como privados. Es un momento óptimo para la reflexión, identificar oportunidades e impulsar los próximos pasos para mejorar nuestro sistema.

Partimos de un sistema de salud tradicionalmente reconocido por sus buenos resultados, excelentes profesionales, universalidad del acceso al sistema público, adaptación a la realidad local gracias a una gestión descentralizada y cultura de innovación. Durante la crisis por la pandemia de la COVID-19, estas fortalezas se han puesto de relieve en el gran despliegue para adaptar la capacidad asistencial a las nuevas necesidades.

Sin embargo, la rapidez y seguridad en la respuesta, tardía ante los primeros avisos, se vieron mermadas por problemas estructurales. Por un lado, la prioridad en la asignación de presupuestos a la atención hospitalaria no ha permitido un desarrollo sólido de la atención primaria o de la salud pública.

Por otro, destaca la escasa integración de los sistemas de atención adaptados a las personas mayores y vulnerables, la dependencia de la

importación de material crítico para las operaciones del día a día y los errores de gestión, entre los que está una centralización de compra deficiente y la falta de disponibilidad de recursos para hacer frente a compras rápidas en Asia, en un momento de altísima demanda, que han llevado a España a alcanzar la cifra récord del 20% del personal sanitario infectado. Además, las capacidades estructurales en una situación de emergencia nacional han sido insuficientes. La crónica infrafinanciación de la sanidad no permite invertir recursos con fines estratégicos. Se ha carecido de un centro de operaciones que liderara la respuesta de forma efectiva, con una estructura de gobierno y organizativa clara y ordenada con un modelo de datos acorde. El resultado ha sido que España aparece como el país con mayor número de fallecidos por número de habitantes si a los más de 30.000 oficiales con prueba PCR sumamos los más de 16.000 estimados por diversos institutos de investigación. Según el INE, en base a datos de exceso de fallecidos respecto al mismo periodo de 2019, la cifra total ya supera los 50.000.

A su vez, nuevas tendencias han emergido de esta crisis, sobre todo en los ciudadanos y usuarios: se ha incrementado el uso de los canales digitales, que han soportado la demanda debido a la visión de las empresas de telecomunicaciones que han hecho un esfuerzo sin paralelo con nuestros socios europeos, se ha racionalizado el uso de los recursos sanitarios y la población ha tenido un gran protagonismo en la adopción de las medidas de higiene. También ha habido innovación en el cuidado de los pacientes crónicos a través de las farmacias y la atención primaria, en este caso a través de telemedicina.



La salud privada ha destacado como el socio imprescindible, absorbiendo una gran parte de la actividad y actuando como un ente relevante del SNS. No hay que olvidar el esfuerzo de empresas privadas no relacionadas con la Sanidad que han aportado voluntad y recursos para obtener materiales de forma rápida, como el caso de Inditex o de El Corte Inglés y el esfuerzo conjunto de la puesta en marcha del hospital de IFEMA en la que contribuyeron Gobierno, Ayuntamiento, la UME, autónomos de forma voluntaria y relevantes empresas de nuestro país.

Este diagnóstico inicial nos lleva a plantear tres horizontes de iniciativas: dar respuesta a la situación actual, impulsar mejoras aprovechando el *momentum* y mirar hacia el futuro. Mientras que los dos primeros se centran en aplicar lo aprendido a mejorar la respuesta estructural y subsanar algunos de los problemas crónicos de nuestro sistema, el tercer horizonte sería el primer paso hacia la potenciación de la Sanidad como un sector estratégico de nuestro país.

El planteamiento a corto, medio y largo plazo es ambicioso. Para llevarlo a cabo se deberá contar con tres habilitadores fundamentales.

Por un lado, **la digitalización**. La implementación de las herramientas ya existentes o el acceso a las nuevas tecnologías en todo el SNS sería un factor clave para dar un definitivo paso al frente en mejoras de la calidad asistencial: personalización de los tratamientos, dispensación de fármacos y empoderamiento de los pacientes. También de la gestión asistencial: optimización de recursos con visión sistema y gestión ágil de las agendas, entre otros. La digitalización será, además, la puerta de entrada de innovación también en la investigación, al facilitar la recogida de datos a gran escala y su uso con herramientas de analítica avanzada. Para ello es preciso contar con una capa cen-

tralizada, que sea a la vez robusta y flexible para incorporar mejoras continuas sin detrimento de la actividad.

Por otro lado, **la innovación**. En la propuesta de valor diferencial de España como país, la innovación juega un papel protagonista. Tenemos el entorno propicio para ello: desde nuevos modelos de gestión hasta la investigación para el desarrollo de nuevas tecnologías y/o terapias. Sin embargo, hace falta una apuesta firme tanto para la inversión como para la implementación de la innovación. Sólo de esta forma conseguiremos sumar a la propuesta de valor, acortando los tiempos de implementación en las mejoras estructurales y aportando nuevos productos y servicios a la oferta actual.

Por último, **la inversión público-privada**. Para poder dar respuesta a las necesidades más acuciantes del sistema es preciso incrementar el presupuesto destinado, así como fomentar la participación del capital privado. Además, un sistema económicamente saludable posibilita dinámicas de funcionamiento más allá de las operaciones esenciales, lo que favorecería un cambio cultural en el que el desarrollo y la adopción de la innovación permitirían posicionar la sanidad española como un producto atractivo para atraer la inversión tanto nacional como internacional.

Visualizar España como un *hub* de servicios sanitarios, potenciado por una excelente calidad asistencial, investigación puntera, atracción de pacientes y talento extranjero, no está demasiado alejado de la realidad ya que contamos con ejemplos actuales de excelencia. La crisis actual ha dado lugar al escenario perfecto para hacer una apuesta definitiva por este sector, sacando a relucir el gran valor que puede aportar la Sanidad a la economía a través de la consolidación y mejora de la calidad y la oferta asistencial.



Introducción

La pandemia que estamos viviendo desde marzo no cuenta con precedentes en la historia reciente. Con muchas incógnitas todavía por desvelar respecto a su origen o su efecto sobre la inmunidad, ha dejado una estela de gran morbilidad y mortalidad que todavía continúa en numerosos países.

El nuevo coronavirus ha servido como una prueba de estrés para todos los sistemas sanitarios, incluido nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS). Se han hecho patentes tanto las grandes fortalezas como las debilidades no siempre fáciles de poner sobre la mesa en un contexto de normalidad.

España se encuentra ya en una fase de rebrote tras el primer y grave brote de la enfermedad. A la vista de los resultados obtenidos, es un buen momento para la reflexión, pero también para la acción, no para el relajamiento que hemos experimentado durante la tregua de julio y

agosto. Entender cuáles han sido los puntos clave y principales aprendizajes en la respuesta a esta pandemia nos permite dibujar un escenario a futuro que oriente los próximos pasos en la sanidad española, ya no sólo para evitar que este rebrote alcance las proporciones de la afectación inicial, sino también para poner de relieve el gran potencial que tiene nuestra sanidad como motor de la economía.

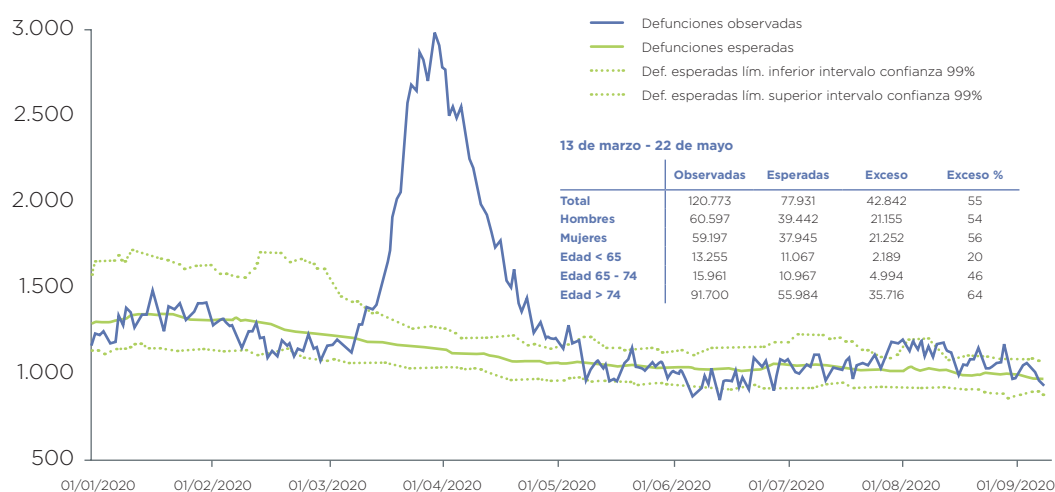
A continuación, realizaremos una breve introducción de lo que ha supuesto la crisis de la COVID-19 en nuestro país, luego dedicaremos un capítulo a entender las fortalezas de nuestro sistema y cómo éstas han sido clave para la respuesta a la pandemia y otro a las debilidades estructurales y los gaps identificados. Por último, compartiremos las principales iniciativas en las que creemos que debería enfocarse el Sistema para dar los siguientes pasos hacia adelante sacando el mejor partido de los aprendizajes obtenidos.



1. Contexto de la COVID-19

La pandemia por el virus de la COVID-19 ha sido una de las más devastadoras de los últimos tiempos. A nivel mundial, a día 5 de octubre, ha dejado un saldo superior a 1 millón de fallecidos y más de 35.000.000 de contagiados¹. Esta enfermedad sin precedentes ha afectado de forma diferente a los países. España ha sido especialmente golpeada. Es el séptimo país en número de casos reportados, el noveno en fallecimientos por COVID-19, y el primero en número de profesionales sanitarios contagiados por habitante. Las cifras a 5 de octubre ascendían a 813.412 contagiados y 32.225 fallecidos². El impacto que ha tenido la COVID-19 ha

sido dramático en nuestra población, con una letalidad particularmente elevada, afectando sobre todo a los segmentos de edad más vulnerables. La mortalidad observada durante la peor fase de la pandemia multiplica casi por tres lo esperado durante la misma época hace tan sólo un año, suponiendo hasta un 55% más de fallecimientos. Así se refleja en el gráfico adjunto, con datos del sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria del Instituto de Salud Carlos III³.



Mortalidad esperada vs. observada entre el 13 de marzo y 22 de mayo del 2020

Fuente: Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria del Instituto de Salud Carlos III.

1. Johns Hopkins School of Public Health, COVID-19 index, <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>, consultado el 5 de octubre 2020.

2. Secretaría de Estado de Sanidad, Actualización no 221. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 5.10.2020. https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_221_COVID-19.pdf.

3. Instituto Salud Carlos III, Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria (MoMo), <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Paginas/MoMo.aspx>, consultado el 9 de septiembre.



Estos datos de mortalidad proceden de la información de todos los registros civiles, con lo que corresponden a todos los decesos y no sólo a los pacientes con COVID-19 fallecidos en hospitales que son los datos publicados por el Ministerio de Sanidad. Se deberá profundizar más adelante en cuanto se disponga de datos objetivos y evaluables, y estimar el impacto directo e indirecto de esta enfermedad sobre toda la población.

A la luz de los datos disponibles, podemos afirmar que la pandemia por coronavirus está suponiendo un shock tanto en nuestra sociedad como en nuestro sistema, que ha requerido una respuesta extraordinaria por parte de todos los involucrados y que, aun así, ha dejado altas cifras de mortalidad.



2. La sanidad española, un sistema diferencial y su respuesta a la crisis de la COVID-19

Nuestro Sistema Nacional de Salud, compuesto por los servicios tanto públicos como privados, es reconocido ampliamente a nivel mundial por su desempeño, nivel de calidad y resultados en términos de su impacto en la salud de los españoles. En cuanto a diseño y estructura, nuestro sistema cuenta con características en algunos casos comunes, pero en otros, diferenciales respecto a los países de nuestro entorno. A continuación, detallamos los rasgos estructurales en el día a día, así como los de la respuesta a situaciones de emergencia, poniendo de manifiesto cómo han contribuido a dar soporte a esta pandemia.

Entre los **rasgos estructurales de las operaciones del día a día**, cabría destacar cinco que consideramos han sido clave para la respuesta.

En primer lugar, contamos con una calidad asistencial alta que nos permite tener muy buenas puntuaciones en resultados en salud. Somos el país con mayor longevidad de la UE: la esperanza de vida aumentó más de 4 años desde el año 2000 alcanzando los 83,5 años en 2018 (2,5 años por encima de la media de la UE).



Comparativa de la evolución de la esperanza de vida entre los países de la UE

Años

Fuente: OCDE, European Observatory on Health Systems and Policies.

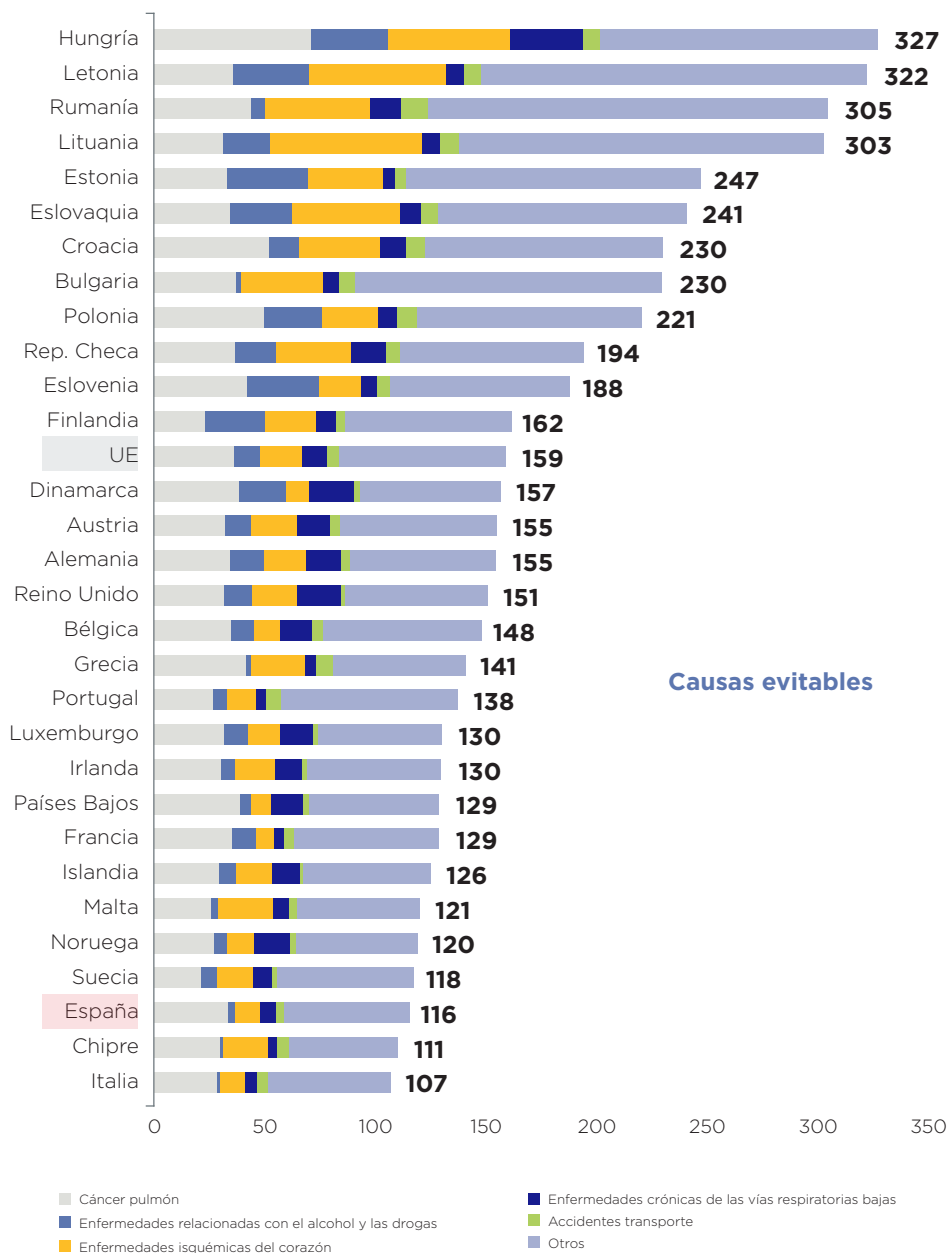


Estos resultados se deben en gran medida a la eficacia del sistema socio-sanitario en su totalidad: la tasa de mortalidad por causas evitables y tratables (fundamentalmente enfermedades cardiovasculares) es una de las más bajas de

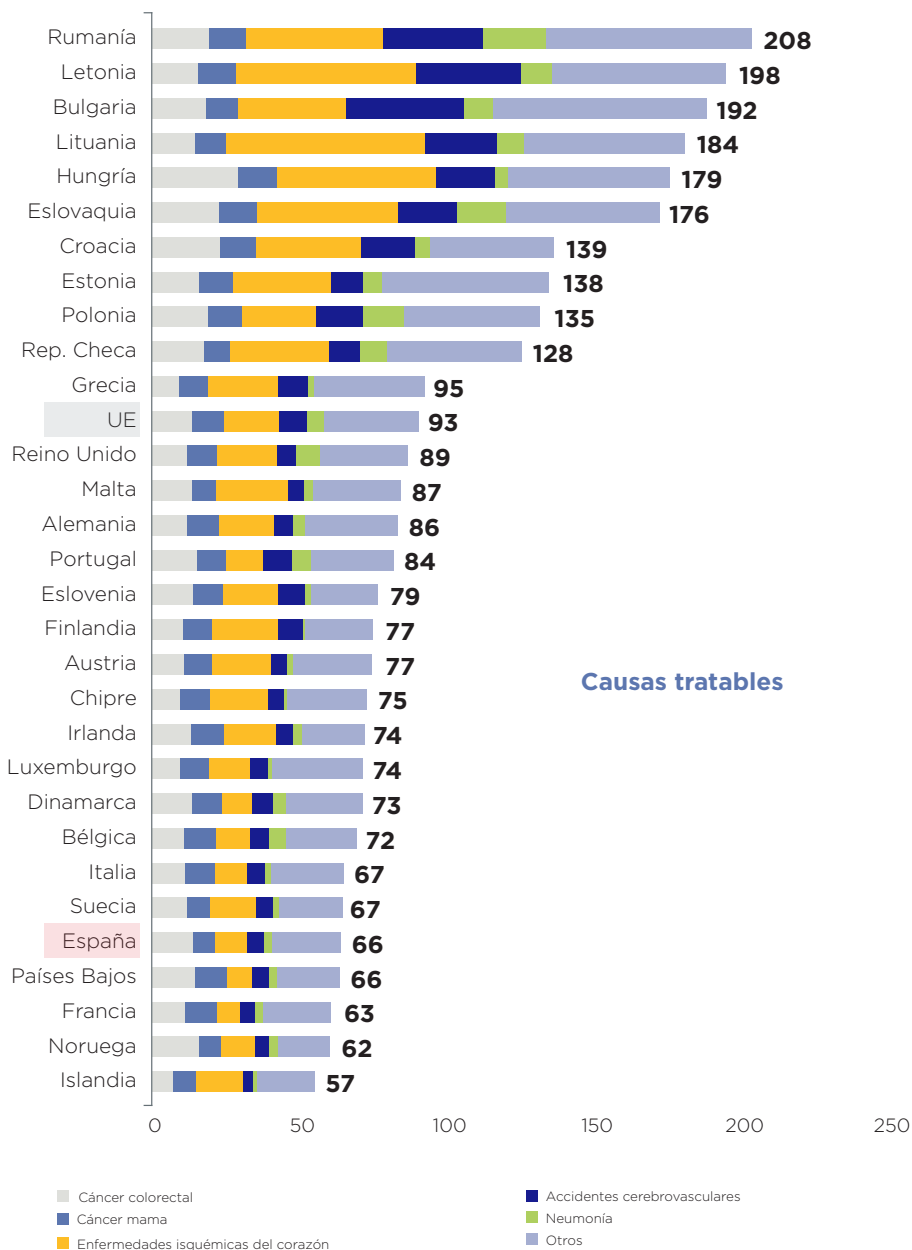
Europa. Merece la pena, en este sentido, destacar la aportación de la industria farmacéutica en la gestión de algunas patologías relevantes en nuestro país, como es el caso de la Hepatitis C (ver, por ejemplo, el Informe Weber⁴).

Mortalidad por causas evitables y tratables de España respecto a los países de la UE
(Tasa de mortalidad estandarizada por edad por 100.000 habitantes).

Fuente: OCDE, European Observatory on Health Systems and Policies.



4. <http://weber.org.es/publicacion/elvalordelmedicamentodesdeunaperspectivasocial/>; <https://isanidad.com/109766/los-agentes-antivirales-directos-han-supuesto-una-nueva-era-en-el-tratamiento-de-la-hepatitis-c/>.



Mortalidad por causas evitables y tratables de España respecto a los países de la UE
 (Tasa de mortalidad estandarizada por edad por 100.000 habitantes).

Fuente: OCDE, European Observatory on Health Systems and Policies.

En un contexto de gran presión asistencial vivida durante la pandemia y grandes dificultades para la provisión de material, los hospitales y los centros de atención primaria promovieron rápidamente protocolos de actuación para asegurar la racionalización de los recursos, lo que permitió asegurar que, incluso en situaciones críticas, se mantuviera la calidad asistencial.

En segundo lugar, nuestros profesionales del sector sanitario son un claro elemento diferencial. El sistema de preparación MIR, que incluye la especialización en Medicina Familiar y Comunitaria, como una especialidad más, es un hecho reconocido por muchos expertos a lo largo de los años. Se le atribuye la gran calidad del Sistema en muchos de los indi-



cadore, incluyendo publicaciones científicas nacionales e internacionales⁵. La preparación del personal de enfermería y la diferenciación de labores entre Enfermería y Auxiliar de Enfermería permiten tener personal altamente preparado. En estos últimos años, el Ministerio también ha emprendido una iniciativa para la equiparación de los años de formación de las especialidades médicas a nivel europeo con el objetivo de que una mejor armonización potencie una mayor movilidad entre los especialistas⁶.

Durante la crisis, se ha hecho patente el gran compromiso de los profesionales sanitarios en la labor asistencial, a pesar de las circunstancias de incertidumbre en la que desempeñaban su labor. La cultura innata de entrega, poniendo al paciente por delante, se ha demostrado por el compromiso observado, independiente de los vínculos institucionales. Ha sido reconocido a nivel internacional, cuando por ejemplo el diario New York Times tildó de “kamikazes” a nuestros profesionales⁷. El compromiso de los profesionales se demostró a pesar de la falta de medios y materiales para realizar su trabajo con unas condiciones de seguridad adecuadas.

En tercer lugar, los principios de universalidad, acceso libre, equidad y solidaridad financiera sobre los que se fundamenta el Sistema Nacional de Salud, según se define en la Ley General de Sanidad en 1986 (reestablecido en 2018 por Real Decreto tras las modificaciones del 2012), ha permitido asegurar que **no se ha practicado discriminación** de ningún tipo para la provisión de la asistencia médica. Se ha atendido por igual a todos los ciudadanos independientemente de su estatus económico o legal.

En cuarto lugar, contamos con una descentralización en competencias de organización y prestación de servicios en favor de las comunidades autónomas que ha favorecido dinámicas muy ágiles de funcionamiento a nivel local. Durante la crisis, ha permitido que los hospitales autonómicos se coordinaran y organizaran a gran velocidad para adaptarse a las nuevas circunstancias, asegurando que se distribuía el material crítico de forma racional.

Por último, España cuenta con una gran cultura de innovación. Existen casos de éxito a múltiples niveles. Por ejemplo, nuevos modelos asistenciales innovadores como el caso del centro de excelencia VHIO (Vall d’Hebron Institute of Oncology)⁸ con uso de metodologías “agile” y equipos multifuncionales, innovación en la provisión de nuevas terapias como es el caso de la terapia celular (NC1) para lesionados medulares en el Hospital Puerta del Hierro⁹ o innovación en la gestión en el Alt Pirineu con la creación de una cooperativa con colaboración público-privada entre el ayuntamiento, el Hospital Sant Joan de Déu y los hospitales públicos locales, que ha conseguido proveer de servicios pediátricos a una zona con complejidad para dar estabilidad en la provisión de la asistencia¹⁰. En el campo de la financiación, existen ejemplos mediante acuerdos de riesgo compartido, techo máximo de financiación, coste máximo por paciente y acuerdos precio-volumen por parte de las comunidades autónomas para asegurar la sostenibilidad del sistema en el largo plazo.

Esta cultura también ha quedado reflejada durante la crisis a todos los niveles: los profesionales de la medicina y enfermería se han reinventado, adquiriendo nuevos roles y pro-

5. Freire, José-Manuel et al. “An analysis of the medical specialty training system in Spain.” *Human resources for health* vol. 13 42. 2 Jun. 2015, doi:10.1186/s12960-015-0038-y.

6. Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo de 7 de septiembre de 2005 sobre el reconocimiento de las cualificaciones profesionales y la duración de las especialidades.

7. <https://www.nytimes.com/video/world/europe/10000007051789/coronavirus-ppe-shortage-health-care-workers.html?smid=pl-share>.

8. <http://www.vhio.net/en>.

9. <https://www.comunidad.madrid/hospital/puertadehierro/noticia/utilizacion-terapia-celular-nc1-comunidad-madrid>.

10. Yankovic, Natalia; Ribera, Jaume, “Integración en los hospitales catalanes: descubriendo las claves de las intervenciones exitosas”, IESE, ST-449, 11/2017. <https://media.iese.edu/research/pdfs/ST-0449.pdf>.



cesos de trabajo para adaptarse con gran agilidad a los nuevos requerimientos que exigía la evolución de la pandemia, manteniendo los estándares de calidad aun en las circunstancias de gran restricción en las que se encontraban.

Se han creado nuevos procesos, desde los hospitales libres de COVID-19 a rutas específicas intrahospitalarias.

Los pacientes no-COVID-19 han sido los centinelas en la adopción de nuevos modelos de atención digital, haciendo seguimiento de sus patologías crónicas a través de consultas telefónicas o videollamadas. Las consultas de telemedicina han aumentado un 153% en España (en su mayoría de salud general o dudas respecto al coronavirus, pero también de medicina especializada como la pediatría, ginecología, dermatología o psicología) desde que se decretara el estado de alarma, según datos de mediQuo, una App de sanidad digital.

En el contexto de preparación para la situación de emergencia a nivel estructural, el sistema ha reflejado tener mucha flexibilidad. Se ha llevado a cabo un gran despliegue de medios para asegurar la asistencia a un número inesperado de pacientes. Se ha realizado una gran labor logística que ha requerido la cooperación de múltiples sectores (fuerzas armadas, sistema sanitario, ingeniería, servicios básicos, logística, entre otros). Se han puesto en marcha en tiempo récord hospitales de campaña

de gran dimensión como el de IFEMA (recinto ferial de Madrid), con unos 85.000 metros cuadrados y más de 1.300 camas en las que se atendió a casi 4.000 pacientes en sus 40 días de apertura. Las camas destinadas a la atención de pacientes críticos en Madrid y Barcelona, donde la epidemia ha tenido el mayor impacto, prácticamente se triplicaron, llegando a tener más de 1.700 camas de UCI cada una. Al comienzo de la pandemia, las camas de Cuidados Intensivos sumaban 4.446, incluyendo hospitales públicos y privados; a finales de marzo la capacidad se incrementó hasta las 7.930 camas¹¹. La contratación de profesionales, regulada por una Orden Ministerial que entró en vigor el 15 de marzo, también se ha incrementado de forma drástica, llegando hasta los 8.539 sólo en la Comunidad de Madrid¹². En este sentido, ha quedado patente que la capacidad actual dispone de la flexibilidad suficiente para absorber más demanda de la que se gestiona en condiciones normales. Las mejoras de los procesos y el impacto del crecimiento en la capacidad instalada podrían aplicarse a la reducción de las listas de espera o el colapso de las urgencias hospitalarias que se producen en determinados momentos, así como a prestar nuevos servicios.

En conclusión, nuestro sistema sanitario, que produce buenos resultados en salud en el modus operandi habitual, también lo ha logrado, en términos generales, en una situación de crisis tan grave como esta pandemia¹³.

11. Notas de prensa, información del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

12. A través de la Orden SND/232/2020, de 15 de marzo, en vigor el 15 de marzo, se adoptaron para un periodo inicial de 3 meses una serie de medidas en materia de recursos humanos, a desarrollar por las comunidades autónomas (CCAA) en su territorio, con el objetivo de garantizar la existencia de profesionales suficientes para atender a todas aquellas personas afectadas por el coronavirus.

13. F. Lobo Aleu. ¿Qué sistemas sanitarios están mejor preparados para responder a la Covid-19?. FUNCAS Blog. Consultado el 4 de junio 2020.



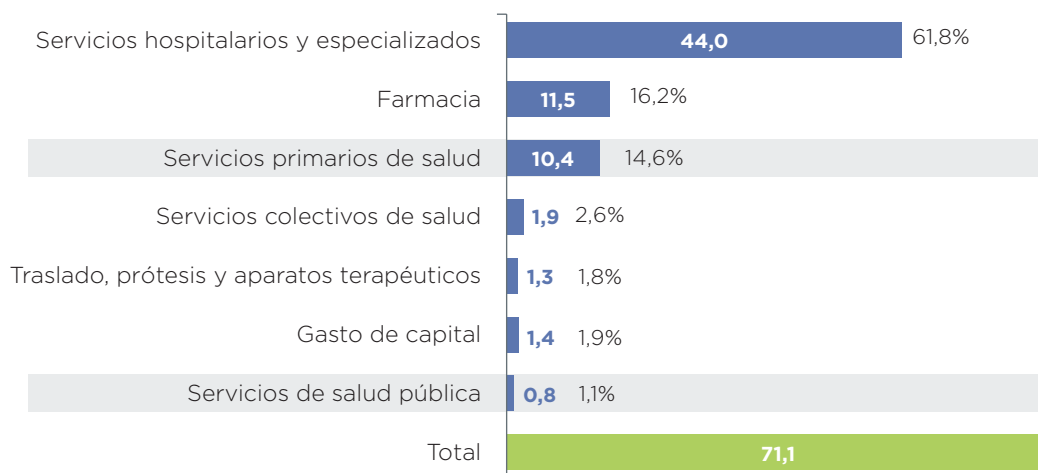
3. Un sistema con problemas endémicos que la COVID-19 ha puesto a prueba

A pesar de ser un referente en salud, la sanidad española tiene también algunas debilidades estructurales que, con el paso del tiempo, se han ido cronificando. En el contexto de la COVID-19, se han puesto especialmente de manifiesto algunas de ellas. Como en el capítulo anterior, señalamos primero las debilidades presentes en las operaciones del día a día, frente a las operaciones en una situación de emergencia como la vivida.

Desde el punto de vista de las operaciones en el día a día, encontramos varios puntos significativos que merece la pena resaltar en el contexto de la pandemia por coronavirus.

En primer lugar, no podemos obviar que existe una tendencia estructural que compromete el

futuro de la financiación del sistema sanitario como consecuencia de la evolución demográfica hacia una población más envejecida y el aumento de los costes de tratamiento. Se trata ésta de una cuestión clave a revolver a través de una reforma estructural que deberá ser aprobada mediante un amplio apoyo parlamentario, cuyo análisis no es objeto de este trabajo. Sí lo es que, sin embargo, en el día a día, la distribución de las partidas presupuestarias destinadas a las distintas funciones del Sistema sigue siendo a favor de una sanidad basada en la atención en hospitales, dejando particularmente infrafinanciada la atención primaria y la salud pública, claves en la gestión de la pandemia. A continuación, la representación gráfica de la distribución del presupuesto.



Distribución del presupuesto de gasto público consolidado en Sanidad según clasificación funcional
Año 2018. Miles de millones de euros y % sobre el total

Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público 2018. Principales resultados 2020, Ministerio de Sanidad.



La atención primaria cuenta con una capacidad instalada relevante; hay centros de atención primaria tanto en zonas urbanas como rurales que permiten suministrar atención médica a toda la población. En promedio, contamos con 28¹⁴ centros y 75 médicos de atención primaria por cada 100.000 habitantes¹⁵. Los médicos de familia controlan el acceso a cuidados más especializados y desempeñan un papel fundamental en la continuidad de la atención entre el nivel primario y secundario. Sin embargo, precisan respaldo presupuestario para aumentar la contratación de sanitarios en los centros colapsados, incrementar los medios diagnósticos o integrar la atención primaria con la secundaria y terciaria.

También hemos de mencionar la falta de recursos disponibles para atender a los pacientes en sus domicilios, debido a la escasa implantación de la telemedicina, lo que ha podido influir negativamente en el estado de los pacientes con otras patologías, especialmente los crónicos. A las carencias identificadas en la gestión remota de pacientes, hemos de añadir también las carencias existentes para facilitar el trabajo en remoto de los profesionales sanitarios, muchos de los cuales podrían haber contribuido a reducir la presión asistencial prestando servicios de telemedicina aun estando en cuarentena domiciliaria.

Las estructuras de Salud Pública en España han sido altamente insuficientes. Las partidas presupuestarias destinadas en el gasto público (~1,42 €/mes/ciudadano¹⁶) hacen difícil contar con una estructura que permita desarrollar mecanismos para dar respuesta rápida ante una situación crítica. Esto ha afectado de forma

significativa al soporte a los hospitales en la calidad, con escasez de protocolos claros de actuación sanitaria, indicaciones para los distintos tipos de pruebas clínicas, priorización del material clave, medidas de aislamiento¹², entre otros, como ilustración de algunos de los principales fallos.

El aprovisionamiento de material crítico en España durante la crisis ha dependido principalmente de países extranjeros¹⁷. Esto ha puesto a nuestro país en una situación de desventaja respecto a los países con capacidad de producción propia, especialmente en el primer momento de la pandemia, que merece la pena abordar. El retraso en disponer de equipos de protección individual ha provocado el contagio del 20% del personal sanitario. El concepto de reindustrialización estratégica es muy aplicable en este caso.

La no integración de los sistemas de atención de los mayores y más vulnerables ha ocasionado graves incidencias en la gestión de la pandemia. La atención que se da a los ancianos y vulnerables en el Sistema Sanitario no está adaptada a sus necesidades de apoyo más cercano. Existen escasos mecanismos estandarizados y a escala de cuidados en atención primaria y comunitaria de control eficaz de los síntomas o medicación fuera de los hospitales. La falta de protocolos establecidos que permitieran entender el estatus diario de número de contagios, casos confirmados, casos probables o fallecidos con sospecha favoreció una escalada rápida y letal del virus entre los adultos mayores en residencias, donde se estima una mortalidad de más de 20.000 personas¹⁸.

14. <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla16.htm>.

15. https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hlthres_71-general-practitioners-per-100-000/visualizations/#id=27994.

16. <https://www.diariofarma.com/2020/04/15/menos-que-un-cafe-al-mes-por-persona-142-euros-es-lo-que-se-invierte-en-espana-en-salud-publica>.

17. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/ministerio-sanidad/coronavirus-espana-tuvo-que-comprar-respiradores-chinos-pagando-el-doble-3322>.

18. Datos de las CCAA recopilados por RVTE <https://www.rtve.es/noticias/20200603/radiografia-del-coronavirus-residencias-ancianos-espana/2011609.shtml>.



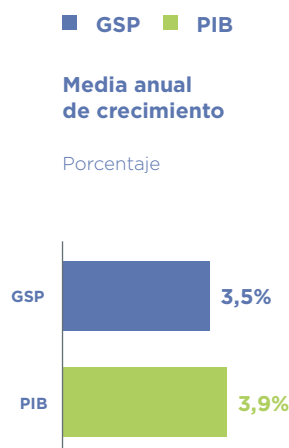
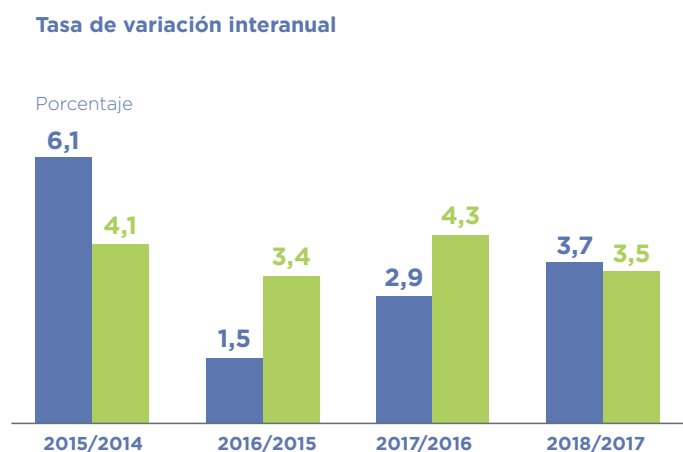
La falta de procesos y circuitos ágiles de recogida de datos de forma digitalizada y con nivel de agregación central ha sido un claro hándicap para el manejo de la crisis. La falta de un reporte diario consolidado de número de pruebas realizadas, el cálculo con certeza de la mortalidad, la falta de criterios para la contabilización, el retraso en la puesta en marcha de la App “Radar Covid”, en parte debido a las diferencias en los sistemas informáticos de las CCAA, y en la contratación de rastreadores para seguimiento de focos de contagio, constituyen errores claros en la gestión de la pandemia.

La falta de visibilidad sobre la disponibilidad de los recursos críticos (disponibilidad de plazas de UCI; nivel de ocupación en servicios de urgencias, etc.) para poder redirigir a los pacientes a las áreas o centros de menor saturación, de forma dinámica. Todo ello podría haberse realizado mediante el uso de herramientas tecnológicas adecuadas. En línea con lo anterior, **tampoco se disponía de modelos de predicción o previsión de recursos.**

La pandemia COVID-19 evidencia la **necesidad de reforzar el sistema de vigilancia epidemiológica a nivel nacional basado en Big Data.** Estos sistemas necesitan el análisis de grandes conjuntos de datos en tiempo real. Para potenciar este tipo de vigilancia, es fundamental disponer de una plataforma para la integración de los datos epidemiológicos, moleculares, sanitarios y poblacionales, que facilite el desarrollo de modelos analíticos, de inteligencia artificial y de tratamiento automatizado de datos masivos.

En el contexto de una **respuesta a un estado de emergencia**, ha habido **dos factores estructurales clave** que han mermado significativamente la capacidad de respuesta.

Por un lado, la baja relevancia de la sanidad en los Presupuestos Generales del Estado obliga al sistema a asegurar las operaciones del día a día sin poder destinar recursos a asuntos estratégicos para la respuesta ante situaciones de emergencia como lo es una pandemia de estas dimensiones.



Evolución del crecimiento del PIB vs. el Gasto sanitario público en España. 2014-2018

Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público 2018: Principales resultados. 2020, Ministerio de Sanidad.

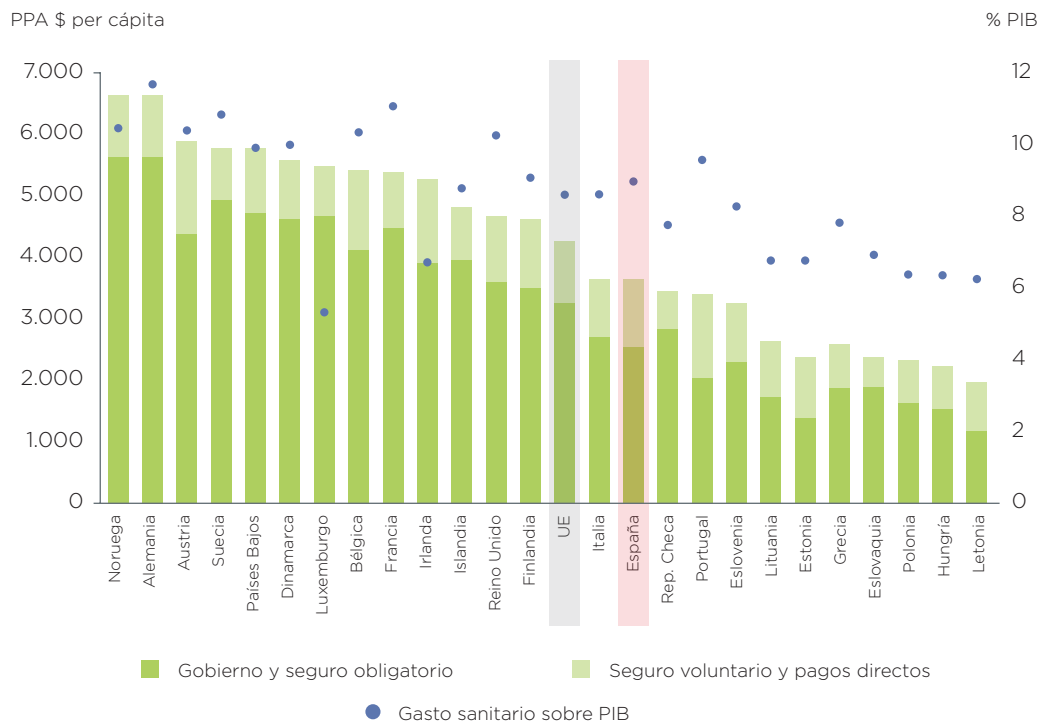


En comparación con otros países de la UE, el gasto sanitario per cápita es de un 15% inferior a la media. El crecimiento del gasto sanitario público en los últimos años ha sido inferior

al crecimiento del PIB (media anual de crecimiento del gasto sanitario público en el quinquenio 2014-2018 fue de un 3,5% vs. 3,9% del PIB¹⁹).

Gasto sanitario medio de España vs. el del resto de países europeos y peso sobre el PIB

Fuente: Estadísticas sobre salud de la OCDE 2020 (datos correspondientes a 2019).



Se ha argumentado en ocasiones que los países con mayor presupuesto sanitario se cuentan también entre los que han tenido un menor impacto de la pandemia, como es el caso de Alemania o Austria. Sin embargo, otros países como Suecia y Francia tienen un alto presupuesto y también han sufrido mucho la pandemia. Hay, entre los expertos, bastante consenso en que el impacto no se ha debido tanto al presupuesto en sanidad como al tiempo de respuesta y a la gestión adecuada de la crisis. Los países que no han actuado a tiempo y no han tomado medidas adecuadas han sufrido más.

La importancia de la financiación no debe hacernos soslayar un elemento indispensable para que estos recursos adicionales generen mejoras permanentes: la realización de

reformas. Como recordaba recientemente el Informe realizado por FEDEA²⁰ el sistema sanitario español es heredero de una estructura administrativa creada hace ahora cinco décadas, y difícilmente compatible con un sector que ha cambiado sustancialmente. Si la financiación adicional del sistema sanitario no es finalista y no va acompañada de reformas estructurales relevantes, de poco servirán esos recursos.

En segundo lugar, la ejecución del plan de emergencia centralizado no ha sido el esperado. El Ministerio de Sanidad cuenta con una escasa capacidad ejecutiva, dado que todas las competencias ejecutivas residen en las CCAA. En una circunstancia de emergencia como la que hemos vivido, debería haber sido clave la capacidad de ejecutar con inmediatez, agilidad

19. Estadística de Gasto Sanitario Público 2018: Principales resultados. 2020, Ministerio de Sanidad.

20. Fedea Policy Papers 2020/08. Informe sobre las Reformas e Innovaciones que requiere el Sistema de Sanidad español (IRISS), Junio 2020.



y excelencia un plan de emergencias liderado de forma central por un centro de operaciones, así como actuar de ente coordinador de la respuesta entre las comunidades autónomas.

Estas deficiencias se han puesto de manifiesto a través de los fallos en el aprovisionamiento de material de protección en los hospitales, con déficits en la calidad o retrasos, compra de test defectuosos, entre otros. Esto podría haberse evitado mediante el uso de herramientas tecnológicas (ej. *blockchain* e Internet de las cosas) en la cadena de suministro del material sanitario, lo que hubiera dotado al sistema de mayor transparencia y eficacia.

Hemos asistido, así, al funcionamiento deficiente de un modelo basado en la descentralización de los datos. La carencia de un sistema centralizado de información ha provocado diversos cambios de criterios, múltiples confusiones -cuando no errores- y una gran lentitud en el uso de los datos, al tener que procesarse de forma manual o mediante tecnologías poco adecuadas para la tarea a realizar.

Igualmente, se ha echado en falta disponer de un repositorio común de información que haya permitido compartir prácticas profesionales y tratamientos médicos aplicados en los distintos centros hospitalarios, lo que hubiera sido de gran valor para los profesionales.

Como Autoridad Única, responsable de la coordinación entre las comunidades autónomas tras

la declaración del Estado de Alarma, el Ministerio ha tenido grandes dificultades para llevar a cabo esta labor. Hemos vivido un modelo organizativo deficiente, donde se han dictado más de 209 normas generando incertidumbre entre los responsables de las comunidades autónomas²¹. Por otro, una escasez o falta de claridad en los protocolos de actuación, con criterios no siempre claros, como, por ejemplo, en los criterios utilizados para que las comunidades autónomas fueran transitando en las diferentes fases de la desescalada. Las directrices de actuación no han sido claras y han llegado en varias ocasiones con retraso a lo que la necesidad asistencial exigía (como, por ejemplo, los primeros decretos aprobados sobre el cierre de establecimientos, que llegaron unos minutos antes de su entrada en vigor).

En definitiva, la primera gran crisis de salud pública del siglo XXI nos ha sorprendido con un sistema sanitario que precisamente en el ámbito de la salud pública estaba infradotado, anclado en buena medida en sistemas de información escasamente desarrollados y que como consecuencia ha reaccionado tarde a los avisos recibidos, que es el factor más determinante en la extensión de cualquier pandemia. Esta respuesta tardía ha colapsado el sistema de atención sanitaria en los lugares y momentos más agudos y ha revelado las limitaciones operativas en hospitales y centros de salud. Sólo el compromiso de los profesionales y una cultura de innovación, de aprovechar los recursos disponibles para reinventarse y flexibilizar el sistema ha mitigado el impacto de la pandemia.

21. <https://elpais.com/espana/2020-05-16/el-estado-de-alarma-un-bosque-de-209-normas-excepcionales.html>.



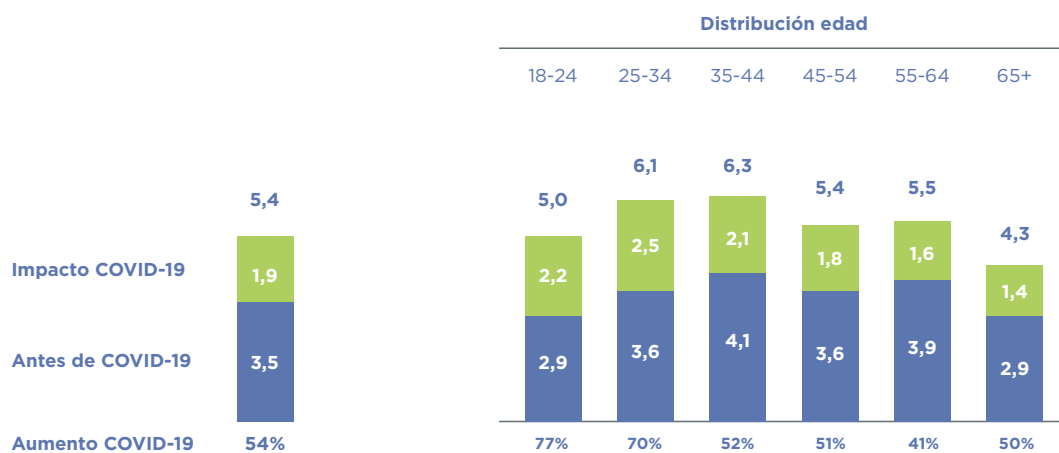
4. Oportunidades puestas de manifiesto durante la crisis sanitaria

Esta crisis sanitaria ha acelerado algunos cambios en el comportamiento de los profesionales y usuarios del sistema sanitario, y permitido que se pongan de relieve algunas novedades tanto a nivel de la sociedad como del sistema.

En la sociedad, se han observado importantes cambios en el comportamiento.

Para empezar, la crisis ha favorecido la aceleración de la adopción del canal digital como se

refleja en la encuesta llevada a cabo para el estudio de los canales digitales durante la COVID-19. El canal digital empodera la atención remota y segura de los pacientes, tanto los que padecen COVID-19, como de pacientes con otras necesidades de atención, como, por ejemplo, adultos mayores con comorbilidades, pacientes de salud mental, mujeres embarazadas u otros. El canal digital protege no solamente a los pacientes, pero también a los profesionales sanitarios.



Resultados de la encuesta de uso de canales digitales, 2020.

Fuente: McKinsey & Company Covid19
Perspectivas digitales: resultados de encuesta para el mercado español.

Avance en el uso de canales digitales es el más alto entre el grupo 18-24 (77%)



El incremento de 3,5% a 5,4% de media significó un mayor progreso en la adopción durante las semanas de la pandemia por COVID-19 que en los últimos 2 años. Esto es una base fuerte para el crecimiento futuro, ayudando a la sostenibilidad del SNS y a la provisión de salud con mayor seguridad por parte de pacientes y profesionales.

En segundo lugar, **la ciudadanía y la respuesta de la sociedad civil han sido ejemplares**, con una adaptación a las normativas marcadas por el gobierno. Se han vivido circunstancias límite como la imposibilidad de acompañar a los seres queridos en sus últimos momentos, pero no por ello la sociedad ha dejado de valorar la sanidad dando continuas manifestaciones públicas.

Ha habido un mayoritario ejercicio de responsabilidad por parte de los usuarios. Miles de ciudadanos han sido los pioneros en adoptar medidas de higiene como el uso de mascarillas o de geles antisépticos incluso antes de que se estableciera una normativa al respecto.

También se ha observado un giro hacia la mayor responsabilidad en el uso de los recursos, disminuyendo el uso inadecuado de las urgencias hospitalarias o las consultas innecesarias. Esto también significa que podemos desarrollar el sistema sanitario del futuro, basado mucho más en la responsabilidad de los pacientes y la colaboración entre pacientes, sus familiares y los profesionales, para mejorar la salud de la población española.

Respecto al **sistema sanitario**, se han observado movimientos hacia la **integración de servicios**. Las **farmacias** han jugado un papel

muy relevante al ser elementos esenciales del suministro de nuevos materiales clave como las mascarillas o geles desinfectantes, teniendo que asegurar el aprovisionamiento, gestionar a los más de 30 millones de personas que acudieron a las farmacias de forma segura y mantener la atención de los pacientes habituales. Para ello se han activado servicios como la entrega domiciliar de medicación hospitalaria, creando nuevas formas de integración, en el que se ha contado también con ayuda de la industria farmacéutica. Se estima que hasta 116.000 pacientes se han beneficiado de este servicio, que se ha llevado a cabo de una forma personalizada²². El 91,3% de los españoles reconocen el servicio público prestado por las farmacias a la sociedad durante la crisis del coronavirus y la profesionalidad de los farmacéuticos²³. De hecho, no son pocas las voces que han abogado porque las farmacias jueguen un papel de mayor relevancia dentro del sistema sanitario, actuando, por ejemplo, como puntos de realización de test serológicos.

Por último, **la sanidad privada** ha destacado como la gran aliada del Sistema Público, atendiendo aproximadamente al 20% de los pacientes COVID-19 durante la crisis²⁴. En un contexto en el que el gobierno solicitó la disponibilidad de los hospitales privados, desde el primer momento se pusieron a disposición de las necesidades del sistema público las capacidades de los hospitales privados, con modelos de interacción variables en función de los convenios de cada comunidad autónoma²⁵.

Contamos con una sanidad privada desarrollada que fue elegida por unos 10,3 millones de usuarios en 2018²⁶, lo que supone un incremento

22. https://www.vademecum.es/noticia-200520-116.000+pacientes+se+benefician+de+la+telefarmacia+liderada+por+farmac+eacute+uticos+de+hospital+durante+los+primeros+45+d+iacute+as+de+pandemia+por+covid+_14213.

23. <https://www.portalfarma.com/Profesionales/consejoinforma/Paginas/2020-encuesta-gad3-farmacias-covid-19.aspx>.

24. <https://gacetamedica.com/politica/sanidad-privada-atiende-a-19-por-ciento-afectados-coronavirus-espana/>.

25. <https://aspesanidadprivada.es/sanidad-reconoce-el-papel-de-los-centros-privados-en-la-crisis-y-analiza-medidas-urgentes-para-su-viabilidad-economica/>.

26. <https://www.fundacionidis.com/informes/analisis-de-situacion-de-la-sanidad-privada/private-healthcare-adding-value-situation-analysis-2019>.



del 4,3% respecto al año anterior. La sanidad privada se encuentra en una fase de fortalecimiento de su posición en nuestro país siendo la oferta de innovación uno de los motivos principales por los que sus usuarios la eligen, así como la atención de urgencias no vitales o los partos²⁷.

Todas estas son oportunidades que han florecido en el contexto de esta grave pandemia. Apalancarlas en este momento es clave para acelerar el cambio hacia el Sistema Sanitario del futuro.



5. Próximos pasos: respuesta inmediata, aprovechar el *momentum* y mirar hacia el futuro

Tras la primera oleada de la pandemia y el gran impacto que ésta ha tenido sobre nuestra sociedad y nuestro sistema, hemos identificado unas iniciativas concretas que nacen como oportunidades para, por un lado, asegurar que España está preparada para dar respuesta a una próxima crisis, pero por otro, fomentar el crecimiento económico que podría devenir del sector sanitario partiendo de las situaciones que se han generado en esta situación extrema. Analizando las fortalezas que requieren refuerzo, las debilidades que requieren solución y las oportunidades observadas, exponemos una serie de propuestas. Para llevarlas a cabo, se deberá contar con tres habilitadores fundamentales: la digitalización, la apuesta por la innovación y nuevos modelos de inversión público-privada.

A continuación, exponemos las propuestas de mejora en los tres horizontes y profundizamos en los tres habilitadores.

Respuesta inmediata: protegernos de este nuevo brote

El objetivo de este informe no es la elaboración detallada de las propuestas inmediatas tras el brote ya pasado. Sin embargo, es crucial que exista un centro de operaciones bien planificado, que permita al Ministerio mantenerse en contacto permanente con las CCAA, con una visibilidad constante, capacidad de decisión de apertura/cierre, ejecución y control de las medidas tomadas.

Es clave contar con un sistema de reporte de datos claro, protección efectiva de los más vulnerables, protocolos de actuación uniformes, canales de comunicación únicos y accesibles. Además, debe contar con modelos organizativos para asegurar la coordinación entre Ministerio, CCAA y actores del sistema con procesos claros y protocolos específicos. Se debe construir sobre los aprendizajes del despliegue de



infraestructuras, optimizar procesos y establecer protocolos que permitan su activación en caso de ser preciso a futuro.

El virus no afecta de la misma manera a todos, incluso cuando se trata de personas del mismo género y edad. Hay gente con variantes genéticas que los hacen más propensos a una respuesta inflamatoria exagerada a ciertas infecciones virales. Se trata de variaciones que no están relacionadas con el riesgo de infección viral, pero que pueden estar relacionadas con la gravedad de la respuesta inflamatoria a infecciones tipo COVID-19. Es importante comprender cómo el factor genético influye en la gravedad con la que se cursa la enfermedad y el riesgo de mortalidad. Para ello es necesaria la puesta en marcha de infraestructuras de secuenciación, cómputo, almacenamiento, analítica avanzada y servicios bioinformáticos, que permitan la realización de análisis genómicos a grupos de población de riesgo, por ejemplo, residencias de ancianos, ciudadanos con historial familiar relacionado con Alzheimer, etc.

En esta etapa, sería deseable contar cuanto antes con sistemas interoperables de trazabilidad y gestión de contactos, algo que la tecnología actual ya permite con total garantía respecto al cumplimiento de los criterios y normativa de protección de datos española y europea. Es fundamental una detección temprana de los nuevos casos de infectados para poder alertar a los contactos de dichos individuos y establecer y gestionar los protocolos de aislamiento.

Seguir mejorando el SNS, a través de una serie de iniciativas que se podrían impulsar si se aprovecha el *momentum* actual.

a. Reposicionar la Salud Pública en el Sistema Nacional de Salud.

- Dotar de capacidades estratégicas a los

responsables de los Servicios de Salud Pública.

- Reestructurar la organización de Salud Pública tanto a nivel nacional como autonómico y establecer un sistema de gobernanza estructurado con inclusión de las comunidades autónomas. La Ley General de Salud Pública ya preveía crear una Agencia Estatal que nunca ha llegado a crearse. Ahora parece el momento adecuado para llevarlo a cabo.
- Incrementar las partidas presupuestarias destinadas a Salud Pública.
- Reforzar la Sanidad Exterior para afrontar una respuesta más ágil en materia de vigilancia epidemiológica y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros.
- Reformar el órgano de coordinación de las CCAA (Consejo Interterritorial) para hacerlo más operativo, así como incorporar en el mismo a asociaciones de pacientes y a las Sociedades Científicas.

b. Integración social y sanitaria para personas mayores y vulnerables.

- Establecer circuitos específicos de control de la salud para personas mayores y vulnerables.
- Integrar la información a todos los niveles.
- Establecer un sistema organizativo que permita tener visibilidad de la situación en tiempo real y la toma de decisiones rápidas.



- Asegurar que la asistencia sanitaria actúa de forma coordinada con la social, integrando procesos y sistemas de información que incluyan a todas las partes involucradas.
 - Mejorar los resultados sociales y de salud en las personas con vulnerabilidad mediante la profesionalización y adaptación de la atención, destinando recursos específicos a cada caso.
- c. Mejorar la gestión de la demanda y la calidad de la atención apalancando la atención primaria.**
- Fomentar y financiar las estrategias de prevención de salud pública en la atención primaria.
 - Asegurar que la ciudadanía conoce y entiende los procesos de atención en función de la criticidad, evitando el uso inadecuado de las instalaciones.
 - Mejorar los procesos de atención, asegurando que no se utiliza la visita médica o de enfermería en labores puramente administrativas.
 - Aprovechar las ventajas que ofrece la innovación organizativa y la transformación tecnológica en la atención primaria para poder conseguir mejoras tanto de los profesionales en su desempeño como el de los pacientes. Entre estos cambios, convendría impulsar las unidades de gestión clínica en primaria como un instrumento para este rediseño organizativo, potenciar el autocuidado de los pacientes, el trabajo con los profesionales de los servicios hospitalarios a través del acceso a la historia clínica o la implantación generalizada de las teleconsultas con el fin de lograr una mayor continuidad asistencial del paciente. También es prioritario aumentar la capacidad resolutoria de la atención primaria con tecnología que facilite una mayor efectividad diagnóstica. Esta tecnología servirá tanto para el seguimiento de pacientes en sus domicilios con videollamadas y la monitorización de sus constantes vitales, como para el equipamiento básico operativo y a pleno funcionamiento en el propio centro de salud.
 - Aumentar la capacidad del médico de familia, estableciendo ratios de atención poblacional razonables, incrementando su alcance en la atención domiciliaria apalancando las nuevas tecnologías en atención no presencial para el seguimiento de crónicos, fomentando también la responsabilidad del paciente y sus cuidadores principales en la gestión de su salud.
 - Como ya ha ocurrido en otros sectores, es preciso repensar los procesos en atención primaria, para enfocar el tiempo en aquellos que generan más valor añadido. Así, por ejemplo, algunas tareas repetidas como la toma de constantes o preguntas sobre la situación general del paciente podrían autogestionarse por ellos mismos en el centro antes de entrar en la consulta médica.
 - Establecer flujos de información que integren al paciente y que permitan gestionar la demanda de una forma eficaz, pudiendo solicitar cita o realizar cambios en las mismas de forma fácil y amigable a través de dispositivos electrónicos, disminuyendo a su vez la burocracia. Mejorar la gestión del



paciente una vez ya está en el centro de salud, facilitando el check in online, de tal forma que los profesionales puedan saber qué paciente ha llegado y evitando esperas innecesarias.

- Innovar en la propuesta de gestión de la atención primaria para ofrecer un plan de carrera atractivo a largo plazo.

d. Integrar la asistencia sanitaria en el sistema público y privado.

- Establecer flujos de información entre sistema público y privado que permitan la continuidad de la atención; por ejemplo, la historia clínica única e interoperable, basada en el hecho de que es el paciente el titular de toda su información clínica, que debe tener la opción de poder estar a disposición del facultativo que lo trata.
- Fomentar modelos flexibles de financiación para la subcontratación de actividad en los centros privados.
- Promover un relato de cambio de una “competencia” entre el sistema público y privado hacia una “cooperación”.

e. Impulsar la reconversión industrial segura para la producción de material crítico en caso de futuras crisis.

- Identificar las industrias potencialmente convertibles y establecer normativas de cooperación en casos de crisis.
- Establecer protocolos de colaboración con la Industria Farmacéutica y de Dispositivos Médicos para futuras crisis. Estudiar conjuntamente las medidas que se han tomado que les afectan y trabajar

en un entorno más estructural y menos coyuntural.

- Crear procesos claros de mando, control y coordinación entre las entidades involucradas.
- Establecer protocolos de calidad uniformes.
- Crear centros de soporte para optimizar la rapidez de adaptación y respuesta.

f. Crear un plan de profesionales.

- Promover el desarrollo profesional de los trabajadores de la salud y los procesos de recertificación a lo largo de toda la vida, como tienen los sistemas más avanzados.
- Establecer un plan de carrera más allá de la educación universitaria y especializada, asegurando que existan planes de formación a largo plazo que permitan tanto controlar la calidad, como asegurar que nuestros profesionales apuesten por nuestro sistema. Incorporar la digitalización como parte de la formación continua de los médicos.
- Fomentar la eficiencia en el sistema implementando, por un lado, un plan de incentivos compatibles con una filosofía de sistema público y, por otro, realizando un reparto de tareas que permitan enfocar a los profesionales en las labores de verdadero valor añadido.
- Establecer una planificación a medio y largo plazo de los recursos humanos del sistema que tome en cuenta el déficit de profesiones que se espera en los próximos



años por la jubilación de muchos profesionales.

g. Fomentar la investigación y la innovación en todos los ámbitos relativos a la salud.

- Favorecer planes de implementación de innovaciones en integración de los servicios sanitarios, poniendo el foco en los mayores y grupos más vulnerables.
- Estimular innovación en los procesos de las operaciones habituales de los hospitales para optimizar los recursos.
- Establecer medios de comunicación innovadores con la sociedad para asegurar la transmisión de mensajes relevantes para la salud.
- Aumentar los recursos dirigidos a la I+D+i biomédica a fin de mejorar los resultados en salud, fortaleciendo los lazos entre universidades, centros asistenciales, industria y organismos públicos de investigación, e impulsando la especialización competitiva en el seno de la Unión Europea. Líneas de actuación similares se incluyen en el Macroproyecto Tractor en Salud, de CEOE, coordinada por AMETIC y que lleva por título “El ciudadano español, gestor de su salud y donante de conocimiento”, propuesto recientemente.
- Enfocar la asistencia hospitalaria en aquellas acciones donde realmente añade valor, reasignando la actividad de bajo valor añadido en un hospital a otros centros o incluso a los domicilios de los pacientes, mediante teleasistencia que permita llevar a cabo el seguimiento a distancia (hay iniciativas pioneras en este sentido en Israel).
- Generar una “visión de conjunto” a nivel geográfico en la gestión hospitalaria para optimizar las instalaciones y servicios.
- Crear centros de excelencia que permitan la gestión de grandes volúmenes de pacientes y que funcionen por especializaciones en patologías con una filosofía de medicina basada en el valor, permitiendo aportar a los pacientes resultados en salud que sean a su vez medibles y permitan gestionar el riesgo, la calidad y la financiación a la vez que se asegura una máxima utilización de todas las instalaciones.
- Aumentar la productividad de los hospitales revisando a fondo los procesos para racionalizarlos optimizando tanto el personal disponible como los activos del hospital.
- Establecer vías formales de acceso a la innovación en los hospitales asegurando que todas las instituciones son punteras y competentes.

Mirar hacia el futuro: reinventar el sistema sanitario hacia la excelencia. Las oportunidades a futuro podrían posicionar el sector sanitario en un lugar privilegiado en el mercado internacional.

a. Iniciar el camino hacia una nueva generación de hospitales.

b. Definir un nuevo modelo de gestión para el Sistema Sanitario.

España cuenta con un sistema sanitario basado en el volumen: si comparamos las interacciones del paciente con algunas de las piezas del sistema sanitario (número de medicamentos consumidos por habitante, número de visitas



a los centros de salud, número de visitas a urgencias en hospitales, número de pruebas médicas por habitante), el sistema español es de los que cuenta con mayor frecuentación en toda la OCDE. Este aspecto no está sólo presente en el ámbito público, sino que se repite en el privado: el modelo de aseguramiento privado es también un modelo de volumen donde el comprador de servicios trata de reducir la tarifa mientras el oferente busca aumentar el número de visitas por las que obtiene su remuneración.

Detrás de este hecho hay aspectos muy positivos como la elevada accesibilidad de nuestro sistema, con independencia de los niveles de renta. Pero otros que lo son menos, como la baja remuneración de los factores de producción, singularmente los facultativos. Reinventar el sistema sanitario supone transitar desde un modelo de volumen a un modelo de valor: reducir la frecuentación, en buena medida aprovechando la tecnología, y a cambio ofrecer una atención más resolutive, más eficaz, que permita mejorar las condiciones de la parte más relevante sanitaria. En este modelo toma más valor el tiempo de los médicos, que es donde más recursos ha invertido todo el sistema, se facilita una delegación de tareas y se habilitan medios tecnológicos para que aproveche su tiempo de forma más eficiente. Es un nuevo equilibrio, más acorde con un sistema tan complejo y tecnificado como el que vivimos en la primera mitad del siglo XXI.

Este modelo es un modelo sustentado en la evidencia científica, coordinado desde la perspectiva de los niveles asistenciales y plenamente integrado con los servicios sociales, en el que el ciudadano acceda al recurso asistencial más adecuado a sus necesidades; y un modelo que cuente con los domicilios de los ciudadanos como eslabón de la cadena asistencial, en especial para los pacientes más frágiles.

Es esencial garantizar la continuidad asistencial de los procesos desde la Atención Primaria a la Atención Especializada y entre los diferentes servicios hospitalarios, incluida la coordinación con los servicios sociales. Se trata de lograr una gestión más eficiente, así como responder con calidad y equidad a las necesidades de salud de los pacientes. La tecnología nos abre nuevas vías de relación médico-paciente que deberíamos aprovechar acordando protocolos de actuación con las Sociedades Científicas y las Asociaciones de Pacientes. Requieren una especial atención las personas del ámbito rural que pueden beneficiarse significativamente con la incorporación de nuevas tecnologías.

Es por ello que hacen falta iniciativas concretas que permitan transitar paulatinamente hacia un nuevo modelo integral de gestión. Es preciso:

- Establecer capacidades para la coordinación eficaz de la actividad sanitaria, provisión de material y gestión de información entre las CCAA.
- Crear procesos que permitan ejecutar de forma ágil y efectiva los planes de emergencias con centros operativos estructurados, cuadro de mando único con datos estandarizados, funciones detalladas preestablecidas y sistemas de gobierno concretos.
- Iniciar el tránsito hacia un nuevo modelo de compras que esté basado en el valor, priorizando la calidad sobre el volumen, y que permita incrementar la eficiencia a través de la incorporación de la innovación tecnológica constante.

Para poder dar el paso hacia el futuro, es preciso enfocarse en habilitadores que aseguren que podemos movilizar el sistema y la industria hacia delante.



Creemos que son tres las **herramientas críticas** para llevar a cabo esta labor: **digitalización, innovación e inversión público-privada.**

Por un lado, el desarrollo de la digitalización en el sector salud. Resulta imperioso contar con un plan extraordinario en el que se haga una apuesta clara por la digitalización de todo el sistema sanitario²⁸. Desde la provisión de la atención no presencial a la prescripción de fármacos en domicilio. La digitalización será la puerta de entrada para conseguir las mejoras en la calidad de la atención a través de la personalización de la asistencia y el empoderamiento de los pacientes, mejoras en los procesos reduciendo los de bajo valor añadido y agilizando la burocracia, la transparencia y la fluidez en el manejo de datos o la integración de las áreas de atención de forma sencilla.

Los desarrollos digitales se podrán integrar a partir de productos ya presentes en el mercado o bien desarrollando soluciones ad-hoc que permitan dar respuesta a las necesidades específicas.

En este sentido, será clave asegurar una capa de digitalización “centralizada” e interoperable, en la que exista capacidad de gestionar la atención de los pacientes independientemente de su procedencia y localización en el momento de la atención, manteniendo los procesos y estructuras digitales ya presentes a nivel autonómico. Y no sólo a nivel geográfico, sino incluyendo sistemas de sincronización entre sistema público y privado para, por ejemplo, optimizar la dedicación de los médicos y de las enfermeras entre los dos sistemas.

La digitalización de la sanidad deberá ir acompañada de una estrategia holística dirigida a pacientes, atención primaria, hospitalaria y población vulnerable.

Además, se deberá mirar hacia el más largo plazo y establecer eficientes sistemas de gestión de datos. En este sentido, se deberá disponer de un sistema sólido de analítica de datos que permita tener visibilidad sobre la situación del sistema y la predicción de escenarios, así como determinar la eficacia de los tratamientos.

Por otro lado, **la apuesta por un sistema que atraiga y fomente la innovación.** La clara necesidad de mejoras en todos los ámbitos –tanto a nivel de procesos, asistencial como terapéutico y tecnológico– pone de manifiesto la gran lentitud de adopción de las nuevas soluciones disponibles en el mercado. Hacer una apuesta firme por la innovación permitiría tanto la atracción de talento internacional y, más importante, la retención del talento nacional favorecería la aceleración de la implementación de soluciones a problemas crónicos del sector, fomentaría el desarrollo de productos, soluciones y servicios que podrían posicionar a España como una referencia a nivel internacional también en temas de innovación sanitaria.

Se deberán crear capacidades tanto a nivel de gestión y toma de decisiones, como a nivel formativo, impulsando el acceso y la educación desde la edad infantil hasta la universitaria.

Por último, **es preciso contar con inversiones públicas y privadas que permitan el acceso de capital tanto a los grandes proyectos de reforma como a pequeñas iniciativas que tengan un impacto en el sector.** La creación de una cultura de inversión empezando por el sector público, aumentaría la seguridad y atraería capital privado no sólo nacional sino también internacional. El cambio de paradigma de un sistema infrafinanciado a un sistema saludable económicamente y que además cuente con un ecosistema que acompañe, es un potenciador necesario para asegurar que se crea *momentum* en el mercado.

28. Hacia la transformación digital del sector de la salud. Informe SEIS, AMETIC y Fenin.



Poner en marcha estas iniciativas sería clave para posicionar a España en el mercado sanitario internacional, posiblemente como un *hub* de salud. El sistema de salud español tiene grandes fortalezas que deben protegerse y promocionarse. Contamos con una gran oferta en asistencia sanitaria y formación especializada, capacidades para el desarrollo de tecnologías médicas y potencial para ser pioneros en el Big Data de salud. Además, contamos con ventajas logísticas (con países tanto europeos como de Medio Oriente o África), culturales (con

países de América Latina), industriales (amplio desarrollo de la infraestructura turística que permite acoger a personas del extranjero), entre otros.

Con todo esto, el ecosistema español podría competir con los sistemas más afianzados a nivel mundial. Trabajar de forma coordinada entre sector público y privado con iniciativas de promoción internacional similares a las utilizadas en el turismo vacacional sería un impulso que podría suponer un gran crecimiento de nuestra economía.



Conclusiones

El efecto del primer brote de la pandemia ha servido para desvelar los claroscuros de nuestro sistema sanitario. Tomar buena nota de los aprendizajes de este período y de las limitaciones de la respuesta del Gobierno desde el desconfinamiento, será clave para protegernos del rebrote presente y de nuevos brotes futuros. La Comisión para la Reconstrucción creada en el Congreso de los Diputados debería ser una excelente oportunidad para generar amplios acuerdos que hagan duraderas las reformas que precisa el Sistema.

El Sistema Sanitario ya cuenta con unos activos de excelencia. Las infraestructuras de atención hospitalaria, la calidad asistencial, el personal sanitario o la cultura de innovación han demostrado su gran calidad incluso en momentos de crisis profunda como la vivida. Existen además áreas nuevas por explorar y promover con gran potencial como por ejemplo los servicios sanitarios integrados o el fomento de la cooperación público-privada.

Necesitamos impulsar una cultura de valoración, protección y potenciación del sector. Es preciso tomar decisiones estratégicas que permitan dar pasos hacia delante mediante una apuesta seria por la digitalización (con foco en la utilización del “dato”), la innovación y la inversión público-privada. El desarrollo de las grandes oportunidades del futuro pasa por tener un sistema sólido en estos aspectos.

Además, este tipo de desarrollo podría posicionar el sistema sanitario en España como un motor dinámico del crecimiento económico también a nivel internacional. Pensar en el posicionamiento de nuestro país como un prestigioso *hub* de Servicios Sanitarios no está demasiado lejos de la realidad. Existe *momentum* en el mercado. Con iniciativas claras y los incentivos adecuados se podría impulsar una nueva fuente de riqueza para nuestro país, por lo que resulta muy relevante aprovechar esta oportunidad.

Este documento ha sido impreso en papel procedente de bosques sostenibles y otras fuentes controladas (madera y/o reciclado), certificado por FSC®





www.circulodeempresarios.org