

La salud en el centro de nuestra sociedad

Ideas para un
debate pendiente

Jordi Ibáñez
Jaume Ribera

Marzo 2021

La salud en el centro de nuestra sociedad

Ideas para un debate pendiente

Jordi Ibáñez
Jaume Ribera

Marzo 2021

Autores

Jordi Ibáñez

Colaborador del Center for Research in Healthcare Innovation Management (CRHIM)

Jlbanez@iese.edu

Jaume Ribera

Profesor de Dirección de Producción, Tecnología y Operaciones

Center for Research in Healthcare Innovation Management (CRHIM)

JRibera@iese.edu

<https://www.iese.edu/crhim/>

Este documento de trabajo ha sido preparado por el Center for Research in Healthcare Innovation Management (CRHIM) del IESE. Marzo del 2021.

CONFIDENCIAL. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en un sistema de recuperación, utilizada en una hoja de cálculo o transmitida en cualquier forma o por cualquier medio —electrónico, mecánico, de fotocopia, de grabación o de otro tipo— sin el permiso expreso del IESE.

Fecha de última edición: 21/03/2021.



Contenido

I	RESUMEN EJECUTIVO	3
II	INTRODUCCIÓN	22
III	OBJETIVOS DEL SISTEMA DE SALUD	26
IV	FOCO DE LAS PROPUESTAS	29
V	A QUIÉNES SE DIRIGEN LAS PROPUESTAS	31
VI	DIAGNÓSTICO DE PARTIDA	32
VII	ELEMENTOS CONCEPTUALES PARA EL DEBATE	44
	1. Personas (ciudadanos/pacientes)	46
	Centrar el modelo en las personas como ciudadanos, propietarios y pacientes	46
	Mayor corresponsabilidad del paciente en la gestión de su salud	49
	2. Financiación	54
	Incrementar la aportación a la sanidad	54
	Revisar el contrato social	57
	3. Aseguradores-pagadores	58
	Separar entre pagador público y proveedor (público o privado)	59
	4. Contratación y reembolso	61
	Implantar prácticas de valor	61
	5. Proveedores	64
	Mejorar la gestión (para conseguir mejores resultados)	64
	Evolucionar la forma de trabajar del hospital	74
	Reinventar la Atención Primaria	77
	Motivar a los profesionales sanitarios	79
	Redefinir el rol de las oficinas de farmacia	84
	Mejorar la integración de las compañías farmacéuticas y de tecnologías médicas en el sistema de salud	85
	6. Provisión	88
	Fomentar la atención integrada	89
	7. Ecosistema	95
	Reforzar la gobernanza del Sistema Nacional de Salud	96
	Potenciar la salud pública	98
	Profesionalizar la investigación: nueva concepción de la I+D	99
	Escalar la innovación	102
	Impulsar la transformación digital (salud 4.0)	104
	Promover la salud como motor económico	109
	Fortalecer la colaboración público-privada	114

VIII	ANEXOS	118
	1. Objetivos e indicadores del sistema de salud: diagnóstico comparativo	118
	1.1. Salud de la población	119
	1.1.1. Salud cubierta	120
	1.1.2. Cobertura y calidad	124
	1.1.3. Hábitos saludables y factores de riesgo individuales	136
	1.2. Sostenibilidad del sistema	140
	1.2.1. Financiación	141
	1.2.2. Costes/recursos	145
	1.2.3. Eficiencia del uso de recursos (gestión de recursos)	151
	1.3. Satisfacción del ciudadano/paciente	156
	1.3.1. Ajuste a las necesidades del paciente	156
	1.3.2. Experiencia del paciente	157
	1.4. Satisfacción de los profesionales sanitarios	159
	1.4.1. Salario	159
	1.4.2. Absentismo en el ámbito sanitario	161
	1.4.3. Emigración de profesionales sanitarios	161
	1.4.4. Jubilación de médicos	163
	1.5. Docencia, investigación e innovación (<i>know-how</i>)	166
	1.5.1. Inversión en I+D	166
	1.5.2. Publicaciones científicas	167
	1.5.3. Patentes	169
	1.5.4. Participación en proyectos europeos (Horizonte 2020)	170
	1.5.5. Participación en ensayos clínicos	172
	1.6. Motor de crecimiento	172
	1.6.1. Sanidad privada	173
	1.6.2. Laboratorios farmacéuticos	176
	1.6.3. Innovación	176
	1.6.4. Salud y fuerza laboral	177
	2. Participantes y agradecimientos	178
	Expertos nacionales	178
	Expertos internacionales	180
	Agradecimientos	181

Resumen ejecutivo

El modelo de salud español es excelente. Lleva dando resultados satisfactorios desde su instauración, a mediados de los años 80, y ha demostrado en repetidas ocasiones su resiliencia, manteniendo su actividad con menos recursos tras la crisis del 2008, así como su extraordinaria capacidad de reacción durante la crisis de la COVID-19, gracias a la iniciativa de sus profesionales y a la flexibilidad de sus gestores.

Cuando hablamos de un nuevo sistema de salud para las necesidades actuales de la sociedad española, el mayor cambio conceptual que debemos considerar es **pasar de un modelo basado en la sanidad a un modelo centrado en la salud**. Ello significa actuar no solo sobre el 20% de los determinantes de la salud —a los que se dedica el 80% de los recursos—, sino sobre un porcentaje mucho más elevado, que incluye los relacionados con el entorno (calidad de este, vivienda, etc.), factores socioeconómicos (educación, trabajo, ingresos, ambiente familiar...) y hábitos de conducta (consumo de tabaco, alcohol o drogas; práctica de ejercicio...).

Varias son las consejerías que han pasado de denominarse *de Sanidad* a *de Salud*, pero este cambio debe suponer la imprescindible transformación de organizaciones verticales en organizaciones que incorporen visiones transversales, con capacidad de actuación sobre un espectro más amplio de los determinantes de salud, en línea con la visión “salud en todas las políticas” (HiAP) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Este cambio de paradigma requiere construir una organización mucho más matricial, tanto a nivel nacional como autonómico. Para ello, en una sociedad donde el envejecimiento de la población deriva en un aumento de la cronicidad y la dependencia, un punto de partida debe ser la integración entre la sanidad y los servicios sociales.

En este estudio, recogemos un total de 68 propuestas para que nuestro sistema de salud responda de manera más equitativa, eficaz y eficiente al triple desafío de (1) ajustarse a las nuevas necesidades y expectativas de los ciudadanos, (2) optimizar los resultados de salud a lo largo de toda la cadena del valor del proceso de asistencia/atención y (3) hacerlo optimizando el uso de los recursos, asegurando así la sostenibilidad y la alineación del modelo con los objetivos de la Agenda 2030.

Este proyecto, cuyo origen se remonta al otoño del 2019, se focaliza en los problemas estructurales del sistema de salud, incorporando tanto las lecciones aprendidas de la crisis financiera del 2008 como las que nos deja la COVID-19, tras su irrupción en España durante el primer trimestre del 2020. Su punto de partida es un diagnóstico elaborado a partir de una amplia visión, que incluye tanto la evaluación de la salud de la población y la sostenibilidad del sistema como la visión del paciente y la situación de los profesionales sanitarios. En su enfoque no hemos querido considerar la salud tan solo como un vector de gasto, sino también como un motor de creación de riqueza y factor decisivo para nuestra capacidad

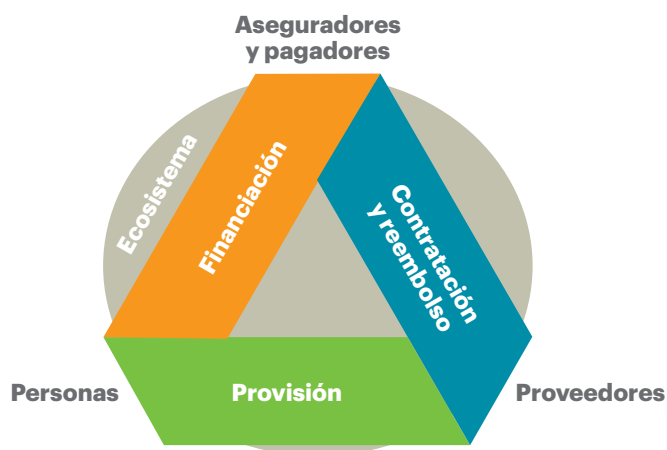
de innovación en investigación, desarrollo e innovación (I+D+i). Con el fin de poner en perspectiva la situación española, el diagnóstico incluye una serie de países con los que hemos entendido que debemos compararnos, bien por proximidad, bien por similitudes: Francia, Alemania, Italia y el Reino Unido; por ser excelentes en algún aspecto: Dinamarca y Holanda; o por tratarse de casos extremos: Estados Unidos y Singapur, así como con la media de la Unión Europea (UE).

Estas propuestas presentan una visión del profundo cambio que precisa nuestro sistema alineado con una concepción amplia de la salud. Aunque su foco prioritario es el sistema sanitario, que incluye todas las instituciones (públicas y privadas) implicadas directamente en el cuidado o la financiación de la salud, también afecta al resto de organizaciones y entidades que conforman el ecosistema de la salud (laboratorios farmacéuticos, empresas de tecnologías médicas y de información, universidades y centros de investigación, etc.).

Las propuestas van dirigidas a todos aquellos que tienen capacidad para cambiar las cosas (Gobierno, comunidades autónomas, gestores, líderes clínicos y profesionales), con la confianza de que les sean útiles para reflexionar y tomar las mejores decisiones en sus respectivos ámbitos de competencia, para mejorar el modelo de salud al servicio de los ciudadanos. Dado que muchos de los cambios necesarios son profundos y que se trata de un problema de Estado, se debe buscar el consenso, a medio-largo plazo tanto de las fuerzas políticas como de las sociedades científicas, profesionales y sociales implicadas. Si bien tal consenso no ha sido fácil en el pasado, resulta necesario si queremos poner en marcha los cambios propuestos y mejorar nuestro modelo de salud, para adaptarlo a las necesidades y los retos de una nueva sociedad.

A continuación, revisamos los diferentes ámbitos que caracterizan el sistema de salud y, para cada uno de ellos, proponemos ideas con base en el diagnóstico realizado y en experiencias existentes tanto en España como en el ámbito internacional.

Figura 1. Marco conceptual del sistema de salud



Fuente: Elaboración propia.

Personas (ciudadanos/pacientes)

El nivel general de satisfacción de los pacientes con el sistema sanitario español se sitúa entre los más altos de los países con los que nos comparamos, si bien hay margen para incrementar su participación en las decisiones que les afectan. Respecto a este último punto, España se encuentra por debajo de la media de los países estudiados (78,0% frente al 85,0%) y con mucho margen de mejora hasta alcanzar el 91,3% de Holanda.

Para seguir progresando hacia un **modelo centrado en las personas (people centric)**, debemos considerar dos ámbitos diferenciados: su participación como sujetos activos en la definición y gobernanza del modelo de salud, y una mayor participación en las decisiones que afectan a su salud como pacientes.

Sin duda, el éxito de un modelo centrado en las personas pasa por hacerlas partícipes de las decisiones que les afectan, ser parte de los órganos que las gobiernan y decidir sobre los procesos por los que deben transitar. Por ello, proponemos **formalizar su participación en (a) la definición de las prioridades en salud como ciudadanos/contribuyentes**, estableciendo prioridades en los planes de salud e implicándose en el direccionamiento y la priorización de recursos escasos (nivel macro); **(b) los órganos de gobierno de las instituciones**, participando en la gobernanza de los dispositivos de provisión y actuando como contrapeso de sus propias demandas desde su rol de pacientes (nivel meso); y **(c) la definición y mejora de los procesos por los que transitan como pacientes/usuarios del sistema**, interviniendo en su diseño (ya sean procesos administrativos o clínicos), y estableciendo de qué manera pueden ejercer su autonomía y participación en la toma de decisiones que afecten a su salud (nivel micro).

La participación de los ciudadanos debería articularse a través de entidades asociativas de pacientes, definiéndose los requerimientos necesarios de representación —tal como se ha hecho en Francia, Inglaterra o el Reino Unido—, con el fin de intervenir en la definición de políticas u órganos de gobierno; por su parte, su implicación en la redefinición de procesos clínicos o en equipos de mejora en los dispositivos de provisión debería llevarse a cabo mediante paneles de pacientes, utilizando para ello técnicas de consulta y participación propias de la denominada *experiencia del paciente*.

Conseguir la **corresponsabilización de los ciudadanos con su salud** (y no solo con su enfermedad) tiene que ser un objetivo del sistema de salud, puesto que tiene un impacto directo en su bienestar y en el coste sanitario asociado. Para ello, es necesario proporcionarles formación e información en las diferentes etapas de su ciclo vital, a fin de dotarles de criterio para tomar las decisiones más adecuadas, y esto pasa por **potenciar la educación en salud**, con especial énfasis en el colectivo escolar y en los grupos de riesgo; **hacer al paciente propietario de su historia clínica**, permitiéndole compartirla con proveedores públicos y privados; y **poner a su disposición información relevante sobre su condición (clínica, PROM [patient-reported outcome measures o 'medidas de resultados reportados por los pacientes'], etc.)**, con el fin de facilitarle la toma de decisiones (elección de centro, médico y/o tratamiento).

Financiación

La sostenibilidad del sistema sanitario está **amenazada de forma estructural**. Desde el año 2010, las reformas se han centrado en asegurar la sostenibilidad, abordando una reducción de sus costes tanto en los precios de los medicamentos como en los costes de producción (incluidos los profesionales sanitarios y sus salarios). Entendemos que seguir por este camino puede llevarnos pronto a degradar la calidad de la asistencia sanitaria y la salud de la población.

Una comparación con los países de nuestro entorno pone de manifiesto que la aportación pública a la sanidad en España está por debajo en 140 puntos básicos respecto de la media europea. Además, si hablamos de un modelo de salud, hemos de considerar también su aportación a la dependencia, que repercute de forma directa en la de los ciudadanos. Actualmente, esta aportación es del 0,7% del PIB, cuando la media de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) es de un 1,7%. Por ello, es necesario **equiparar el gasto público en sanidad y dependencia a la media europea en porcentaje del PIB**.

Al mismo tiempo, debemos definir un **modelo de financiación menos dependiente del ciclo económico**, para evitar una situación como la acaecida en la crisis del 2010, cuando la caída del PIB obligó a realizar recortes significativos en sanidad. En épocas de crisis, las necesidades de atención sanitaria suelen aumentar, siendo la crisis actual de la COVID-19 un caso extremo.

Somos plenamente conscientes de la dificultad de incrementar la financiación en un entorno de crisis económica como la que previsiblemente se producirá tras la pandemia de la COVID-19. Por ello, debemos plantearnos no solo el incremento de la financiación, sino **también cómo hacer más con lo que tenemos**. Es en la mejora de la gestión donde se centra, en gran medida, el resto de las propuestas que realizamos:

- Potenciar la prevención como elemento fundamental del sistema.
- Incrementar la eficiencia de la asistencia.
- Gestionar la demanda de los ciudadanos.
- Revisar la cobertura pública del sistema.

Ante esta situación, convendría plantearse la **revisión del contrato social**, pero antes de llegar a este extremo, es preciso explorar otras posibilidades como **concienciar a los ciudadanos sobre la sostenibilidad del sistema sanitario**, gestionando su demanda y dando visibilidad al coste evitable, y **revisar la cobertura de forma continua** para incluir nuevos productos de probada eficacia y excluir aquellos tratamientos que ya no sean coste-efectivos.

Aseguradores-pagadores

La necesidad de incrementar la eficiencia a todos los niveles en el sistema de salud empieza por replantear la forma en la que el asegurador/pagador contrata los servicios a los proveedores. En España, la práctica más común es la compra a los proveedores públicos en un único contrato anual, que engloba la atención a agudos, crónicos y preventivos, con base en la demografía poblacional. Este modelo de contratación no facilita la capacidad de negociación entre el pagador y el provisor, donde el primero debe entenderse con una red predefinida y el segundo ha de asumir un precio fijado, pues no tiene otra alternativa.

Ello no redundará, en ningún caso, en valor para el paciente ni incentiva procesos de mejora. Además, limita enormemente la evolución hacia un modelo de compra por valor. Por ello, proponemos **segregar de forma más efectiva las funciones de compra y provisión en la sanidad pública**. El ejercicio de separar compra y provisión abre la puerta a la negociación de contratos y la necesidad de rendir cuentas por parte del provisor frente al asegurador/pagador, y por parte de este frente a la ciudadanía, potenciando la competencia donde sea saludable, la colaboración donde sea beneficiosa y la rendición de cuentas en todos los casos.

Contratación y reembolso

España tiene algunos de los mejores indicadores de salud de la UE y de entre los países con los que nos comparamos. No obstante, **se está produciendo un empeoramiento de la asistencia**, con unas listas de espera que constituyen un problema crónico y arraigado en nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS). Aunque los hospitales han incrementado su eficiencia, también es cierto que se observa una **variabilidad en la práctica clínica** en función de la localización geográfica, lo cual refleja un problema de organización y gestión.

Frente a esta situación, proponemos **fomentar el pago por valor** a los centros de provisión, generando de este modo incentivos a la aportación de valor real para el paciente. La diferencia fundamental entre un sistema de pago por acto vs. el pago por valor es enfocar la **organización según lo que realmente importa a los pacientes**.

Para estructurar un sistema de pago a los centros de provisión basado en el valor, es preciso disponer, primero, de una definición ampliamente consensuada de cómo medimos tanto el valor clínico como la experiencia del paciente y los costes incurridos en su consecución. Esto es especialmente relevante si queremos situar a este en el centro del sistema, al tiempo que se promueve el desarrollo de mejores prácticas entre centros, así como la identificación y supresión de aquellos tratamientos que no sean coste-efectivos.

Resulta necesario **fomentar la transparencia de resultados (clínicos, PROM/PREM y costes) por patología y centros**, a fin de facilitar el pago por valor y promover la mejora en la provisión y la toma de decisiones por parte de los compradores y los pacientes. Más adelante, ahondando en esta cuestión, señalaremos que, para ello, sería conveniente la creación de una agencia de calidad asistencial.

Proveedores

Las propuestas de este apartado van encaminadas a mejorar la gestión del sistema sanitario, así como la eficiencia de los diferentes proveedores y dispositivos de provisión, al tiempo que se puede conseguir un mayor valor para el paciente.

Mejorar la gestión (para conseguir mejores resultados)

Hay un amplio consenso en cuanto a que un porcentaje significativo de los recursos que se dedican a la atención sanitaria no aporta valor, existiendo diversas estimaciones del tamaño de esta bolsa de ineficiencia. Extrapolando esto al caso de España, su eliminación proporcionaría buena parte de la financiación necesaria para potenciar la sostenibilidad del sistema.

Cabe destacar que **no se trata de reducir costes, sino de aprovechar mejor los recursos disponibles y poder sacarles más partido: hacer más con lo que tenemos**, tal como ya hemos indicado anteriormente. Diversos estudios apuntan a que muchas de las ineficiencias se producen como resultado, principalmente, de cómo está organizado el sistema y a la forma de gestión: se observan peores resultados en los hospitales públicos debido a las interferencias, que limitan su capacidad de gestión efectiva. Además, en ellos se concluye que un buen nivel de gestión tiene más impacto en los resultados que el nivel de gasto en salud. Es decir, que se puede gestionar bien o mal, con mayor o menor financiación, pero, evidentemente, si se dan ambas circunstancias —mayor financiación y mejor gestión—, el impacto se multiplica.

Si está claro que **la gestión importa y tiene repercusión en los resultados**, es responsabilidad de la Administración poner los mecanismos para hacerla más efectiva. Para ello, el primer paso sería **dotar de personalidad jurídica propia a las entidades públicas de provisión, dándoles la máxima autonomía de gestión**. Una alternativa sería desarrollar una estructura de gestión dentro del derecho público empresarial, con la única finalidad de gestionar la sanidad pública, justificada por el volumen de los recursos sanitarios gestionados y proporcionando un margen de autonomía alto, desligado de mecanismos de control *a priori*.

Además, sería conveniente **separar la “propiedad” y la “gestión” en las instituciones públicas** con órganos de gobierno independientes. Tal como hemos puesto de manifiesto anteriormente, en estos órganos es necesario establecer la participación tanto de una representación de la ciudadanía como de consejeros independientes de reconocido prestigio. Al respecto, sería recomendable **establecer un manual de buenas prácticas** como guía para los órganos de gobierno y que se considere un mínimo común para todas las comunidades autónomas. Además, hay que potenciar la designación de gerentes por parte de dichos órganos de gobierno mediante un proceso de selección, en función de méritos, y promover la participación de los profesionales en los distintos puestos de gestión.

Un problema de la sanidad pública que requiere una urgente solución desde hace años es la alta tasa de temporalidad en el empleo, que afecta a más del 36% de sus facultativos, que encadenan contratos temporales. De ellos, el 55,4% lleva más de seis años sin conseguir una

plaza mediante concurso de oposición. Obviar que esto tiene un impacto en la capacidad de gestión y en los resultados es no querer ver la realidad. Para acabar con esta temporalidad y favorecer una gestión más actual de los recursos humanos con una carrera profesional basada en méritos, proponemos **dar prevalencia al régimen laboral o crear un régimen propio para el sistema sanitario público**. La implantación de este nuevo modelo de relación laboral debería llevar aparejado que todos los sanitarios del sistema público con contrato temporal pudieran pasar a ser fijos, estableciéndose un escenario de transición para los funcionarios o estatutarios de optar a una plaza laboral fija.

Dotar de personalidad jurídica propia a las entidades públicas es una cuestión muy importante, pero ello ha de ir acompañado de una revisión profunda sobre la manera de aportar más valor a los pacientes. Para hacer más con lo que tenemos, un primer paso es saber qué debemos dejar de hacer. Esto es, **eliminar las tareas que no aportan valor**, tanto en las actividades de atención como en las administrativas (lo que en metodología de mejora de procesos se denomina *eliminar el despilfarro*).

En nuestro sistema sanitario, existe una clara percepción de que faltan médicos, mientras que las estadísticas muestran que el número de facultativos en España es superior al de otros países de la UE. No obstante, estos ponen de manifiesto que, dentro de sus actividades, se incluye un número nada despreciable de tareas que podrían delegarse en otro tipo de profesionales. Es decir, que disponemos de más médicos de los que deberíamos, comparativamente con otros países, pero los que tenemos pierden parte de su capacidad realizando actividades que no tendrían que llevar a cabo.

Hoy en día, como en muchos otros ámbitos de la sociedad, no hay duda de la aportación que las nuevas tecnologías pueden realizar a la sanidad. Por ello resulta imprescindible **incorporar nuevas tecnologías digitales (ayuda al diagnóstico, formación, monitorización de pacientes, robotización de tareas administrativas...)** para mejorar la efectividad/productividad de los profesionales. Este es un aspecto transversal a muchas de las propuestas de este documento y que no podemos cansarnos de repetir, pues significa un punto de inflexión en la posibilidad de aportar más valor a los pacientes e incrementar la productividad/eficiencia del sistema, así como la satisfacción de los profesionales sanitarios. Por ello, le dedicamos un apartado específico más adelante.

El incremento de la satisfacción y productividad de los profesionales pasa por **potenciar las responsabilidades de todos ellos: médicos, enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), técnicos asistenciales y administrativos**. Es necesaria una redefinición de roles y responsabilidades, explotando al máximo las capacidades de cada nivel profesional, estableciéndose equipos multidisciplinares e incorporando nuevos perfiles profesionales (*clinical assistant, case manager, técnicos en especialidades...*) y de soporte a nuevas tecnologías ligadas a la asistencia (bioingenieros, bioestadísticos...), allí donde sea necesario.

En resumen, se trata de aprovechar al máximo las competencias de todos los profesionales, para sacar el máximo valor a los recursos del sistema.

Además, para extraer el máximo provecho de los recursos actuales, hay dos aspectos más que no podemos pasar por alto. En un momento en el que las listas de espera siguen aumentando y la tasa de reposición de equipos de alta tecnología (quirófanos, pruebas

diagnósticas por imagen...) es baja, es preciso incrementar su nivel de uso. Debemos **utilizar de forma más intensiva los equipos y las infraestructuras críticas, favoreciendo su amortización y renovación**. Actualmente, la obsolescencia de equipos de tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM) es de los más altos de la UE (el 35% y 44% de los equipos citados, respectivamente, tienen más de 10 años).

Por otro lado, si bien las necesidades sanitarias son muy similares a lo largo del territorio nacional, el tamaño y la capacidad de inversión de las comunidades autónomas es muy dispar. Ello hace conveniente plantearse la **creación de servicios comunes entre comunidades autónomas**, allí donde tenga sentido.

Evolucionar la forma de trabajar del hospital

El diagnóstico realizado pone de manifiesto que los **hospitales son ahora más eficientes**. El nivel de especialización y la experiencia han permitido que proporcionen tratamientos de alta calidad y complejidad para episodios agudos, a la vez que se ha reducido el tiempo de permanencia en ellos.

Esta tendencia se mantendrá, y el hospital debe evolucionar teniendo en cuenta que los servicios asistenciales de mayor valor para los pacientes consistirán en procesos complejos que requerirán coordinación entre servicios, conocimiento altamente especializado, utilización de tecnologías de última generación y un volumen mínimo de casos para poder alcanzar la calidad, la seguridad y la eficiencia necesarias. Por otro lado, los servicios no tan complejos, así como la mayoría de la atención a pacientes crónicos, tienen que desplazarse de los hospitales de referencia a otros proveedores de menor complejidad y más cercanos a los pacientes, llegando donde sea posible a la atención domiciliaria.

Todo ello, unido a la necesidad de situar al paciente realmente en el centro del sistema (*patient centric*), hace necesario **potenciar el modelo organizado en procesos a lo largo del viaje del paciente (*patient journey*)**. Para ello, la organización en servicios tradicional del hospital debe evolucionar, creando unidades compuestas por profesionales de distintas áreas alineadas con dicho viaje. Sea cual sea la organización —por procesos, por institutos, por unidades de gestión clínica, por agrupación de servicios, etc.—, se trata de dotar a los hospitales de un nuevo modelo que permita separar las áreas de conocimiento —que actuarán de referencia— de las áreas de trabajo específicas en procesos a lo largo del viaje del paciente. Es decir, esta organización, basada en unidades clínicas, debe ser complementaria a la organización por servicios, que no creemos que tenga que desaparecer. Los profesionales pueden pertenecer a un servicio para los aspectos de desarrollo de conocimiento especializado y gestión (recursos humanos, económicos, etc.) y a una unidad de gestión clínica para los aspectos de práctica asistencial. Ello ha de permitir, al mismo tiempo, una gestión estructural de la institución con un número adecuado de unidades, sin detrimento del desarrollo de todas las especialidades.

Asimismo, es preciso **incrementar la coordinación con otros elementos de la red asistencial y redistribuir los roles de los hospitales**, fomentando la colaboración entre los ámbitos asistenciales y sociales. Los hospitales deben formar parte de un sistema integrado que dé cobertura a todas las necesidades de salud los ciudadanos (no solo de atención sanitaria). Se

trata de evolucionar hacia el hospital “líquido”, donde este extiende su influencia fuera de sus paredes a través de las comunicaciones virtuales, pasando a un modelo colaborativo entre los profesionales del centro, los pacientes y los profesionales de otros centros e instituciones.

Tanto para ello como para potenciar las capacidades de los profesionales, es necesario **acelerar la transformación digital**, incorporando nuevas tecnologías de ayuda al diagnóstico, planificación de intervenciones quirúrgicas (3D o realidad virtual), integración de robots y realidad aumentada en el quirófano, monitorización remota de pacientes e identificación precoz de potenciales descompensaciones, etc., hasta la robotización/automatización de tareas burocráticas. No nos cansaremos de repetir que la transformación digital, aspecto que volveremos a tratar más adelante, es un tema transversal a diferentes niveles asistenciales, y tiene un impacto directo en el incremento de la calidad del tratamiento a los pacientes y la eficiencia del sistema.

Reinventar la Atención Primaria

El diagnóstico también pone de manifiesto que **la ubicación de la atención a los pacientes crónicos y dependientes no es la adecuada**. Teniendo en cuenta las hospitalizaciones evitables en conjunto, queda mucho trabajo por hacer para conseguir orientar el sistema hacia la gestión de enfermedades crónicas y evitar ingresos que, potencialmente, se podrían prevenir.

Es necesario replantear el funcionamiento de la Atención Primaria, con el fin de llevar a cabo una actualización del modelo, y poder dar respuesta y satisfacción a las necesidades actuales de los pacientes. La era digital ha facilitado el acceso a la información por su parte y ha favorecido su empoderamiento, haciéndolos más exigentes y reclamando tanto un mayor nivel de resolución en primera instancia como un tránsito más amigable/continuado a lo largo del sistema asistencial. Algunos perciben que, en ocasiones, su paso por la Atención Primaria no les aporta valor, ya que simplemente les sirve para conseguir la autorización para visitar a un especialista. De hecho, la posibilidad de acceder directamente a un especialista es uno de los incentivos que tienen los ciudadanos para tener un seguro médico privado adicional.

La Atención Primaria se enfrenta al reto de **incrementar su capacidad de resolución**, hacer frente a la gestión integral de los pacientes crónicos y aumentar la continuidad entre asistencia sanitaria, mental y dependencia/social. Para ello, es preciso integrar perfiles especializados, equipos multidisciplinares, capacidades de diagnóstico y tratamiento, intercambio de información y actuaciones coordinadas con servicios sociales, así como la integración de nuevas tecnologías de soporte a los profesionales.

Todo ello debería permitir a los profesionales de Atención Primaria **responsabilizarse de la monitorización y atención a domicilio de los pacientes crónicos en su descompensación, así como de los largos supervivientes** (como los oncológicos). El incremento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, la cercanía a las personas y la necesidad de mantener el continuo asistencial efectivo hace que sea Atención Primaria la que deba responsabilizarse primordialmente de la gestión de los pacientes crónicos.

A su vez, **la salud mental y la atención a las adicciones** continúan manteniendo una discriminación pretendidamente positiva, pero que también deben beneficiarse de su **integración en Atención Primaria**.

Motivar a los profesionales sanitarios

La infrafinanciación del sistema ha agravado la precarización de las condiciones laborales de los profesionales/trabajadores de la sanidad, tanto en cuanto a número de recursos como respecto a su remuneración, que ha sido congelada o, incluso, reducida. La retribución media de especialistas y médicos generalistas respecto al salario promedio es, en algunos casos, la mitad del que se percibe en otros países europeos como Francia, Alemania o el Reino Unido. A ello se une a una alta tasa de temporalidad, que afecta a más del 36% de los facultativos, mencionada anteriormente. Todo ello, sumado a un aumento de la presión asistencial, ha provocado un **incremento del burnout y pérdida de motivación**, que se reflejan en el **absentismo laboral** que, en el cuarto trimestre del 2019 (antes de la pandemia), escaló hasta la primera posición en porcentaje de absentismo de todos los sectores.

Lo descrito se encuadra en un entorno de escasez de profesionales sanitarios, que añade presión a la necesaria **renovación de la fuerza laboral**, ya que un 50% de los médicos actualmente en activo en el sistema público alcanzará la edad de jubilación en los próximos 15 años.

Esta situación requiere, sin duda, una **planificación urgente conjunta sobre las necesidades de profesionales, entre el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Educación**, para decidir cuántas son las plazas que deben ponerse a disposición de los candidatos a estudiar Medicina y en qué especialidades, con base en las necesidades a medio/largo plazo del sistema de salud (público y privado).

Sin embargo, hemos de reconocer que la aparición de nuevas tecnologías (sanitarias) a lo largo de la vida laboral de un profesional sanitario hace compleja una planificación a largo plazo, más aún en España, que cuenta con el mayor número de especialidades del mundo. **Reforzar la troncalidad durante la formación del médico especialista** facilitaría el reciclaje mediante cursos puente entre especialidades del mismo tronco, permitiendo un ajuste más fácil y rápido entre capacidad y demanda.

Adicionalmente, cuando hablamos de la formación de los profesionales, se debe incluir, al lado de la necesaria especialización clínica, la **formación en habilidades denominadas transversales**: humanización de la atención y calidad de servicio, así como adquirir una perspectiva del sistema global y de los elementos básicos de gestión, innovación y emprendimiento necesarios para poder desarrollar su vida profesional.

Respecto a la discriminación en el ámbito de la remuneración de los profesionales sanitarios comentada anteriormente, entendemos que, en parte, deriva de las acciones de contención de costes llevadas a cabo durante la crisis del 2010, pero existe otra parte estructural fruto de la ineficiencia en la definición de las tareas a realizar dentro del sistema sanitario. Tal como hemos señalado, los profesionales sanitarios —tanto facultativos como titulados en Enfermería— realizan tareas para las cuales están sobrecualificados, y que en otros países de nuestro entorno son llevadas a cabo por técnicos asistenciales o personal de soporte administrativo. Ello conlleva una menor productividad y, posiblemente, la depresión de los sueldos. Resulta, pues, necesario **incrementar progresivamente su remuneración con base en el valor**, hasta converger con los países de nuestro entorno.

En relación con el **desarrollo profesional**, es preciso **diferenciar el vinculado con a la especialización clínica o a la gestión**. Tal como hemos señalado, en la evolución del hospital debe diferenciarse entre la experiencia clínica del profesional y la capacidad de gestión del servicio / recursos humanos para lograr la mayor eficiencia y calidad. Hay que definir una carrera profesional para cada ámbito, basada siempre en el talento, permitiendo el cruce entre las líneas clínicas y de gestión, así como detallar cómo compatibilizar la carrera docente y asistencial con la de investigación.

Asimismo, se debe **flexibilizar la movilidad dentro de la carrera profesional** (entre comunidades autónomas, entre sector público y sector privado, entre clínica y gestión) y **promover el liderazgo clínico, involucrando más a estos profesionales sanitarios en la gestión operativa de los procesos en los que intervienen**.

Un asunto relevante dentro de la práctica clínica de estos profesionales **es definir y desplegar el desarrollo profesional continuado (DPC) y su evaluación**, con el fin de asegurar la calidad del sistema sanitario.

Redefinir el rol de las oficinas de farmacia

Hemos de aprovechar el aprendizaje de la COVID-19 y la voluntad mostrada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF) de **transformarse en más asistenciales, más digitales y más sociales** para promover una integración mayor de la red de farmacias en el ecosistema de salud y social de nuestro país: proveer a las oficinas de farmacia de dispositivos de diagnóstico precoz pueden ser una fuente de mejora en la prevención y en los cuidados; convertirlas en punto de recogida de datos, siendo la referencia para el paciente, para hacer seguimiento de aplicaciones de telemedicina, reduciendo carga de trabajo a la función pública; recuperación del papel de dispensador de medicamentos de alto coste con un margen económico diferencial, colaborando y facilitando la descongestión de la farmacia hospitalaria y desarrollando el rol en la atención farmacéutica domiciliaria para los pacientes más vulnerables; integración con los servicios sociales y parte de la asistencia integral a los pacientes frágiles, identificando necesidades de intervención precoz; redefinición del rol del farmacéutico como profesional de la salud integrado en equipos multidisciplinares en lo relacionado con determinantes de la salud, como el tabaquismo. Estas funciones, añadidas al actual rol del farmacéutico, tendrían un impacto positivo no solo en la eficiencia del sistema, sino también en su sostenibilidad.

Mejorar la integración de las compañías farmacéuticas y de tecnologías médicas en el sistema de salud

Un porcentaje superior al 60% de las moléculas que se lanzarán en los próximos 5 años corresponden a fármacos de alto valor terapéutico y elevado coste. Ahora es el momento de potenciar la **implantación de prácticas de valor: “pago por valor” a nivel de comunidades autónomas o nacional**. Para este tipo de productos, ya existen experiencias tanto nacionales

como internacionales. Sin embargo, es necesario reforzar la transparencia de los datos, así como la automatización en su extracción y consolidación, para facilitar la evaluación de los resultados por molécula e indicación.

Asimismo, consideramos que debería **potenciarse la compra pública de innovación (CPI)** orientada a impulsar el desarrollo de soluciones innovadoras desde el lado de la demanda, a través de instrumentos de contratación pública. Se trata de una actuación administrativa de fomento de este tipo de contratación con pymes, emprendedores y resto de empresas que realicen una apuesta tecnológica.

Provisión

El envejecimiento de la población ha traído consigo un **incremento de prevalencia de las enfermedades crónicas: nunca tan sanos y nunca tan enfermos**. Asimismo, hoy en día muchos tratamientos alargan la vida, convirtiendo a los pacientes en crónicos. España posee un porcentaje de población superior respecto de la UE de personas mayores de 65 años que declaran tener, al menos, una enfermedad crónica, según datos de la OCDE.

Tal como poníamos de relieve cuando hablábamos de la necesidad de evolución del hospital, **la actual ubicación de la atención de los pacientes crónicos y dependientes no es la adecuada**. Al considerar en conjunto las hospitalizaciones evitables por enfermedad crónica, queda mucho trabajo por hacer para conseguir orientar el sistema hacia la gestión de este tipo de enfermedades y evitar ingresos innecesarios. Asimismo, se ha producido un aumento de la dependencia y la soledad no deseada, que es una de las causas de deterioro de la salud en las personas mayores, incrementando su fragilidad. Como resultado de las tendencias anteriores, un número cada vez mayor de personas necesita el apoyo conjunto de los servicios de asistencia sanitaria y social, ya que el modelo tradicional de separación entre ambas no les proporciona la atención adecuada.

Por todo lo anterior, es necesario **fomentar la atención integrada**, uno de cuyos primeros pasos sería **unificar, bajo el Ministerio de Salud y las respectivas consejerías de las comunidades autónomas, las competencias en servicios sociales y dependencia**, para facilitar su coordinación e integración. Sin embargo, la experiencia nos demuestra que esto, aun siendo conveniente, no resulta suficiente para conseguir que ambas áreas trabajen conjuntamente. Es preciso **crear un marco regulatorio y de financiación, que incentive la coordinación y la integración de servicios (sanitarios, sociales y dependencia)**.

Ello debe permitir situar al paciente en el centro de la atención, potenciando el cuidado en el domicilio siempre que sea posible. La integración entre servicios especializados (concretamente, geriátricos), profesionales multidisciplinares (por ejemplo, fisioterapeutas), Atención Primaria y recursos no sanitarios de la comunidad para realizar actividades preventivas en el territorio con personas de riesgo moderado (fragilidad inicial) permite abordar, de forma beneficiosa, perfiles de diferente complejidad.

En España, existen muchas experiencias de asistencia integrada, bajo el nombre de *Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI)*, que incorporan diversos niveles asistenciales de salud, pero no necesariamente los servicios o recursos sociales. **Hay que promover**

la creación de grupos integrados, que incluyan Atención Primaria con múltiples especialidades, hospitalaria y atención social, para trabajar de manera conjunta en la atención de una determinada población de pacientes. Para favorecer la creación de dichos grupos, es conveniente **desarrollar enfoques innovadores a la contratación de estos servicios, focalizados en el continuo asistencial,** lo cual va ligado a potenciar la compra pública de innovación que proponíamos unas líneas más arriba.

Del mismo modo que poníamos de manifiesto la importancia de evaluar los resultados de los centros asistenciales, es también necesario **evaluar la efectividad de los sistemas de atención integrada.** Al respecto, proponemos que ello se realice mediante variables estandarizadas a través de las agencias de evaluación de resultados, como la agencia de calidad asistencial propuesta en el apartado "Reforzar la gobernanza del Sistema Nacional de Salud". Sin duda, la valoración transparente de resultados permitirá comparar la eficacia entre sistemas, promover las buenas prácticas y reducir la variabilidad no deseada.

Ecosistema

En este apartado, hemos incluido propuestas que son transversales al sistema de salud y que, en algunos casos, ya hemos mencionado anteriormente.

Reforzar la gobernanza del Sistema Nacional de Salud

La existencia de 17 sistemas de salud, que pretenden ser autosuficientes sin, al menos, un mecanismo de respuesta eficaz ante problemas globales excepcionales, debe ser revisada. Tal vez no solo ante la eventualidad de la pandemia de la COVID-19, sino también en el funcionamiento basal del SNS. No se trata de cuestionar la acertada estrategia de acercar la solución de los problemas donde estos se producen, ni de recentralizar competencias, sino de disponer de los mecanismos de gobernanza y coordinación adecuados para hacer el sistema más eficaz:

- **Potenciar el Consejo Interterritorial del SNS,** como un verdadero órgano coordinador de carácter federal para la toma de decisiones.
- **Potenciar las agencias públicas adscritas al Ministerio de Sanidad** con la participación de las comunidades autónomas, siguiendo un modelo federal.
- **Reforzar la federalización de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).**
- **Crear una agencia de calidad asistencial,** de carácter federal e independiente, que fomente la transparencia y la comparación de resultados (clínicos, PROM/PREM y costes) entre centros asistenciales y autonómicos.
- **Potenciar la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones (RedETS) del SNS para convertirla en el HispanICE.** Su objetivo sería la elaboración de informes de evaluación (vinculantes) para la introducción de nuevas

terapias de alto coste y reforzar la evaluación de resultados posintroducción (RWE), así como las propuestas de exclusión de los medicamentos que no sean coste-eficientes. Conviene estudiar la conveniencia de que esta agencia y la propuesta en el punto anterior pudieran integrarse en una sola.

- **Crear una agencia española de profesionales sanitarios**, con el foco en la necesidad de especialistas, oferta de plazas MIR y condiciones laborales, en línea con lo discutido en el apartado de formación de profesionales sanitarios.

Potenciar la salud pública

La visión poblacional, la epidemiología y la salud pública han de renovar su importancia en el nuevo modelo de salud, tanto a nivel asistencial como de I+D+i. La salud humana, la sanidad animal y el medioambiente son interdependientes y están íntimamente ligados al ecosistema en el que vivimos. Ello hace necesario **adoptar el concepto de *Una salud*, estableciendo una estrategia común junto con medioambiente / cambio climático, salud humana y sanidad animal.**

Asimismo, después de la experiencia de la pandemia de la COVID-19, es preciso **establecer indicadores de alarma y seguimiento estandarizados a nivel nacional, con umbrales de riesgo y actuación comunes a todas las comunidades autónomas.**

Por otro lado, debe **desarrollarse la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, y un modelo de gobernanza a nivel autonómico y nacional**, así como crear un centro estatal de salud pública que goce de suficientes competencias y recursos.

Profesionalizar la investigación: nueva concepción de la I+D

El presupuesto de I+D en España también se sitúa por debajo de la media de la UE-28 y muy lejos del objetivo del 3% de la UE. Además, algunos años, no llegó a ejecutarse ni la mitad del presupuesto público en I+D. Sin duda, es necesario **incrementar la inversión en I+D hasta alcanzar el objetivo marcado por la UE** y asegurar la ejecución de la totalidad del presupuesto.

España es el primer país en liderazgo de proyectos I+D+i en colaboración europea, siendo el coordinador en el 16,5% del total de proyectos financiados y el segundo con más fondos europeos para la investigación en salud. En cuanto a publicaciones y calidad, nuestro nivel es comparable al de países de nuestro entorno como Francia, Alemania o Italia, pero **no somos capaces de trasladarlo a registro de patentes**, donde estamos a la cola de los países con los que nos queremos comparar. Por tanto, tenemos un problema en cómo conseguimos monetizar los resultados de la investigación.

A su vez, debe promoverse una **racionalización de la I+D, circunscribiéndola a equipos profesionalizados en red ubicados en centros de excelencia** (hospitales, centros de investigación...). Son necesarios planes estratégicos de I+D+i (nacionales y autonómicos) para sacar mayor fruto del esfuerzo y evitar la dispersión del esfuerzo investigador.

Para incrementar las opciones de obtener resultados rentables de la investigación (monetización), sería conveniente **establecer un marco metodológico que incorpore, desde su inicio, cómo se medirán los resultados y un plan para su transferencia e industrialización** (posible patente). En línea con lo comentado en cuanto a la formación de los profesionales, se echa en falta un espíritu emprendedor para conseguir con éxito la última milla enfocada en hacer la investigación útil y rentable.

Por otra parte, una manera de fortalecer de forma sistémica iniciativas de I+D+i consistiría en una **mejora en la fiscalidad, mediante la introducción de modificaciones legislativas que favorezcan el mecenazgo privado.**

Escalar la innovación

En cuanto a la innovación, se mantiene el **reto de compartir innovaciones entre diferentes componentes del SNS.** En un entorno competitivo, para conseguir recursos y mejorar la eficiencia del sistema, resulta imperativo compartir experiencias de éxito a nivel nacional y autonómico, y trasladarlas a los diferentes hospitales o centros de salud. Ello debe ayudar no solo a la sostenibilidad del sistema, sino también a mantener la satisfacción de los pacientes/clientes. Para ello, son necesarias la transparencia y la colaboración en red.

Dentro del ámbito de la innovación, sucede algo similar a lo mencionado en el apartado anterior. El síndrome de “No inventado aquí” hace que los experimentos o pilotos se multipliquen, perdiéndose una capacidad de esfuerzo importante y necesaria en otros ámbitos.

En este sentido, un primer paso para reaprovechar la experiencia es **establecer bancos de innovación y mejores prácticas como repositorio de conocimiento (lo dicho: no reinventar la rueda) e incentivar su utilización.** Potenciar la creación de nuevos repositorios con focos específicos e incentivar el uso de los existentes es una línea de actuación esencial para rentabilizar la financiación y el esfuerzo dedicados.

Otro aspecto importante es **fomentar únicamente iniciativas que incorporen criterios específicos para evaluar su éxito.** Al respecto, debería asegurarse que ningún proyecto obtiene financiación [pública] sin incluir explícitamente criterios para medir el éxito.

Para que las innovaciones puedan producir resultados significativos en el sistema de salud, es necesario que se puedan escalar. Algunos países europeos han establecido mecanismos para facilitar/asegurar el escalado a nivel nacional de aquellas iniciativas que tengan éxito. Una opción para ello es **establecer ecosistemas que faciliten la operacionalización y el escalado de las iniciativas con más impacto.** La creación de estos ecosistemas de innovación, ya sea en las comunidades autónomas con suficiente masa crítica o alrededor del SNS, debe ser un objetivo a conseguir por parte de la Administración. También aquí el trabajo en red, mencionado anteriormente, puede facilitar escalar rápidamente los procesos innovadores.

Impulsar la transformación digital (salud 4.0)

Cada vez más, los pacientes demandan buscar soluciones alternativas en función de sus necesidades y expectativas. Por ello, tenemos que aprovechar la oportunidad para redefinir procesos que favorezcan una atención más personalizada, facilitando la descongestión de los centros asistenciales y una labor más eficiente por parte de los profesionales.

Transformación digital significa reinventar la forma de trabajar y de relacionarse de la organización tanto puertas adentro, con los profesionales sanitarios como puertas afuera, con los pacientes y los profesionales de otros centros. Para ello, es preciso escucharlos a todos (profesionales sanitarios, gestores, ciudadanos/pacientes...). Desde nuestra perspectiva, la transformación digital se configura como un elemento fundamental y transversal a muchas de las líneas de actuación propuestas en este documento: desde dar más participación al paciente/ciudadano hasta la reforma de la Atención Primaria, pasando por el refuerzo del continuo asistencial o la evolución del hospital y la gestión clínica.

Como en toda transformación, para que sea efectiva, es necesario **definir la estrategia y las prioridades de las nuevas tecnologías**: ayuda al diagnóstico, apoyo en quirófano, robotización..., así como nuevos canales de interacción con los pacientes, incluyendo una propuesta de hoja de ruta y programas piloto para demostrar su aplicabilidad, estableciendo centros de referencia dentro del SNS y un mecanismo para escalar su implantación a nivel nacional (tal como se ha propuesto en el apartado “Escalar la innovación”).

En cuanto a cómo financiar esta transformación, sería conveniente **establecer fondos finalistas para la implantación de capacidades digitales, aprovechando los fondos europeos de recuperación**, respecto de los cuales España ha estructurado su plan en torno a 10 líneas de actuación, 2 de las cuales contemplan la digitalización y el refuerzo del SNS, respectivamente.

Sin embargo, no basta con la disponibilidad de nuevas tecnologías: es también esencial proporcionar la formación y facilitar su implantación. Al respecto, uno de los principales obstáculos es la resistencia al cambio por parte de los profesionales y los pacientes. Ello hace imprescindible **establecer una estrategia para la gestión del cambio tanto en los profesionales sanitarios como en los pacientes**, lo cual va mucho más allá de la impartición de la formación necesaria y requiere un plan de comunicación efectivo, identificar puntos de motivación, liderazgo del cambio, etc.

Promover la salud como motor económico

Cuando hablamos de la sanidad, lo hacemos normalmente como un coste, pero es necesario reconocer la importancia creciente que tiene desde el punto de vista económico, el **clúster salud, como motor de creación de empleo e innovación**, que actualmente representa el 12% del PIB, emplea a más de siendo el tercero en nivel de importancia en la economía española, con 2,7 millones de trabajadores, y lidera la inversión en I+D.

Dentro del programa NextGenerationEU (2020), el Gobierno de España ha creado una nueva figura de colaboración público-privada, los Proyectos Estratégicos para la Recuperación y Transformación Económica (PERTE), para la ejecución de los proyectos de inversión dotados con fondos europeos. Su objetivo es desarrollar ideas de alto potencial de innovación, así como la generación de riqueza y nuevos puestos de trabajo de alto valor añadido, reforzando la colaboración público-privada. Por ello, debemos **aprovechar la figura de los PERTE para desarrollar ideas innovadoras generadoras de riqueza** en el sector salud y que reviertan en la salud de la población. Al respecto, hay varios países que ya disponen de un fondo específico para invertir en innovación en salud, entre ellos, Dinamarca, para financiar ideas potenciando la colaboración público-privada.

Asimismo, sería conveniente **desarrollar una política industrial en favor de la producción de tecnologías sanitarias** centrado en crear las condiciones necesarias para que el emprendimiento, la innovación, la inversión y la aceleración de *startups* resulte más fácil, así como identificar las necesidades de talento humano facilitando la creación/especialización, por ejemplo, en las carreras universitarias, formación profesional (FP), etc.

Por último, es el momento de considerar el **desarrollo de clústeres empresariales innovadores alrededor de las ciencias de la vida**. En Europa, existen 17 áreas geográficas consideradas clústeres de estas ciencias (ninguna de ellas en España). Todas se ajustan a un criterio común: disponen de una estructura de cooperación entre universidades, laboratorios de investigación, parques científicos, hospitales, *startups*, incubadoras, grandes empresas y agencias gubernamentales, con el objetivo de generar innovación fomentando la competitividad y el crecimiento económico, esforzándose por encontrar soluciones a la disrupción del mercado global.

Fortalecer la colaboración público-privada

La colaboración público-privada en el ámbito de la sanidad tiene una larga historia en España. Lamentablemente, se han generado muchos malentendidos en los últimos años que han considerado que todo lo que se hacía con la colaboración de la empresa privada (con o sin ánimo de lucro) era una privatización de la salud, y por principios, intolerable.

Actualmente, un 20% de los ciudadanos españoles tienen un doble aseguramiento, es decir, contratan un seguro de salud privado adicional al sistema público. Una sanidad privada que trabaja de forma independiente a la pública para dar, en muchos casos, los mismos servicios, pero con el valor añadido de la agilidad de respuesta (tiempo de espera), elección de médico/centro y mejoras en aspectos relacionados con los servicios de hostelería. En el 2016, la sanidad privada representó el 3,3% del PIB español y empleaba a 266.728 profesionales.

En un entorno de falta de recursos (económicos y humanos), para conseguir un sistema de salud de calidad y sostenible no puede sobrar nadie. Al respecto, tal como hemos mencionado específicamente en el apartado anterior, los PERTE son una nueva figura que pretende potenciar la colaboración público-privada y que debemos aprovechar al máximo en el ámbito de la sanidad.

En un momento de falta de recursos, es necesario **valerse también del potencial de las redes sanitarias de propiedad privada, para cubrir la cartera de servicios a la que hoy en día no se llega con los recursos públicos**, tal como se hace con el Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI). Este tipo de iniciativas permiten aprovechar el potencial de las redes sanitarias de propiedad privada y utilidad pública (como puede ser el caso de las farmacias comunitarias, consultas dentales...).

Tomando enseñanzas del pasado, para una colaboración exitosa con entidades privadas, las distintas administraciones deben **desarrollar la organización de redes de servicios integrados público-privados con objetivos y sistemas de incentivos compartidos**. Dada la complejidad de la situación y los graves peligros para la sostenibilidad del sistema, no es posible encontrar una solución mágica, sino que se requerirán múltiples actuaciones en paralelo, involucrando a los profesionales, los ciudadanos y las distintas administraciones, así como al sector privado.

Es fundamental, desde el inicio, **establecer objetivos claros y medibles que permitan objetivar el éxito de las colaboraciones y realizar una evaluación periódica** independiente, con carácter riguroso, de los resultados y costes.

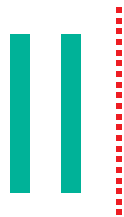
Para finalizar...

De entre todas las propuestas aquí realizadas, deseamos resaltar tres ideas fuerza, que subyacen en muchas de ellas y se han acabado por convertir en el eje de todo el estudio. La primera es la **necesidad de evolucionar nuestro sistema sanitario hacia un sistema de salud**, con todas las implicaciones que ello tiene a nivel de definición de políticas y visión completa del paciente, integrando servicios sociales y dependencia. La segunda es **centrarse en todo aquello que aporta valor** al paciente/ciudadano en particular y al sistema en general (pago por valor, hacer más con lo que tenemos, colaboración público-privada, etc.). La tercera, pero no por ello menos importante, en un momento en el que nos enfrentamos a una nueva crisis económica, es plantearnos **la salud** no solo como un vector de gasto, sino **como un motor de generación de riqueza** que favorece la creación de puestos de trabajo de alto valor añadido.

Cabe destacar que, con el fin de tener una visión amplia del sistema, en la realización de las propuestas ha participado un grupo de expertos de diferentes ámbitos, desde gestores hasta clínicos. Asimismo, si bien es cierto que algunas de las propuestas no son nuevas, continúan siendo actuales. Muchas están interrelacionadas y tienen impacto en diferentes elementos del sistema. Su implantación, en función del tipo de propuesta, requiere cambios a nivel nacional, autonómico e, incluso, local (hospitales, ayuntamientos...).

Los cambios sugeridos en este documento no pretenden ser la respuesta correcta y completa a los problemas de nuestro sistema de salud, sino que deben entenderse como un punto de partida y una dirección de movimiento. Este conjunto de iniciativas tendrán que adaptarse, evolucionar y perfeccionarse con el tiempo, de acuerdo con las lecciones que seamos capaces de extraer. Al respecto, es preciso reconocer que los buenos sistemas aprenden y evolucionan a medida que avanzan. Además, aunque los objetivos de los cambios propuestos pueden ser comunes, las condiciones son diferentes en cada comunidad autónoma y geografía del país, y la forma de implementarlos tendrá que adaptarse a esas situaciones locales. Sin embargo, es esencial tener un conjunto claro de objetivos finales relativamente estables para nuestro sistema de salud deseado.

Tal como hemos señalado al comienzo, lo importante es tomar las decisiones consensuadas entre todos los actores del ecosistema (Administración, partidos políticos, agentes sociales...) e iniciar su implantación sin demora. Entendemos que las iniciativas propuestas deberán ajustarse y modificarse en función de la situación de partida y a través del aprendizaje en su puesta en marcha. Con esta flexibilidad, no deberemos ver en los ajustes y cambios ninguna debilidad del modelo, sino precisamente la fuerza para poder hacer, en cada momento, lo mejor con el conocimiento que vamos desarrollando. La capacidad de adaptar y corregir el curso es lo que puede llevarnos al éxito y, por tanto, la fuerza de las iniciativas propuestas han de radicar en la capacidad de adaptarse adecuadamente a los tiempos y a las circunstancias, teniendo siempre presente el objetivo a alcanzar. Lo importante es, pues, iniciar el viaje hacia este nuevo modelo de salud que proponemos y, aunque previsiblemente la implementación final no siempre coincidirá con lo propuesto en este documento, ello será buena señal, porque significará que nos hemos movido y estamos aprendiendo en el viaje.



Introducción

El modelo de salud español es excelente. Lleva dando resultados satisfactorios desde su instauración, a mediados de los años 80, y ha demostrado en repetidas ocasiones su capacidad de resiliencia, manteniendo su actividad con menos recursos en la crisis del 2008, así como su extraordinaria capacidad de reacción durante la crisis de la COVID-19, gracias a la iniciativa de sus profesionales y la flexibilidad de sus gestores.

La Ley General de Sanidad (LGS), la reforma de la Atención Primaria de salud y las transferencias de las competencias del Instituto Nacional de Salud (INSALUD) a las comunidades autónomas son los principales hitos de un modelo que se mantiene intacto desde hace casi 20 años, ya que las novedades que se han ido aportando a lo largo del tiempo lo han sido en términos de ajustes, pero sin alterar la esencia del modelo. La única iniciativa significativa al respecto fue la ley de dependencia del 2006 y, en realidad, aún está pendiente de despliegue en toda su extensión.

Se trata, pues, de proponer cambios al modelo, para que pueda responder de una manera más equitativa, eficaz y eficiente al triple desafío de (1) ajustarse a las nuevas necesidades y expectativas de los ciudadanos, (2) optimizar los resultados de salud a lo largo de toda la cadena del valor del proceso de asistencia/atención y (3) hacer todo ello optimizando el uso de los recursos, de modo que se asegure así la sostenibilidad y la alineación del modelo con los objetivos de la Agenda 2030.

Este documento sugiere una lista de elementos conceptuales y propuestas de acción para la mejora, reforma o cambio del sistema de salud en España. Se suma a las recientes propuestas formuladas desde distintos ámbitos (político, médico, de gestión, etc.) con listas alternativas o similares a las que se presentan en nuestro trabajo, cada una de ellas con sus propias peculiaridades de enfoque, en función de los autores. Sin embargo, la gran mayoría de esas propuestas se limitan a sugerir cambios, sin relacionarlos con los objetivos del sistema de salud ni con las modificaciones esenciales que es preciso llevar a cabo en el propio sistema. Entendemos que, en un marco lógico de razonamiento, tiene mucho más sentido empezar indicando los grandes objetivos del sistema para, después, poder orientar las sugerencias en mejorar estos objetivos.

En nuestro caso, hemos intentado que las líneas de actuación que proponemos a lo largo de las siguientes páginas estén siempre relacionadas con alguno de los objetivos del sistema de salud. Somos plenamente conscientes de que es muy difícil cuantificar su impacto, pero consideramos importante dejar clara la relación, con el fin de sustentar dichas propuestas, las cuales, en algún caso, pueden tener alternativas complementarias que pueden preferirse, en función de la perspectiva y la priorización de valores del decisor.

El informe presenta una visión del cambio profundo, que, a juicio de los autores, precisa nuestro sistema, alineado con la concepción amplia de la salud, que expande el concepto de *sanidad* y permite una serie de actuaciones de mayor impacto. Además, se incluye un diagnóstico comparativo del sistema en España respecto del de otros países, teniendo también en consideración los retos a los que nos enfrentamos. Este proyecto hunde sus raíces en el otoño del 2019 y, contrariamente a otras propuestas que ponen especial énfasis en la reciente crisis originada por la COVID-19, en este caso se intentan separar los problemas estructurales del sistema de aquellos creados por la crisis financiera del 2008 y por la COVID-19 del 2020, aunque aprovechamos positivamente los aprendizajes de estas crisis.

Las propuestas realizadas se caracterizan por estar, en muchos casos, interrelacionadas y contar con capacidad de mejorar diferentes objetivos del sistema de salud español. La mayoría de ellas **pueden alinearse alrededor de tres ideas fuerza** que subyacen en muchas de ellas y se han acabado convirtiendo en el eje de este estudio. La primera es la **necesidad de evolucionar nuestro sistema sanitario hacia un sistema de salud**, con todas las implicaciones que ello tiene a nivel de definición de políticas y visión completa del paciente, integrando servicios sociales y dependencia. La segunda es **centrarse en todo aquello que aporta valor al paciente/ciudadano en particular y al sistema en general** (pago por valor, hacer más con lo que tenemos, colaboración público-privada, etc.). La tercera, pero no por ello menos importante, en un momento en el que nos enfrentamos a una nueva crisis económica, es plantearnos la **salud** no solo como un vector de gasto, sino **como un motor de generación de riqueza** que favorece la creación de puestos de trabajo de alto valor añadido.

En la realización de las propuestas que presentamos en este documento ha participado un grupo de expertos de diferentes ámbitos, desde gestores sanitarios hasta clínicos, con el fin de tener una visión amplia del sistema. Asimismo, cabe puntualizar que, si bien algunas de las propuestas aquí recogidas no son nuevas, continúan siendo actuales.

Desde la publicación, en 1991, del *Informe Abril Martorell*, hasta nuestros días, han visto la luz muchas otras publicaciones, tanto apoyando y detallando las iniciativas propuestas como criticándolas. Con todo lo que se ha escrito desde entonces, podríamos concluir que lo que se tenía que decir ya se ha dicho, y es, por tanto, muy difícil, a estas alturas, aportar algo innovador y diferencial; lo que falta es pasar a la acción.

A pesar de que de que tan solo se ha implementado un reducido número de medidas, tenemos la esperanza de que, con esta publicación, algunas de las ideas puedan traducirse en acciones y ayudar a:

- Concienciar, a aquellos que tienen en su mano la posibilidad de aplicar algunas de las sugerencias (desde aquellas que afectan a la totalidad del sistema y que requieren un consenso entre partidos políticos como otras que pueden ser implantadas en ámbitos más específicos de unidades de gestión, hospitales o centros de Atención Primaria), de la necesidad de los cambios que se proponen, de su relación con los objetivos del sistema y de que, tras muchos años de ser conscientes de la necesidad de cambios, no pueden demorarse más.

¹ Análisis evaluador del sistema sanitario público español, que incluía una serie de recomendaciones para su posterior planificación. Fue redactado durante el Gobierno de Felipe González, por una comisión presidida por Fernando Abril Martorell, apellido que justifica su denominación.

- Darnos todos cuenta de que, si iniciamos el debate desde los objetivos a alcanzar, conseguiremos mayores acuerdos que si nos enzarzamos en discusiones sobre cómo hacerlo. Si logramos un acuerdo inicial en los objetivos, será más fácil analizar y seleccionar después las líneas de actuación que pueden encontrar menor bloqueo y obtener mayor impacto.
- Advertir de que muchos de los cambios requeridos no van a poder ser implantados de forma escalada o fragmentada, ya que su impacto requiere de una visión de todo el ecosistema de salud, y solo tienen sentido (y pueden ser aceptados por grupos dispares de agentes del sistema) si se plantean de forma conjunta. Algunas de las propuestas son del tipo *stroke of a pen*, y se pueden ejecutar según la voluntad de alguien con autoridad que firma un decreto o una nueva regulación. Sin embargo, la gran mayoría requiere (además) un cambio importante en la cultura que tenemos del sistema y en las actitudes de sus agentes, y esto requiere un esfuerzo de convencimiento y de utilización de la capacidad de influencia más que de únicamente poder.

Los formuladores de políticas deben comprender la necesidad de flexibilidad, que nunca lo sabremos todo de antemano, que algunos de los problemas a los que nos enfrentamos en las reformas de nuestros sistemas de salud son complejos y no podemos tener mejores prácticas o, incluso, buenas prácticas, en las que confiar, sino que tendremos que ser ágiles para descubrir buenas prácticas emergentes y hacer uso de ellas durante el proceso de mejora del sistema².

En este documento, **no estamos recomendando una única respuesta correcta, sino un conjunto de iniciativas que deberán adaptarse, evolucionar y perfeccionarse a lo largo del tiempo**. De la misma manera que un enfoque digital mejorará a medida que se disponga de nuevas tecnologías, nuestras recomendaciones habrán de estructurarse en un sistema de aprendizaje. Sabemos que este no es el enfoque lineal tradicional de una estrategia definitiva —hacer un plan e implementarlo—, pero creemos que, en este caso, este sería un enfoque incorrecto. Nuestro objetivo es comenzar con un diseño lo mejor elaborado posible y, a medida que se implementa, ir comprobando cuán bueno es realmente, qué cambios se requieren y realizarlos. Es preciso incorporar mucha flexibilidad en la implementación de las iniciativas propuestas y asumimos un estado permanente de *not knowing*³, ya que nunca podremos conocerlo todo en este ámbito tan complejo.

Si bien este estado resulta incómodo para algunos, es esencial para quienes creen que las mejores organizaciones son las que tienen la capacidad de aprender y adaptarse, convencidas de que nunca lo sabrán todo. En este viaje de mejora, deberemos tener presentes los hábitos que el experto en gestión sanitaria y antiguo profesor de la Harvard Business School Richard Bohmer describió para las organizaciones de salud de alto valor⁴, en concreto, la necesidad de definir especificaciones y planificar, diseñar infraestructuras, pero también los hábitos de medida y supervisión, y autoestudio, analizando y aprendiendo de las desviaciones positivas y negativas respecto de lo planeado.

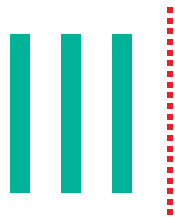
² Véanse, por ejemplo, Kurtz, C. F. y Snowden, D. J. (2003). The New Dynamics of Strategy: Sense-Making in a Complex and Complicated World. *IBM Systems Journal*, 42(3); y Snowden, D. J. y Boone, M. E. (2007). A Leader's Framework for Decision Making. *Harvard Business Review* 85(11): 68.

³ Véase el libro de D'Souza, S. y Renner, D. (2016). *Not Knowing: The Art of Turning Uncertainty into Opportunity*. LID Publishing.

⁴ Bohmer, R. M. J. (diciembre del 2011). The Four Habits of High-Value Health Care Organizations. *Perspective, The New England Journal of Medicine*, 365(22), 2045-2047. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1111087>

Ahora mismo desconocemos las condiciones del contexto en el que se tendrán que implementar las iniciativas propuestas en este informe, por lo que tendremos que pivotarlas continuamente para adaptarnos a las nuevas circunstancias. Sin embargo, al hacerlo, resulta esencial tener un conjunto claro de objetivos finales para nuestro sistema de salud deseado, los cuales deben ser “objetivos” y no depender del sesgo ideológico del partido que pasa a estar al frente del Gobierno del país y las autonomías cada cuatro años.

Este estudio se ha nutrido de un trabajo original realizado en el 2020 por el Prof. Francesc Moreu, titulado “Un nuevo modelo de salud para una nueva sociedad” (<https://www.fundacionsigno.com/bazar/documentos/planificacion-estrategica-y-empresa/un-nuevo-modelo-de-salud-para-una-nueva-sociedad/view>). En reuniones de trabajo con el Prof. Moreu hemos podido discutir sus puntos de vista y el lector los podrá encontrar en algunas secciones del presente trabajo. Le agradecemos su generosidad con nosotros, recordando que, como con otros expertos con los que hemos trabajado, las conclusiones de este libro, así como los posibles errores, son solo responsabilidad de los autores.



Objetivos del sistema de salud

Al iniciar un estudio de mejora y cambio de modelo, resulta esencial indicar cuáles son, a nuestro juicio, los objetivos que se pretenden alcanzar. No se trata de cuantificar aquellos hacia los que el sistema de salud de España debería orientarse, sino de indicar las dimensiones que los conforman en la mayoría de los sistemas de nuestro entorno. De esta manera, se puede explicitar la secuencia de pensamiento lógico que relaciona las acciones propuestas con los objetivos deseables. No es nuestra intención proponer cambios derivados de una particular visión de un sistema de salud o de una ideología política o partidista específica. Hemos intentado evitar estos apriorismos y, creemos que, explicitando la relación entre acciones y objetivos, es posible conseguirlo en gran medida.

Así pues, los objetivos compartidos por los sistemas de salud de los distintos países se pueden agrupar en:

1. Salud de la población. Un sistema de salud existe, como su propio nombre indica, para asegurar la salud de la población cubierta por él. En el caso del sistema de salud en España, se busca la universalidad, es decir, que toda la población con derecho a ello, según el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, debe poder disfrutar de las prestaciones en aquel incluidas. Por su parte, en el dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica de julio del 2020, se propone extender esta cobertura a las personas ascendientes que llegan de países extracomunitarios (reagrupación familiar) y recuperar la cobertura gratuita para los ciudadanos españoles que residen fuera de España.

Las dimensiones relacionadas con la salud de la población que consideramos son:

- Salud de la población cubierta (expectativa de vida [con salud], morbilidad, perfil epidemiológico de la población, salud percibida).
- Nivel y calidad de la cobertura (accesibilidad, equidad, cartera de servicios, población cubierta...).
- Hábitos saludables y factores de riesgo, incluyendo obesidad y factores de comportamiento (tabaco, alcohol, dieta...).

2. Sostenibilidad. Un segundo objetivo general se relaciona con la sostenibilidad del sistema, que a su vez tiene tres dimensiones:

- Financiación/ingresos dedicados a la salud.
- Coste/recursos para proporcionar la atención sanitaria.
- Optimización de los recursos disponibles para la salud.

3. Satisfacción del ciudadano/paciente. Un tercer objetivo contemplado en los sistemas de salud es el de la satisfacción (o experiencia) de los pacientes respecto al sistema sanitario. En el enfoque del modelo propuesto en este documento, nos referimos a él como *satisfacción de los ciudadanos*. Este objetivo, a su vez, lo podemos descomponer en dos dimensiones:

- Ajuste del modelo a las necesidades y expectativas de las personas con respecto a los resultados en salud.
- Ajuste del modelo respecto a las experiencias de las interacciones con el sistema de salud. Incluye la percepción sobre su participación en el diseño de planes de salud e integración en sus entes de gobierno, el acceso a las tecnologías sanitarias, la participación en gobernanza, las listas de espera, etc.

Aunque no sea parte de la denominada *triple meta (triple aim⁵)*, hemos querido incluir otros tres objetivos que, creemos, son también muy importantes en un sistema de salud:

4. Satisfacción de los profesionales y agentes sanitarios. Aun cuando no se trata de un objetivo último del sistema, sí que es uno intermedio sin cuya consecución no es posible aspirar a alcanzar la excelencia en el sistema, además de constituir una barrera para conseguir el resto de los objetivos.

5. Docencia, e investigación e innovación. Se trata de dos objetivos secundarios de los sistemas de salud, muy relacionados con las actividades que realizan sus profesionales e instituciones, que también incorporamos en las sugerencias de acción de este documento, integrados de forma conjunta.

6. Motor de creación de riqueza. Esto es, el impacto que la salud y su gestión tienen como motor de generación de riqueza para la economía de un país (creación de puestos de trabajo, ingresos fruto de las exportaciones de servicios como atención sanitaria o docencia, o de productos farmacéuticos, cobro de patentes...) y la competencia para mantener una fuerza laboral activa capaz de generar valor añadido en otros sectores. Normalmente, se valora la sanidad como coste en porcentaje del PIB, pero en raras ocasiones se hace como aportación al PIB.

⁵ Institute for Healthcare Improvement (s. f.). *Triple Aim for Populations*. <http://www.ihl.org/Topics/TripleAim/Pages/default.aspx> (Fecha de consulta: 19/7/2020).

Figura 2. Objetivos del sistema sanitario



Fuente: Elaboración propia.

En todo caso, cabe apuntar que entendemos que los objetivos descritos son más amplios y están, en buena parte, alineados con las metas del objetivo 3, “salud y bienestar”, de la Agenda 2030⁶, aunque no los cubren en todo su detalle. Por su parte, el informe *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*, publicado por la OMS en el año 2000⁷, definió unas dimensiones para realizar un *ranking* de los sistemas de salud en los distintos países del mundo. Las dimensiones utilizadas en el informe se alinean, en gran medida, con los objetivos descritos anteriormente.

⁶ Agenda 2030 (s. f.). *Objetivo 3. Salud y bienestar*. <https://www.agenda2030.gob.es/objetivos/objetivo3.htm> (Fecha de consulta: 19/7/2020).

⁷ Organización Mundial de la Salud (2000). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*.

IV Foco de las propuestas

Cuando hablamos de reforma o cambios en los modelos, hemos de ser conscientes de que, habitualmente, nos centramos en diversos focos o en un solape entre algunos de ellos. En todo caso, creemos que es importante saber dónde deseamos ponerlo en nuestro estudio en cada momento. Al respecto, ampliando la clasificación de Sevilla y Riesgo⁸, existen, al menos, los siguientes focos:

- 1. Sistema sanitario**, instituciones (públicas y privadas, con y sin ánimo de lucro) implicadas directamente en el cuidado de la salud o su financiación. Aquí se incluirían las entidades aseguradoras (públicas y privadas), las proveedoras de servicios sanitarios (Atención Primaria, hospitales, rehabilitación, residencias sanitarias, servicios a la tercera edad, atención domiciliaria, farmacias, prevención...) y las entidades reguladoras. En la perspectiva del sistema sanitario, también nos enfocamos en tres niveles:
 - **Macro** o política sanitaria, que habitualmente se lleva a cabo a través de la planificación, financiación y regulación del sector, y con actuaciones de salud pública.
 - **Meso** o gestión de los centros e instituciones.
 - **Micro**, que cubre la parte de la provisión de servicios.
- 2. Sector de la salud**, que incluye, además de las anteriores, empresas e instituciones relacionadas con la prestación de servicios de salud, es decir, farmacéuticas, de tecnologías médicas y tecnologías de la información en salud. En este ámbito empiezan a ganar importancia los nuevos agentes, provenientes de la creciente desaparición de fronteras entre industrias, como Apple, Google, Amazon, Telefónica, etc.
- 3. Clúster de salud**, que incluye, además de los agentes del sector mencionados, otros relacionados, directa o indirectamente, con el sector salud. Engloba universidades (facultades de Medicina, Enfermería y Farmacia), centros de investigación, asociaciones profesionales, sindicatos ligados a la salud, asociaciones de pacientes, escuelas de gestión, etc. En resumen, todos los grupos implicados (*stakeholders*) del sector.
- 4. Determinantes de salud**, que abarca áreas que, en general, no se consideran parte del ámbito de la salud, pero que tienen un impacto tan o más importante en la de los ciudadanos que el propio sistema sanitario. Los determinantes de la salud incluyen la edad, el sexo, los factores constitucionales biológicos y genéticos, los estilos de vida del individuo, las redes sociales y comunitarias, las políticas gubernamentales y las condiciones de vida y de trabajo (disponibilidad de alimentos, educación, ambiente laboral, desempleo, agua y saneamiento, vivienda).

⁸ Sevilla, J. y Riesgo, E. (2018). *Qué está pasando con tu sanidad* (p. 128). Profit.

Es obvio que resulta más “fácil” proponer y realizar cambios en el sistema sanitario a nivel micro en un centro de atención que tener impacto en determinantes de salud, ya que dependen de diversos ministerios con dificultades de coordinación y, a veces, objetivos contrapuestos. En este estudio realizamos propuestas en los distintos ámbitos de foco mencionados, ya que, por ejemplo, para conseguir objetivos ambiciosos (como la sostenibilidad del sistema, la mejora de la salud de los ciudadanos y su satisfacción respecto al SNS), puede ser necesario actuar de forma coordinada en los distintos focos. Evidentemente, las propuestas que exponemos para el foco 4 (determinantes de salud) tienden a ser más conceptuales, mientras que las del foco 1 (sistema sanitario) pueden ser más operativas.

También debe tenerse en cuenta que el sistema sanitario español no es un bloque homogéneo, ya que, aparte de la existencia del ministerio y las 17 comunidades autónomas, hemos de distinguir entre:

- a. El SNS público que financia, compra y provee.
- b. El grupo de centros privados con concertación para proveer el servicio a la ciudadanía de su ámbito de influencia.
- c. Las entidades privadas que prestan un servicio público a las mutualidades de funcionarios (Muface, Mugeju e Isfas) y las mutuas de accidentes de trabajo,
- d. Las aseguradoras privadas que cubren de forma repetida a más de un 20% de la población (porcentaje variable en el tiempo y entre regiones).
- e. Los centros privados que son contratados directamente por los pacientes o por las aseguradoras privadas.

El foco principal de este trabajo se centra en los apartados a) y b), aunque puntualmente también comentamos algunos elementos relacionados con los demás.



A quiénes se dirigen las propuestas

Las propuestas que a continuación se exponen van dirigidas a todos **aquellos que tienen capacidad para cambiar las cosas (Gobierno, comunidades autónomas, gestores, líderes clínicos y profesionales)**, con la confianza de que, en cada nivel, les resulten útiles para reflexionar sobre ellas y les ayuden a tomar las mejores decisiones en sus respectivos ámbitos de competencia, para mejorar el modelo de salud al servicio de los ciudadanos.

Dado que muchos de los cambios necesarios son profundos y que se trata de un problema de Estado, es preciso buscar el consenso, tanto de las fuerzas políticas como de las sociedades científicas, profesionales y sociales implicadas, sin olvidar la urgencia de la situación actual de nuestra sanidad y la necesidad de poner en marcha los cambios propuestos, que difícilmente podrán esperar a que se consiga un consenso completo. En todo caso, **la salud se debe considerar un pacto de Estado, enfocándose a mejorar los objetivos del sistema**, y no usarse como elemento de confrontación política.

A pesar de nuestro deseo de que esto sea así, nos invade cierto pesimismo, al observar las formas de actuación en las sedes parlamentarias en periodos recientes. Tal como comentan Banerjee y Duflo⁹, premios nobel de Economía en el 2019, “la democracia tiene menos sentido y se parece más a un censo de varias tribus, donde cada uno vota más en función de la lealtad tribal que de un equilibrado juicio de prioridades. La mayor coalición de tribus gana, aunque su candidato sea un conocido pedófilo, o peor. El ganador no necesita proporcionar beneficios económicos o sociales ni a sus propios votantes, mientras sus votantes estén más asustados por la posibilidad de la conquista del poder por parte de los otros; sabiendo esto, el candidato hará lo imposible para alimentar estos miedos”. Ciertamente, anhelamos que sea posible volver a discutir y mejorar ideas, en vez de mantener una continua pelea tribal que no consigue mejorar nada.

Para avanzar en los cambios se deberá fomentar el diálogo continuado con todos los agentes (stakeholders) del sistema, debatiendo posibles soluciones a temas concretos, siempre en relación con los objetivos compartidos del ecosistema de salud. Al respecto, los *stakeholders* a considerar son: entidades oficiales y administraciones públicas, asociaciones de pacientes, patronales, colegios profesionales, sindicatos, asociaciones profesionales, centros de investigación, centros académicos y escuelas de negocios, así como fundaciones varias.

Antes de finalizar este apartado, merece la pena incluir aquí la cita de Buckminster Fuller, arquitecto, diseñador e inventor estadounidense del siglo XX: “Nunca cambias las cosas luchando contra la realidad existente. Para cambiar algo, construye un nuevo modelo que haga que el modelo existente se vuelva obsoleto”. Tal como hemos señalado en la introducción, el cambio requerido es del ecosistema, y o bien somos capaces de realizarlo, o alguien nos los realizará, volviéndolo obsoleto, creando un nuevo modelo. En cierta forma, el hecho de que más de 10 millones de habitantes tengan un seguro privado de salud en España (donde la cobertura pública está cerca del 100% de la población) indica que un porcentaje nada despreciable de ciudadanos (los que pueden, los de ideología más liberal, etc.) están ya dirigiéndose hacia un nuevo sistema que, según perciben, les ayuda a cubrir mejor parte de sus necesidades.

⁹ Banerjee, A. V. y Duflo, E. (2019). Good Economics for Hard Times (p. 135). *Public Affairs*.

VI

Diagnóstico de partida

El punto de partida de este análisis ha sido la realización de un diagnóstico del sistema sanitario español, con el fin de tener una **base para la elaboración de las propuestas que presentamos y dotarlas de objetividad**. Dicho diagnóstico se ha efectuado tanto desde un punto de vista **cuantitativo, comparándolo con una serie de países, como cualitativo, poniendo de relieve las tendencias o retos más relevantes** en este momento para los sistemas de salud, a nivel global, y en España, en particular.

Desde el punto de vista cuantitativo, hemos seleccionado una serie de indicadores para cada uno de los objetivos identificados del sistema de salud, así como ocho países con los que entendemos que, por las razones a continuación descritas, deberíamos compararnos:

- Alemania, Francia, Italia y el Reino Unido, por ser los cuatro grandes de la UE, con una población que comparte muchos de los retos que tiene España y un sistema parecido al nuestro.
- Holanda y Dinamarca, por tener un sistema sanitario que, en algunos aspectos, son un modelo a seguir o, al menos, tener en cuenta.
- Estados Unidos y Singapur, por ser dos casos extremos que son referencia a nivel global.

El análisis incluye la media de los países anteriores y la media de la UE siempre que ha sido posible disponer de esos datos.

A continuación, presentamos el diagnóstico a modo de resumen, incluyendo las ideas más relevantes extraídas de la comparativa junto con las tendencias a las que se enfrenta el sistema español. En el Anexo 1 se recoge la comparativa cuantitativa completa con el detalle de los indicadores utilizados.

Es importante tener en cuenta que, en el barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) de julio del 2020, los ciudadanos españoles valoran la sanidad como el servicio público con la nota más alta en cuanto a satisfacción: un 67,4% la valora positivamente frente al 59% de un año antes (un 17,6% considera que funciona “muy satisfactoriamente”, y un 49,8%, “bastante satisfactoriamente”), si bien es muy posible que esta valoración esté influenciada por la situación de la pandemia de la COVID-19 sobrevenida en marzo del 2020. Cabe señalar, asimismo, que, en el barómetro de mayo del 2020, el 89,6% de los ciudadanos consideraba que era necesario impulsar cambios en el SNS. Si bien este porcentaje puede estar, de nuevo, influido por la situación de la pandemia, lo cierto es que el barómetro sanitario realizado de forma anual por el Ministerio de Sanidad indica que los ciudadanos que piensan que el funcionamiento del sistema sanitario necesita cambios fundamentales o, incluso, que debería rehacerse, se ha incrementado en un 6,5% entre el 2010 y el 2017, pasando del 25,1% al 31,6% de la población y alcanzando un máximo del 36,2% en el 2014¹⁰.

¹⁰ Ministerio de Sanidad (18 de diciembre del 2019). Percepción y opinión de los ciudadanos. En *Informe anual del sistema nacional de salud 2018*. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2018/Cap.9_PercepcionOpinion.pdf

Veamos, a continuación, cuál es el diagnóstico para cada uno de los objetivos identificados.

Objetivos del sistema sanitario: Salud de la población



Fuente: Elaboración propia.

España tiene algunos de los mejores indicadores de salud entre los países con los que nos comparamos y de la UE. A pesar de los recortes realizados desde el 2010 para asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario español, nuestra expectativa de vida sigue siendo una de las más altas del mundo (83,5 años), así como los años de vida saludable (69,5 años) y la mortalidad prevenible.

Durante los últimos años, la esperanza de vida ha continuado mejorado en prácticamente todos los países incluidos en la comparativa, siendo España el que registra el mayor aumento, con 0,7 años entre 2013 y 2018 (82,8 y 83,5 años, respectivamente)¹¹ y con un valor de años de vida saludable superior en más de 5 años a la media de nuestro entorno (Figura 5). Además, la desigualdad en la esperanza de vida en función del nivel educativo es menor que la media de los países de la UE-16¹².

A pesar de esos datos, también es cierto que **se está produciendo un empeoramiento de la asistencia** y, si bien ya sabemos que las listas de espera constituyen un problema crónico y arraigado en nuestro SNS, en los últimos años han empeorado claramente como consecuencia de los recortes presupuestarios posteriores a la crisis económica del 2010. Así, si nos comparamos con los países de nuestro entorno, podemos observar que, para la cirugía de cataratas, los tiempos de espera aumentaron de unos 90 días en el 2010 a 100 días en el 2018. Igualmente, para la artroplastia de cadera, aumentaron de unos 135 días en el 2010 a 150 en el 2018. Datos más recientes, del 2019, muestran que había un total de 671.494 pacientes en listas de espera para ser intervenidos, lo que supone una **media de 115 días**. Estas cifras son

¹¹ Datosmacro y Expansión (s. f.). Esperanza de vida al nacer 2019 [Mapa de datos]. En *Datosmacro*. <https://datosmacro.expansion.com/demografia/esperanza-vida>

¹² Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos y European Observatory on Health Systems and Policies (2019). *España: perfil sanitario nacional 2019. State of Health in the EU*. OECD Publishing.

claramente superiores a las de los países desarrollados más representativos, donde, mayormente, el 50% de los casos tiene un tiempo de espera inferior a un mes. Desde la perspectiva de las especialidades, las que cuentan con mayores tiempos de espera son traumatología, con 171.534 pacientes, oftalmología (140.930), y cirugía general y de digestivo (121.519).

Al problema de las listas de espera hay que añadir la variabilidad de estos tiempos en función de la geografía, pudiendo llegarse a triplicar (de los 50 días en comunidades como Madrid, La Rioja o Navarra, a los 150 días de Castilla-La Mancha y las islas Canarias, para una artroplastia de cadera). Con el fin de tratar de solucionar el problema, las políticas de gestión de los diferentes sistemas de salud se han centrado en aumentar el volumen de intervenciones, ampliando las horas de quirófano y contratando capacidad adicional de forma temporal. Además, se han fijado, en algunos casos, los umbrales a partir de los cuales se ofrecía a los pacientes una alternativa quirúrgica con diferentes proveedores, incluidos privados. Sin embargo, estas políticas no han parecido ser suficientes para recortar estos tiempos, mostrando que se trata de un problema multifactorial que no ha recibido el análisis y la atención suficientes por parte de las autoridades para poder atajarlo en su justa medida.

Incremento de la prevalencia de las enfermedades crónicas: nunca tan sanos y nunca tan enfermos. Tal como hemos visto, la esperanza de vida en España se sitúa entre las más altas del mundo, lo cual, sumado a que también cuenta con la tasa de natalidad más baja, por detrás de Malta (dato del 2020), en el conjunto de la UE, configura una pirámide poblacional envejecida que tiene un impacto directo sobre la organización del sistema sanitario y su sostenibilidad. En el año 2020, el 19,6% de la población tenía una edad por encima de los 65¹³ años, y la previsión para el 2033 es que ese porcentaje aumente hasta el 25,2%¹⁴. Adicionalmente, hoy en día muchos tratamientos evitan la muerte, pero convierten a los pacientes en crónicos. España cuenta con un porcentaje de población superior, respecto a la media de la UE, de personas mayores de 65 años que declaran tener, al menos, una enfermedad crónica (59% vs. 54% UE-25), según datos de la OCDE. A su vez, alrededor del 20% afirma tener limitaciones en las actividades diarias, si bien la posición relativa respecto a los países de la UE cambia significativamente en función de si la fuente de datos es la OCDE (21% vs. 18% UE-25) o Eurostat (20% vs. 26% UE-28).

Aumento de la dependencia. Soledad no deseada. La soledad es una de las causas de deterioro de la salud en las personas mayores, que incrementa su fragilidad y, con ello, su predisposición a caídas, pérdida de la movilidad, enfermedad cardiovascular, riesgo de hospitalización y discapacidad. El número de trabajadores en el ámbito de cuidados a largo plazo en España por cada 100 habitantes, 4 (todos ellos en instituciones), es menor que la media de los países de la OCDE, 6 (correspondientes a 3 en el hogar y 3 en instituciones). Asimismo, la insuficiencia de la atención al dependiente por parte del sistema público queda patente si tenemos en cuenta que España destina el 0,7% del PIB a prestaciones o cuidados de larga duración para estas personas, muy por debajo de la media de los países analizados y de la media de los países de la OCDE-17 (1,7%). Por último, la cifra de personas en lista de espera para recibir las prestaciones a las que tienen derecho sigue siendo un tema de especial preocupación: en agosto del 2020 era de 234.577¹⁵.

¹³ Instituto Nacional de Estadística. <https://www.ine.es> (Fecha de consulta: 21/8/2020).

¹⁴ Instituto Nacional de Estadística (5 de noviembre del 2018). *Proyecciones de población 2018* [Nota de prensa]. https://www.ine.es/prensa/pp_2018_2068.pdf

¹⁵ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (octubre del 2020).

Importancia de la prevención y de los hábitos saludables. En pleno contexto pandémico, hemos de recordar que las enfermedades no transmisibles (respiratorias crónicas, cardiovasculares, diabetes y cáncer) son las responsables del 60%¹⁶ de las muertes a nivel mundial. Muchas podrían evitarse, ya que están condicionadas, en gran medida, por el entorno social, los hábitos saludables y los factores de riesgo respecto al comportamiento de cada individuo. La sociedad española ha evolucionado y, a pesar de la tradicional dieta mediterránea imperante, el porcentaje de población obesa ha crecido en los últimos años hasta llegar al 17%, situándonos, respecto a los países con los que deseamos compararnos, solo por detrás de Estados Unidos y el Reino Unido, y por encima de la media de la UE (15%). Además, **España se sitúa en los primeros puestos respecto a los países** con los que nos comparamos en **tabaquismo** (22,1% de la población), **consumo de alcohol** (10,4 litros per cápita), de **cannabis** (18,3% de la población) y de **cocaína** (2,8% de la población).

Finalmente, el gasto sanitario total en servicios de prevención y salud pública descendió en el periodo 2010-2014, pasando de 2.264 a 1.875 millones de euros¹⁷, respectivamente. Sin embargo, esa tendencia se ha empezado a revertir desde el año 2016, en el cual se destinaron a esa partida¹⁸.

Objetivos del sistema sanitario: Sostenibilidad



Fuente: Elaboración propia.

Sostenibilidad amenazada de forma estructural. Tal como se cita en el *Informe del sistema sanitario 2018*¹⁹, las reformas en este ámbito, desde el 2010, se han centrado en asegurar la sostenibilidad del sistema, abordando la gobernanza del SNS y la reducción de sus costes,

¹⁶ Organización Mundial de la Salud (2013).

¹⁷ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (22 de junio del 2017). *Informe anual del sistema nacional de salud 2016*. <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfSNS2016.htm>

¹⁸ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (18 de diciembre del 2019). Gasto sanitario en *Informe anual del sistema nacional de salud 2018*.

https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2018/Cap.6_GastoSanitario.pdf

¹⁹ Bernal-Delgado, E., García-Armesto, S., Oliva, J., Sánchez Martínez, F. I., Repullo, J. R., Peña-Longobardo, L. M., Ridao-López, M. y Hernández-Quevedo, C. (2018). España: informe del sistema sanitario. *Sistemas sanitarios en transición*, 20(2), 1-179.

https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/pdf/REVISION_SISTEMA_SANITARIO_ESPANOL_2018.pdf

enfocándose en la cobertura (condiciones y prestaciones), el reparto de costes con los pacientes, y la reducción de precios de los medicamentos y de los costes de producción (incluyendo el número de profesionales sanitarios y su salario). Sin embargo, no es posible seguir por este camino sin degradar la calidad de la asistencia sanitaria y la salud de la población.

Para analizar la sostenibilidad del sistema, debemos hacerlo desde tanto desde el punto de vista de la financiación como de la eficiencia en su uso.

Infrafinanciación de la sanidad pública. En el 2018, la financiación del sistema sanitario se situaba en el 9,0% del PIB, por debajo del 10,3% de media de los países analizados y el 9,8% de la UE-28. El gasto sanitario en España se descompone, en concreto, en un 6,3% para sanidad pública y un 2,7% para sanidad privada. **Es justamente en la sanidad pública donde la brecha es más significativa y supera el 1,4% comparado con la UE-28** (6,3% vs. 8,2% en los países analizados y el 7,7% de la UE-28) (véanse los detalles en la Tabla 1). Por el contrario, la sanidad privada está muy por encima de la media de la UE (2,7% vs. 2,1%). No se trata de un problema puntual de los últimos años: la sanidad pública lo arrastra desde hace una década. La recuperación de la crisis del 2008 supuso, para la financiación de la sanidad pública, una reducción desde el 6,5% del PIB en el 2010 hasta el 5,1% en el 2015¹⁹.

La falta de financiación y los recortes sufridos desde el 2008 han supuesto la **precarización de las infraestructuras** y han ralentizado no solamente la incorporación de nuevas tecnologías y la transformación digital sino, lo que es más grave, la simple reposición de las que ya han acabado su vida útil o son tecnológicamente atrasadas. La obsolescencia de equipos de tomografía computarizada y resonancia magnética es de los más altos de la UE (el 35% y el 44%, respectivamente, de los equipos tienen más de 10 años). A su vez, el gasto hospitalario por habitante en España se sitúa un 5% por debajo de la media de la UE y casi un 20% respecto a los países con los que nos queremos comparar.

Introducción de nuevos fármacos de alto valor terapéutico de los que un alto porcentaje cura a los enfermos pero a un alto coste difícilmente asumible por el sistema. Es el caso del tratamiento de la hepatitis C en España. Otros ejemplos son los nuevos tratamientos que llegarán en los próximos años al mercado para el alzhéimer, la esclerosis múltiple, enfermos oncológicos, etc. Se incluyen en este apartado los nuevos productos focalizados en el tratamiento de enfermedades raras o huérfanas, que afectan a menos de 50 pacientes por cada 100.000 habitantes. Se estima que, hasta el 2023, se lancen al mercado 54 nuevos principios activos anualmente, de los que casi dos tercios serán productos especializados (frente al 61% del periodo 2014-2019)²⁰. Se entienden bajo este concepto los productos para enfermedades crónicas, complejas o raras. Entre estos productos hay monoclonales o nuevas terapias celulares CAR-T. En muchos casos, se trata de inyectables que requieren de una gestión, almacenamiento e infraestructura de administración compleja. En el 2019, el 36% del gasto en farmacia a nivel global se dirigió a este tipo de productos, siendo mucho más relevante en los mercados de países desarrollados (44%) que en los emergentes (14%). Se prevé que dicha partida crezca hasta cerca del 50% del gasto total para el 2023 en los países más desarrollados. Es previsible que el incremento de estos productos y su alto coste desestabilice los sistemas sanitarios.

²⁰ IQVIA Institute (29 de enero del 2019). *The Global Use of Medicine in 2019 and Outlook to 2023. Forecasts and Areas to Watch*.

A pesar de la opinión reiteradamente vertida en diferentes foros y medios de comunicación, **los datos desmienten que tengamos un sistema sanitario altamente medicalizado**, considerando las altas hospitalarias por cada 1.000 habitantes (España, 115 vs. UE, 172), la estancia media hospitalaria (7,3 vs. 8 días, media de la UE) y el número de pruebas diagnósticas. En cuanto al número de RM por cada 1.000 habitantes, en España se encuentra cercano a la media de la UE (83 vs. 76), pero bastante alejado de Alemania (136 por cada 1.000 habitantes en el 2016). Con respecto al número de TAC, nuestro país se sitúa por debajo de la media de la UE (109 vs. 122 por cada 100.000 habitantes). **Sin embargo, el número de consultas médicas** (general y de especialidades) **está por encima de la media** (7,3 visitas médicas/habitante/año en España vs. 6,7, media de los países estudiados, y 6,4 en la UE), **así como la expedición de recetas farmacéuticas per cápita** (440), que es un 20% más que la media de los países analizados (396) y superior en un 5% respecto a la UE (417). Según la *Encuesta Nacional de Salud (ENS) del 2017 en España*²¹, la población acude cada vez más al médico de Atención Primaria, que se traduce en un trabajo de cribaje ejemplar por parte de estos facultativos.

Los hospitales son ahora más eficientes. Hemos asistido a un cambio significativo de tendencia en la atención de las patologías agudas. La cirugía ambulatoria ha supuesto uno de los principales recursos para atender un gran número de patologías que antes requerían mayor atención especializada. Este hecho, junto con la reducción del tiempo de permanencia en el hospital, ha venido acompañado de un descenso del número de camas hospitalarias desde el año 2000, encontrándose en el 2017 bastante por debajo de la media de la UE (3,0 camas por cada 1.000 habitantes vs. 5,0 en la UE)²². Sin embargo, todavía queda un amplio margen de mejora en diversos procesos que pueden beneficiarse de este tipo de atención ambulatoria. Además, el nivel de especialización y la experiencia acumulada han conseguido que los hospitales proporcionen tratamientos de alta calidad y complejidad para episodios agudos. Esto, unido a una mejora de los procesos, ha logrado que, en patologías como el infarto agudo de miocardio, se logre una rápida trombólisis y/o angioplastia que permita a los pacientes recobrar una capacidad para la realización de las actividades de la vida diaria prácticamente normal. Algo parecido está sucediendo con el ictus en nuestro país, que se refleja en la mortalidad derivada de estos episodios agudos (Figura 15). A pesar de estos datos alentadores, también es cierto que tenemos el **problema de la variabilidad en la práctica clínica** y que no es lo mismo hoy en día padecer un problema de este tipo en una localización geográfica que en otra, lo cual refleja un gran problema de organización y gestión.

Sin embargo, **la ubicación de la atención de los pacientes crónicos y dependientes no es la adecuada.** Considerando en conjunto las hospitalizaciones evitables por enfermedad crónica, queda mucho trabajo por hacer para conseguir orientar el sistema hacia la gestión de enfermedades crónicas y evitar ingresos que, potencialmente, se podrían haber evitado (Figura 63). Además, en este caso existe una gran variabilidad entre las diferentes comunidades autónomas (Figura 64).

²¹ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (26 de junio del 2018). *Encuesta Nacional de Salud de España 2017*. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf

²² Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar (2017).

Objetivos del sistema sanitario: Satisfacción del paciente/ciudadano



Fuente: Elaboración propia.

La valoración que los pacientes realizan de los indicadores relativos a su satisfacción con el sistema está entre las más altas de los países con los que nos comparamos. En el caso de las consultas de Atención Primaria, se aprecian mucho aspectos como la confianza y la seguridad que transmite el facultativo, los cuidados y la atención por parte del personal médico y de enfermería, y la información recibida sobre el problema de salud. En el caso de las consultas de médicos especialistas, se valoran especialmente el trato recibido por parte del personal sanitario, la confianza y seguridad que transmite el personal médico y la información recibida¹⁵⁷.

Un estudio reciente publicado en el 2019²³ muestra que el grado de satisfacción de los pacientes españoles con el sistema sanitario se mantiene estable en el periodo 2005-2017, viéndose únicamente aumentado en los pacientes de la Comunidad de Madrid.

No obstante, hay margen para **incrementar la participación de los ciudadanos/pacientes** en las decisiones que les afectan. Al respecto, España se sitúa por debajo de la media de los países estudiados (78,0% vs. 85,0%) (Figura 67) y con mucho margen de mejora hasta alcanzar el 91,3% de Holanda.

Además, hay que tener en cuenta el proceso de **consumerización de la salud**. El modelo actual se enfrenta a un cambio de los valores y hábitos de la sociedad donde, cada vez más, los pacientes demandan ser atendidos cuando y donde lo necesitan, en un entorno en el que no todos responden de la misma manera ni tienen las mismas expectativas ni necesidades. Hace tiempo que hablamos de una sanidad centrada en el paciente, en la cual hemos avanzado poco, pero que los ciudadanos/clientes/pacientes reclaman cada vez con más fuerza.

²³ Pérez-Cantó, V., Maciá-Soler, L. y González-Chordá, V. M. (2019). User Satisfaction in the Spanish Health System: Trend Analysis. *Revista de Saúde Pública*, 53, 87. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053001506>

Es preciso, asimismo, **compartir información asegurando la privacidad de los datos**, punto crítico en los sistemas y equipamientos sanitarios, de siempre. Sin embargo, cada vez es mayor esta necesidad entre diferentes sistemas para dar el mejor tratamiento posible a los pacientes. Durante la pandemia, resultaba clara la necesidad de disponer de una herramienta de soporte al rastreo de contactos, pero las dudas sobre el tratamiento de los datos han hecho que muchos ciudadanos se muestren reacios a utilizar este tipo de aplicaciones, lo que cuestiona su efectividad ante la falta de una masa crítica.

Objetivos del sistema sanitario: Satisfacción de los profesionales sanitarios



Fuente: Elaboración propia.

La infrafinanciación del sistema ha agravado la **precarización de las condiciones laborales** de los profesionales/trabajadores de la sanidad, tanto en número de recursos como en su remuneración, que ha sido congelada o, incluso, reducida. La retribución media de especialistas y médicos generalistas respecto al salario promedio es, en algunos casos, la mitad del que se percibe en otros países europeos como Francia, Alemania o el Reino Unido.

Durante los últimos años, ha aumentado el número de facultativos, de titulados en Enfermería y de otros profesionales empleados en el SNS, pero una parte importante de ellos tiene contratos temporales, lo que aumenta la tasa de rotación del personal. En el conjunto del SNS, el **30% de los trabajadores tenía un contrato temporal** en el 2017, con un aumento progresivo en los últimos años (27% en el 2012)²⁴.

Al comparar el número de enfermeros por cada 1.000 habitantes, se observa que existe una diferencia muy significativa respecto al resto de países con los que nos comparamos así como de la OCDE-37 (España, 5,7 por cada 1.000 habitantes vs. 8,8 de la OCDE-37).

²⁴ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos y el Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas de Salud (2019). *España: Perfil sanitario nacional 2019* (p. 10).

Dinamarca, los Países Bajos, Francia, Alemania están por encima de 10,0 (Figura 49). **Así mismo, se observa que la proporción de personal de enfermería respecto a médicos en España es de 1,5, mientras que los Países Bajos, Alemania o Francia duplican esta proporción con 3 enfermeros por cada médico** (Figura 48). Sin embargo, es preciso destacar en este punto que no existe una definición homogénea de *enfermería* y que algunos países, como los nórdicos, incluyen en sus estadísticas bajo este concepto a los auxiliares. No obstante, la diferencia respecto a la media sigue siendo muy significativa, poniendo de manifiesto la **falta de enfermeros en nuestro sistema sanitario**.

Además, **el sistema no favorece la movilidad laboral**, ya no solo entre comunidades autónomas, sino dentro de una misma comunidad, debido a las diferencias en el régimen laboral de los profesionales sanitarios.

Se constata, asimismo, que se ha producido un **incremento del burnout y pérdida de motivación** de los profesionales sanitarios debido a las condiciones laborales a las que se ven sometidos (alta carga de trabajo, incremento de la temporalidad, falta de carrera profesional, condiciones salariales...) y al estrés al que, durante los años recientes, se ha sometido al sistema. En España, el **absentismo laboral** ha aumentado durante los últimos años. Comparativamente respecto a todos los sectores laborales del país, en las actividades sanitarias el absentismo ha escalado a la primera posición, con un **8,3%** en el cuarto trimestre del 2019, subiendo desde el 6,9%²⁵ registrado en el tercer trimestre del 2018, cuando ocupaba la tercera posición.

Esta situación tiene lugar en un entorno de **renovación de la fuerza laboral**, en el cual el 50% de los profesionales sanitarios se jubilará en los próximos 15 años, produciéndose el pico en el año 2026. En este periodo, se jubilarán todos los profesionales pertenecientes a la generación del *baby-boom*. El tiempo de formación de un médico, que de media se sitúa en los 10 años, hace de este punto un tema todavía más acuciante. El sistema español se enfrenta a la mayor renovación de su fuerza laboral en años y al reto de atraer/retener el talento para seguir manteniendo la calidad de la asistencia sanitaria.

Integración de nuevos perfiles profesionales en el sistema. La gestión de un paciente de forma holística requerirá disponer de equipos multidisciplinares, incorporando profesionales sanitarios de especialidades no médicas y asistencia social: nutricionista, podólogo, psicólogo, farmacéutico, etc. Además, será preciso también integrar en el sistema nuevos perfiles administrativos (asistentes clínicos, etc.) para reducir la carga de trabajo de médicos y enfermeros, favoreciendo una mayor eficiencia en el sistema. Pero no solo esto, al mismo tiempo, para gestionar el impacto de la transformación digital y obtener las ventajas que ofrecen las nuevas tecnologías (3D, VR, ER, inteligencia artificial [IA], previsiones, etc.) es necesario incorporar otros perfiles como bioingenieros, físicos, estadísticos, etc., con los equipos asistenciales.

²⁵ Randstad Research (marzo del 2019). *Informe trimestral de absentismo laboral*. <https://research.randstad.es/wp-content/uploads/2019/03/RANDSTAD-RESEARCH-Informe-de-Absentismo-laboral-2018T3-FINAL.pdf>

Objetivos del sistema sanitario: Docencia, investigación e innovación



Fuente: Elaboración propia.

Compartir innovaciones entre diferentes componentes del SNS: no reinventar la rueda.

En un entorno competitivo para conseguir recursos y mejorar la eficiencia del sistema, es imperativo compartir experiencias de éxito a nivel nacional y autonómico, y trasladarlas a los diferentes hospitales o centros de salud. Ello debe ayudar no solo a la sostenibilidad del sistema, sino también a mantener la satisfacción de los pacientes/clientes. Para ello, es necesario la transparencia y colaboración en red.

Los avances que se producen en medicina, ya sea con nuevos medicamentos (caso de la hepatitis C) o con nuevas tecnologías (CAR-T) y la longevidad de la carrera profesional, dificultan la planificación de los recursos. Ello, sumado al actual sistema formativo que favorece la hiperespecialización, produce una falta de flexibilidad de los recursos frente a futuros cambios de demanda.

España es el primer país en liderazgo de proyectos I+D+i en colaboración europea, siendo el coordinador en 940 de los proyectos financiados (16,5% del total) y el segundo con más fondos europeos para la investigación en salud, por detrás de Dinamarca. Sin embargo, si bien en cuanto a publicaciones y calidad estamos por debajo de la media, nos situamos a un nivel comparable a países de nuestro entorno como Francia, Alemania o Italia, aunque **no somos capaces de trasladarlo a registro de patentes**, donde estamos a la cola de los países con los que nos queremos comparar, habiendo registrado, en el 2019, 8 patentes por cada millón de habitantes, cuando la media se sitúa en 38. Es un problema cómo pasamos de la investigación a su monetización. En este sentido, no parece haber una estrategia clara orientada a facilitar la transferencia del conocimiento.

Inversión en I+D lejos del objetivo europeo. En el 2018, el gasto total en I+D, en España, fue el equivalente al 1,24% del PIB, muy lejos de la media de la UE-28, con un 2,06%. Para el 2020, el objetivo de la UE era llegar al 3%, algo inalcanzable para España en las actuales

circunstancias, y se ha quedado en el 1,24%. Países como Dinamarca (3,1%) y Alemania (3%) ya han alcanzado este objetivo. Además, en el 2018, tal como sucedió en el 2017, la mitad del presupuesto público en I+D no llegó a ejecutarse.

Objetivos del sistema sanitario: Motor de crecimiento



Fuente: Elaboración propia.

Reconocimiento de la importancia creciente, desde el punto de vista económico, del clúster del sector salud como un motor de creación de empleo e innovación. El sector salud representa el 12% del PIB y es el tercero, en nivel de importancia, en la economía española (Figura 86). En la actualidad, seguramente habrá mejorado su posición, ya que los dos sectores que están por encima —turismo y construcción— probablemente son los dos más afectados por la pandemia vigente.

Teniendo en cuenta el gasto sanitario público, el clúster del sector salud privado puede llegar a representar casi la mitad de la cifra indicada anteriormente. Consideramos que dicho clúster engloba la sanidad privada, incluyendo el turismo de salud, los laboratorios farmacéuticos y la innovación que se crea alrededor de la sanidad.

Según el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad, en el 2016 la sanidad privada representó el 3,3% del PIB español, considerando tanto el gasto sanitario privado como el servicio de provisión realizado a la sanidad pública a través de los conciertos, y empleaba a un total de 266.728 profesionales, siendo el 23% médicos y el 26% titulados en Enfermería²⁶. En cuanto a la creación de puestos de trabajo, de los 2,5 millones de nuevos que se estima se crearán en España hasta el 2026, el 14% se espera que lo sean dentro del ámbito de la sanidad, tanto pública como privada.

²⁶ El Economista (2019). *ESP250 Salud: Las empresas más importantes del sector*. https://s03.s3c.es/imag/doc/2019-12-16/20191219_ESP250Salud.pdf

En el caso del turismo de salud español, nuestro país se sitúa en el sexto puesto en el *ranking* europeo y en el octavo a nivel mundial. Teniendo en cuenta la potencia turística de España y el nivel de la sanidad de nuestro país, sorprende que no estemos en los primeros puestos. Según un reciente informe de Spaincares, el clúster español de turismo de salud en España, esta modalidad turística supuso, en el 2017, una facturación de 500 millones de euros y se preveía que en el 2020 alcanzara la cifra de 200.000 turistas atendidos, logrando un aporte a la economía española cercano a los 1.000 millones de euros²⁷.

Por su parte, la industria farmacéutica es líder en exportaciones de alta tecnología e inversión en I+D, y emplea, en España, a más de 200.000 personas¹⁸, 40.500 mediante empleos directos y, de ellos, el 62% son profesionales con estudios universitarios. En el 2019, las exportaciones de productos farmacéuticos lograron un máximo histórico, hasta superar los 12.100 millones de euros, lo cual supone el 4,2% de todas las exportaciones españolas y el 23% de las de alta tecnología, lo que, junto a la industria aeroespacial, las convierte en líderes de este ámbito²⁸. Según los datos del INE, el sector farmacéutico invirtió 1.026 millones de euros en I+D en el 2018, casi el 20% de la inversión total en este ámbito por parte de la industria española, lo que lo convierte, junto al del automóvil, en el sector líder por volumen de gasto en términos absolutos destinado a actividades de I+D²⁸.

El clúster de salud como motor de innovación. En el año 2017, se crearon en España 7 *startups* relacionadas con el ámbito de la salud por cada 10 millones de habitantes. Esa cifra, aunque está por debajo de las de países como Dinamarca (38) o el Reino Unido (20), se sitúa al nivel de otros como Alemania (con 5) o Francia (con 9), y muy por encima de Italia (con 1).

²⁷ Turismo de salud: 1.000 millones de euros de impacto económico (21 de enero del 2020). *El Economista*. <https://www.eleconomista.es/especial-turismo-2020/noticias/10308696/01/20/Turismo-de-salud-1000-millones-de-euros-de-impacto-economico.html>

²⁸ Farmaindustria (2019). *Memoria anual 2019*.

VII

Elementos conceptuales para el debate

Una vez puestos de manifiesto los retos/problemas a los que se enfrenta el sistema sanitario español, entendemos que la solución pasa por hacer cambios significativos en elementos sustantivos del modelo actual.

Al respecto, el mayor cambio conceptual que debemos considerar es **pasar de un modelo focalizado en la sanidad a un sistema de SALUD (con mayúsculas)**. La demanda de un verdadero modelo de SALUD y no únicamente de sanidad significa actuar no solo sobre el 20% de los determinantes de salud²⁹, por mucho que a ellos se dedique el 80% de los recursos, sino sobre un porcentaje mucho más elevado de los citados determinantes. Según el Population Health Institute, el resto de determinantes dependen del entorno (vivienda, calidad del entorno...), factores socioeconómicos (educación, trabajo, ingresos, entorno familiar...) y hábitos de conducta (consumo de tabaco, alcohol y drogas, ejercicio...).

El concepto de *salud* de la OMS no se corresponde con la realidad social de hoy en día, pues, además de sus requerimientos objetivos, está vinculado a la escala de valores sociales, y no puede definirse solo por los profesionales, sino que, en su formulación, debe tenerse en cuenta la percepción de los ciudadanos acorde a estos valores sociales. Ello obliga a reformular el concepto de *salud*, alejándose tanto de la visión ideal que plantea la OMS como de las posibilidades que hoy ofrecen las respuestas a la “medicina del deseo”.

Según el Ottawa Charter for Health Promotion (1986), la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su salud y mejorarla. Para alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar aspiraciones, satisfacer necesidades y cambiar y hacer frente al entorno. *Salud* es la capacidad de adaptarse y autogestionarse en tres ámbitos: físico, mental y social. Por eso, la salud se considera un recurso de la vida cotidiana, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas. Por tanto, la promoción de la salud no es solo responsabilidad del propio sector salud, sino que va más allá de los estilos de vida saludables hacia la consecución del bienestar.

Este planteamiento se alinea con el de la UE que habla del concepto de *salud compartida* o *una salud* que suma las dimensiones medioambientales, económicas, sociales y de seguridad en la salud pública.

Sin embargo, el ministerio continúa manteniendo la etiqueta de “de Sanidad” y, si bien la mayoría de las consejerías de las comunidades autónomas han cambiado su denominación de *de Sanidad* a *de Salud*, lo cierto es que ha sido apenas un cambio estético, pues realmente

²⁹ Las estimaciones del impacto de la atención sanitaria sobre la salud varían en distintos estudios entre un 10% y un 27%, dependiendo en parte si incluimos las dimensiones no modificables como la edad o la genética en la cuenta. Para una revisión de estos pesos, véase Bookse, B. C., Athens J. K., Kindig, D. A., Park, H., Remington, P. L. (febrero del 2010). *Different Perspectives for Assigning Weights to Determinants of Health*. County Health Rankings [working paper]. University of Wisconsin.

continúan siendo consejerías de sanidad y de los sanitarios, ya que su capacidad de intervención se limita al sistema sanitario y no a los focos más amplios presentados anteriormente.

Pasar de un modelo basado en la sanidad a otro centrado en la salud implica un cambio radical de paradigma con repercusiones a diferentes niveles, tanto públicos (Estado, comunidades autónomas, ayuntamientos – *healthy cities*) como privados (corporaciones, empresas, escuelas...), especialmente en los ámbitos de construcción pública, viviendas, educación, empleo, deporte, etc.

Para hacerlo realidad, los primeros pasos que deberían plantearse son:

- La imprescindible **conversión del ministerio y de las consejerías de organizaciones verticales** (con un foco en sanidad, con independencia de su nombre) **a organizaciones que incorporen visiones transversales, con capacidad de actuación sobre un espectro más amplio de los determinantes de salud**, en línea con el enfoque Salud en Todas las Políticas, de la OMS³⁰. Se trata de buscar, de forma continua, oportunidades de colaborar e influir en otros sectores y ministerios.
- La participación de todas las consejerías en la elaboración del plan de salud de cada comunidad autónoma, ya que la salud depende de todas ellas, aunque se mantenga un protagonismo importante para la Consejería de Salud.
- La necesaria revisión de la Ley General de Sanidad, incorporando de forma específica el ámbito de la salud pública y su desarrollo normativo, así como la actualización de la Ley de Dependencia, fundiéndose en una sola a partir de criterios centrados en la persona, asegurando así el continuo salud/autonomía.

A continuación, revisamos los diferentes ámbitos que caracterizan el sistema de salud y, para cada uno de ellos, proponemos ideas con base en el diagnóstico realizado y en experiencias existentes, ya sea en España o en el plano internacional, con el fin de caracterizar los elementos conceptuales de un nuevo sistema de salud para las necesidades actuales de la sociedad española.

Figura 3. Marco conceptual del sistema de salud



Fuente: Elaboración propia.

³⁰ Organización Mundial de la Salud (2014). *Health in All Policies: Helsinki Statement. Framework for Country Action*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112636>

1. Personas (ciudadanos/pacientes)

Las propuestas dentro de este ámbito se enfocan en mejorar los siguientes objetivos definidos del sistema de salud, explicitados en el capítulo III:

- Salud de la población (objetivo 1).
- Satisfacción del ciudadano/paciente (objetivo 3).



Fuente: Elaboración propia.

Centrar el modelo en las personas como ciudadanos, propietarios y pacientes

- **Formalizar la participación institucional de las personas en:**
 - **La definición de las prioridades en salud como ciudadanos.**
 - **Los órganos de gobierno de las instituciones como propietarios.**
 - **La definición y mejora de los procesos como pacientes.**

A pesar de que llevamos muchos años comentando que los sistemas de salud deben estar centrados en el paciente (*patient centric*) y, aunque podemos considerar que se ha progresado dándoles protagonismo, en realidad es más teórico que real, pues los sistemas siguen estando centrados en los profesionales. Basta revisar los horarios de trabajo de los distintos servicios, el descenso del nivel de atención durante los fines de semana, etc., para ver claro a quiénes se tiene en cuenta al diseñar toda la prestación.

En una perspectiva más amplia, entendemos que las personas quieren ser el centro del modelo de salud, desplazando el centro de gravedad de la mirada estrictamente profesional de tratar episodios/enfermos al de tratar personas en su perspectiva holística, teniendo en cuenta tanto sus necesidades como sus expectativas, y teniendo voz en todas aquellas decisiones que les afectan.

Se habla del *paciente empoderado*, pero, para que ello sea una realidad, hay que poner los medios para que tenga la posibilidad real de usar ese “poder” y asegurar su participación en el sistema.

Dicha participación podemos considerarla como **sujetos activos**, donde los ciudadanos quieren intervenir con base en un modelo en el que tengan una **participación directa en la toma de decisiones**, en lugar del actual, en el que su implicación es meramente consultiva, tomándose las decisiones a través de los representantes políticos elegidos. A modo de ejemplo de consejos consultivos creados por varias comunidades autónomas, podemos citar el Consell Consultiu de Pacients de Catalunya (2012) o el Consejo Regional de Pacientes de Extremadura (2014).

Los ciudadanos, en un escenario de empoderamiento, quieren asumir su triple rol en el ámbito de la salud como:

- **Contribuyentes**, a la hora de **establecer prioridades en los planes de salud**, implicándose en el direccionamiento y la **priorización de recursos escasos**, y definiendo políticas que faciliten a los profesionales la toma de decisiones cuando deban priorizar y racionar tratamientos (nivel macro).
- **Propietarios, participando en la gobernanza** de los dispositivos de provisión, actuando de contrapeso a sus propias demandas como pacientes (nivel meso).
- **Pacientes/usuarios del sistema**, participando en el **diseño de los procesos por los que transitan**, estableciendo de qué manera pueden ejercer su autonomía y participación en la toma de decisiones que afecten a su salud (nivel micro).

Un ejemplo a nivel macro es la priorización de programas de prevención. Las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) realizan las evaluaciones de técnicas, tecnologías y procedimientos, y no se limitan a la evaluación para la incorporación o desinversión de prestaciones de la cartera de servicios, sino que incorporan el desarrollo, la difusión y la implementación de guías de práctica y otras estrategias, para reducir el uso inadecuado y las variaciones en la práctica médica. De alguna forma, estas funciones obligan a la actual RedETS a desarrollar un importante componente de investigación en servicios de salud, estudios de utilización, adecuación y farmacoepidemiología. Quizá donde hay una experiencia limitada es en el análisis y la edición de programas preventivos. Al respecto, la participación de los ciudadanos en estos procesos de evaluación facilitarían que estos solicitaran y promovieran estudios sobre tales programas.

Existe diferente literatura sobre la importancia de la involucración de los pacientes en la evaluación de tecnologías sanitarias y nuevos fármacos. *Patient Involvement in Health Technology Assessment*³¹ describe cómo la incorporación de la opinión del paciente mejora la calidad, la relevancia y el valor de las nuevas tecnologías introducidas. Este trabajo es el resultado de la colaboración de más de 80 profesionales sanitarios de diversas especialidades y países, y ofrece una metodología sobre cómo obtener evidencia centrada en el paciente, ejemplos de implementación europea y estrategias para lograr la incorporación de este.

En España, existe un estudio³² realizado conjuntamente por el Ministerio de Sanidad y la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) que concluye que incorporar la experiencia y la opinión de pacientes, cuidadores y representantes de asociaciones en la evaluación de tecnologías sanitarias es importante dado que son ellos los actores directamente afectados por las recomendaciones de la evaluación.

³¹ Facey, K. M., Ploug Hansen, H. y Single, A. N. V. (eds.) (2019). *Patient Involvement in Health Technology Assessment*. ADIS.
³² Rodríguez-Garavano, M. G. y Espallargues-Carreras, M. (2014). *Incorporación de pacientes, cuidadores y población en general en la evaluación de tecnologías sanitarias (ETS): experiencias de agencias y unidades de ETS en España*. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut.

El sistema de salud debe responder mejor a las necesidades y los deseos de las personas; todos aquellos que, personalmente o con sus familiares, utilizarán sus servicios en algún momento de sus vidas. Necesitamos asegurarnos de que las voces del público, los pacientes y los cuidadores están en el centro de los servicios de salud, desde la planificación hasta la provisión.

En cada uno de los niveles anteriormente citados, la participación de los ciudadanos debería articularse a través de las asociaciones de pacientes, definiéndose los requerimientos necesarios de representación a cada nivel: agrupación de asociaciones para participar en la definición de políticas u órganos de gobierno, mientras que, para participar en la redefinición de procesos clínicos o en equipos de mejora dentro de cada servicio en los diferentes dispositivos de provisión, deberían considerarse paneles de pacientes utilizando técnicas de consulta y participación propias de la experiencia del paciente.

Son muchos los países de nuestro entorno que han regulado la participación de estas entidades (asociaciones, federaciones, fundaciones...) en el sistema de salud³³. En Holanda, la Patiëntenfederatie Nederland es la federación de pacientes que agrupa a 170 organizaciones de pacientes y consumidores, y tiene como misión otorgarles voz en todos los ámbitos, desde la consulta médica hasta las políticas o las aseguradoras de salud. Un caso similar es el de Francia, donde las asociaciones están reconocidas legalmente y se definen unos criterios para potenciar su participación. La UNAASS (Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé)³⁴ es la entidad involucrada, principalmente, en la comunicación con la Administración. El Reino Unido, por su parte, cuenta con diferentes organizaciones y programas para asegurar la participación ciudadanos en la mejora del sistema de salud; El National Voices³⁵ es una organización supranacional que agrupa a 140 asociaciones que trabajan para promover la atención centrada en la persona, y The Patients Association³⁶ trabaja para escuchar y empoderar al paciente, y promover cambios para la mejora del sistema sanitario. Por su parte, el programa Get Involved³⁷ del NHS ofrece a los ciudadanos —no solo a los pacientes— diferentes instrumentos de participación en los servicios sanitarios y sociales, especialmente en el ámbito local, para asegurar que la opinión de los ciudadanos se tenga en cuenta.

En España, a nivel de centro, es interesante la experiencia del proyecto KIDS Barcelona³⁸, que forma parte del proyecto mundial Kids and Families Impacting Disease Through Science (KIDS). El Hospital Materno-infantil Sant Joan de Déu impulsó la creación de un consejo científico integrado por niños y adolescentes, con el objetivo de involucrarlos y hacerlos partícipes de los proyectos de investigación e innovación que se llevan a cabo en el centro, para que den su opinión sobre ellos y propongan ideas de mejora.

³³ Nephila Health Partnership y Plataforma de Organizaciones de Pacientes (ed.) (marzo del 2018). *Análisis de situación, impacto social y retos de las organizaciones de pacientes en España*.

³⁴ Ministère des Solidarités et de la Santé (10 de mayo del 2017). UNAASS (Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé). <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/article/unaass-union-nationale-des-associations-agreees-d-usagers-du-systeme-de-sante>

³⁵ National Voices (s. f.). *National Voices | Person Centred Care*. <https://www.nationalvoices.org.uk/>

³⁶ The Patients Association (s. f.). *Listening to Patients, Speaking Up for Change*. <https://www.patients-association.org.uk/> (Fecha de consulta: 16/12/2020).

³⁷ National Health System (26 de marzo del 2018). *Get Involved in the NHS*.

<https://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/getinvolved.aspx> (Fecha de consulta: 16/12/2020).

³⁸ Orden Hospitalaria San Juan de Dios (septiembre-octubre del 2015). KIDS Barcelona. Un proyecto que da voz a los niños y a sus familias. *IN*, 245. <https://www.ohsjd.es/reportaje/kids-barcelona-proyecto-da-voz-ninos-sus-familias-dentro-medicina>

Mayor corresponsabilidad del paciente en la gestión de su salud

- **Potenciar la educación en salud con énfasis en el colectivo escolar y grupos de riesgo.**
- **Configurar una historia clínica única propiedad del paciente en sus interacciones con proveedores públicos y privados.**
- **Poner la información relevante (clínica, PROM...) a disposición de los pacientes para facilitar la toma de decisiones (centro, médico, tratamiento).**

Mantener un estilo de vida saludable (*wellness*) es una tendencia global de la que España no es ajena. El *wellness* es entendido como un estilo de vida para mantener un equilibrio físico, mental y emocional, fomentando buenos hábitos de salud (ejercicio, nutrición saludable...) y que persigue incrementar la esperanza de vida saludable.

El paciente está cada vez más informado y desea participar, también cada vez, más en las decisiones que afectan a su salud, incluyendo las clínicas cuando llega el momento, dejando de ser un mero sujeto pasivo para pasar a tener un rol más activo. Conseguir la corresponsabilización de los ciudadanos con su salud (y no solo con su enfermedad cuando se conviertan en pacientes) debe ser un objetivo de la Administración, puesto que tiene un impacto directo en su estado de salud y en el coste sanitario asociado. Para conseguir la corresponsabilidad de los ciudadanos/pacientes, es necesario proporcionarles formación e información en las diferentes etapas de su ciclo vital, a fin de dotarles de criterio para tomar las decisiones más adecuadas a su situación.

Un ejemplo para promover la corresponsabilización de los pacientes en la gestión de su enfermedad es el Programa Paciente Experto de Catalunya³⁹. Con la asistencia de profesionales sanitarios, se establecen grupos de pacientes para una enfermedad o condición similar que recibirán consejos y anécdotas propias por parte de un "paciente experto". Se entiende por *paciente experto* aquella persona afectada por una enfermedad crónica que es capaz de responsabilizarse de la propia enfermedad y autocuidarse. El programa tiene como finalidad mejorar la comprensión de la enfermedad crónica por parte de los pacientes, mediante la transferencia y el intercambio de conocimientos del paciente experto con el resto de pacientes, promoviendo cambios de hábitos que mejoran su calidad de vida y la convivencia con la enfermedad como una parte más del proceso asistencial.

En los últimos años, hemos sido testigos de cómo la transformación digital ha incidido en nuestro mundo, y pocos aspectos de nuestras vidas han permanecido inalterados. Por ello resulta sorprendente que la atención médica se haya ido quedando atrás. El doctor Eric Topol⁴⁰ sugiere varias razones para ello, la más importante de ellas es que, durante más de dos milenios, los médicos han estado al mando, han tenido el control sobre los pacientes, han sido los transmisores de conocimiento, y perder ese control puede ser muy amenazante. Con la transformación digital, se produce una democratización, el poder se transfiere más a los pacientes, ya que podrán acceder a sus datos y tomar decisiones de salud con el apoyo de tecnologías que pueden no implicar necesariamente a los médicos, tal como se hace ahora.

³⁹ González Mestre, A. (abril del 2013). *Programa Paciente Experto Catalunya®: una estrategia para potenciar la autorresponsabilidad del paciente y el fomento del autocuidado*. Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat de Catalunya - Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. <https://www.astursalud.es/documents/31867/36150/PROGRAMA+PACIENTE+EXPERTO+CATALUNYA+CAST+DEF+abril+2013.pdf/05dbc6fe-bd1d-9824-a954-6ae6a950e153>

⁴⁰ KMPG (s. f.). *Digitization, democratization and the future of healthcare. An Interview with Dr. Eric Topol*. <https://home.kpmg/xx/en/home/insights/2019/04/a-patient-driven-revolution.html> (Fecha de consulta: 11/12/2020).

La mejor manera de mantener sanos a los ciudadanos es evitar que enfermen y, al respecto, tal como ya hemos comentado, los hábitos saludables y la gestión de los factores de riesgo determinan en un alto grado la salud en etapas posteriores de su vida. Los factores de riesgo individuales —tabaco, escasa actividad física y dieta inadecuada— son los grandes responsables de la mayor parte de la carga de enfermedad no transmisible. En un estudio del 2017 (González López Valcárcel *et al.*), se estima que el coste social de la enfermedad (crónica) potencialmente prevenible supone un 3,15% del PIB. El 62% de esta cifra es prevenible con cambios en los factores de riesgo conductuales, básicamente, el sedentarismo (5.153 millones de euros) y la dieta (10.483 millones de euros)⁴¹. Por tanto, es necesario **priorizar programas de prevención, tanto en edades tempranas como en colectivos de riesgo.**

Al respecto, **mejorar la formación en centros escolares y, sobre todo, en la etapa de primaria,** a fin de concienciar sobre los hábitos de conducta saludables y las consecuencias de sus acciones, debería integrarse dentro de las políticas de prevención existentes. La presencia de profesionales sanitarios en los centros educativos favorecería, sin duda, el desarrollo de una importante labor de prevención, formación y fomento de hábitos de vida saludables, de cara a mejorar la salud de la ciudadanía del futuro y gestionar mejor el problema de la obesidad infantil, la práctica de ejercicio... Se trata de una medida impulsada por la Plataforma Estatal de Enfermera Escolar que defiende un modelo de consenso entre Sanidad y Educación, poniendo cada centro educativo bajo la tutela del equipo de Atención Primaria al que esté adscrito aquel. Sin embargo, ante la escasez de titulados de Enfermería, hemos de considerar al respecto el impacto que puede tener **el marketing social para reforzar comportamientos.**

Más allá del “impuesto sobre el pecado” (tabaco, alcohol, alimentos poco saludables...) y las prohibiciones (publicidad a determinadas horas, fumar en espacios públicos, etc.), hoy en día la tecnología y el marketing programático ponen a nuestro alcance herramientas para llegar a colectivos específicos de riesgo a partir de la adolescencia. El marketing social ofrece formas de llegar a muchos de estos colectivos a través de las redes sociales que el sistema de salud debe ser capaz de utilizar para inspirar comportamientos de responsabilidad individual sobre la protección de la salud, así como para evitar el uso innecesario de servicios sanitarios.

En Sudáfrica y Nueva Zelanda, los ciudadanos miembros del programa Vitality, perteneciente a la aseguradora Discovery Health, la mayor del país africano, pueden acumular millas (de manera similar a los viajeros frecuentes de compañías aéreas) cuando realizan actividades saludables como dejar de fumar, hacer ejercicio físico, perder peso, comprar comida saludable o someterse a los chequeos sugeridos cada año. Las millas les permiten volar en diversas compañías aéreas, obtener descuentos en combustible o artículos de cuidado personal, o adquirir entradas para cines y teatros. Sin duda, resulta interesante pensar en cómo incorporar refuerzos positivos al mantenimiento de la salud, en lugar de penalizaciones por no hacerlo.

Una vez que el ciudadano deviene paciente, un mayor conocimiento de su enfermedad, sus consecuencias y alternativas, así como de los medios a su alcance, ayuda a que se pueda involucrar más activamente y se corresponsabilice en la gestión de su dolencia, incrementándose así la adherencia al tratamiento y a unos hábitos de vida más saludables.

Al respecto, una forma relevante de corresponsabilizar al **paciente** de su enfermedad es que sea el **“dueño” de su historia clínica.** Esto significa que tenga acceso a ella cuando lo desee y lo necesite, con independencia de su ubicación geográfica, así como la posibilidad de compartirla con el profesional sanitario que considere oportuno, tanto del ámbito público como del privado.

⁴¹ Col·legi de Economistes de Catalunya (junio del 2020). *Revista Econòmica de Catalunya*, 81.

En la actualidad, la mayoría de los servicios de salud de las comunidades autónomas permiten el acceso de sus ciudadanos a su historia electrónica de salud (HES), facilitando el acceso a informes clínicos, medicación, resultados de pruebas y analíticas, solicitud de consultas... Según el *Índice SEIS 2019*, publicado en marzo del 2020, el 94,12% de la población protegida puede acceder a ella a través de Internet, y un 58,8%, mediante una *app* para dispositivos móviles. Sin embargo, solo un 17,6% de la población (en tres comunidades autónomas) tiene la posibilidad de incorporar datos a su HES a través de Internet.

La interoperabilidad dentro del SNS está asegurada con la historia clínica digital (HCD), que permite que los pacientes puedan ser atendidos en cualquier centro del SNS y los profesionales sanitarios tengan acceso a una selección de sus informes clínicos relevantes. A finales del 2018, la HCD cubría al 93,2% de la población con tarjeta sanitaria individual activa. Sin embargo, esta interoperabilidad no existe con los centros sanitarios privados, a pesar de que un 20% de los ciudadanos tienen doble aseguramiento, público y privado. Sin duda, este sistema facilitaría a los profesionales sanitarios un seguimiento global de los pacientes, disminuyendo errores derivados de información inadecuada, y evitaría la realización de pruebas por duplicado. Cabe señalar, no obstante, que en algunos centros privados que prestan servicios a la sanidad pública sí existe cierta interoperabilidad, como es el caso de los pertenecientes al Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya (SISCAT).

El paciente debe tener la capacidad de **elección de profesional médico y centro**, si bien es cierto que, con la implantación de las OSI, que proponemos en el apartado de atención integrada, a fin de mejorar el continuo asistencial, dicha elección debería limitarse a la elección de OSI dentro de su área y al especialista en los centros terciarios. Por otro lado, en aquellas comunidades autónomas donde existe formalmente la capacidad de elección de médico, el paciente no dispone de la información para poder sustentar dicha elección. No obstante, en el País Vasco, a pesar de tener capacidad de elección de especialista dentro de su comunidad autónoma, únicamente un 5% de los pacientes eligen uno diferente del que tienen asignado inicialmente.

Así pues, para que los pacientes puedan tomar **decisiones relativas a cómo gestionar su enfermedad**, así como de elección de médico/centro dentro del marco establecido, es necesario poner a su alcance la información relevante para su condición y, además, hacerlo de forma que sea comprensible para ellos, tal como queda recogido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y la odontoestomatología. Sin embargo, no es suficiente con informar solo de los resultados clínicos: es preciso también **proporcionar información sobre la experiencia reportada por el paciente** (*patient-reported experience measures*, PREM) **y de los resultados reportados por el paciente** (*patient-reported outcome measures*, PROM). Cuando hablamos del paciente en el centro del sistema, **debemos medir la asistencia como la suma de la efectividad del tratamiento clínico más su experiencia a lo largo del proceso.**

El problema con los indicadores de experiencia de paciente es que son particulares de cada patología. El International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) está trabajando en la definición de estos indicadores y ya existe un consenso internacional para una serie de patologías (diabetes tipo 1 y tipo 2 en adultos, enfermedad inflamatoria intestinal, etc.)⁴². Es para estas patologías donde podemos iniciar la puesta a disposición

⁴² International Consortium for Health Outcomes Measurement (s. f.). *Standard Sets*. <https://www.ICHOM.org/standard-sets/> (Fecha de consulta: 16/12/2020).

de los pacientes de la información, con la amplia visión comentada. En este punto, resulta interesante también citar el proyecto Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) de la OCDE, iniciativa en la que varios países trabajan conjuntamente en el desarrollo, estandarización e implementación de una serie de indicadores, para medir los resultados y experiencias más relevantes de pacientes con enfermedades crónicas tratados en Atención Primaria⁴³.

Estas iniciativas requieren, para cada patología, de la definición y estandarización de los indicadores de calidad (PRO), poner a disposición de los pacientes las herramientas de reporte en su día a día (PROM) y la consolidación de toda esta información reportada para ponerla a disposición de los pacientes y profesionales sanitarios, en función del tratamiento y el centro de provisión.

En el caso de España, un ejemplo a considerar es el proyecto IQCARO⁴⁴, centrado en la enfermedad inflamatoria intestinal, que ha involucrado a asociaciones científicas, de profesionales y la Confederación de Asociaciones de enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa (ACCU) de España para la definición de un decálogo de indicadores de “Calidad de la Atención” desde el punto de vista del paciente. Tras la aceptación del decálogo, el Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU) puso en marcha el Programa de Certificación de las Unidades de Atención Integral a pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (CUE), con el objetivo de reconocer aquellas unidades que aseguran la mejor prestación asistencial a los pacientes con esta dolencia.

La confederación ACCU España trabaja, junto con las asociaciones de Italia, Suecia y Canadá, para poner a disposición de los pacientes de Crohn y colitis ulcerosa una herramienta para el reporte de PROM, que ofrezca información tanto a médicos como a pacientes para la gestión de su enfermedad. Asimismo, están surgiendo diferentes alternativas para el reporte de PROM. Una de ellas es H2O (Health Outcomes Observatory), desarrollada con fondos IMI y liderada por la EFPIA. Su objetivo es crear “observatorios de resultados de salud” que proporcionarán a los pacientes herramientas digitales, incluyendo *apps*, para informar de sus resultados de salud de forma estandarizada. La información ayudará a médicos y pacientes a tomar mejores decisiones sobre su atención personalizada. Sus datos serán anonimizados y agregados, para que pacientes y médicos puedan comparar su progreso con el de otros pacientes con problemas de salud similares y utilizarse de base para la investigación sobre nuevos tratamientos, innovadores y basados en evidencias. La creación de dichos observatorios se centra en cuatro países (Alemania, España, los Países Bajos y Austria), con la idea de que cubran tres áreas de enfermedad: diabetes, enfermedad inflamatoria intestinal y cáncer.

Tal como podemos apreciar, la existencia de diferentes herramientas supone un nuevo reto para poner esta información a disposición de los pacientes. Ello requerirá un acuerdo entre los distintos agentes del SNS, a fin de **crear un repositorio nacional transparente y homogéneo con la información de los diferentes proveedores asistenciales públicos y privados**. Esta es la mejor manera de poner a disposición de los ciudadanos información suficientemente representativa para que puedan tomar sus decisiones. A su vez, este repositorio por patología permitiría la comparación, tanto clínica como cualitativa, entre los diferentes tratamientos y proveedores sanitarios, **favoreciendo una dinámica de mejora continua**.

⁴³ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (s. f.). *Patient-reported Indicator Surveys (PaRIS)*. <https://www.oecd.org/health/paris/> (Fecha de consulta: 16/12/2020).

⁴⁴ Calvet, X., Saldaña, R., Carpio, D., Mínguez, M., Vera, I., Juliá, B., Marín, L. y Casellas, F. (2019). Improving Quality of Care in Inflammatory Bowel Disease Through Patients' Eyes: IQCARO Project. *Inflammatory Bowel Diseases*, 26(5), 782–791. <https://doi.org/10.1093/ibd/izz126>

En Estados Unidos existen varias instituciones que ofrecen *rankings* de hospitales (US News, Leapfrog Group, Healthgrades y Consumer Reports), aunque gozan de poca consistencia. El valor que podrían ofrecer estos *rankings* se pierde por la complejidad y la opacidad de los sistemas que se utilizan y, al final, generan más confusión que ayuda⁴⁵. *Le Point Santé*, en Francia, publica también anualmente un palmarés de hospitales y clínicas, revisando 1.400 establecimientos de salud⁴⁶. En Suecia, la Health Consumer Powerhouse (HCP) realiza comparaciones del desempeño de los sistemas de atención médica como una herramienta para mejorar los resultados y respaldar el empoderamiento de los pacientes y médicos en varios países. Desde el 2004, HCP ha publicado más de 50 ediciones del *Euro Health Consumer Index (EHCI)* en varias áreas de salud, como la atención cardiaca, la diabetes, el VIH, la hepatitis, el cáncer de páncreas y la atención renal. Por su parte, HospitalAdvisor, una web creada en el 2016, utiliza valoraciones de pacientes, al estilo de TripAdvisor, para ofrecer un listado de los mejores centros de Hong Kong, ha contado con la colaboración del Harvard Global Health Institute y la escuela de salud pública de la Hong Kong University⁴⁷. Sin embargo, el número de pacientes a nivel de especialidad sigue siendo muy bajo para tener validez estadística.

Frente a la necesidad de crear un sistema de comparación de resultados (clínicos más PROM y PREM) por patología entre centros, para orientar a los pacientes, existe la posibilidad de hacerlo desde organismos reguladores del sistema o dejar que lo aborden asociaciones de pacientes u otros grupos (como Statista/Newsweek, TripAdvisor, otros medios de comunicación, etc.). En cualquier caso, debe ser una herramienta generada con transparencia, objetividad y aceptada por toda la comunidad sanitaria.

Otro tema importante para un número creciente de pacientes, adicional al de la “calidad de vida”, es la “calidad de muerte” y su capacidad de decisión sobre su tránsito. Libros como *When Breath Becomes Air*⁴⁸ o *Being Mortal: Medicine and What Matters in the End*⁴⁹ han tenido un gran impacto en la concienciación de parte de la población sobre esta cuestión, habitualmente tan escondida y difícil de tratar. No se trata en absoluto de la eutanasia, sino de entender las preferencias de los pacientes en este tránsito obligado de su vida y cómo los profesionales de la salud pueden mejorar el proceso. *The Economist*⁵⁰ publicó un número dedicado a este tema con la portada “How life ends? Death is inevitable, a bad death is not”. A su vez, la Economist Intelligence Unit publicó⁵¹, en el 2010 y el 2015 (y se espera una actualización quinquenal, si bien en el momento de elaborar este documento aún no se había publicado), un *ranking* de países según su calidad de muerte, que abrió importantes debates sobre la provisión de cuidados paliativos. Teniendo en cuenta cinco dimensiones (entorno sanitario y paliativo, recursos humanos, asequibilidad de la atención, calidad de atención y compromiso de la comunidad), España ocupa el puesto 23 entre 80 países.

⁴⁵ Rothberg, M. B, Morsi, Benjamin, E. M., Pekow, P. S. y Lindenauer, P. K. (2008). Choosing the Best Hospital: The Limitations of Public Quality Reporting. *Health Affairs*, 27(6). <https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.27.6.1680> (Fecha de consulta: 8/10/2020).

⁴⁶ Malye, F. y Vincent, J. (28 de octubre del 2020). Découvrez Notre Palmarès des Hôpitaux et Cliniques 2020. *Le Point*. https://www.lepoint.fr/sante/exclusif-decouvrez-notre-palmares-des-hopitaux-et-cliniques-2020--28-10-2020-2398532_40.php

⁴⁷ Wang, J. (18 de mayo del 2016). ‘TripAdvisor for Hospitals’ Uses Patient Reviews to Rank Hong Kong Health Care Outcomes. *South China Morning Post*. <https://www.scmp.com/lifestyle/health-beauty/article/1946654/tripadvisor-hospitals-uses-patient-reviews-rank-hong-kong>

⁴⁸ Kañanithi, P (2016). *When Breath Becomes Air*. Random House.

⁴⁹ Gawande, A. (2014). *Being Mortal: Medicine and What Matters in the End*. Metropolitan Books.

⁵⁰ The Economist (29 de abril del 2017).

⁵¹ The Economist Intelligence Unit (7 de octubre del 2015). *The 2015 Quality of Death Index-Country Profiles: Ranking Palliative Care Across the World*. (Fecha de consulta: 15/11/2020).

2. Financiación

Las propuestas dentro de este ámbito se enfocan en mejorar el siguiente objetivo definido del sistema de salud, explicitado en el capítulo III:

- Sostenibilidad del sistema con especial énfasis en optimizar el uso de los recursos escasos para proporcionar la atención sanitaria más adecuada (objetivo 2).



Fuente: Elaboración propia.

Incrementar la aportación a la sanidad

- **Equiparar el gasto público en sanidad y dependencia a la media europea en porcentaje del PIB.**
- **Configurar un modelo de financiación de la sanidad menos dependiente del ciclo económico.**

El modelo español se sitúa entre los más eficientes del mundo, junto con Hong Kong y Singapur, en los *rankings* de Bloomberg. En el del 2019, se situó en la primera posición de entre las naciones más sanas. Tal como se ha puesto de manifiesto en el diagnóstico, este puesto lo consigue por tener un buen sistema, unos buenos profesionales, unos buenos determinantes de salud, etc., a lo que se une el mantenimiento de un bajo nivel salarial de los profesionales médicos y de enfermería, unos precios de farmacia bajos, una reposición tecnológica escasa, etc. Pero esta situación es difícilmente sostenible en el tiempo sin que se produzca una degradación del sistema actual con el correspondiente impacto en la salud de los ciudadanos.

El mecanismo vigente de financiación se lleva a cabo a través de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas, dejando al criterio de cada comunidad autónoma la cantidad de recursos que se destinan a la salud. Ello implica notables diferencias entre comunidades autónomas, no solo entre las del régimen foral y las del modelo común, sino también entre estas. Además, dicho mecanismo está vinculado a las posibilidades que permite el ciclo económico, lo que resulta en un modelo de baja elasticidad con tensiones presupuestarias fuertes en las ondas bajas de ciclo económico. Esto ha sucedido durante la larga crisis, aún no resuelta, del 2008 así como en las de los periodos 1982-1986 o 1992-1996.

El modelo de sanidad español suma:

- Las causas generales de tensiones sobre los costes de la mayoría de los países del mundo: envejecimiento, cronicidad, “medicina del deseo”, cambios en los patrones epidemiológicos y presión de los avances tecnológicos.
- La infrafinanciación, en comparación con otras economías desarrolladas y dependiente del ciclo económico.
- La promesa del todo para todos, el prácticamente coste cero a la hora de utilizar los servicios, lo que puede generar una demanda no necesariamente ajustada a las necesidades.
- La introducción de nuevas tecnologías sanitarias con un coste elevado.
- La provisión mayoritariamente pública, sujeta al derecho público, que dificulta la gestión.

El modelo se financia con los impuestos más un déficit sistémico, que se estima en unos 6.000 millones de euros⁵². A lo largo del periodo 2010-2015, el déficit ascendió a 25.614 millones de euros. Históricamente, cada año se ponía el contador de la deuda sanitaria a cero para resolver el problema de financiación. Sin embargo, esto ya no es posible una vez que el gasto público en sanidad se rige por el Tratado de Estabilidad, Coordinación y Gobernanza en la Unión Económica y Monetaria firmado en el 2012.

Somos conscientes de que la existencia de deuda no indica por sí misma una insuficiencia presupuestaria. Podría ser que la financiación fuera la adecuada, pero su uso deficiente, malgastando parte en actividades que no añadieran valor. Esto sería plausible dada la falta de un sistema de monitorización y de comparación de resultados y costes entre centros y comunidades autónomas. Sin embargo, una comparación con los países de nuestro entorno pone de manifiesto que la aportación pública a la sanidad está por debajo de la media en 140 puntos básicos (6,3% del PIB en España vs. 8,2% de los países con los que nos queremos comparar y 7,7% de media de la UE-28) (Tabla 1). Está claro que el Estado español debería incrementar su aportación a la sanidad pública de forma significativa. No obstante, la crisis producida por la COVID-19 y las necesidades económicas para mantener nuestra sociedad del bienestar hace que este incremento debamos plantearlo de forma progresiva en los próximos años. Entendemos que el Estado debería tener como objetivo **aumentar la aportación a la sanidad pública en, al menos, un 1% del PIB en los próximos años.**

Además, **deben definirse mecanismos para que la financiación del sistema sanitario no esté sujeta al ciclo económico**, a fin de evitar recortes en épocas de crisis como los que se realizaron en el 2010. En épocas de crisis, las necesidades de atención sanitaria no se reducen, sino todo lo contrario, siendo la crisis actual de la pandemia un caso extremo. Con el objetivo de suavizar las variaciones, sería conveniente establecer algún mecanismo que permitiera crear un fondo en momentos de crecimiento del ciclo económico, para utilizarlo en épocas de crisis, favoreciendo la estabilidad del gasto sanitario con independencia del ciclo, sin generar déficit.

Por otro lado, deberían **establecerse fondos finalistas complementarios para proyectos específicos** (financiación de movimiento entre comunidades autónomas de pacientes con patologías complejas en los Centros, Servicios y Unidades de Referencia [CSUR] del Sistema Nacional de Salud, digitalización, etc.).

⁵² Vigario, A. (23 de junio del 2018). La reforma del Gobierno amenaza con subir el déficit sanitario a 7.500 millones. *El Economista*. <https://www.eleconomista.es/empresas-finanzas/noticias/9227734/06/18/La-reforma-del-Gobierno-amenaza-con-subir-el-deficit-sanitario-a-7500-millones.html>

En lo que respecta a la financiación de la ley de dependencia, cuya participación real en el PIB es del 0,7%, hay flagrantes incumplimientos por parte, sobre todo, del Estado, en un sistema de financiación compartido con las comunidades autónomas. Dicha partida es notablemente insuficiente y está por debajo de la media de la OCDE, que es de un 1,7% del PIB. En agosto del 2020, estaban cobrando la prestación de dependencia 1.111.792 ciudadanos y 234.577⁵³ se encontraban en lista de espera para recibir las prestaciones a la que tienen derecho. Este sigue siendo un tema de especial preocupación a nivel nacional y autonómico. A corto plazo, deberíamos ser capaces de aplicar lo establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Por otra parte, el Tribunal de Cuentas, en su informe referente al uso del sistema sanitario por personas extranjeras publicado en el 2012, señala que hay un abuso deliberado del mismo y que deberían revisarse los mecanismos de facturación a los países de aplicación de los reglamentos comunitarios y convenios bilaterales. El SNS reconoce el acceso de extranjeros al sistema sanitario en caso de carecer de recursos, presentando una declaración jurada sobre los ingresos económicos. Pero ello está derivando en un incremento del pseudoturismo sanitario para tratamientos de alta complejidad en centros de referencia que no están cubiertos en sus países de origen. El impacto de la asistencia a “personas extranjeras sin recursos económicos suficientes”, cuya nacionalidad es de alguno de los países del ámbito de aplicación de los reglamentos comunitarios y convenios bilaterales, ascendería a más de 451 millones de euros anuales⁵³. A este fenómeno se une la asistencia llevada a cabo por parte del SNS a ciudadanos (turistas o residentes) de otros países con los que tenemos convenio y, a los cuales, el INSS acaba no facturando todos los servicios prestados. De este modo, se producen situaciones curiosas como que, siendo España uno de los primeros destinos turísticos de los alemanes, el número de facturas recibidas por nuestro país procedentes del germano por costes efectivos fue un 716% superior al número de las emitidas por España a este país.

Resulta imprescindible tomar consciencia de que la salud compite con otros pilares del sistema de bienestar del país (educación, trabajo-paro, pensiones, dependencia, seguridad, defensa...) y que no pueden aumentarse todos. Por ello, para incrementar los fondos dedicados a sanidad, será necesario redirigir los destinados actualmente a otras prestaciones o servicios públicos, o realizar una subida impositiva, o ambas cosas. Sin embargo, siendo indiscutible la necesidad de incrementar la aportación al sistema sanitario público, no es menos cierto que los requerimientos serán crecientes con el envejecimiento de la población y las tendencias existentes, poniendo en cuestión constantemente la sostenibilidad del sistema. A todo ello se suma la dificultad de incrementar dicha financiación en un entorno de crisis como el que previsiblemente se producirá tras la pandemia vigente. Por ello, **debemos plantearnos no solo el incremento de la financiación, sino también cómo hacer más con lo que tenemos.** Por todo ello, es preciso:

- Revisar de la cobertura pública del sistema.
- Incrementar la eficiencia de la asistencia.
- Gestionar la demanda de los ciudadanos.
- Potenciar la prevención como un elemento fundamental del sistema.

⁵³ Tribunal de Cuentas (2012). *Informe de fiscalización 937 de la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los reglamentos comunitarios y convenios internacionales de la seguridad social.*

Revisar el contrato social

- **Concienciar a los ciudadanos sobre la sostenibilidad del sistema sanitario.**
- **Revisar la cobertura de nuestro sistema sanitario con la participación de los ciudadanos.**
- **Financiar adecuadamente la introducción de nuevas coberturas.**

El modelo de Estado de bienestar español se configuró a partir del año 1982, con base en los modelos europeos, tratando de colocar a todos los ciudadanos en igualdad de condiciones al inicio de la carrera de la vida, proporcionándoles educación universal pública y gratuita, y protegiéndoles después ante los infortunios por la pérdida de la salud, el puesto de trabajo o la finalización de su vida laboral. En el 2006, se añadió la “cuarta pata” de la dependencia y, muy recientemente, se puso en marcha la renta mínima básica. La responsabilidad del bienestar recae básicamente en el Estado.

Hace años que discutimos de qué manera poder financiar todas estas prestaciones sabiendo que no será posible mantener una cobertura completa únicamente con financiación pública. No hay ningún sistema sanitario en el mundo que no se cuestione cómo se podrá pagar todo lo que la medicina es capaz de hacer para mejorar la salud de su población. Sin embargo, no ha habido en ninguno de los Gobiernos de nuestro país el realismo institucional suficiente para concienciar a los ciudadanos de este hecho.

En el caso de las pensiones, se ha hablado mucho de la sostenibilidad del modelo y se han llevado a cabo, al respecto, diferentes acciones: desindexación del IPC, actualización según el IPC, incentivación de planes de pensiones, retraso de la edad de jubilación, etc. Estamos pendientes de definir un modelo sostenible (algunos, en este sentido, abogan por la conocida como *mochila austriaca*⁵⁴), porque está claro que, con una pirámide poblacional invertida, los trabajadores en activo no serán capaces de soportar el modelo de pensiones actual.

Alguna solución similar deberá encontrarse en el caso de la cobertura de salud, desempleo, dependencia y renta mínima básica, pero **antes de llegar a limitar las prestaciones, el acceso a estas o a la incorporación de copagos, creemos que es necesario asegurar que estamos aprovechando al máximo los recursos existentes.** Este es uno de los elementos transversales de toda nuestra propuesta.

Resulta preciso llevar a cabo una **evaluación permanente de la cartera de prestaciones cubierta por la sanidad pública para dejar fuera lo que no sea coste-efectivo.** En este sentido, una parte importante del coste del sistema se produce cuando nos acercamos al final de la vida. Un ejemplo son las terapias de alto coste destinadas a alargar la vida del paciente durante un corto plazo de tiempo que, actualmente, se deja a criterio de los profesionales sanitarios.

Para racionalizar la cartera (incluir nuevos tratamientos según se produzcan nuevas aprobaciones y eliminar aquellos que no aporten suficiente valor) **es necesario realizar un análisis continuo de la misma por parte de la RedETS que incluya la participación de los ciudadanos.** En el apartado “Reforzar la gobernanza del Sistema Nacional de Salud” de este documento nos adentramos un poco más en la forma que debe tomar esta agencia, siguiendo el modelo de NICE en el Reino Unido, para transformarlo en un HispaNICE⁵⁵. Esta involucración

⁵⁴ Se trata de una cuenta de ahorro individual configurada con aportaciones del empresario a nombre del trabajador, que acompaña al empleado a lo largo de toda su vida laboral y puede ser rescatada en caso de despido o en el momento de la jubilación.

⁵⁵ Diariefarma (diciembre del 2020). Por un Hispa-Nice: ahora o nunca. *Diariefarma*. <http://www.diariefarma.com/docs/ManifiestoHispaNice.pdf>

de los ciudadanos puede realizarse a través de federaciones o asociaciones de pacientes, lo cual requiere dotar de más visibilidad al coste sanitario y gestionar un cambio cultural para poder aceptar la revisión de los servicios en cartera. Al mismo tiempo, añadir a la cartera nuevas coberturas debe seguir llevando asociado un incremento de financiación para el sistema, para poder hacer frente a los gastos derivados de las nuevas prestaciones.

Más allá de la revisión de la cobertura y el acceso, es imprescindible **concienciar a los ciudadanos de que la sanidad tiene un coste**. El modelo español no es transparente y debe darse visibilidad al coste sanitario. Algunas comunidades autónomas pusieron en marcha, para casos de hospitalización, facturas informativas en las cuales se les indicaba a los pacientes el coste de los servicios sanitarios que acababan de recibir. Sin embargo, su éxito ha sido discutible y hay quien apunta incluso que, en determinados casos, han inducido incluso a un incremento del gasto (bajo el pensamiento “más caro el tratamiento, mejor me tratar”). Otra forma de sensibilizar a los ciudadanos podría ser disponer de un informe periódico que diera visibilidad al coste evitable (exceso de visitas, duplicidad de pruebas, visitas a urgencias no necesarias...) expresado en acciones que podríamos llevar a cabo para mejorar la atención (nuevos equipamientos, nuevos tratamientos, reducción de lista espera, etc.).

En otros sistemas de salud, se incluiría en este apartado la elección de aseguradora. Esta opción es posible en España para aquellos ciudadanos que deseen un seguro de salud privado, además de su cobertura mediante el SNS o para algunos colectivos (funcionarios, jueces y militares) que pueden elegir un seguro privado en vez de la cobertura pública. Sin embargo, no creemos que este sea un punto esencial en los cambios a proponer en nuestro sistema de salud y, por tanto, obviamos entrar en mayor detalle en él.

3. Aseguradores-pagadores

Las propuestas dentro de este ámbito se enfocan en mejorar el siguiente objetivo definido del sistema de salud, explicitado en el capítulo III:

- Sostenibilidad del sistema con especial énfasis en optimizar el uso de los recursos escasos para proporcionar la atención sanitaria más adecuada (objetivo 2).



Fuente: Elaboración propia.

Separar entre pagador público y proveedor (público o privado)

- **Segregar de forma efectiva las funciones de compra y provisión en la sanidad pública.**

El Reino Unido es el precursor de este tipo de modelo (conocido como *purchase-provider split*, PPS). Se refiere a la creación de un mercado interno dentro del propio NHS en los años noventa, cuando este se dividió entre organizaciones que proporcionaban servicios (como los hospitales) y aquellas que les compraban servicios. De esta forma, por primera vez, los hospitales del NHS (y otros proveedores) tenían que generar sus propios ingresos y competir entre ellos para conseguirlos. Lo que se buscaba con la separación de la entidad que cubre la compra de servicios y las que se encargan de proveer dichos servicios era la generación de un diálogo o competencia entre instituciones de provisión (que podían ser públicas, sin ánimo de lucro, consorcios o privadas) y el comprador para definir los contratos.

En teoría, esta competencia insta a los proveedores a conseguir mejores resultados con la financiación establecida por el comprador, reduciendo los costes y brindando mejores servicios para los pacientes. Por consiguiente, se obtenía mejores resultados por euro gastado y se controlaba el poder dominante, en general, de los proveedores. Evidentemente, los resultados son más plausibles cuando existen diversos proveedores en un área. Sin embargo, tanto en el Reino Unido como en bastantes autonomías de España, la provisión está limitada, en muchas ocasiones, a un único proveedor (el servicio de salud de la comunidad), y ha habido bastantes casos de fusiones o cierres de instituciones de provisión donde había cierta competencia. Aun así, el ejercicio de separar compra y provisión, abriendo la puerta a la negociación de contratos y la necesidad de rendir cuentas por parte del proveedor frente al comprador y de este frente a la ciudadanía potencia, sin duda, la capacidad de mejora de la eficiencia en la provisión. La competencia tiene sentido solo en grandes ciudades, pero la rendición de cuentas y el *benchmark* de costes y resultados es necesario incluso donde no sea posible o deseable la competencia.

En España, sobre el papel, en cada autonomía las consejerías de salud reciben los fondos y se encargan de la compra, contratando su servicio autonómico de salud, que negocia contratos anuales con sus centros, pero, en muchos casos, las opciones son únicas o muy limitadas.

Un caso especial es el sistema sanitario catalán, que se constituyó ya originalmente con los traspasos de competencias de los años 80 como una estructura mixta entre el sector público y el privado (mutualidades, hospitales creados por fundaciones, entidades religiosas, ayuntamientos, etc.). Así, el CatSalut (Servei Català de la Salut) se encarga de planificar, financiar, comprar y evaluar los servicios sanitarios, mientras que el Institut Català de la Salut (ICS), que agrupa los hospitales pertenecientes al antiguo Insalud y sus centros de Atención Primaria, y el SISCAT que incluye hospitales de titularidad diversa, se encargan de la provisión. En el plano normativo, la Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria regula, desde 1990, una separación entre las funciones de compra y provisión de servicios sanitarios.

Con la reforma de 1995, también se rompió con el monopolio de la Atención Primaria por parte del ICS, multiplicándose el número de agentes u organismos dedicados a la gestión de la Atención Primaria. En particular, es interesante destacar la creación de las entidades de base asociativa (EBA), que son cooperativas de profesionales sanitarios, autogestionadas e integradas en el sistema de salud, que se encargan de prestar los servicios de Atención Primaria a su población de referencia. La primera se constituyó en Vic (Barcelona) en 1996. En estos momentos, hay 13 EBA asociadas en Aceba (Asociación Catalana de Entidades de Base Asociativa). Aun cuando hay referencias en otras comunidades autónomas, donde se ha experimentado con formas similares de gestión, no parece que hayan cuajado al nivel que existe en Cataluña en la actualidad. Entendemos que este modelo, aparte de mostrar resultados positivos en cuanto a costes y satisfacción de pacientes⁵⁶, potencia a su vez la separación entre compra y provisión, así como la vertiente de profesional (vs. asalariado) de sus miembros, además de su compromiso tanto con los objetivos de calidad asistencial como con los de gestión.

En la gran mayoría de comunidades autónomas, los provisos privados (no públicos) juegan tan solo un papel subsidiario, por ejemplo, en la reducción de listas de espera cuando se disparan demasiado. En realidad, la práctica más común es la compra a los proveedores públicos, en un único contrato anual, que engloba atención a agudos, crónicos y preventivos, con base en la demografía de la población a atender. Evidentemente, estos contratos únicos, integrados, no facilitan la consecución de los objetivos que se planteaban en la separación de compra y provisión. Adicionalmente, tal como veremos en detalle más adelante, esto limita enormemente la evolución hacia la compra por valor.

En definitiva, la aseguradora, con este modelo, efectúa la compra de un volumen de actividad o capacidad a los dispositivos de provisión que considere más adecuados (públicos o privados) a un coste establecido. Estos serán responsables de dar un servicio con la calidad y en los términos que hayan sido contratados. **Este modelo promueve la colaboración público-privada y aprovecha mejor la capacidad existente en el sistema a nivel de provisión.** Se debe garantizar el cumplimiento de los compromisos con la aseguradora pública, la cual ha de definir las exigencias para la acreditación y la homologación de los dispositivos de provisión, así como unos criterios claros para mantener una lista de espera única y el establecimiento de costes de transferencia transparentes entre la parte pública y la privada. En este modelo, está claro que la lista de espera es responsabilidad de la aseguradora que contrata una determinada capacidad, en función de su presupuesto, a los dispositivos de provisión que considere más coste-eficientes.

⁵⁶ Ledesma, A. (2012). ¿Autogestión, o autonomía de gestión? Informe SEPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26(1).

4. Contratación y reembolso

Las propuestas dentro de este ámbito se enfocan en mejorar los siguientes objetivos definidos del sistema de salud, explicitados en el capítulo III:

- Salud de la población (objetivo 1).
- Sostenibilidad del sistema, con especial énfasis en mejorar los recursos para proporcionar la atención sanitaria más adecuada (objetivo 2).



Fuente: Elaboración propia.

Implantar prácticas de valor

- **Fomentar el pago por valor a los centros de provisión generando incentivos a la aportación de valor real para el paciente.**
- **Crear una agencia federal de evaluación de resultados sanitarios (agencia de calidad asistencial, incluida también en el apartado "Reforzar la gobernanza del SNS"), que fomente la transparencia de resultados (clínicos, PROM/PREM y costes) por patología entre centros, para facilitar la toma de decisiones por parte de los pacientes y fomentar la mejora en la provisión.**

Alrededor del mundo se han recogido ya muchas experiencias durante los últimos años para asegurar que se potencian las actividades que generan valor y se eliminan el resto. En ellas se pueden englobar:

- Los modelos de evaluación económica de tecnologías e innovaciones, que ayudan a priorizar las actuaciones sanitarias en función del valor que aportan con relación a su coste.
- Las aportaciones de Michael Porter y Elizabeth Teisberg a la definición de valor y las líneas estratégicas para su aplicación en salud.
- Los modelos de compra y reembolso de riesgo compartido con base en el valor que generan los bienes y servicios, etc.

En la actualidad, existe un debate abierto sobre lo que se debe considerar valor en un sistema de salud. Al respecto, Porter apuesta por una definición que relaciona los resultados (*outcomes*) que importan a los pacientes (en términos clínicos, pero también de calidad de vida y salud percibida) con los costes para producir esos resultados. El principal problema con la formulación de Porter es que se puede aumentar el valor manteniendo o reduciendo los resultados para el paciente si se hace con una disminución más importante de los costes. Aun cuando siempre se comenta que el objetivo es el valor, y no la reducción de costes, la fórmula no lo refleja así.

Otros consideran esta definición limitante. El Panel de Expertos sobre Formas Efectivas de Invertir en Salud (EXPH, en sus siglas en inglés) de la Comisión Europea⁵⁷ propone una definición que incorpora los principios humanistas de los sistemas de salud en Europa y contempla cuatro pilares: (1) valor personal: atención apropiada para cubrir las necesidades personales de los pacientes; (2) valor técnico: consecución de los mejores resultados posibles con los recursos disponibles; (3) valor de asignación: distribución de recursos equitativa entre todos los grupos de pacientes; y (4) valor social: contribución de la atención en salud en la participación y la conectividad social. Esta definición, más amplia, no dispone aún de instrumentos de medida establecidos, pero parece una línea de trabajo interesante y más comprensiva.

Si superamos este problema interpretativo de la fórmula de valor, las **dificultades** que todavía existen son las siguientes:

- Los valores para el paciente están muy ligados a su condición clínica, es decir, no son los mismos para uno que padece diabetes que para otro con insuficiencia renal. Por tanto, será difícil definir un concepto de *valor* general y deberemos hacerlo por patología o condición clínica.
- Nuestro sistema no dispone, en general, de mecanismos para la medición de los resultados para el paciente (salvo la mortalidad), ya que se ha centrado en la medición de intervenciones y de parámetros clínicos.
- La mayoría de los centros dispone de sistemas de medición de costes limitados, ya que la mayoría utiliza costes estándares y no reales, capaces de integrar en una sola cifra el coste de una condición o episodio que puede haber resultado en diversas intervenciones separadas en el tiempo, por ejemplo, un reingreso.

Es interesante señalar que, con frecuencia, se confunde la gestión por valor con el pago por resultados en salud, cuando en el concepto de *valor* se consideran tanto los resultados como los costes para producirlos. **Para estructurar un sistema de pago a los centros de provisión basado en valor, primero es preciso disponer de una definición ampliamente consensuada de cómo medimos no solo el valor clínico, sino también la experiencia del paciente, así como los costes incurridos.** En el apartado de este documento sobre el paciente, hemos puesto de relieve la importancia de los PROM y el papel del ICHOM en la definición de estos conjuntos de estándares por patología para su gestión y mejora, en la línea de mejorar el valor. En la actualidad, ya existe consenso en 39 patologías como diabetes tipo 1 y tipo 2

⁵⁷ Panel de Expertos sobre Formas Efectivas de Invertir en Salud (26 de junio del 2019). *Defining Value in "Value-Based Healthcare"*. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/expert_panel/docs/024_defining-value-vbhc_en.pdf (Fecha de consulta: 20/8/2020).

en adultos, enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer de mama, enfermedad crónica renal, etc. Debemos, por tanto, comenzar por estas patologías, donde ya existe un consenso internacional y extenderlo con base en grupos de trabajo que definan estándares para otras patologías prioritarias.

Tanto para poder definir los estándares a adoptar y la forma de medirlos como para mostrar de forma transparente y pública los resultados es necesario crear una agencia federal de evaluación de resultados a nivel nacional. La medición de resultados tiene que realizarse a nivel de patología y centro (o unidades de gestión clínica, o servicio, o proceso), pero ser transparente y pública a nivel nacional. La monitorización del valor aportado por patología permitirá identificar cuáles son los mejores centros y dónde existen oportunidades de mejora, tal como sucede habitualmente cuando se monitorizan los resultados. El pago por valor incentivará la mejora continua y la aportación de valor real para el ciudadano/paciente.

En la actualidad, la “recompensa” por aumentar la eficiencia de un centro en un año es una asignación inferior del presupuesto el siguiente año. Deberíamos incorporar una forma de compartir el valor generado creando incentivos para los centros (y sus servicios), con el fin de motivar su consecución. Esto se podría conseguir con contratos a medio plazo, de manera que parte del valor generado (o el ahorro conseguido) pudiera revertir en la mejora del centro o el servicio en los siguientes años.

Hoy en día, en muchas comunidades autónomas, la Administración lleva a cabo la contratación de los dispositivos de provisión con base en la actividad más un porcentaje, que puede llegar al 5%, ligado a resultados para centros especializados. En aquellas patologías donde es fácil definir un indicador de control de la evolución de la enfermedad, este modelo debe evolucionar hacia el pago por cápita o *bundle (forfait)* corregido por resultados (por ejemplo, en el caso de la diabetes y la hemoglobina glicosilada). La diferencia fundamental entre un sistema con base en el pago por acto vs. el pago por resultados es la organización con base en lo que realmente importa a los pacientes. Para potenciar la gestión por valor, los mecanismos de relación entre la función aseguradora y la provisión se estructuran sobre modelos para compartir el riesgo.

Un ejemplo a considerar es la gestión de los pacientes diabéticos en el Hospital Sant Joan de Déu en Barcelona. El hospital, normalmente, cobra por actividad (consulta, ingreso/alta, prueba complementaria, etc.). Hace unos años, se puso en marcha el control de pacientes diabéticos no presencial. Para ello, se implementó un portal web y se realizaban llamadas telefónicas por parte de personal de enfermería de ocho a diez de la tarde. De este modo, los niños estaban mejor controlados y ello se reflejaba en el indicador de hemoglobina glicosilada. Como consecuencia, se redujo tanto el número de ingresos como el de consultas y sesiones en el hospital de día, hasta el punto de acabar cerrando ese último. Se acordó entonces con el CatSalut cambiar a un modelo de pago por resultados o pago per cápita. Cuantos menos ingresos, mejor; cuantas menos consultas, mejor para el paciente. Las consultas y los ingresos son métricas intermedias; lo que realmente importa al paciente es el valor de la hemoglobina glicosilada. Así pues, **el reto del sistema sanitario es conseguir resultados relevantes para la población (PROM), no para al sistema.**

Durante la pandemia vigente se ha puesto de manifiesto la urgencia de disponer una agencia de carácter federal que fomente la transparencia, la definición de estándares y la consolidación de resultados a nivel nacional. En el apartado “Reforzar la gobernanza del Sistema Nacional de Salud”, proponemos la creación de una agencia de calidad asistencial independiente

que debería facilitar la comparación de resultados (clínicos, PROM/PREM y costes) por patología entre centros asistenciales y comunidades autónomas. Este punto entronca con la propuesta *patient centric* poniendo a su disposición la información necesaria por poder realizar la elección de médico y centro en función de sus expectativas y necesidades personales, pero, además de para los pacientes, también se enfoca en promover el desarrollo de mejores prácticas entre los profesionales, así como la identificación de aquellos tratamientos que no sean coste-efectivos por parte de las agencias de evaluación.

5. Proveedores

Las propuestas dentro de este ámbito se enfocan en mejorar los siguientes objetivos definidos del sistema de salud, explicitados en el capítulo III:

- Salud de la población (objetivo 1).
- Sostenibilidad del sistema con especial énfasis en mejorar los recursos para proporcionar la atención sanitaria más adecuada (objetivo 2).
- Satisfacción de los profesionales sanitarios (objetivo 4).
- Motor de crecimiento (objetivo 6).



Fuente: Elaboración propia.

Mejorar la gestión (para conseguir mejores resultados)

La gestión importa (nuevo marco jurídico)

- **Dotar de personalidad jurídica propia a las entidades públicas de provisión para que tengan una mayor capacidad de gestión.**
- **Separar la “propiedad” y la “gestión” en las instituciones públicas con órganos de gobierno independientes.**
- **Promover la participación de los profesionales en los distintos puestos de gestión.**
- **Dar prevalencia al régimen laboral o crear un régimen propio para el sistema sanitario público, con el fin de facilitar la gestión.**

El *Informe Abril Martorell*, ya mencionado al comienzo de este documento, incluía una serie de elementos de lo que se ha denominado *empresarialización* de la sanidad, proponiendo una mayor descentralización y la aplicación de instrumentos de gestión empresarial, que no deben confundirse en absoluto con la privatización de los servicios. En el informe se incidía en la necesidad de separación de competencias de financiación y compra, el desarrollo de organizaciones más empresariales —cuya eficiencia pueda ser analizada, con responsabilidad y rendición de cuentas— y el desarrollo de capacidades contractuales entre compradores y proveedores. Se concluía también la necesidad de cambio del régimen jurídico, por uno que facilitara estos cambios, ya que el carácter de servicio público está determinado por la función, el origen público de los recursos y la igualdad de los ciudadanos en el acceso, pero no por su forma jurídica.

Por su parte, el estudio *Does Management Matter in Health Care?*, de Nicholas Bloom (Stanford University), Raffaella Sadun (Harvard University) y John van Reenen (London School of Economics)⁵⁸, publicado en el 2014, recogió prácticas de gestión en operaciones, objetivos y dirección de personal en 2.000 hospitales de 9 países y demostró que estas prácticas de gestión estaban muy asociadas a mejores resultados clínicos, además de a mejores resultados financieros también, lo que indica que no tienen que estar contrapuestos.

El estudio concluyó que existen diferencias de niveles de gestión entre países (explican el 46% de la variación), pero también dentro de los propios países (el 54%). En la valoración de las prácticas de gestión se tuvieron en cuenta dos apartados principales: el de personal (evaluaciones sistemáticas, políticas de incentivos para premiar las capacidades y los esfuerzos, el reclutamiento de talento, las actuaciones frente a los que no contribuyen, etc.) y el de operaciones (flujos de pacientes, establecimiento y seguimiento de objetivos). Aun cuando España no está entre los países que fueron analizados, creemos que en nuestro caso también hay una gran capacidad de mejora, debido especialmente a las limitaciones impuestas por la gestión pública.

De hecho, en el estudio se analizan las diferencias entre hospitales gestionados públicamente y el resto, que obtienen mejor evaluación. Sin embargo, se detecta que la diferencia no se debe a la posible motivación del beneficio empresarial, ya que entre los no públicos no hay diferencias entre los que tienen o carecen de ánimo de lucro. Los autores concluyen que las diferencias se deben, fundamentalmente, a las interferencias políticas que hay en los hospitales gestionados públicamente, lo que les limita su capacidad de gestión efectiva. El estudio también demuestra que los hospitales expuestos a competencia se gestionan mejor que los que no lo están, así como que el nivel de gasto en salud del país no tiene un impacto significativo en la variación entre países, es decir, que se puede gestionar bien o mal, con mayor o menor financiación.

Los modelos de gestión han evolucionado mucho durante las últimas décadas. Resulta obvio que el entorno sanitario es donde la gestión puede ser más compleja, ya que coexisten objetivos que se consideran superiores, como el de hacer siempre lo mejor para el paciente, frente a la eficiencia económica. Sin embargo, como en realidad la disponibilidad de recursos será siempre limitada (presupuestos de farmacia, camas y número de profesionales), es imposible hacer “todo” lo mejor para todos los pacientes y, en la práctica, acabamos priorizando unas actuaciones sobre otras de forma espontánea e improvisada. Una buena gestión debe tener en cuenta todos los objetivos y actuar con los recursos existentes de forma consensuada para conseguir el máximo de objetivos, y ello exige actuaciones coordinadas, es decir, una buena gestión.

⁵⁸ Bloom, N., Sadun, R. y van Reenen, J. (2014). Does Management Matter in Healthcare? *Health Affairs*, 33(5-7). https://www.ihf-fih.org/resources/pdf/Does_Management_Matter_in_Healthcare.pdf

En España, un ejemplo de que “la gestión importa” podemos encontrarla en los hospitales de la Comunidad Valenciana en régimen de concesión administrativa. En el 2015, en la valoración realizada de los 24 hospitales analizados de dicha comunidad respecto del periodo 2009-2015, 5 de los 6 primeros puestos fueron ocupados por hospitales de concesión, según datos acumulados de la Conselleria de Sanitat (2014). El coste por paciente en el caso de las concesiones era de 824 euros, frente a los 1.333 euros en los departamentos de gestión directa⁵⁹. No obstante, citando a Meneu *et al.* (2020)⁶⁰ “la ausencia de una verdadera cultura evaluadora en la Administración española impide disponer de evidencia abundante y rigurosa sobre cómo han funcionado hasta el momento las diferentes fórmulas de gestión sanitaria”, y estos estudios han sido frecuentemente cuestionados. Entendemos, y existen publicaciones que concluyen, que lo que importa es la forma concreta de gestión más que si la titularidad es pública o privada.

La inmensa mayoría de la Atención Primaria en España y, salvo en alguna comunidad, toda la atención especializada están sujetas al derecho público, el cual está concebido para limitar el riesgo y garantizar la seguridad jurídica. Pero, sin riesgo, no es posible gestionar, solo administrar. La sujeción a criterios de derecho público dificulta tanto la gestión de bienes y servicios como de las inversiones, alargando además los circuitos de decisión con el requisito de la intervención previa, en vez de la auditoría *a posteriori*. Tampoco la Administración ha desarrollado la capacidad de monitorización y evaluación de la actividad, la calidad y el valor aportado, por lo que no puede distinguir si algo es mejor o peor que lo existente.

El sector privado juega con unas herramientas cuyo uso está muy limitado en el sector público, que se rige por el Estatuto Marco de personal (el régimen funcional de profesionales con “plaza en propiedad”, en un sistema público coexistente con un porcentaje elevadísimo de contratos temporales) y la Ley de Contratos del Estado en la adquisición de bienes y servicios. Esta última ha sido modificada en el año 2017 debido a la transposición de la correspondiente directiva europea, pero no parece estar consiguiendo los objetivos pretendidos. Al respecto, sorprende que los defensores de un sistema público incorporen la “plaza en propiedad” como uno de los elementos nucleares del modelo.

La sujeción al derecho público dificulta la puesta en marcha de una política de gestión de personas más acorde a las necesidades de los profesionales actuales y del sistema. Los problemas que este régimen funcional genera son diversos, entre los que podemos señalar:

- a. La imposibilidad de seleccionar perfiles particulares para plazas específicas.
- b. El hecho de que los jefes de servicio sean, en la práctica, vitalicios, limitando la renovación y modernización.
- c. Las dificultades para la diferenciación individual y colectiva y su reconocimiento.
- d. Un régimen disciplinario ineficaz.
- e. Las consecuencias de una precariedad laboral muy importante entre los que no tienen plaza propia.

⁵⁹ Ribera Salud (2015). *La aportación de valor de Ribera Salud al sistema sanitario público en España*.

⁶⁰ Meneu, R., Urbanos-Garrido, R. y Orttún, V. (2020). Gestió sanitària pública. Disseny de contractes entre administracions públiques i organitzacions sanitàries privades a Espanya. *Revista Econòmica de Catalunya*, 81, 51-57.

Debería plantearse, manteniendo la titularidad pública, **dotar a las entidades de provisión de una personalidad jurídica propia, en el marco del derecho privado**, que les permitiese operar de verdad bajo un modelo de mercado regulado con una separación efectiva entre las funciones regulatorias y de autoridad sanitaria, y las de aseguramiento y provisión.

Al respecto, cabe citar aquí el caso de la Sociedad Estatal Correos y Telégrafos, S. A., S. M. E., empresa de capital cien por cien público, cuyo propietario es el Estado español y que funciona a través de la Sociedad Estatal de Participaciones Industriales (SEPI), cuyas actividades se ajustan al ordenamiento jurídico privado. La Sociedad Anónima Estatal Correos y Telégrafos, S.A., S. M. E. se constituyó el 29 de junio del 2001 y, mediante la Orden HAP/583/2012, de 20 de marzo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 16 de marzo de 2012, por el que se aprueba el plan de reestructuración y racionalización del sector público empresarial y fundacional estatal, se estableció el cambio de titularidad a la SEPI, pasando a regirse por el ordenamiento jurídico privado, salvo en las materias a las que les sean de aplicación la normativa presupuestaria, contable, de control financiero y de contratación, en su condición de sociedad integrante del sector público empresarial⁶¹.

Otra opción más fácil de implementar en esta línea sería la de tener personalidad jurídica en el marco del derecho público, dándoles la máxima autonomía de gestión (sin intervención previa, sino posterior). Ejemplos de ello son los consorcios y las fundaciones en España o los *trusts* en el Reino Unido, entre otros, no ligadas a regímenes administrativos sino a regímenes que facilitan más la gestión. Sería conveniente desarrollar una estructura de gestión dentro del derecho público empresarial con el único fin de gestionar la sanidad pública, justificada por el volumen de los recursos sanitarios tramitados y a fin de proveer de un margen de autonomía alto, desligado de mecanismos de control *a priori*.

En lo que respecta a los recursos humanos, **disponer de un marco jurídico ajustado al derecho privado facilitaría una carrera profesional basada en méritos** y debería permitir las nuevas incorporaciones de personal bajo el régimen laboral, sin afectar a aquellos que tengan una plaza de funcionario o estatutario. Actualmente, la tasa de temporalidad del sistema sanitario público español afecta a más del 36%⁶² de los facultativos de su plantilla, que encadenan contratos temporales. De ellos, el 55,4% lleva más de 6 años sin conseguir una plaza mediante concurso-oposición. El derecho a contrato indefinido, establecido por el artículo 15.5 del Estatuto de los Trabajadores⁶³, imposibilita la concatenación de contratos laborales temporales y, sin embargo, es lo que sucede con los profesionales de la sanidad pública en España.

La implantación de régimen laboral sería una solución para reformar la concepción del contrato en el sector sanitario público español. La implantación de este nuevo modelo de relación laboral debería llevar aparejado **que todos los sanitarios del sistema público con contrato temporal pasaran a ser fijos** y tendría que establecerse un escenario de transición que contemplase la posibilidad, para los funcionarios o el personal estatutario, de optar por una plaza laboral fija.

⁶¹ Sociedad Estatal Correos y Telégrafos, S. A. (octubre del 2020). *Información normativa. Naturaleza y régimen jurídico*. <https://www.correos.com/portal-transparencia>

⁶² Consejo General del Colegio Oficial de Médicos (22 de junio del 2020). *6.º Muestreo: "Encuesta sobre la situación de la profesión médica en España"*.

https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/np_encuesta_situacion_profesion_medica_espana_2019_22_06_2020.pdf

⁶³ Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores (2015). *Boletín Oficial del Estado, bloque 28, art. 15*. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-11430&p=20200716&tn=1#a15>

Cabe traer aquí a colación el caso del Instituto Catalán de Oncología (ICO), creado en el año 1995 y de titularidad pública, pero sujeto a derecho privado. Al personal estatutario que se integró en la institución se le ofreció la posibilidad de pasar a régimen laboral, dándoles la opción de volver a ser estatutarios si así lo decidían una vez transcurrido un tiempo acordado. La mayoría de los profesionales aceptaron las nuevas condiciones laborales y salariales. Una situación muy similar tuvo lugar posteriormente en el Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS) de Barcelona, donde a los funcionarios municipales también se les ofreció el cambio al régimen laboral. Viéndolo con perspectiva, los costes de ambas instituciones crecieron por debajo de la media de las similares sujetas a derecho público. Otro ejemplo, ya citado anteriormente, es la Sociedad Estatal Correos y Telégrafos, S. A., que, cuando cambió de personalidad jurídica, ofertó a los funcionarios pasar a ser laborales, siendo este el régimen actual de dos tercios de la plantilla.

La alternativa a la propuesta anterior sería **crear un marco jurídico laboral específico para el sector salud que dotase a las instituciones sanitarias de órganos de dirección profesionalizados y un mayor flexibilidad en la gestión y las políticas de recursos humanos.**

Asimismo, entendemos que, en las instituciones públicas, hay que potenciar la gobernanza, como **separación entre los órganos de gobierno y de gestión.** Mientras los gestores dirigen las instituciones, los miembros del Consejo (gobierno) indican la dirección hacia la que hay que encaminar a la institución y controlan que la gestión sea la correcta. Para lograr una buena gobernanza, los fines de la institución deben ser claros y que cada tipo de órgano tenga sus funciones específicas.

En los órganos de gobierno, es necesario establecer la participación tanto de una representación de la ciudadanía (tal como ya hemos señalado en el primer apartado de este capítulo) **como de consejeros independientes** de reconocido prestigio. Al respecto, sería recomendable establecer un manual de buenas prácticas como guía para los órganos de gobierno y que se configure como un mínimo común para todas las comunidades autónomas.

Además, hay que potenciar la designación de gerentes mediante procesos de selección en función de méritos, por parte de los órganos de gobierno de las instituciones con personalidad jurídica propia. La forma en que actualmente se eligen y se cambian los gerentes de los hospitales públicos no facilita en absoluto la fijación y el seguimiento de las estrategias de cambio necesarias en nuestros centros. Un informe reciente⁶⁴ concluye que un 54% de los directores gerentes de hospitales de la red pública son designados directamente por los políticos, un 27% mediante un proceso de selección por parte del órgano de gobierno de la organización y un 10% por concurso público. En cuanto al tiempo de permanencia en el cargo, la media es de 4,4 años. La clara confusión entre los aspectos políticos y los de gestión hace que, en la selección de los gestores, primen más sus aspectos políticos que los de capacidad de gestión.

Dentro del marco jurídico laboral específico para el sector salud sugerido anteriormente hay que **detallar el papel diferenciado del gerente/directivo sanitario público** definiendo cuáles deben ser sus competencias, la evaluación de sus resultados y los modelos de remuneración. Al respecto, sería recomendable establecer un programa de formación específico en

⁶⁴ Duro, C. (17 de diciembre del 2018). Más de la mitad de gerentes de los hospitales de la red pública en España son designados directamente por la Administración. *Sociedad Española de Directivos de la Salud*. <https://sedisa.net/2018/12/17/mas-de-la-mitad-de-gerentes-de-los-hospitales-de-la-red-publica-en-espana-son-designados-directamente-por-la-administracion/> (Fecha de consulta: 8/11/2020).

gerencia hospitalaria que pudiera ser impartido por diferentes instituciones acreditadas y que garantizase unas competencias mínimas para optar a la posición, del estilo de la Escuela de Salud Pública en Francia (École des Hautes Études en Santé Publique [EHESP]) o la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP).

De otro lado, no sería un tema menor de la adscripción al derecho privado la posibilidad de la **puesta en marcha de una política realista de amortizaciones** que tuviese un impacto positivo en las inversiones de reposición.

Respecto a los centros de Atención Primaria, se debería fomentar la constitución de entidades [auto]gestionadas de base asociativa (EBA), ya mencionadas, para facilitar la actividad de los profesionales sanitarios en un entorno de mayor involucración en su gestión. Estas entidades cuentan con personalidad jurídica propia y se crearon para poder introducir mecanismos de gestión que no son posibles en el sector público y conseguir más flexibilidad en la utilización de los recursos. Su implantación ha seguido los vaivenes de la autogestión y contratación de servicios privados para la atención pública en salud, en las diversas comunidades autónomas. En la actualidad, hay bastantes en activo en Cataluña, y se han registrado experiencias previas en Madrid y Andalucía.

Hacer más con lo que tenemos

- **Eliminar las tareas que no aportan valor en los procesos (“despilfarro”), tanto en la atención como en la administración.**
- **Potenciar las responsabilidades de todos los roles profesionales: médicos, enfermería, TCAE, técnicos asistenciales y administrativos.**
- **Incorporar nuevas tecnologías digitales (ayuda al diagnóstico, formación, monitorización de pacientes, robotización de tareas administrativas...) para mejorar la efectividad/productividad de los profesionales.**
- **Utilizar de forma más intensiva los equipos e infraestructuras críticas favoreciendo su amortización y renovación.**
- **Facilitar la creación de servicios comunes entre aquellas comunidades autónomas que tenga sentido.**

Los sistemas de salud se enfrentan a la imposibilidad de poder financiar todo lo que los investigadores van poniendo a disposición de los profesionales sanitarios y pacientes. Ante ello, las opciones son el incremento de los recursos disponibles, la modulación de la demanda (posible limitación de beneficiarios y/o cartera de servicios) y/o incrementar la productividad del sistema.

Pero no solo los recursos financieros son finitos, sino también el tiempo disponible de los profesionales, de manera que hemos de asegurar que todos obtengamos el máximo valor del tiempo y los recursos disponibles. Cabe poner especial énfasis en que **no se trata de reducir costes, sino de aprovechar mejor los recursos disponibles y poder sacarles más partido: hacer más con lo que tenemos.**

Sería posible hacer mucho más aprendiendo de las experiencias registradas en diversos países o comunidades autónomas, creando grupos de trabajo multidisciplinares para implantar la gestión por valor, con el foco —en una primera fase— no tanto en la precisión de la definición y medición de valor sino en eliminar el despilfarro (*muda*, en vocabulario *lean*), como es el caso de las actuaciones duplicadas, las que claramente no aportan valor o las que lo aportan en menor medida que otras. Los recursos liberados de todas ellas se podrían dedicar a potenciar las de alto valor.

Existe un consenso amplio en cuanto a que un porcentaje significativo de los recursos que se dedican a la atención sanitaria no aportan valor (o lo aportan en muy bajo grado). Este despilfarro o ineficiencia en el uso de recursos aparece en varios niveles:

- Persistencia en la cartera de servicios de procedimientos con un bajo ratio de coste-efectividad, que podrían eliminarse y liberar así recursos para poder hacer más con otros procedimientos más efectivos.
- Poco aprovechamiento de alternativas más eficientes de tratamiento, como el uso de genéricos, biosimilares, etc., cuando exista evidencia clínica de resultados equivalentes en los pacientes.
- Ineficiencias en la gestión de casos y uso innecesario o subóptimo de recursos en el tratamiento de un paciente, como las duplicidades de pruebas de imagen, de laboratorio, etc.
- Ineficiencias en las operaciones, en la producción de “unidades de salud”, como las horas de profesionales excesivas para una tarea determinada, el uso de más reactivos de los necesarios en un laboratorio, etc.
- Ineficiencias a nivel de tratamiento de la población, como los casos que hay que atender y serían innecesarios, inefectivos o prevenibles, como la atención intensiva en tecnología al final de la vida en pacientes, pruebas cuyo resultado no contribuye a modificar el diagnóstico o la terapéutica, visitas ambulatorias u hospitalarias que podrían haberse resuelto en Atención Primaria, obesidad, diabetes mal controlada, etc.
- Efectos adversos en tratamientos debidos a errores evitables, que obligan a los centros a realizar actividades de corrección, cuando ello es posible.
- Burocracia excesiva, procedimientos administrativos innecesarios, etc.
- Ineficiencia en la asignación de tareas a distintos profesionales: médicos realizando tareas administrativas o de enfermería, enfermería encargándose de temas administrativos, etc.

Existen diversas estimaciones respecto al tamaño de esta bolsa de ineficiencia. Según un estudio de la OCDE⁶⁵, se sitúa entre el 10% y el 34%; por su parte, el *Journal of the American Medical Association (JAMA)* lo calcula en un 25% en Estados Unidos⁶⁶. **Con una estimación similar razonable en España, su eliminación nos proporcionaría buena parte de la financiación necesaria para potenciar la sostenibilidad del sistema.**

⁶⁵ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2017). *Tackling Wasteful Spending on Health*. <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>

⁶⁶ Frakt, A. (7 de octubre del 2020). The Huge Waste in the U.S. Health System. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2019/10/07/upshot/health-care-waste-study.html> (Fecha de consulta: 20/8/2020).

Otros estudios han estimado la eficiencia relativa de los sistemas sanitarios en Europa y, en la mayoría, encuentran una ineficiencia generalizada (Medeiros y Schwierz, 2015⁶⁷). En el caso de España, el artículo antes citado concluye que se podría incrementar la expectativa de vida saludable en unos 4 años y reducir la mortalidad prevenible en más de un 30% si se eliminaran las ineficiencias aún existentes. Sin embargo, las opiniones sobre las causas de las ineficiencias de la atención médica varían significativamente entre autores.

Es importante señalar que **muchas de las ineficiencias se deben, principalmente, a cómo está organizado el sistema, no a causa de los profesionales**. De hecho, son los propios profesionales los que denuncian esta situación que, al final, acaba teniendo repercusión en la eficiencia/productividad del sistema e, indirectamente, en su nivel salarial.

Así mismo, es esencial recordar que, en el ámbito de la gestión *lean*, no hay que confundir la redundancia, la flexibilidad y la resiliencia con el despilfarro. En entornos sujetos a gran incertidumbre, los sistemas deben poder disponer de colchones (*buffers*) para contrarrestar sus efectos. Aquí hablamos principalmente de colchones de existencias y de colchones de capacidad, que protegen frente a la variabilidad incierta y los riesgos del sistema. Estos colchones de recursos que tienen un propósito claro, como es el de la protección frente a eventos inciertos, no deben ser considerados despilfarro y hay que mantener un equilibrio adecuado entre el tamaño de los colchones y el riesgo que se cubre. Por ejemplo, durante la vigente pandemia hemos descubierto que los países que disponían de un mayor colchón de camas en UCI pudieron responder mejor. En España, se incrementó de forma muy rápida la disponibilidad de camas en UCI durante la primera oleada, por lo que, cuando la pandemia remita y no se necesiten, es importante mantener de forma flexible y elástica esta capacidad desarrollada en dichas camas, para poder recuperarla mucho más rápido cuando volviese a ser necesaria.

En nuestro sistema sanitario, existe una clara percepción de que faltan médicos. Sin embargo, **las estadísticas de la OCDE muestran que estamos en 3,9 médicos por cada 100.000 habitantes en línea con los países europeos con los que nos queremos comparar**. Por una parte, cabe señalar que, en nuestro país, hay 49 especialidades médicas, por lo que deberíamos clarificar qué tipo de facultativos faltan, ya que no todos son intercambiables. Por otra parte, en una serie de entrevistas realizadas con profesionales de distintas especialidades se comprobó que la percepción de falta de médicos se puede deber, en parte, a que **dentro de sus actividades se incluyen algunas que podrían delegarse a otro tipo de profesionales**, es decir, que tenemos los médicos que deberíamos comparativamente con otros países, pero los que tenemos pierden parte de su capacidad realizando actividades que no deberían.

Conviene destacar, asimismo, **la enfermería como un elemento central para los objetivos de mejora de los servicios de salud**. Si observamos tanto los datos de titulados en Enfermería por 100.000 habitantes como la proporción de enfermeros respecto a médicos, vemos que España está muy por debajo de los países con los que nos queremos comparar y de la OCDE-36 (Figuras 48 y 49). Sin embargo, es preciso señalar que no existe una definición homogénea de titulados en Enfermería entre los diferentes países europeos, tanto por el nivel de los estudios como porque, en sus estadísticas, algunos países incluyen al personal auxiliar, mientras que otros no lo hacen. España cuenta con uno de los niveles de formación de enfermería más elevado, lo cual redundará en que, frente a la escasez de profesionales en Europa, los titulados en Enfermería españoles sean de los más solicitados por el resto de

⁶⁷ Medeiros, J. y Schwierz, C. (junio del 2015). Efficiency Estimates of Health Care Systems. *Economic Papers*, 549. https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2015/pdf/ecp549_en.pdf

países. En Francia, la enfermería no forma parte del sistema universitario y se considera una formación profesional. Noruega no cuenta con un único plan de estudios de enfermería, sino 34 escuelas diferentes, cada una de ellas con su propio programa de estudios⁶⁸. Resulta, por tanto, difícil sacar conclusiones con base en estas estadísticas internacionales, si bien en las entrevistas realizadas con profesionales se admite una **falta de profesionales de enfermería**, aunque quizá no al nivel que arrojan los datos de la OCDE.

En años recientes se ha ido desarrollando la enfermería de práctica avanzada como una forma de potenciar el papel de distintos niveles de esta rama dentro de los límites competenciales existentes, si bien con una confusa variedad de perfiles, títulos y funciones de práctica en distintos países. De hecho, se han desarrollado numerosos modelos y definiciones de enfermería de práctica avanzada que confunden y no facilitan el aprovechamiento de esta figura. El proyecto IPA.CAT19, ya completado, y el IPA.CAT20 permitirán determinar el mejor posicionamiento de esta figura y sus condicionantes.

También es interesante señalar la figura de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), cuyo papel también debe potenciarse al máximo de sus funciones, tal como se describen en las regulaciones del Estatuto del Personal Sanitario No Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

En resumen, se trata de **aprovechar al máximo las competencias de todos los profesionales para sacar el máximo valor a los recursos del sistema**. En la actualidad esto no es así y hay un despilfarro notable en la utilización de recursos sobrecualificados en los diferentes estamentos.

Cuando se intenta explicar el **crecimiento de los costes** en la gestión de la salud de todos los países, muchos analistas pasan por alto la teoría de William Baumol⁶⁹, que divide las industrias de las economías industrializadas en sectores progresivos (por ejemplo, manufactura) y no progresivos (por ejemplo, servicios, atención sanitaria, educación). Las industrias progresivas se caracterizan por ser intensivas en capital e innovadoras, favoreciendo el incremento de la productividad y manteniendo los costes unitarios constantes a pesar del incremento de la tasa salarial. En contraste, Baumol entiende el incremento de costes de las industrias no progresivas, más intensivas en trabajo profesional y relativamente carentes de innovaciones que mejoren la productividad, a causa del incremento de tasa salarial necesario para equilibrarlo con los profesionales de otras industrias. **La transformación digital de la sanidad permitirá cambiar este paradigma** e imprimir al sector de la salud un empujón radical para alejarse de la enfermedad de costes de Baumol.

Es de esperar que, con la aplicación sistemática de las nuevas tecnologías (IA, realidad aumentada, impresión 3D, automatización...), que facilitarán la ayuda al diagnóstico, la formación de pacientes y profesionales, la planificación de intervenciones, etc., cambiará la forma de trabajar e incrementará la productividad de los profesionales sanitarios y la calidad de la atención. La tecnología puede liberar a los profesionales de actividades tediosas o, simplemente, de tareas que aquella puede hacer mejor, dejándoles más tiempo para aquella parte de su profesión donde son realmente insustituibles. La definición de algoritmos para

⁶⁸ Romero, G. (12 de abril del 2017). La enfermería europea vista por sus estudiantes. *Diario Enfermero*. <https://diarioenfermero.es/la-enfermeria-europea-vista-estudiantes/>

⁶⁹ Baumol, W. J. (1967). Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis. *The American Economic Review*, 57(3), 415-426; Baumol, W. J., de Ferranti, D., Malach, M., Pablos-Méndez, A., Tabish, H. y Wu, L. (2012). *The Cost Disease: Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't*. Yale University Press.

ayudar a identificar la descompensación de crónicos o la predicción de aquellos pacientes susceptibles de ingresar en urgencias a corto plazo requerirá de nuevos perfiles en nuevas tecnologías de la información especializados en las necesidades asistenciales.

Resulta necesaria, pues, **una redefinición de roles y responsabilidades explotando al máximo las capacidades de cada nivel profesional, estableciéndose equipos multidisciplinares e incorporando nuevos perfiles profesionales** (*clinical assistant, case manager*, técnicos en especialidades...) y de soporte a nuevas tecnologías ligadas a la asistencia (bioingenieros, bioestadísticos...) allí donde sea necesario, a fin de incrementar la productividad.

En un momento en que las listas de espera siguen aumentando y donde la tasa de reposición de equipos de alta tecnología (quirófanos, pruebas diagnósticas por imagen, etc.) es baja (considerando las horas disponibles por semana), debemos aumentar el nivel de utilización de estos. Si esta infrautilización se debiera a que no hay suficiente demanda, la alternativa sería la consolidación de la de varios centros en uno, que podría atender toda la demanda y aprovechar mejor las capacidades de los equipos. Sin embargo, lo más habitual es que, a pesar de su “baja” utilización, haya lista de espera y demoras para su uso, lo que se podría resolver elevando el número de horas de actividad diaria, incluyendo otro medio turno o turno completo y haciendo uso también de los fines de semana.

Para poder incrementar la utilización de estos equipos críticos según las necesidades, es necesario disponer de personal cualificado. El trabajo en red de diversos centros, agrupando demanda, así como la adecuada definición de roles y responsabilidades ayudarían, sin duda, a tener más tiempo disponible del personal más cualificado, que deberá complementarse con adición de personal allí donde sea necesario.

En otro ámbito, también es necesario **identificar elementos de colaboración entre administraciones, con el fin de facilitar los mejores servicios a los ciudadanos, creando sinergias entre ellas** (sistemas de información que compartan estándares y dialoguen entre sí, alianzas entre comunidades autónomas para compartir servicios, etc.). Algunos ejemplos destacables de este tipo de colaboraciones son:

- El Hospital de Cerdanya, que presta servicio a unos 33.000 habitantes (en invierno la población puede cuatriplicarse), divididos entre la comarca de la Baixa Cerdanya (España), y la Alta Cerdanya y el Capcir (Francia).
- La atención sanitaria para los pacientes aragoneses de la Franja en Huesca, en los centros leridanos, según convenio firmado en el 2005.
- El Comité Mixto de Evaluación de Nuevos Medicamentos (CmENM), constituido en el año 2003 e integrado por los comités de Andalucía, Aragón, Castilla y León, Cataluña, Navarra y el País Vasco.
- La red de evaluación de medicamentos anunciada recientemente por el Ministerio de Sanidad, formada por un grupo de evaluación terapéutica, un grupo de evaluación económica y siete nodos de evaluación por áreas clínicas que actúen como revisores expertos designados por las comunidades autónomas⁷⁰.

⁷⁰ Bernardo, M. M. (9 de octubre del 2020). La nueva red de evaluación de medicamentos incorporará un grupo de evaluación económica y siete nodos. *El Médico Interactivo*. <https://elmedicointeractivo.com/la-nueva-red-de-evaluacion-de-medicamentos-incorporara-un-grupo-de-evaluacion-economica-y-siete-nodos/> (Fecha de consulta: 13/12/2020).

Evolucionar la forma de trabajar del hospital

- **Potenciar el modelo organizado en procesos a lo largo del viaje del paciente y con un número limitado de unidades de gestión.**
- **Redistribuir los roles de los hospitales e incrementar la coordinación con otros elementos de la red asistencial.**
- **Acelerar la transformación digital como soporte a los profesionales y mejora asistencial a los pacientes.**

Los hospitales han ocupado un papel central en los sistemas de salud en Europa y, de forma arquetípica, los hospitales universitarios terciarios, que, en gran parte, siguen siendo la piedra angular. Sin embargo, a su alrededor se han producido muchos cambios, como la evolución demográfica, el crecimiento de la cronicidad, el impacto de nuevas tecnologías (reducción de tamaño y portabilidad de equipos, digitalización, tecnologías genómicas, etc.).

La evolución de la medicina debería conllevar una transformación en el tratamiento de muchas enfermedades, poniendo más atención en la predicción y la prevención, en la personalización y la mejora de la experiencia del paciente. Sin embargo, los hospitales de hoy en día siguen girando alrededor del cliente interno (el médico) y la mayoría se organizan alrededor de servicios con la figura de los jefes de servicio al frente.

El hospital debe evolucionar teniendo en cuenta que los servicios asistenciales de mayor valor para los pacientes consistirán en procesos complejos que requerirán coordinación entre servicios, conocimiento altamente especializado, utilización de tecnologías de última generación y un número mínimo de casos para poder alcanzar la calidad, la seguridad y la eficiencia necesarias. Por otro lado, los servicios no tan complejos y la mayoría de atención a pacientes crónicos deben desplazarse de los hospitales de referencia a otros proveedores más pequeños y cercanos a los pacientes, llegando allí donde sea factible a la atención domiciliaria. Los hospitales podrán ser *hubs* de salud, se centrarían en el tratamiento presencial de casos complejos y agudos, pero también incorporarían la atención virtual (dando servicio a otros centros que no disponen de ciertas competencias o especialistas, o a través del hospital en casa, monitorizado también desde el hospital). Por todo ello, es muy posible que, en el futuro, se produzca un cambio de tendencia y que los hospitales tengan una estancia media mayor, ya que tan solo requerirán ingreso los pacientes con enfermedades graves y complejas, y el resto serán atendidos en otros centros del territorio.

Un estudio publicado por Cunliffe *et al.* en el 2004 sugiere que el uso de un modelo de hospitalización domiciliaria (*hospital-at-home model*) para la atención de personas mayores proporciona un incremento de la eficiencia y eficacia del sistema sanitario y de satisfacción de los pacientes⁷¹. Del mismo modo, un estudio realizado a nivel nacional proporciona la misma evidencia. La implementación de un modelo de hospitalización domiciliaria que esté directamente relacionado con el departamento de geriatría del hospital reduce el número de días de hospitalización en el centro, sin incrementar la duración de hospitalización en el domicilio y sin afectar a la capacidad de resolución de situaciones de crisis de los pacientes⁷².

⁷¹ Cunliffe, A. L., Gladman, J. R., Husbands, S. L., Miller, P., Dewey, M. E. y Harwood, R. H. (2004). Sooner and Healthier: A Randomised Controlled Trial and Interview Study of an Early Discharge Rehabilitation Service for Older People. *Age and Ageing*, 33(3), 246-252. <https://doi.org/10.1093/ageing/afh076>

⁷² Mas, M. À, Inzitari, M., Sabaté, S., Santaegúenia, S. J. y Miralles, R. (2017). Hospital-at-Home Integrated Care Programme for the Management of Disabling Health Crises in Older Patients: Comparison With Bed-based Intermediate Care. *Age & Ageing*, 46(6), 925-931. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx099>

Estos resultados podrían justificar la implementación de sistemas de monitorización de pacientes crónicos en su domicilio e incrementarían la disponibilidad de camas hospitalarias.

Hay tres aspectos esenciales en los que los hospitales deben transformarse para contribuir a poder obtener más valor: (1) cambios en la organización interna, (2) coordinación con otros niveles de atención sanitaria y social, y (3) inmersión en la transformación digital para aprovechar al máximo su potencial.

La organización tradicional del hospital en servicios debe evolucionar, creando unidades compuestas por profesionales de distintas áreas alineadas con el viaje del paciente. Ya sea la **organización por procesos**, institutos, unidades de gestión clínica, agrupación de servicios, etc., se trata de dotar a los hospitales de un nuevo modelo que permita separar las áreas de conocimiento —que actuarán de referencia— de las áreas de trabajo específicas en procesos a lo largo del viaje del paciente. Es decir, esta organización con base en unidades clínicas debe ser complementaria a la organización por servicios, que no creemos que deba desaparecer. Los profesionales pueden pertenecer a un servicio para los aspectos de desarrollo de conocimiento especializado y gestión (recursos humanos, económicos, etc.) y a una unidad de gestión clínica para los de la práctica asistencial. Esto debe permitir, al mismo tiempo, una gestión estructural de la institución con un número adecuado de unidades, sin detrimento del desarrollo de todas las especialidades. Usando nomenclatura de la metodología de gestión ágil⁷³, los profesionales de los hospitales deben pertenecer a un equipo o “tribu” multidisciplinar ágil (para la mejor atención a las diversas patologías de los pacientes), pero, a la vez, pertenecer a un “capítulo” (para desarrollar y actualizar los conocimientos específicos de su área de especialidad). La tribu se corresponde a la organización por procesos, mientras que los capítulos se corresponden a los servicios o áreas de conocimiento.

La alineación de los objetivos institucionales con los de los servicios puede articularse a través de compromisos de desempeño que hablen de asistencia, docencia e investigación, con el propósito fundamental de cumplir los objetivos administrando adecuadamente los recursos. Los contratos de provisión que el hospital acuerda con el asegurador/pagador deben desgansarse a todos los niveles del hospital (procesos, servicios, unidades...) y, en cada nivel, hay que establecer un plan de medición y *reporting* en el que se pueda realizar un seguimiento de cómo están actuando los hospitales para conseguir los resultados pactados. Esto deberá permitir una **progresiva evolución de la financiación de estos centros hacia el pago por valor** aportado, y en eso se basarán los procesos de financiación variable de cara al futuro. Obviamente, no será posible implantar este modelo en todo el hospital, pero sí hay ya unas áreas en las que podría empezar a hacerse, e ir escalándolo donde sea factible.

De la misma forma que es necesaria la reevaluación de las tecnologías a nivel de cartera de servicios del sistema de salud, esta reevaluación también debe llegar al hospital, de modo que realice una evaluación continuada de las técnicas y procedimientos que se usen, y establecer formas de *benchmarking* con otros centros, con el objetivo de aprender de los mejores, mantener actualizadas sus tecnologías y justificar frente al comprador/pagador el valor que se genera. La transparencia en estos resultados permitirá que puedan trabajar en red, enfocándose cada uno en aquello que hace mejor.

Esta última idea nos lleva al segundo reto, el de **la redistribución de roles y coordinación con otros proveedores de atención del sistema, en los ámbitos asistenciales y sociales, fomentando el trabajo en red**. Los hospitales deben formar parte de un sistema integrado

⁷³ de Smet, A. (12 de julio del 2018). The Agile Manager. *McKinsey Quarterly*, <https://www.mckinsey.com/business-functions/organization/our-insights/the-agile-manager> (Fecha de consulta: 20/12/2020).

que dé cobertura a todas las necesidades de salud los ciudadanos (no solo de atención sanitaria). Para ello, han de ser un participante activo en la planificación estratégica de la atención que realicen los departamentos de salud y atención social (integrados) de las comunidades autónomas, y colaborar en el desarrollo de un ecosistema de salud inteligente, promoviendo un entorno que facilite la innovación (véase el apartado “Innovación”).

El hospital debe responder a las posibilidades crecientes de las tecnologías (muchas de ellas relacionadas con la transformación digital, que se analizan más adelante, pero también con la genómica, la medicina personalizada y otras) y **a las demandas cambiantes de los pacientes** más informados (que desean que la atención que precisan se provea de forma más eficiente, adecuada a sus deseos o necesidades, en condiciones más “normales”). Para ello deberán redefinirse, porque bastantes de los servicios que se prestan hoy en día en un gran hospital pasarán a prestarse en otras instalaciones (hospital comarcal, Atención Primaria, centro ambulatorio de especialidades, centros sociosanitarios, atención domiciliaria, farmacias, centros de rehabilitación, etc.), que estarán más enfocadas y podrán prestarlos con mayor eficiencia, conveniencia para el paciente y proximidad. Sin embargo, esto se podrá hacer solo si se establece un buen sistema de coordinación entre los centros de un territorio, están conectados digitalmente y se garantiza el continuo asistencial de estos pacientes (este aspecto lo abordamos con más detalle en el apartado “Fomentar la asistencia integrada”).

No es que renunciemos a la necesidad de camas en UCI, quirófanos y urgencias, pero la habitación normal del hospital va a perder su importancia. Así como hemos ido pasando de un paciente hospitalizado a uno de hospital de día o ambulatorio, las estancias del hospital para pacientes hospitalizados se trasladarán al hogar, donde podrán monitorizarse perfectamente de forma remota. Esto aún no se ha hecho a gran escala, pero puede hacerse. Y, con el apoyo de equipos de monitorización adecuados, las personas pueden vivir en la comodidad de su propio hogar con todos los beneficios para ellas y ahorros económicos para el sistema.

El concepto de *hospital líquido* en el Hospital Sant Joan de Déu en Barcelona (H₂O, en su primera versión, y H4.O, en la actual) es aplicable a muchos centros. El término *líquido* se refiere a la influencia del hospital fuera de sus paredes, a través de las comunicaciones a través de Internet y los medios sociales, pasando a un modelo colaborativo entre los profesionales del centro, los pacientes y los profesionales de otros centros e instituciones. El hospital no es ya un lugar físico, limitado por sus muros, sino que está donde puedan llegar sus profesionales, físicamente o con las nuevas tecnologías, para atender pacientes, realizar consultas con otros profesionales, formar, investigar, etc. Las nuevas tecnologías facilitan esta interacción de los profesionales del hospital con pacientes en su domicilio, con otros médicos en sus consultas e, incluso, con médicos desplazados en situaciones de emergencias o ambulancias que precisan una consulta especializada puntual⁷⁴.

El tercer reto del hospital (y del resto del ecosistema) es la **transformación digital que debe potenciar la incorporación de nuevas tecnologías** que vayan desde la ayuda al diagnóstico hasta la robotización/automatización de tareas burocráticas, pasando por la planificación de intervenciones mediante 3D o realidad virtual, la integración de robots y la realidad aumentada en el quirófano, el acceso de los pacientes a información más próxima a ellos, la monitorización remota e identificación precoz de potenciales descompensaciones, etc. Este tema lo tratamos en más detalle más adelante (en el apartado “Impulsar la transformación digital [salud 4.0]”).

⁷⁴ Véase, por ejemplo, la tecnología de InTouch Health. InTouch Health (s. f.). *InTouch Health*. <https://intouchhealth.com/> (Fecha de consulta: 16/12/2020).

Anteriormente hemos mencionado la necesidad de que todos los proveedores de un territorio estén interconectados para poder coordinar mejor la atención y mantener el continuo asistencial y social de los pacientes/ciudadanos. Esta coordinación debe incluir otros provisos de atención, agencias de salud pública, compradores/pagadores, etc., que requerirá potenciar el compartir la información (manteniendo la confidencialidad y privacidad de los datos del paciente cuando y donde esto sea necesario).

Sin embargo, para asegurar la conectividad dentro del ecosistema, no basta con que los hospitales se digitalicen, cada uno por su cuenta, sino que deben hacerlo usando estándares y estructuras de datos, siguiendo las regulaciones para su recogida, almacenaje, transmisión, uso, etc. aprobadas por las agencias estatales (que han de crear estos estándares con celeridad). En un mundo donde hablamos con teléfonos inteligentes, vivimos en ciudades inteligentes, los hospitales (y el resto de agentes del ecosistema) tienen que desarrollarse también para ser inteligentes.

Junto a este desarrollo organizativo y tecnológico, no debemos olvidar el desarrollo necesario en competencias de gestión y la involucración más activa de los propios profesionales en los puestos de liderazgo.

Reinventar la Atención Primaria

- **Dotar a la Atención Primaria de mayor nivel de resolución (integración de perfiles especializados, equipos multidisciplinares y capacidades de diagnóstico y tratamiento).**
- **Responsabilizarse de la monitorización y atención domiciliaria de los pacientes crónicos en su descompensación, así como de los largos supervivientes (como los oncológicos).**
- **Integrar el área de salud mental y adicciones en la Atención Primaria.**

El modelo actual de Atención Primaria fue puesto en marcha a mediados de los años 80, bajo la sombra de la Declaración de Alma-Ata de 1978, y no ha sufrido prácticamente ningún cambio significativo, mientras que el estado del arte del curar y cuidar, y la sociedad a la que ha de servir han cambiado de forma significativa, haciendo necesaria una reforma para mantener su lugar clave en el modelo, una reforma de la que lleva hablándose mucho tiempo, pero que hasta el momento no se ha realizado. La Atención Primaria en la sanidad pública española es la puerta de entrada al servicio sanitario y de acceso a la especializada.

Es necesario replantear el funcionamiento de la Atención Primaria con el fin de llevar a cabo una actualización del modelo y poder dar respuesta y satisfacción a las necesidades actuales de los pacientes. La era digital ha facilitado el acceso a la información por parte de estos (portales como webMD, plataformas de pacientes, redes sociales...) y ha favorecido su empoderamiento con base en un aumento de su nivel de conocimiento, haciéndolos más exigentes y reclamando tanto un mayor nivel de resolución en primera instancia como un tránsito más amigable/continuado a lo largo del sistema asistencial.

La Atención Primaria se enfrenta al reto de incrementar su capacidad de resolución, hacer frente a la gestión integral de los pacientes crónicos y dar una mayor continuidad entre asistencia sanitaria, mental y dependencia/social.

Algunos pacientes perciben que, en ocasiones, su paso por la Atención Primaria no les aporta valor, ya que simplemente les sirve para conseguir la autorización para visitar a un especialista. De hecho, poder acceder directamente al especialista es uno de los incentivos que tienen los ciudadanos para mantener un seguro privado adicional. La Atención Primaria debe aportar valor siempre al paciente, incrementando el nivel de resolución de sus problemas y, cuando esto es factible, orientándolo hacia el especialista adecuado. Para incrementar su capacidad resolutoria es necesario dotar a la Atención Primaria de:

1. Perfiles especializados como geriatras, pediatras, ginecólogos, etc.
2. Equipos multidisciplinares que incorporen nuevos perfiles profesionales (psicólogos, nutricionistas, podólogos, fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales), así como profesionales de especialidades médicas (posiblemente con una dedicación parcial).
3. Facilidad de realizar interconsultas telemáticas con los especialistas hospitalarios.
4. Intercambio de información y actuaciones coordinadas con servicios sociales (véase el siguiente apartado).
5. Acceso a procedimientos diagnósticos dentro de sus instalaciones.

Diversos estudios sugieren que la **incorporación de perfiles especializados**, como es el caso de los geriatras, en la Atención Primaria tiene un efecto positivo en la eficiencia de pacientes frágiles o mayores⁷⁵ y en el uso adecuado de los recursos sanitarios⁷⁶. En concreto, un estudio realizado en personas mayores que sufren de síndrome coronario agudo (SCO) sugiere que tan solo una visita al geriatra al año tiene un efecto directo en la reducción del uso de las unidades de urgencias.

Un claro ejemplo de la especialización de la Atención Primaria se puede observar en el modelo de gestión Kaiser Permanente (para la atención sanitaria integrada), implementado en algunas ciudades de Estados Unidos. Su proyecto 21st Century Care Innovation, lanzado en el 2005, busca potenciar la Atención Primaria con innovaciones tecnológicas en el sector sanitario⁷⁷.

Como parte del Consorci d'Atenció Primària de Salut Barcelona Esquerra (CAPSBE), el proyecto Centre d'Atenció Pediàtrica Integral de Barcelona Esquerra (CAPIBE) fue puesto en marcha como una organización sanitaria para dar solución a los problemas de atención pediátrica en un sector de la Ciudad Condal. Se trata de un proyecto llevado a cabo en colaboración entre el Institut Catalán de Salut y el Hospital Universitario Sant Joan de Déu, que cuenta con 20 pediatras de Primaria, un centro de urgencias y profesionales para cada especialidad, y soluciona el 98% de los problemas que no requieren ingreso. Los problemas más graves se dirigen a los hospitales de referencia. De este modo, CAPIBE se mantiene como centro de referencia para los pacientes a la vez que aumenta la eficiencia de los procesos sanitarios.

El incremento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, la cercanía a las personas y la necesidad de mantener el continuo asistencial efectivo dentro del ámbito sanitario hace que sea la Atención Primaria la que deba responsabilizarse **primordialmente de la gestión de los pacientes crónicos**. Por ejemplo, tendría que ser capaz de identificar a los pacientes crónicos

⁷⁵ Callahan, C. M., Weiner, M. y Counsell, S. R. (2008). Defining the Domain of Geriatric Medicine in an Urban Public Health System Affiliated With an Academic Medical Center. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(10), 1802-1806.

⁷⁶ d'Arcy, L. P., Stearns, S. C., Domino, M. E., Hanson, L. C. y Weinberger, M. (2013). Is Geriatric Care Associated With Less Emergency Department Use? *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(1), 4-11.

⁷⁷ Nuño-Solinis, R. (2015). *Estudio del caso Kaiser Permanente*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1472.8564>

susceptibles de descompensarse y hacerse cargo de la **monitorización y atención domiciliaria** de estos en su descompensación, así como de los largos supervivientes oncológicos que deben estar incluidos en procesos asistenciales y no solo circunscritos al ámbito hospitalario.

En la línea de aproximar la atención a los pacientes, es importante especializar el trabajo de enfermería en Atención Primaria también hacia la atención escolar, domiciliaria y comunitaria.

A su vez, **la salud mental y la atención a las adicciones** continúan manteniendo una discriminación pretendidamente positiva, pero que también **podrían beneficiarse de una integración en la Atención Primaria.**

En el 2018, el CatSalut en Tarragona incorporó a 68 psicólogos, psiquiatras y enfermeros en la plantilla de los equipos de Atención Primaria, con el fin de ofrecer atención psicológica a las problemáticas mentales de baja complejidad, sin tener que derivar al especialista, que presentaba una larga lista de espera. El médico de familia sigue visitando los casos de baja complejidad, pero ya tiene en su equipo a un profesional de salud mental al cual puede derivar de manera muy ágil aquellos casos que sean de mayor complejidad. En caso de que en el centro de Atención Primaria no se pueda resolver el caso, se activa el protocolo de derivación al centro de salud mental⁷⁸.

Tal como hemos mencionado anteriormente, los pacientes demandan buscar soluciones alternativas en función de sus necesidades y expectativas. Por ello, debemos aprovechar la oportunidad para **redefinir procesos que favorezcan una atención más personalizada, facilitando la descongestión de los centros asistenciales y una labor más eficiente por parte de los profesionales. Ello lleva aparejado la inversión en tecnologías**, para disponer de las herramientas necesarias para realizar atención virtual: teleasistencia, seguimiento/monitorización adecuado de crónicos, implementación de herramientas diagnósticas como la ecografía en el punto de atención (POCUS), así como la implantación de la IA para ayuda al diagnóstico, identificación precoz de descompensaciones, etc. Un mayor nivel de resolución requiere una mayor inversión en tecnología y digitalización. La transformación digital (nuevos procesos soportados por la tecnología), sobre la que profundizamos más adelante, debe llevar aparejada la redefinición de roles y de los tiempos dedicados por parte de los profesionales a cada actividad. Es preciso asegurar que estos cuenten con el tiempo necesario para poder desarrollar las tareas que realmente aportan valor al paciente.

Antes hemos aludido a la necesidad del desarrollo de competencias de gestión en los hospitales, pero esto también es aplicable a la Atención Primaria, los centros sociosanitarios, etc. Con los cambios que se han propuesto en esta y otras secciones, es esencial que se aseguren las competencias de gestión necesarias para su puesta en marcha. De otra forma, los cambios propuestos no fallarán por errores de diseño, sino por la falta de gestores adecuados para su puesta en marcha.

Motivar a los profesionales sanitarios

En este apartado, abordamos la situación a la que se enfrentan los profesionales sanitarios desde dos perspectivas complementarias; la primera hace referencia a todo lo relativo a su formación hasta su incorporación al mundo laboral, mientras que en la segunda abordamos su carrera profesional una vez incorporados al ejercicio de su profesión.

⁷⁸ Torreblanca, J. A. (5 de agosto del 2018). Salud incorpora a la atención primaria 68 psicólogos, psiquiatras y enfermeros. *Diari Més*. https://www.diarimes.com/es/noticias/tarragona/2018/08/06/salud_incorpora_la_atencion_primaria_psicologos_psiquiatras_enfermeros_44584_1091.html

Planificar la formación de los profesionales

- **Planificar conjuntamente, entre Sanidad y Educación, las necesidades de profesionales.**
- **Reforzar la troncalidad durante la formación del médico especialista.**
- **Incorporar al currículum las habilidades transversales: humanización, gestión, etc.**

La formación de especialistas en España ha sufrido pocos cambios a lo largo de varias décadas, a diferencia de otros ámbitos; el sistema médico interno residente (MIR) ha sido considerado la joya de la formación de especialistas en España, ejemplo de equidad y buena capacitación a ojos de los países de nuestro entorno. Lo que ha ido cambiando con los años es el número de plazas convocadas en cada especialidad y su porcentaje sobre el número de aspirantes.

En España, el modelo Bolonia, en su aplicación a la medicina, ha generado un gran debate que desgraciadamente se ha centrado más en los temas estructurales de grados y titulaciones que en los aspectos básicos de tipo educativo como la formación y evaluación por competencias. La formación de los profesionales debe incluir, al lado de la necesaria especialización clínica, enseñanzas en aspectos de los denominados *transversales, de humanización de la atención y calidad de servicio*, así como una perspectiva del sistema global y de los elementos básicos de gestión, innovación y emprendimiento que van a necesitar para poder desarrollar su vida profesional. Por ejemplo, en la prueba de acceso al MIR se tienen en cuenta solo los conocimientos. Las componentes de habilidades o aptitudes y actitudes, tan importantes en el trabajo de un médico en su día a día, no se tienen en cuenta. La rigidez de los exámenes MIR, EIR (para enfermería) y FIR (para farmacia) también limita, en gran medida, las posibles innovaciones curriculares que podrían incorporarse en las facultades.

Algunos centros que han tenido el “lujo” de poder diseñar un plan curricular desde cero (por ejemplo, Dell Medical School en Austin [Texas]), han tenido la posibilidad de alinear mejor la formación a los retos de los profesionales de salud y medicina de nuestro siglo.

Nuestro sistema de especializaciones, contrataciones, etc. es muy rígido. Hay que trabajar para **flexibilizar el sistema, con el fin de que pueda adaptarse mejor a las necesidades cambiantes** e inciertas de nuestro sistema de salud. En la actualidad, España cuenta con el sistema sanitario con el número más alto de especialidades del mundo⁷⁹.

El real decreto de troncalidad del 2014 que establecía la reforma del sistema MIR, con 24 meses de formación troncal común, las áreas de capacitación específicas y la reespecialización sufrió la oposición de estudiantes y diversas organizaciones sanitarias, y fue anulado, en el 2016, por el Tribunal Supremo, el cual no se pronunció sobre el texto legal, pero sí sobre la insuficiencia de la memoria económica que lo acompañaba. El nuevo real decreto que se está preparando desde el 2019 se ha visto paralizado por la COVID-19, pero se espera que pueda publicarse próximamente, y parece que incluirá una **formación más troncal común**, así como nuevas especialidades MIR. **Ello permitiría el reciclaje mediante cursos puente entre especialidades del mismo tronco, permitiendo un ajuste más fácil y rápido entre capacidad y demanda**, y las nuevas especialidades cubrirían las necesidades que han ido apareciendo en los últimos años. Entendemos que ambas actuaciones pueden ser complementarias y útiles.

⁷⁹ Ruiz-Tagle, J. (15 de noviembre del 2019). España tiene el sistema sanitario con más número de especialidades del mundo. *Gaceta Médica*. <https://gacetamedica.com/politica/espana-tiene-el-sistema-sanitario-con-mas-numero-de-especialidades-del-mundo-ky2320837/>

Es interesante repensar la tipificación del dispositivo universitario (pregrado, rotatorio), incorporando con mayor intensidad para esta fase curricular a la Atención Primaria y a los hospitales de primer nivel, pues son los más aptos para esta función, dejando los terciarios a la especialización compleja.

Las direcciones de los centros deben responsabilizarse de las prácticas curriculares y hay que encontrar la fórmula para que la universidad abone a los centros universitarios el coste adicional de tal actividad.

Otro de los puntos importantes en este ámbito es la **planificación de las plazas universitarias según las necesidades de profesionales a medio plazo**. Actualmente son muchas las voces que afirman que faltan médicos en el sistema, pero la realidad es que cada año hay un mayor número de licenciados en Medicina que no acceden a plazas de especialización, a pesar de aprobar el examen MIR.

En la última década se ha recurrido a la contratación de profesionales extracomunitarios para solucionar la mala previsión y un sistema sanitario poco flexible⁸⁰. Esto preocupa a algunos hospitales comarcales, en los que la falta de especialistas está siendo cubierta por médicos sin esa titulación y con experiencia limitada en aquellas por las que se les contrata. Posibles acciones en el corto o medio plazo incluyen el aumento de plazas MIR, un sistema de jubilación más flexible, reducir la burocracia y mejorar la autonomía para permitir a los médicos ser más resolutivos y adaptables, etc.

El número de facultativos que se jubila anticipadamente está creciendo, debido a la presión asistencial, especialmente en el ámbito de la Atención Primaria⁸¹. A esto se suma que, **en los próximos 15 años, se jubilará el 50% de los médicos del sistema público**, cuando la duración media de la formación de un médico especialista son 10 años. Esta situación requiere una **planificación conjunta entre el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Educación**, con el fin de decidir cuántas plazas deben ponerse a disposición de los candidatos a estudiar Medicina y en qué especialidades, con base en las necesidades detectadas de recursos a medio y largo plazo del sistema de salud (público y privado).

A este respecto, hemos de señalar que, en junio del 2018, el Congreso de los Diputados aprobó, con el soporte de todos los grupos parlamentarios, instar al Gobierno a solicitar un informe de *Análisis y propuestas para una gestión de profesionales acorde a los retos actuales y futuros del Sistema Nacional de Salud*⁸² y a la puesta en práctica de forma urgente de las medidas consensuadas por el grupo de trabajo creado. Entre los objetivos del informe se incluía abordar la organización y gestión del trabajo asistencial, la planificación, ordenación y formación de profesionales (clasificación, nuevas competencias, nuevas profesiones y especialidades, etc.), y la regulación jurídico-laboral del personal (selección, evaluación y progreso, condiciones de empleo y remuneración, y desarrollo de talento y conocimiento). Sin embargo, a la fecha de la publicación de este estudio, el citado análisis sigue sin haber sido realizado.

Consideramos que, más allá de un análisis puntual, sería conveniente **crear un observatorio o agencia española de profesionales sanitarios**, enfocada en identificar las necesidades de especialistas, oferta de plazas MIR y condiciones laborales. Ahondamos en este asunto más adelante, en el apartado "Reforzar la gobernanza del Sistema Nacional de Salud".

⁸⁰ Soler i Fàbregas, M., Camps-Fondevila, B., Serratusell-Miró, G. y Martín-Fumadó, C. (2018). La demografía médica en Barcelona: atender a los retos del futuro. *Medicina Clínica*, 152(10), 405-410. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.10.031>

⁸¹ Soler i Fàbregas, M., Camps-Fondevila, B., Serratusell-Miró, G. y Martín-Fumadó, C. (2020). Análisis de la jubilación médica en Barcelona. ¿Cansados de ejercer? *Medicina Clínica*, 154(10), 412-414. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2019.12.003>

⁸² Congreso de los Diputados (23 de mayo del 2018). *Boletín Oficial de las Cortes Generales*, serie D, 355.

Incentivar el desarrollo profesional

- **Diferenciar el desarrollo profesional con base en especialización clínica o gestión basada siempre en el talento.**
- **Flexibilizar la movilidad dentro de la carrera profesional (entre comunidades autónomas, entre lo público y lo privado, entre clínica y gestión).**
- **Incrementar progresivamente la remuneración con base en el valor, hasta converger con los países de nuestro entorno.**
- **Definir y desplegar el desarrollo profesional continuado y su evaluación.**
- **Promover el liderazgo clínico, involucrando más a los líderes en la gestión operativa de los procesos en los que intervienen.**

España cuenta con excelentes profesionales de alto nivel dedicados en exclusividad, en un gran porcentaje, a la actividad pública. El sector público está afrontando, en los puestos de liderazgo clínico, una renovación generacional y afrontando un proceso de feminización acelerado. De hecho, actualmente un 55% de los médicos son mujeres y esta proporción aumenta por debajo de los 40 años. El nivel académico requerido para acceder a los estudios universitarios de Medicina favorece la feminización de la profesión, ya que ellas llegan, en mayor proporción, con mejores notas a las pruebas de selectividad.

Tal como hemos visto en el diagnóstico, se constata una diferencia relevante entre los niveles salariales para los profesionales en España y los de los países de nuestro entorno. Una parte importante del argumento deriva de las acciones de contención de costes realizadas durante la crisis del 2010 y que todavía no se han revertido totalmente, pero existe otra parte provocada por la ineficiencia que provoca la definición de las tareas a realizar dentro del sistema sanitario y que hemos tratado en apartados anteriores. Los profesionales sanitarios, tanto facultativos como titulados en Enfermería, realizan tareas para las cuales están sobrecualificados y que en otros países de nuestro entorno son llevadas a cabo por técnicos asistenciales o personal de soporte administrativo. Ello conlleva una menor productividad y, posiblemente, la depresión de sueldos.

Es preciso **equiparar sus condiciones salariales a las de otros profesionales de similar cualificación en otros sectores de actividad y acercarla a las de los profesionales de la salud en otros países de nuestro entorno.** Un caso donde esto se hace evidente es el hospital transfronterizo de la Cerdanya, en la frontera con Francia, donde trabajan juntos profesionales españoles y franceses con diferencias notables en los salarios que perciben. La solución vendría de la mano de un incremento de las partidas dedicadas a salarios, que tienen enormes dificultades presupuestarias a pesar del acuerdo general de que es justo hacerlo, o de una reasignación de tareas centrando a los profesionales sanitarios en lo que son sus competencias exclusivas y liberándolos de otras que serán delegadas a la tecnología o a otras profesiones con un menor coste para el sistema. Por ejemplo, durante la presente pandemia, buena parte de la tarea de rastreo de pacientes no tiene por qué ser realizada por un médico. Aprovechando la renovación generacional que se producirá en pocos años, se puede redefinir el rol de los profesionales y, en consecuencia, su compensación, con un componente relacionado con su aportación de valor.

Somos conscientes de que estas propuestas no son fáciles de aplicar en el sistema actual, debido al corporativismo existente en todos los estamentos, que tiende a proteger el papel de cada uno y también especialmente en la parte estatutaria, donde prima el igualitarismo y no la valoración por méritos o el cumplimiento de objetivos clínicos o de valor.

Es por ello por lo que también proponemos la transformación en este aspecto. **Debe definirse una carrera profesional basada en el talento y en los méritos personales.** Tal como hemos comentado en la evolución del hospital, ha de diferenciarse entre la experiencia clínica del profesional y la capacidad de gestión del servicio / recursos humanos para lograr la mayor eficiencia y calidad de aquel. Hay que definir una carrera profesional para cada ámbito, permitiendo el cruce entre las líneas clínicas y de gestión, así como establecer cómo compatibilizar la carrera docente y asistencial con la de investigación.

A su vez, debe **flexibilizarse la libre circulación de profesionales sanitarios** dentro de una comunidad autónoma (pues, por ejemplo, entre centros públicos y concertados solo funciona en un sentido). También entre comunidades autónomas, permitiendo la portabilidad de la carrera profesional (la “mochila”) de una a otra con los mismos criterios, que podrían ser acordados por las sociedades científicas.

A nivel europeo existen grandes diferencias entre países en los procesos para garantizar a la ciudadanía que los profesionales médicos mantienen los estándares adecuados para el ejercicio de la profesión. Los procesos usados en diversos países incluyen el desarrollo profesional continuo (DPC o CPD, en sus siglas en inglés), y la educación médica continua (CME, en inglés). La mayoría de los países se enfocan en CPD/CME, pero Holanda exige también una revisión entre pares y un nivel mínimo de actividad, Bélgica incluye una revisión de quejas y el Reino Unido usa cuestionarios de colegas y pacientes. Una diferencia adicional en CPD/CME es si el sistema es implícito, con independencia de la autorregulación (responsabilidad del profesional para mantenerse al día) o explícito, con sistemas formales de control. En un estudio realizado en el 2014⁸³, de 10 países en la UE, España y Austria eran los de menor regulación.

En España, **la formación y el desarrollo de las competencias técnicas de los profesionales de la salud deben alinearse con la mejora de la calidad del sistema.** Según el artículo 40 de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, el desarrollo profesional constituye un aspecto básico en la modernización del SNS y se organiza en relación con los siguientes ámbitos: (a) la formación continuada, (b) la carrera profesional y (c) la evaluación de competencias.

En la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias se describe la formación continuada como el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, destinado a actualizar y mejorar sus conocimientos, habilidades y actitudes ante la evolución científica y tecnológica, así como las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario. Sin embargo, el DPC sigue sin estar desarrollado a nivel nacional y no hay pautas claras para que los profesionales puedan demostrar que están capacitados para seguir ejerciendo, si bien sí existen iniciativas en algunas comunidades autónomas. El DPC es esencial para la motivación profesional y el mantenimiento de la satisfacción en el trabajo. Por su parte, el desarrollo

⁸³ Solé, M., Panteli, D., Risso-Gill, I., Döring, N., Busse, R., McKee, M. y Legido-Quigley, H. (2014). How Do Medical Doctors in the European Union Demonstrate That They Continue to Meet Criteria for Registration and Licensing? *Clinical Medicine*, 14(6), 633-639. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.14-6-633>

profesional continuado individual (DPCi) es el compromiso y esfuerzo individual en mantener la competencia, y se evalúa con base en estándares de competencias elaborados por las sociedades científicas. El DPC ha estado incentivado en diversos países de formas diferentes: en Bélgica con un incremento salarial, en Noruega con una penalización de honorarios, en Italia mediante obligaciones contractuales entre la aseguradora y el centro, y en el Reino Unido con publicidad de los profesionales que cumplían los estándares.

Sin duda, los profesionales clínicos desempeñan un papel crítico en el éxito de las iniciativas de mejora del servicio de salud, y este éxito depende, en buena parte, de la existencia de equipos de atención efectivos y de una buena gestión de la operativa local, factores ambos en los que los profesionales clínicos ejercen influencia. Lamentablemente, pocos profesionales clínicos tienen acceso a elementos de autoridad como el control presupuestario de sus unidades, la capacidad de contratación, promoción y despido, etc. Diversos estudios publicados⁸⁴ sugieren que los profesionales clínicos desean jugar un papel de liderazgo más importante, pero sienten que no están preparados o empoderados para gestionar los cambios en su ámbito de actuación. Es preciso, por ello, promover en las carreras profesionales el liderazgo y la gestión de los profesionales clínicos que lo deseen y, después, empoderarlos para que puedan ejercer este rol.

Es también conveniente señalar que tenemos mucho que hacer con el resto de personal en los centros de atención del territorio. Siempre nos centramos en las limitaciones de los profesionales, pero invertimos aún mucho menos en otros roles que son también críticos en la provisión de la atención, como los de las personas que trabajan en el contexto sociosanitario y en residencias, ámbitos que también son muy deficitarios en educación, formación continuada e inversión en sus centros de trabajo.

Redefinir el rol de las oficinas de farmacia

- **Desarrollar nuevas capacidades de la oficina de farmacia dentro del sistema de salud.**

Uno de los muchos aprendizajes que nos ha dejado la COVID-19 ha sido el incremento del papel que han desempeñado las oficinas de farmacia. Diversos estudios⁸⁵ ilustran este hecho. Adicionalmente al papel de centro cercano de información de salud para pacientes, que durante la pandemia han realizado también telefónicamente, algunas farmacias han proporcionado atención farmacéutica domiciliaria, especialmente a los mayores de 65 años. Han proporcionado acceso a medicamentos de dispensación hospitalaria durante la pandemia, liberando a los pacientes de los grupos de riesgo de visitas innecesarias a los centros hospitalarios. También han colaborado con las autoridades en la detección de personas de estos grupos de riesgo que no estaban retirando su medicación, una señal clara de que podían necesitar ayuda.

El propio CGCOF ofrecía recientemente⁸⁶ sus cerca de 22.000 establecimientos y 54.000 profesionales, así como la capilaridad de sus establecimientos en la geografía española, para realizar tareas de colaboración con salud pública en cribado de la COVID-19, distribución de

⁸⁴ Bohmer, R. M. J. (18 de abril del 2013). Leading Clinicians and Clinicians Leading. *The New England Journal of Medicine*, 368(16), 1468-1470. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1301814>

⁸⁵ Véase, por ejemplo, GAD3 (14 de mayo del 2020). *Papel de la farmacia en la crisis del COVID-19*.

⁸⁶ Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (16 de diciembre del 2020). *Manifiesto urgente de la profesión farmacéutica: papel de la farmacia en la gestión de la lucha frente a la COVID-19* [comunicado de prensa]. <https://www.portalfarma.com/Profesionales/consejoinforma/Paginas/2020-manifiesto-urgente-profesion-farmaceutica.aspx>

vacunas, coordinación con la Atención Primaria, etc., siempre que tuvieran las instalaciones y la formación adecuadas. Entendemos que el aprovechamiento de estos recursos debe extenderse más allá de la pandemia asegurando, obviamente, los requerimientos de instalaciones y formación adecuados.

Parece evidente que en épocas normales no se ha estado aprovechando la capacidad de la red de farmacias existentes en España, que proporcionan una gran proximidad al ciudadano. Hemos de aprovechar el aprendizaje de la COVID-19 y la voluntad mostrada por el CGCOF⁸⁷ de **transformarse en más asistenciales, más digitales y sociales, para promover una mayor integración de esta red en el ecosistema de salud y social** de nuestro país. Proveer a las oficinas de farmacia de dispositivos de diagnóstico precoz puede ser una fuente de mejora en la prevención y en los cuidados; asimismo, cabría convertirlas en punto de recogida de datos, siendo la referencia para el paciente para hacer seguimiento de aplicaciones de telemedicina y reduciendo de carga de trabajo a la función pública, así como recuperar el papel de dispensador de medicamentos de alto coste con una remuneración específica, facilitando la descongestión de la farmacia hospitalaria y desarrollando el rol en la atención farmacéutica domiciliaria para los pacientes más vulnerables. Del mismo modo, podrían integrarse con los servicios sociales y ser parte de la asistencia integral a los pacientes frágiles, identificando necesidades de intervención precoz, y redefinirse el rol del farmacéutico como profesional de la salud integrado en equipos multidisciplinares en lo relacionado con determinantes de la salud como el tabaquismo. Estas funciones añadidas tendrían un impacto positivo no solo en la eficiencia del sistema, sino también en su sostenibilidad⁸⁸.

Existen, evidentemente, una serie de limitaciones y conflictos competenciales para que algunos de los servicios que proponemos puedan llevarse a cabo en las farmacias, ya que en estos momentos están asignados a la Atención Primaria y a la medicina comunitaria. Sin embargo, creemos que es necesario incorporar a las oficinas de farmacia en la redistribución de los papeles citados, en busca de la mejor eficiencia del sistema y el mejor servicio a los ciudadanos. Si los farmacéuticos actuales no están aún formados para ciertas funciones, es posible establecer un programa de formación destinado a cubrir las brechas existentes, pero dados los grandes retos del sistema no podemos desperdiciar ninguna posibilidad.

Mejorar la integración de las compañías farmacéuticas y de tecnologías médicas en el sistema de salud

- **Potenciar la implantación de prácticas de valor.**
- **Fomentar la compra pública de innovación.**

La aportación del sector de ciencias de la vida, que incluye la industria farmacéutica, la biotecnología y las compañías de tecnologías médicas es de una gran trascendencia en el ámbito de la salud y no debería ser tratada como un simple proveedor, no solo por su

⁸⁷ Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (s. f.). *Somos farmacéuticos* / Blog de campaña del Consejo General de Colegios Farmacéuticos. <http://somos.farmaceuticos.com> (Fecha de consulta: 25/10/2020).

⁸⁸ Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (22 de octubre del 2020). *SEFAC clausura el IX congreso nacional de farmacéuticos comunitarios, el primero virtual, superando todas las cifras de participación de ediciones anteriores* [Comunicado de prensa]. <https://www.sefac.org/notas-de-prensa/sefac-virtual-2020-rompe-todos-los-records>

peso específico en los presupuestos (alrededor del 15%⁸⁹ del gasto sanitario público), sino también por su importancia estratégica en un país, tanto en la creación de empleo cualificado como en el peso específico en la I+D, tanto propio como a través de la financiación de la investigación clínica hospitalaria y en la Atención Primaria.

Un porcentaje superior al 60% de las moléculas que se lanzarán en los próximos 5 años se corresponden con fármacos de alto valor terapéutico y elevado coste, tal como hemos señalado en el apartado del diagnóstico. Para este tipo de productos, ya existen experiencias tanto nacionales como internacionales de **pago por valor, basado habitualmente en la adherencia al tratamiento, la supervivencia o curación del paciente**, donde el ICO se configura como uno de los principales referentes en Europa. No obstante, este tipo de acuerdos se producen generalmente a nivel de centro hospitalario y de forma aislada, sin existir un acuerdo a nivel autonómico o nacional. Además, normalmente los resultados se obtienen a partir del análisis manual de las historias clínicas en cada hospital, con la consiguiente falta de transparencia entre el proveedor farmacéutico y el centro hospitalario.

La existencia de **una agencia nacional independiente de evaluación debería poner a disposición de todos los centros especializados una plataforma de RWE que automatizara la extracción y consolidación de los datos anonimizados por molécula e indicación**. Ello permitiría consolidar, a nivel nacional, un volumen de datos significativo para verificar los resultados obtenidos en el mundo real respecto al de los ensayos clínicos y, con base en los cuales, se estableció el precio de financiación. Este modelo, además de aportar mayor transparencia, eliminaría la actual carga de trabajo manual para las moléculas bajo este tipo de acuerdos.

Un ejemplo es la plataforma HSX de Guardtime, que dispone de un *Real World Data Engine* para obtener resultados agregados del uso de medicamentos, en el que una de sus aplicaciones es la evaluación de su efectividad (por indicación, combinaciones, etc.), facilitando la aplicación del pago por resultados, con transparencia para todos los agentes implicados. La plataforma facilita datos agregados a partir de bases de datos distribuidas, como pueden ser las historias clínicas de diferentes centros hospitalarios sin necesidad de exportar los datos de los sistemas origen. El hecho que la plataforma esté basada en KSI *blockchain* asegura el cumplimiento de la regulación sobre privacidad de los datos, así como su seguridad e integridad.

En este sentido, a finales del 2019, el SNS puso en marcha la iniciativa de VALTERMED⁹⁰, un sistema de información para determinar el valor terapéutico en la práctica clínica real de los medicamentos innovadores. Actualmente se gestionan siete principios activos a través de la plataforma, con la intención de incluir todos aquellos que generen incertidumbre clínica o financiera y que estarán sujetos a modelos de pago por resultados. El objetivo de la plataforma es disponer de información “real, objetiva, transparente y compartida” en el ámbito del SNS para mejorar la utilización del medicamento. En una primera etapa, la introducción de datos será manual por parte de los profesionales sanitarios, esperándose su automatización de cara al futuro. También se prevé que los pacientes puedan acceder a ella e, incluso, se les permita introducir datos relativos a su calidad de vida, con base en encuestas validadas.

⁸⁹ Rodríguez Blas, M. C. (2020). *Estadística de gasto sanitario público 2018: principales resultados*. Ministerio de Sanidad, 1-18. <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>

⁹⁰ Rodríguez, C. B. (22 de octubre del 2019). Valtermed echa a andar con 7 medicamentos y la vista puesta en el paciente como usuario del sistema. *Gaceta Médica*. <https://gacetamedica.com/newsletter/valtermed-echa-a-andar-con-7-medicamentos-y-la-vista-puesta-en-el-paciente-como-usuario-del-sistema-dk2286775/>

Por otra parte, son muchos los laboratorios farmacéuticos que, junto con sus nuevos productos, lanzan servicios que facilitan una mejor gestión de la enfermedad/medicación por parte del paciente, facilitando la adherencia al tratamiento. En muchos de estos casos pueden, incluso, proporcionar información al médico de la situación de la evolución del paciente entre visitas. Desde el SNS debe analizarse si esta es una política aceptada y si debería integrarse dicha información en la historia clínica extendida del paciente.

El Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, con el objetivo de dar un mejor servicio a los pacientes diabéticos, ha lanzado un proceso de compra innovadora para proveerse de una solución integral en lugar de un producto. En este proceso, en lugar de comprar solo las bombas de insulina, se busca la colaboración del proveedor con un servicio que incluye las bombas, las tiras reactivas y un sistema informático de monitorización a distancia. Los resultados de cada prueba están disponibles para los profesionales, para facilitar el control del estado de los pacientes. **Cuando existe una métrica clara**, como la hemoglobina glicosilada, **se puede incluir a toda la cadena de valor dentro del pago por resultados**.

Existen también iniciativas para hacerse cargo de un grupo de ciudadanos y responsabilizarse con una visión completa (*end to end*) de la gestión de una determina patología desde la prevención, el diagnóstico y el mejor tratamiento ajustado a su situación personal. Esto requiere nuevos modelos de pago y una integración del proveedor con el SNS.

A su vez, hay muchos ejemplos de compra pública innovadora (*value based procurement*), que tiene por objetivo incorporar criterios de resultados y satisfacción (*outcomes*) de los servicios o productos adquiridos por la Administración y pacientes. En otras palabras, no hay que limitar la valoración del servicio al resultado de la propia operación, sino al bienestar adicional obtenido por el paciente (mejora funcional y posibilidad de llevar una vida normal después del tratamiento). Por ejemplo, el acuerdo entre Medtronic y NOK (Nederlandse Obesitas Kliniek), en los Países Bajos, para la cirugía bariátrica, cubre siete pasos que incluyen información educativa, evaluación integral del paciente, atención previa, cirugía completa y recuperación, y seguimiento posterior a la atención durante un máximo de cuatro años.

En el plano nacional, también existen experiencias. En una de ellas, se adjudicó un contrato con el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau para el abordaje integral del procedimiento asistencial, mejorado con tecnologías digitales para pacientes con desfibriladores automáticos implantados, incluyendo la resincronización cardiaca. El objetivo para el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau era comprar resultados en salud en vez de adquirir dispositivos. El acuerdo incluyó aprovisionamiento, asistencia técnica, gestión de la actividad, Centro de Soporte al Seguimiento Remoto (CSSR), *apps* para pacientes y sistema de información.

De forma similar, se debe **potenciar la compra pública de innovación** (CPI, que a veces se denomina también *compra pública innovadora*, confundiendo con el concepto comentado anteriormente). La CPI es una **actuación administrativa de fomento de la innovación orientada a potenciar el desarrollo de soluciones innovadoras desde el lado de la demanda, a través del instrumento de la contratación pública** con pymes, emprendedores

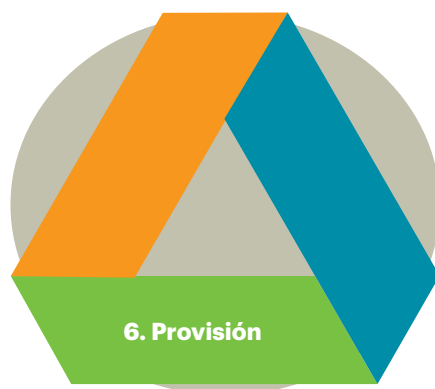
y resto de empresas que realicen una apuesta tecnológica; un contrato que la entidad pública pone a concurso, a fin de satisfacer una necesidad no cubierta mediante una solución innovadora. La CPI contempla entre sus objetivos⁹¹:

- La mejora de los servicios públicos mediante la incorporación de bienes o servicios innovadores.
- El fomento de la innovación empresarial.
- El impulso de la internacionalización de la innovación empleando el mercado público local como cliente de lanzamiento o referencia.

6. Provisión

Las propuestas dentro de este ámbito se enfocan en mejorar los siguientes objetivos definidos del sistema de salud, explicitados en el capítulo III:

- Sostenibilidad del sistema con especial énfasis en mejorar los recursos para proporcionar la atención sanitaria más adecuada (objetivo 2).
- Satisfacción del ciudadano/paciente (objetivo 3).



Fuente: Elaboración propia.

⁹¹ Ministerio de Sanidad (s. f.). *Compra pública de innovación*. <https://www.msbs.gob.es/ca/profesionales/innovacionSanitaria/compraPubInn.htm> (Fecha de consulta: 16/12/2020).

Fomentar la atención integrada

- **Crear un marco regulatorio y de financiación, que incentive la coordinación e integración de servicios (sanitarios, sociales y dependencia).**
- **Unificar, nuevamente bajo el Ministerio de Sanidad y las respectivas consejerías de las comunidades autónomas, las competencias perdidas en servicios sociales y dependencia para facilitar su coordinación e integración.**
- **Promover la creación de grupos integrados, que incluyan la Atención Primaria con múltiples especialidades de salud, hospitalaria y atención social, para trabajar juntos en la atención de una determinada población de pacientes.**
- **Facilitar enfoques innovadores a la contratación de servicios integrados.**
- **Incorporar las evaluaciones de los sistemas integrados a través de las agencias de medición de resultados.**

El concepto de *continuidad asistencial* se centra en asegurar la capacidad y la actuación del sistema sanitario, garantizando una transición coordinada del paciente entre los diferentes niveles sanitarios y/o sociales para la consecución de mejores resultados⁹². La continuidad asistencial es aplicable tanto en el ámbito de la Atención Primaria y hospitalaria como en la prevención, el diagnóstico, la terapéutica, la rehabilitación y la dependencia. Una opción propuesta es volver a **unificar, bajo el Ministerio de Salud y las respectivas consejerías de las comunidades autónomas, las competencias en servicios sociales y dependencia**, para facilitar su coordinación e integración. No obstante, la experiencia en el pasado, así como la de otros países, demuestra que para conseguir resultados no basta con una integración nominal, sino que requiere la definición de objetivos comunes y **crear un marco regulatorio y de financiación, que incentive la coordinación y la integración de servicios (sanitarios, sociales y dependencia)**. Ello debe permitir situar paciente en el centro de la atención, potenciando el cuidado en el domicilio siempre que sea posible. La integración entre servicios especializados (concretamente, geriátricos), profesionales multidisciplinares (por ejemplo, fisioterapeutas), Atención Primaria y recursos no sanitarios de la comunidad para realizar actividades preventivas en el territorio con personas de riesgo moderado (fragilidad inicial) permite abordar, de forma beneficiosa, perfiles de diferente complejidad.

Tal como se comentaba anteriormente en la sección dedicada a los hospitales, el sistema de salud debe proporcionar a los pacientes un servicio que no sea intermitente y fraccionado, sino continuo y coordinado, garantizando la activación de los diferentes recursos sanitarios y sociales, que respondan a las necesidades de las personas desde una ventanilla única como lo es la atención integrada.

En ciudades grandes (y en algunos otros entornos donde esto también tenga sentido), es posible pensar en los hospitales existentes (los públicos y privados que cualifiquen) como una red de centros de excelencia complementarios con solapamiento de servicios mínimo. Si hay poca distancia entre dos de estos centros, se debería buscar un acuerdo por el que cada uno

⁹² Humphries, R. y Curry, N. (marzo del 2011). *Integrating Health and Social Care: Where Next?* The King's Fund. https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/integrating-health-social-care-where-next-kings-fund-march-2011_0.pdf

de ellos sea excelente en un área de especialización y atienda a todos los pacientes de la zona, de manera que cada uno consiga, en su especialidad, un volumen suficiente para alcanzar la calidad de su oferta y la eficiencia en los tratamientos que tiene asignados, a la vez que se puedan eliminar duplicidades innecesarias de recursos. El trabajo en red de los centros permite mantener la coordinación pertinente para la provisión del continuo asistencial, mientras que permite a cada centro ofrecer aquello que tiene más sentido en cada momento, considerando la oferta de toda la red y la situación de cada centro.

Una buena continuidad asistencial mejora la realización de pruebas a tiempo, reduce los errores de medicación y concilia la medicación pautada por diversos especialistas, facilita la detección temprana de problemas, y en general, tiene un impacto positivo en el pronóstico del paciente y, por tanto, en el gasto sanitario. Existe ya cierta evidencia de sus buenos resultados⁹³. Adicionalmente⁹⁴, entre las expectativas de mayor relevancia para los pacientes están la accesibilidad del sistema y la continuidad en los cuidados. De hecho, la continuidad asistencial es clave para conseguir la centralidad en el paciente en la atención de salud, y su éxito se mide en todas las dimensiones del marco *triple aim*: mejora de la experiencia de la atención para el paciente, mejora de los resultados en salud y mayor efectividad de costes.

Para facilitar todo esto, se debería crear un marco regulatorio y de financiación, que propicie la coordinación e integración de servicios, por ejemplo, con incentivos financieros alineados entre diversos provisos, creando condiciones para una medicina más preventiva de actuación temprana.

Hay que **potenciar, a su vez, el trabajo multidisciplinario en equipo y en red**. La creación de los Código Ictus o Código Infarto que se han implantado en muchas comunidades autónomas son buenos ejemplos de éxito en las colaboraciones entre distintos agentes del sistema (neurólogos, Sistema de Emergencias Médicas [SEM], hospitales...) cuando los objetivos son claros y medibles.

Es necesario considerar la conveniencia de incorporar los conceptos de *estratificación de riesgos* y *salud poblacional*, con el fin de poder identificar aquellas personas más frágiles que requieren una atención más proactiva en el seguimiento de sus patologías, aplicando modelos más avanzados (e integrados) de atención. En diversas autonomías, se han creado rutas asistenciales para la atención de pacientes con patologías concretas, siendo la diabetes la más común. Por ejemplo, la gestión por Procesos Asistenciales Integrados (PAI) se inició en la Junta de Andalucía con el I Plan de Calidad. A través de esta estrategia, se pretende y consigue disminuir la variabilidad en las actuaciones clínicas, se reordenan los flujos de trabajo, se identifican las actuaciones que aportan valor añadido y se facilita la tarea de los profesionales, con el fin último de mejorar la calidad de la asistencia y la satisfacción de los ciudadanos con la atención recibida. Uno de los PAI es el de diabetes⁹⁵, realizado siguiendo el recorrido del paciente representando gráficamente: los profesionales que desarrollan la actividad (quién), el ámbito de actuación (dónde), la actividad o el servicio que se realiza (qué), sus características de calidad (cómo)

⁹³ Curry, N. y Ham, C. (2010). *Clinical and Service Integration*. The King's Fund; Ouwens, M., Wollersheim, H., Hermens, R. y Hulscher, M. E. J. L. (2005). Integrated Care Programs For Chronically Ill Patients: A Review of Systematic Reviews. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(2), 141-146. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzi016>

⁹⁴ Fan, V. S., Baurman, M., McDonell, M. B. y Fihn, S. D. (2005). Continuity of Care and Other Determinants of Patient Satisfaction With Primary Care. *Journal of General Internal Medicine*, 20(3), 226-233. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.40135.x> y Mira, J. J., Rodríguez-Marín, J., Peset, R., Ybarra, J., Pérez-Jover, V., Palazón, I. y Llorca, E. (2002). Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Revista de Calidad Asistencial* 17(5), 273-273. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(02\)77517-9](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(02)77517-9)

⁹⁵ Martínez, M. A., Aguilar, M., Candela, C., Cornejo, M., Fernández, C., Galán, C., Gómez, R., Hormigo, A., López, J. P., Mayoral, E., Ortega, C., Palomares, R., Picón, M. J., Ras, J., Regife, V., Ruiz, C. A. y Sanz, R. (2018). *Proceso asistencial integrado. Diabetes mellitus*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/diabetes_mellitus_2018_18_06_2018.pdf

y la secuencia lógica de su realización (cuándo), reflejándose en la hoja de ruta del paciente. De esta forma, se intenta proporcionar al paciente una atención sin brechas por parte de todos los profesionales que participan en ella.

Una forma de implementación de trabajo en red es lo que en el NHS del Reino Unido se identifica como *Integrated Care Systems* (ICS)⁹⁶, que reúnen a proveedores de servicios del NHS en un área geográfica determinada con autoridades locales y otros socios/agentes locales, al objeto de planificar e integrar la atención de forma que se satisfagan las necesidades de la población de dicha área, aunque formalmente no cuenten con ningún respaldo normativo. Lejos de ser una jerarquía tradicional, la organización en estos sistemas se asemeja más a un ecosistema con muchas conexiones e interdependencias entre las organizaciones, entidades y agentes en los diferentes niveles. Los mayores progresos se vinculan a sistemas que han priorizado fortalecer las relaciones de colaboración y confianza entre las organizaciones, agentes y sus líderes en el ámbito local, y que han destinado tiempo a definir un objetivo de trabajo compartido. En el NHS, los ICS —encargados de la continuidad asistencial de los pacientes en un área geográfica— son una parte esencial de la estrategia a largo plazo del sistema⁹⁷.

Chris Ham, director ejecutivo de The King's Fund entre el 2010 y el 2018, ya mencionaba, en el 2014, que era necesaria una transformación en la forma en que se proveía la atención: mayor énfasis en la prevención, más consistencia en la práctica en la Atención Primaria, que debe poder escalar sus servicios en una gestión en red con servicios intermedios; trabajo en red entre hospitales comarcales y hospitales terciarios, incremento de la atención domiciliaria con mayor soporte, además de, en general, una mayor integración entre los niveles de atención sanitaria y de estos con la parte social.

La continuidad de la atención es un ejemplo de actuación del sistema de salud, que depende de los distintos agentes del ecosistema y que no puede conseguirse sin ellos. Por esto, su consecución es tan difícil y, en muchas ocasiones, no se consigue la continuidad de principio a fin, sino que tan solo se logra mejorar en partes del viaje del paciente por el sistema. Entendemos que no se debe pensar en un todo o nada, sino que es preciso evolucionar aplicando conceptos, ideas, incentivos..., que favorezcan de forma repetida y continua la evolución hacia un mayor continuo asistencial.

En el Reino Unido, a partir del año 2012 se crearon las *Health and Wellbeing Boards* (HWB) en cada autoridad local, juntas con la responsabilidad de promover la integración. En mayo del 2013, se anunció el deseo de integrar la atención sanitaria y la social para el 2018, con un presupuesto de 4,2 millones de euros (al tipo de cambio del 2018 [1 GBP = 1,1092 EUR]) para el NHS y las autoridades locales. La intención actual es que todas las áreas tengan un sistema integrado en abril del 2021⁹⁸.

⁹⁶ Charles, A. (8 de abril del 2020). *Integrated Care Systems Explained: Making Sense of Systems, Places and Neighbourhoods*. The King's Fund. <https://www.kingsfund.org.uk/publications/integrated-care-systems-explained>

⁹⁷ Charles, A. (2020). *Integrated Care Systems Explained: Making Sense of Systems, Places and Neighbourhoods*. The King's Fund. <https://www.kingsfund.org.uk/publications/integrated-care-systems-explained>

⁹⁸ Parkin, E. (2019). *Health and Social Care Integration [briefing paper 7902]*. House of Commons Library.

Por su parte, Irlanda del Norte ha tenido una atención sanitaria y social integrada durante años⁹⁹. Aun cuando hay valoraciones diferentes de su efectividad, creemos interesante reflejar los puntos clave de su funcionamiento:

1. La integración en la prestación de servicios se logra principalmente a través de un enfoque de programa de atención, vía adquisición de recursos y asignación.
2. La gestión integrada interprofesional, lo que asegura que todas las profesiones son respetadas y tienen igual influencia.
3. Un sistema eficiente y diligente para la gestión de las altas hospitalarias, con un solo responsable del alta y de organizar la atención fuera del hospital.
4. La hegemonía de la salud se logró mantener, a pesar de buscar un balance, y permaneció como un problema, con tensiones entre los modelos médico y social de atención, incluso tras treinta años de vida de la estructura integrada.

En España, también existen muchas experiencias de integración, tal como ya se ha citado, bajo el nombre de *Organizaciones Sanitarias Integradas*¹⁰⁰ (OSI), que integran diversos niveles asistenciales de salud, pero no necesariamente los servicios o recursos sociales. Las OSI son redes de servicios de salud, que ofrecen una atención coordinada a través de un continuo de prestaciones de servicios de salud a una población determinada, y que se responsabilizan de los costes y resultados en salud de la población. En Cataluña, con un modelo de salud diferente de otras comunidades autónomas (SNS con diversificación en la titularidad de la provisión), han ido apareciendo progresivamente organizaciones de este tipo. Normalmente, son lideradas por un hospital al cual se le contrata la gestión de la Atención Primaria de un territorio y que se responsabiliza de cubrir una gama de servicios para la población de aquel territorio. También en el País Vasco¹⁰¹, la Organización Sanitaria Integrada Euzkerraldea-Enkarterri-Cruces (OSIEEC), que incluye el Hospital Universitario de Cruces y la atención primaria de su comarca, ha diseñado una estrategia de transformación, que busca pasar de “producir cuidados asistenciales” a “mejorar la salud de la población”. Sin embargo, en España son escasos los estudios realizados sobre integración de organizaciones sanitarias.

Hay diferencias significativas entre diversas OSI. Los elementos del entorno que influyen en su desarrollo y configuración son de carácter social, político y económico y, entre ellos, puede citarse la forma de asignación de recursos que utiliza el sistema de salud en que se encuentra insertada. En el ámbito interno, se consideran el modelo de gobierno, el modelo organizativo y de gestión, la cultura organizativa y el liderazgo. El desempeño global de la OSI depende de la interacción de los elementos internos y externos, en relación con la consecución de las estrategias globales, la eficiencia y la coordinación asistencial.

Entendemos que debe **promoverse la creación de grupos integrados** —que incluyan atención primaria, múltiples especialidades de salud y atención social—, que puedan **trabajar juntos en la atención de una determinada población de pacientes**. Para ello, **es preciso desarrollar enfoques innovadores a la contratación** de estos servicios integrados, siempre facilitando el continuo asistencial.

⁹⁹ Heenan, D. y Birrell, D. (2006). The Integration of Health and Social Care: The Lessons From Northern Ireland. *Social Policy & Administration*. 40(1), 47–66. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2006.00476.x>

¹⁰⁰ Vázquez Navarrete, M. L. y Vargas Lorenzo, I. (2009). *Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos*. Consorci Hospitalari de Catalunya.

¹⁰¹ Rabanal, S. (2020). Medicina basada en el valor: vector de la innovación y mejora de cuidados en J. M. Fernández Díaz (Ed.) *Innovación sanitaria para salir reforzados de la crisis de la COVID-19* (pp. 93-103). <https://www.hiris.care/noticias/invertir-en-salud-reforzar-la-investigacion-biomedica-y-fortalecer-las-industrias-sanitarias-llaves-para-salir-de-la-crisis/>

Cabe destacar que las reformas para aumentar la capacidad de elección por parte de los pacientes y la competencia en el sistema pueden actuar de barreras en el desarrollo de una continuidad efectiva a través de la creación de OSI. Sin embargo, la competencia puede ser promovida dentro de los grupos integrados mediante el *benchmarking* de resultados y la contratación por valor, mientras que la elección por parte de los ciudadanos se realiza entre estos grupos¹⁰².

Uno de los principales retos de la asistencia a las personas mayores es la necesidad de funcionamiento coordinado de los recursos sanitarios y sociales para su correcta utilización en función de las necesidades de los pacientes y de sus familias. Es imprescindible que, para cada ámbito territorial o área de influencia, los profesionales de los diferentes servicios conozcan cada uno de los recursos disponibles y sus posibilidades, y establezcan protocolos consensuados que garanticen el flujo de pacientes entre niveles y servicios. Ello deberá redundar en una mejor percepción de la calidad de la asistencia, así como en una mayor eficiencia en el uso de los recursos. También ayudaría el establecimiento de un sistema de información compartido por los sistemas sanitarios y sociales.

Los servicios de salud y asistencia social se han financiado, administrado y accedido tradicionalmente por separado. En general, la salud se ha proporcionado de forma gratuita a través del SNS, mientras que las autoridades autónomas, provinciales y locales han proporcionado asistencia social, siendo esta complementada con una red de centros privados.

Como resultado de las tendencias demográficas, incluido el envejecimiento de la población, un número cada vez mayor de personas necesita el apoyo conjunto de los servicios de **asistencia sanitaria y social. Estos pacientes pueden ser mal atendidos por el modelo tradicional de separación entre atención sanitaria y social. Al integrar los dos servicios, el paciente puede situarse en el centro de la atención, potenciando el cuidado en el domicilio siempre que sea posible.** En momentos de crisis de salud/descompensación, los modelos de hospitalización a domicilio son buenos complementos de la atención domiciliar de Atención Primaria¹⁰³. Del mismo modo, en el ámbito de la prevención, tiene sentido la integración entre servicios especializados (concretamente, geriátricos), profesionales multidisciplinares (por ejemplo, fisioterapeutas), Atención Primaria y recursos no sanitarios de la comunidad para realizar actividades preventivas en el territorio con personas de riesgo moderado (fragilidad inicial) permite abordar de forma beneficiosa perfiles de diferente complejidad, tal como se refleja en el proyecto +AGIL Barcelona¹⁰⁴. Además de mejorar la experiencia del paciente, se argumenta también que la integración puede ahorrar dinero, al reducir las admisiones hospitalarias de emergencia y las demoras en las altas. **Esto es particularmente significativo a la luz de las presiones de financiación actuales.**

Al analizar el continuo salud–autonomía–dependencia en la mayoría de las comunidades autónomas, se observa una desconexión evidente entre los ámbitos sanitarios y sociosanitarios, aun cuando ambos están bajo el paraguas del concepto *salud*. De hecho, incluso las responsabilidades en materia social están divididas en diversos niveles, con áreas geográficas y en redes no conectadas, con presupuestos municipales para algunas cosas, provinciales o autonómicos para otras, etc. En países como Finlandia, donde las estructuras sociales y sanitarias están situadas al mismo nivel que la dependencia, se favorece una mayor coordinación¹⁰⁵.

¹⁰² Hawkins, L. (2011) *Can Competition and Integration Co-Exist in a Reformed NHS?* The King's Fund.

¹⁰³ Mas, M. À., Inzitari, M., Sabaté, S., Santaegúenia, S. J. y Miralles, R. (2017). Hospital-at-Home Integrated Care Programme for the Management of Disabling Health Crises in Older Patients: Comparison with Bed-Based Intermediate Care. *Age and Ageing*, 46(6), 925–931. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx099>

¹⁰⁴ Pérez, L. M., Enfedaque-Montes, M. B., Cesari, M., Soto-Bagaría, L., Gual, N., Burbano, M. P., Tarazona-Santabalbina, F. J., Casas, R. M., Díaz, F., Martín, E., Gómez, A., Orfila, F. y Inzitari, M. (2019). A Community Program of Integrated Care for Frail Older Adults: +AGIL Barcelona. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 23(8), 710–716. <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1244-4>

¹⁰⁵ Keskimäki, I., Sinervo, T. y Koivisto, J. (2018). Integrating Health and Social Services in Finland: Regional and Local Initiatives to Coordinate Care. *Public Health Panorama*, 4(4), 679–687.

https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/389666/php-4-4-pp1-eng.pdf

El espacio sociosanitario tiene diversas manifestaciones en las diferentes comunidades autónomas, si bien está formado por un conjunto de prestaciones que, según su contenido, pueden estar ubicadas en el ámbito:

- Sanitario: atención intermedia¹⁰⁶ (procedimientos de tiempo limitado enfocados en asegurar la continuidad y calidad de la salud, promover la recuperación de pacientes en el proceso de traslado del hospital al domicilio o residencia de larga duración), convalecencia, cuidados paliativos y larga estancia compleja.
- Social: larga estancia convencional y centros de día, que puede incorporar recursos de soporte a la autonomía de las personas en su vida diaria.

Al respecto, creemos que la integración en las consejerías de salud de la red de atención de larga estancia tiene sentido, aunque el nivel de medicalización de los centros pueda ser muy diferente, en función de las necesidades de los residentes. La integración de ambos ámbitos en un modelo de salud cubre las necesidades de las personas tanto en el ámbito de la fragilidad respecto a los recursos como las necesidades sanitarias en el ámbito residencial.

La pandemia ha puesto de manifiesto, una vez más, la importancia de la integración de la atención social y la sanitaria. **La atención sanitaria de los centros sociosanitarios y de atención a la dependencia debe ser responsabilidad de la Atención Primaria.** Ello puede incluso llevar a ubicar los servicios sociales municipales en lo tocante a la salud, en el mismo espacio físico que los centros de Atención Primaria, integrando a los trabajadores sociales adscritos.

No existe un modelo único de éxito en atención integrada de servicios sociosanitarios en el ámbito comunitario. Entre los modelos más exitosos, normalmente se citan el Buurtzorg en Holanda y el Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) en Estados Unidos. Según el Dr. Marco Inzitari, tras el análisis de modelos (con éxito o fracaso) de atención integrada y gestión de la asistencia para personas mayores con problemas crónicos, hay cinco claves de éxito:

1. La selección de la población, (por ejemplo, personas con demencia), en donde la integración de un abordaje especializado, al lado de Primaria, podría ser superior al habitual exclusivo por parte de Atención Primaria.
2. Gestión directa de los pacientes, no como consultores.
3. Gestión integral y ventanilla única, incluyendo integración de servicios y niveles de atención.
4. Integración social y sanitaria, donde el equipo puede activar directamente servicios complementarios.
5. Apoyo por parte del sistema de reembolso, de manera que el sistema de pago favorece la integración, por ejemplo, mediante pago capitolativo ajustado.

¹⁰⁶ Sezgin, D., O’Caoimh, R., O’Donovan, M. R., Salem, M. A., Kennelly, S., Samaniego, L. L., Carda, C. A., Rodriguez-Acuña, R., Inzitari, M., Hammar, T., Holditch, C., Bettger, J. P., Vernon, M., Carroll, A., Gradinger, Perman, F., Wilson, M., Vella, A., Cherubini, A., Tucker, H., ... y European Union Advantage Joint Action Work Package 7 Partners In Collaboration With the International Foundation for Integrated Care Special Interest Group on Intermediate Care (2020). Defining the Characteristics of Intermediate Care Models Including Transitional Care: An International Delphi Study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 32(11), 2399–2410. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01579-z>

La integración/coordinación de todos los centros de provisión en un determinado territorio permite tener más presente la visión poblacional y territorial. La identificación de la necesidad prima sobre la atención y esta supera la simple asistencia, favoreciendo el continuo y el ejercicio de la atención donde esta sea más coste efectiva. Para poder detectarlo, hay que incorporar las evaluaciones de los sistemas integrados de forma similar a la de los otros centros, a través de las agencias de evaluación de resultados como una agencia de calidad asistencial, propuesta en el apartado "Refuerzo de la gobernanza del Sistema Nacional de Salud". **La valoración transparente de los resultados permitirá comparar la eficacia entre sistemas, promover las buenas prácticas y reducir la variabilidad no deseada.**

7. Ecosistema

Las propuestas dentro de este ámbito tienen su foco en mejorar los siguientes objetivos definidos del sistema de salud, explicitados en el capítulo III:

- Salud de la población (objetivo 1).
- Sostenibilidad del sistema, con especial énfasis en mejorar los recursos para proporcionar la atención sanitaria más adecuada (objetivo 2).
- Docencia, investigación e innovación (objetivo 5).
- Motor de creación de riqueza (objetivo 6).



Fuente: Elaboración propia.

Reforzar la gobernanza del Sistema Nacional de Salud

- **Potenciar el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, como un verdadero órgano coordinador de carácter federal para la toma de decisiones.**
- **Potenciar las agencias públicas adscritas al Ministerio de Sanidad con la participación de las comunidades autónomas, siguiendo un modelo federal.**
- **Crear la agencia de calidad asistencial de carácter federal e independiente, que fomente la transparencia y la comparación de resultados (clínicos, PROM/PREM y costes) entre centros asistenciales y comunidades autónomas.**
- **Reforzar la RedETS para convertirla en el HispaNICE.**
- **Constituir la agencia española de profesionales sanitarios, con foco en la necesidad de especialistas, oferta de plazas MIR y condiciones laborales.**

El concepto de *gobernanza* se utiliza de muchas maneras y adquiere diversos significados, aunque parece existir un acuerdo en referirse a la puesta en práctica de estilos de gobernar entre los sectores público y privado. También engloba el concepto de *stewardship*, o *rectoría del sistema*, incluido por la OMS¹⁰⁷ en el *Informe sobre la salud en el mundo 2000*, entre las cuatro funciones principales de los sistemas de salud, junto con el financiamiento, la generación de recursos y la prestación de servicios. La OMS caracteriza la rectoría en términos de las funciones asumidas por los Gobiernos nacionales, según las orientaciones de los objetivos de la política sanitaria, e incluye¹⁰⁸:

1. Definir la visión de salud y estrategias y políticas para lograr una mejor salud.
2. Ejercer influencia en todos los sectores y promover la mejora en salud.
3. Asegurar un buen gobierno de las instituciones, apoyando el logro de las metas del sistema de salud.
4. Garantizar la alineación del diseño del sistema con los objetivos del sistema de salud.
5. Hacer uso de instrumentos legales, regulatorios y de políticas para dirigir el desempeño del sistema de salud.
6. Recopilar, difundir y aplicar información de salud y evidencias de investigación apropiadas.

El ámbito de la salud está estructurado de forma realmente federal, donde las comunidades autónomas gestionan el 92% de los recursos. Las competencias del Ministerio de Sanidad se centran actualmente en la aprobación de medicamentos y la sanidad exterior, con una capacidad de alta inspección. Por su parte, el Gobierno de España fija, mediante acuerdo con las comunidades autónomas, el sistema de financiación autonómica en el que se incluye la sanidad.

¹⁰⁷ Saltman, R. B. y Ferroussier-Davis, (2000). The Concept of Stewardship in Health Policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 732-739.

¹⁰⁸ Veillard, J. H., Brown, A. D., Barış, E., Permanand, G. y Klazinga, N. S. (2011). Health System Stewardship of National Health Ministries in the WHO European Region: Concepts, Functions and Assessment Framework. *Health Policy*, 103(2-3), 191-199.

La aceptación de la realidad de la existencia de 17 sistemas de salud, que pretenden ser cada uno de ellos autosuficientes, sin al menos un mecanismo de respuesta eficaz ante problemas globales excepcionales, debe ser revisada. Tal vez no solo ante la eventualidad de la pandemia de la COVID-19, sino también en el funcionamiento basal del SNS. No se trata de cuestionar la acertada estrategia de acercar la solución de los problemas donde estos se producen ni de recentralizar competencias, sino de disponer de los mecanismos de gobernanza y coordinación adecuados para hacer el sistema más eficaz y que cumpla con las funciones recogidas en los párrafos anteriores.

Creemos que hay que potenciar las colaboraciones entre comunidades autónomas y a nivel estatal, para mejorar los servicios a todos los ciudadanos. Por ello, proponemos las siguientes actuaciones:

- **Potenciación del Consejo Interterritorial de Salud** para actuar como verdadero órgano coordinador. Este debe ser entendido como un organismo federal, que permita capacidad de iniciativa tanto por parte del Ministerio como de las comunidades autónomas. Es necesaria la descentralización de sus estructuras, permitiendo la federalización de la toma de decisiones y una mayor capacidad cooperativa.
- **Potenciación de las agencias públicas adscritas al Ministerio de Sanidad:** creación de un organismo de salud pública y control de enfermedades, recuperación de la Agencia de Seguridad Alimentaria y Nutrición bajo el control del Ministerio de Sanidad, y que exista otra sobre digitalización y transformación de la sanidad. Participación, en todas ellas, de las comunidades autónomas a nivel de “socios” y no solo de “informados”, siguiendo el modelo federal propuesto.
- **Creación de una agencia de calidad asistencial.** Durante la pandemia, se ha demostrado la falta de información homogénea entre todas las Administraciones del Estado. Es necesario progresar en la adopción de estándares comunes a todas ellas, que faciliten la recogida y agregación de información. Para ello, debería crearse una agencia de calidad asistencial de carácter federal e independiente, que **fomente la transparencia y la comparación de resultados** entre centros asistenciales y las comunidades autónomas, **incluyendo resultados clínicos, PROM, PREM y costes asociados**. Esto requerirá la elaboración de estándares de información aceptados por todas las comunidades autónomas, a fin de disponer de información comparable e identificar las mejores prácticas a nivel nacional. El National Institute for Health and Care Excellence (NICE)¹⁰⁹, en el Reino Unido, lleva a cabo parte de esta labor, pero también es realizada por otras organizaciones como el Healthcare Quality Improvement Partnership¹¹⁰ y Getting It Right First Time¹¹¹, cuya misión es la ejecución de comparaciones estandarizadas para identificar las mejores prácticas, determinar las rutas clínicas (*pathways*) y eliminar la variabilidad no deseada. Esta información, que debe publicarse con rapidez para que sea realmente útil, permite a los pacientes ejercer su opción de elección, y a los proveedores, fijarse objetivos de mejora, con base en los que lo hacen mejor que ellos.

¹⁰⁹ The National Institute for Health and Care Excellence (2021). *NICE | The National Institute for Health and Care Excellence*. <https://www.nice.org.uk/>

¹¹⁰ Healthcare Quality Improvement Partnership (s. f.). *HQIP – Healthcare Quality Improvement Partnership*. <https://www.hqip.org.uk/> (Fecha de consulta: 16/12/2020)

¹¹¹ Getting It Right First Time (s. f.). *Getting It Right First Time – GIRFT*. <https://www.gettingitrightfirsttime.co.uk/> (Fecha de consulta: 16/12/2020).

- **Refuerzo de la RedETS**, para que elabore informes de evaluación vinculantes con el objetivo de introducir nuevas terapias de alto coste y reforzar la evaluación de resultados posintroducción (RWE) y, consecuentemente, las propuestas de exclusión de la provisión para los medicamentos que ya no son necesarios. Dicha agencia debería seguir integrando a todas las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias ya existentes y ampliar su colaboración con la AEMPS, **creándose un organismo como el HispaNICE**, replicando el existente en el NHS del Reino Unido, tal como han propuesto diferentes entidades de nuestro país. Estudiar la conveniencia o no de que esta agencia y la propuesta en el punto anterior puedan integrarse en una sola.
- **Creación de una agencia española de profesionales sanitarios**, que disponga de una visión demográfica en lo tocante a la sanidad, con el fin de establecer unas pautas comunes y unos niveles comparativos para conocer el grado real de necesidad de especialistas por comunidad autónoma. Con esto, el replanteamiento de las plazas MIR y la contratación de especialistas basados en necesidades reales se puede llevar a cabo en línea a lo discutido en el apartado de formación de profesionales sanitarios.
- **Mayor participación de las comunidades autónomas en los órganos de gobierno** y en los procedimientos de toma de decisiones **de la AMPS**.

Potenciar la salud pública

- **Establecer una estrategia común conjunta con medio ambiente/cambio climático, salud humana y sanidad animal: concepto de *Una salud*.**
- **Desarrollar la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, y un modelo de gobernanza a nivel autonómico y nacional, así como la creación de un Centro Estatal de Salud Pública con suficientes competencias y recursos.**
- **Fijar indicadores de alarma y seguimiento estandarizados a nivel nacional, con umbrales de riesgo y actuaciones comunes a todas las comunidades autónomas.**

En un modelo de salud, que no de sanidad, la salud pública es clave para asegurar la salud de los ciudadanos. Durante mucho tiempo, la salud pública ha sido la gran olvidada, hasta convertirse en actualidad con la pandemia de la COVID-19.

El SARS-CoV-2 (COVID-19) ha puesto más de relevancia si cabe el concepto de *Una salud (One Health)*, según el cual la salud no está circunscrita únicamente a las personas. La salud humana y la sanidad animal son interdependientes, y están íntimamente ligadas al ecosistema en el que vivimos. Situaciones vividas anteriormente tales como el naufragio del petrolero Prestige, y su relación en la contaminación de las aguas y alimentos, los niveles de contaminación del aire y su relación con enfermedades respiratorias¹¹², o la pandemia de la gripe A (H1N1) o la gripe porcina son algunos de los ejemplos que ilustran la importancia de mejorar la calidad y salubridad del medio ambiente y los animales que nos rodean.

¹¹² Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (s. f.). *Salud y medio ambiente*. <https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/medioAmbiente/home2.htm> (Fecha de consulta: 16/12/2020).

Para mejorar los indicadores de calidad y asegurar la salud de las personas, sería interesante establecer una estrategia común con la Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral, así como también con el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, con el fin de desarrollar una legislación de salud pública que englobe el aspecto medioambiental, animal y humano (*Una salud*).

Debe desarrollarse la legislación autonómica en materia de salud pública, así como la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

La visión poblacional, la epidemiología y la salud pública han de renovar su importancia en el nuevo modelo de salud tanto a nivel asistencial como de I+D+i. Hemos de explotar las posibilidades de la gestión integrada de todos los dispositivos de salud en un determinado territorio, pasando de un modelo fraccionado —que gira alrededor del individuo— a otro que razona en términos de comunidad. Además, debemos superar uno centrado en la enfermedad a otro focalizado en la prevención y la promoción de la salud.

La Agencia de Salud Pública ha de tener un estatus y una gobernanza independientes, coordinándose de manera efectiva con todos aquellos entes con los que comparte responsabilidades, así como disponer de cobertura jurídica que permita su liderazgo ante contingencias graves. Asimismo, después de la experiencia de la COVID-19, es necesario establecer indicadores de alarma y seguimiento estandarizados a nivel nacional, con umbrales de riesgo y actuación comunes a todas las comunidades autónomas.

Profesionalizar la investigación: nueva concepción de la I+D

- **Incrementar (y ejecutar) la inversión en I+D hasta alcanzar el objetivo marcado por la UE.**
- **Racionalizar la I+D, circunscribiéndola a equipos profesionalizados en red ubicados en centros de excelencia (hospitales, centros de investigación...).**
- **Establecer un marco metodológico, que incorpore desde su inicio cómo se medirán los resultados y su transferencia e industrialización (posible patente).**
- **Potenciar la I+D dentro de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y su relación con la ley de mecenazgo, potenciando la colaboración público-privada.**

La función esencial de los profesionales sanitarios es la mejora de la salud de la población, principalmente mediante la aplicación de su experiencia y conocimientos en sus actividades asistenciales. Sin embargo, debemos plantearnos de dónde salen estos conocimientos, y la respuesta es de la investigación de estos propios profesionales, de la industria farmacéutica, etc. Para desarrollar la investigación, necesitamos apostar por el desarrollo del talento propio en universidades, centros de investigación y hospitales, y en la atracción del talento internacional (posiblemente, mediante la reincorporación del talento español que emigró a otros países).

Para ello, habrá que convertir nuestros centros en lugares atractivos para la investigación, dotar a esta investigación de financiación adecuada y asegurar que está bien priorizada, enfocada y coordinada para evitar concentraciones que reducen la eficacia (océanos rojos), por un lado, y áreas en las que nadie investiga (espacios blancos), por otro. En la utilización de los fondos limitados de investigación, deberemos asegurar que existen unos objetivos alineados con las necesidades de salud, y una evaluación posterior del impacto que ha tenido y de su capacidad traslacional de los resultados al sistema. Un estudio del Observatorio Social de “la Caixa” en el 2017¹¹³ apunta importantes desajustes entre esfuerzo y necesidades.

Los actuales sistemas de evaluación de la carrera profesional ponen mucho énfasis en la investigación, posiblemente porque la calidad asistencial a un profesional se le presupone, no se cuestiona, y como hemos discutido en otras secciones de este estudio, no se mide, mientras que la de investigación es más fácil de cuantificar. En la investigación, se privilegia la visibilidad científica (por ejemplo, la publicación en revistas especializadas de primer nivel), lo cual puede estar evitando que el conocimiento resultante sea de difícil aplicación.

La investigación se ha convertido para los profesionales en un elemento de prestigio y la persecución del factor de impacto no debe ser el objetivo último, sino su traslación a la asistencia, que es la razón de ser última de su profesión. En el espíritu de transparencia, sería conveniente que hubiera un desglose de los presupuestos de las unidades asistenciales tanto en ingresos como en gastos entre asistencia, docencia e investigación, y de forma similar de los tiempos de los profesionales dedicados a cada una de estas actividades, ya que en muchos centros no se distingue claramente de los recursos asistenciales, a pesar de los avances en el *compliance*, en lo relativo a los ensayos clínicos.

Para sacar un mayor fruto del esfuerzo que se realiza, sería necesario integrar todo ello en planes estratégicos de I+D+i (nacionales y de las comunidades autónomas) para evitar la dispersión de la investigación con el mero objetivo de currículum, focalizándola desde la perspectiva traslacional a los resultados de salud, que es lo que demanda a partir de una pregunta clínica y comercializando sus hallazgos cuando sea posible. Tal como mencionaremos más adelante en el apartado “Promover la Salud como motor económico”, también en investigación e innovación hay experiencias de clústeres de éxito en generación de valor social y económico; por ejemplo, el que se sitúa alrededor de Boston (Massachusetts [Estados Unidos]), y el de Israel, más reciente.

Pese a los esfuerzos de dotar de racionalidad la multiplicidad de institutos de investigación creados a lo largo y lo ancho del Estado, su trabajo en red es muy limitado y la investigación para currículum, o duplicada o triplicada sigue siendo mayoritaria y con unas bases metodológicas mejorables. Igual que hemos apuntado en otras secciones, antes de pedir un mayor financiamiento (que, aunque es necesario, será difícil de conseguir), es esencial asegurar que disponemos de las herramientas y competencias para asegurar que los fondos existentes se usan adecuadamente. En esta misma línea, una digitalización de datos en el sistema de salud (resultados, actividades, costes, etc.) y su disponibilidad para investigación (en formato anonimizado) facilitaría la eficiencia de muchas investigaciones.

Tampoco han sido fáciles las alianzas con las universidades —donde esta investigación básica para generar conocimiento debería llevarse a cabo mayoritariamente— ni tampoco lo ha sido la traducción de este conocimiento a resultados de salud, y mucho menos en generación

¹¹³ Ràfols, I. y Yegros, A. (marzo del 2017). ¿Responde la investigación a las necesidades de salud? *Observatorio Social de “la Caixa”*. <https://observatoriosociallacaixa.org/-/responde-la-investigacion-a-las-necesidades-de-salud> (Fecha de consulta: 8/11/2020).

de patentes o en la comercialización de los hallazgos, como ha quedado establecido en el diagnóstico. En línea a lo que ya comentábamos en la formación de los profesionales, se echa en falta un espíritu emprendedor para conseguir con éxito la última milla, que haga la investigación útil y rentable.

Debe promoverse una **racionalización del I+D, circunscribiéndolo a equipos profesionalizados en red, a partir de la idea de que el perfil asistencial no es coincidente por definición con el docente e investigador**, sobre todo cuando ponemos el foco en la investigación básica, que se orienta a la búsqueda del conocimiento. También hay que **dar la importancia que le corresponde a la investigación clínica, la epidemiológica y la de servicios de salud**, hoy considerada de segunda división frente a la de factor de impacto.

En nuestro sistema de salud, hay grandes “fugas” de conocimiento, que podrían aprovecharse mejor, desde el conocimiento científico desarrollado en algunas investigaciones que no acaba publicándose, a la mala gestión de las evidencias que no se traducen en modificación de prácticas asistenciales, hasta la falta de recogida de datos de la experiencia asistencial para transformarla en nueva evidencia. Todas estas “pérdidas” tienen un impacto negativo en la calidad de la asistencia que se presta al paciente.

Así, debería ponerse el énfasis en la obligación de todos los profesionales de aplicar el método científico de actuación clínica, extendiéndola a procesos, procedimientos y técnicas; **separar la creación de procesos para la explotación del conocimiento ya existente** (donde la innovación puede aplicarse en la promoción de la eficiencia) **de la mejora exploratoria de nuevos conocimientos**, y potenciar y mantener lo que se denomina la *capacidad ambidiestra* de los profesionales: la **explotación** eficiente y efectiva de los conocimientos adquiridos en los que hay evidencia de su beneficio con la **exploración** de nuevos conocimientos.

España invierte actualmente el 1,24% de su PIB en I+D, situándose lejos de la media de la UE-28 (2,12%) en el 2018 y lejos del objetivo del 3% de la UE para el 2020. Tampoco la situación de Europa en el mapa mundial de la investigación médica ya no es lo que había sido. **Es necesario un plan para alcanzar, como mínimo, la media de la UE y específico para el sector salud.**

Un aspecto a tener en cuenta y que podría permitir fortalecer de forma sistémica estas iniciativas sería una mejora en la fiscalidad, mediante la introducción de modificaciones legislativas que favorezcan el mecenazgo privado. Entre estas medidas deberían considerarse:

- Otorgar plena **seguridad jurídica a las Agrupaciones de Interés Económico (AIE), para financiar actividades de I+D con recursos privados.**
- **Promover un cambio normativo, para que se pueda alcanzar la monetización de deducciones fiscales por actividades de I+D**, sin necesidad de utilizar estructuras de tipo AIE. Este cambio permitiría a un inversor privado participar en la financiación de proyectos de investigación, donde las deducciones fiscales ya representarían unas primeras ganancias, independientemente del resultado de la investigación.

¹¹⁴ La introducción a esta sección se apoya en la investigación realizada en el Centro para la Investigación en la Gestión de la Innovación en el Sector Sanitario (CRHIM). Ribera, J. Rosenmöller, M. y Borrás, P. (2013). *InnPACT - Marco conceptual para la evaluación de la innovación sanitaria*. CRHIM.

¹¹⁵ Omachonu, V. K. y Einspruch, N. G. (2010). Innovation in Healthcare Delivery Systems: A Conceptual Framework. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 15(1), 1-20.

- **Proponer una modificación progresiva de la Ley 49/2002, de 23 de diciembre, de régimen fiscal de las entidades sin fines lucrativos y de los incentivos fiscales al mecenazgo.** Por ello, sugerimos que la ley se modifique con un aumento inicial de la desgravación de la donación hasta el 50%, que en un plazo razonable podría alcanzar el valor francés del 66%, y una ampliación del límite sobre la base del 10% actual al 20%, que prevalece en Francia.

Escalar la innovación

- **Establecer bancos de innovación y mejores prácticas como repositorio de conocimiento (no reinventar la rueda) e incentivar su utilización.**
- **Fomentar únicamente iniciativas que incorporen criterios específicos para evaluar su éxito.**
- **Definir ecosistemas que faciliten la operacionalización y el escalado de las iniciativas con más impacto.**

No existe una definición única de innovación. Schumpeter¹¹⁴ fue de los primeros en concluir que la innovación era un elemento esencial para la supervivencia de las empresas e instituciones. Definió *innovación* como ‘la introducción de nuevos productos, nuevos métodos de producción, la apertura de nuevos mercados, la conquista de nuevas formas de aprovisionamiento, así como la creación de una nueva organización en cualquier industria o sector’. Omachonu y Einspruch¹¹⁵, después de una amplia revisión de la literatura, definen la *innovación sanitaria* como ‘la introducción de un nuevo concepto, servicio, proceso, producto o nueva idea, destinado a mejorar el tratamiento, el diagnóstico, la educación, la divulgación, la prevención y la investigación, con los objetivos a largo plazo de mejorar la calidad, seguridad, eficiencia, los resultados y costos’.

Dentro del ámbito de la innovación, sucede algo parecido a lo mencionado en el capítulo anterior. **El síndrome de “No inventado aquí” hace que los experimentos o pilotos se multipliquen, perdiéndose una capacidad de esfuerzo importante y necesaria en otros ámbitos.** Tenemos, al menos, tres problemas importantes en innovación, que no parecen tan difíciles de resolver (comparativamente con otras propuestas en este documento):

- **Desprecio a la imitación.** Hace más de cincuenta años que el profesor Theodore Levitt publicó un interesante artículo¹¹⁶, donde sugería que es muy posible y ventajoso para una compañía tener una estrategia de imitación innovadora. El sector de la salud, en particular, es muy bueno en lanzar pilotos (en alguna ocasión, hemos comentado que el SNS tiene más pilotos que una gran compañía aérea), pero podrían obtenerse excelentes resultados con menor esfuerzo, simplemente seleccionando estratégicamente ideas a adaptar que otros ya las han experimentado. Citemos, como ejemplos, el banco de innovación de AQUAS en Cataluña, con más de cuatrocientas experiencias, o la Plataforma de Innovación Sanitaria (PINNSA) del Ministerio de Sanidad. **Potenciar la creación de otros repositorios con focos específicos e incentivar el uso de los ya existentes es una línea de actuación importante.**

¹¹⁴ La introducción a esta sección se apoya en la investigación realizada en el Centro para la Investigación en la Gestión de la Innovación en el Sector Sanitario (CRHIM). Ribera, J. Rosenmöller, M. y Borrás, P. (2013). *InnPACT – Marco conceptual para la evaluación de la innovación sanitaria*. CRHIM.

¹¹⁵ Omachonu, V. K. y Einspruch, N. G. (2010). Innovation in Healthcare Delivery Systems: A Conceptual Framework. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 15(1), 1–20.

¹¹⁶ Levitt, T. (1966). Innovative Imitation. *Harvard Business Review*, 44(5), 63–70.

- **Falta de definición de objetivos y medición de resultados.** En muchas instituciones, los diseños de los proyectos de innovación no incorporan el objetivo de aprender, o de probar o refutar una hipótesis y, por tanto, no es posible sacar conclusiones sobre el éxito o la eficiencia de la innovación propuesta. **En la gestión de proyectos estratégicos en instituciones, se sugiere complementar el marco lógico** del proyecto, que pide respuesta a las siguientes cuatro preguntas (en orden):

1. **¿Para qué** realizamos el proyecto? **¿Qué** esperamos conseguir?
2. ¿Cómo sabremos si el proyecto ha tenido **éxito**? ¿Cuáles son las **medidas** de éxito y de donde se obtendrán los datos para su **verificación**?
3. ¿Qué **supuestos** damos por ciertos?
4. **¿Cómo** proponemos hacer el proyecto?

Los supuestos son condiciones o factores que pueden afectar significativamente a los resultados del proyecto, pero no son controlables por el equipo.

Obsérvese que las tres primeras preguntas no son operativas, es decir, no nos planteamos cómo hacerlo, por lo que, en muchas iniciativas, hay una tendencia natural a obviarlas y pasar a la cuarta, donde ya se puede mostrar cierta acción. Sin embargo, si no se completan las tres primeras, no habrá forma de saber *a posteriori* si la innovación ha tenido éxito o no y, por tanto, si tiene sentido escalarla en otros entornos. Es posible que, desde un punto de vista político, sea precisamente esto lo que se pretenda, pero no desde la eficacia en la explotación de resultados dentro del sistema. Por tanto, **se debería asegurar que ningún proyecto obtiene financiación pública sin haber resuelto primero su marco lógico**, que responda a las preguntas anteriores.

- **Ausencia de un ecosistema de innovación donde operacionalizar y escalar las innovaciones.** Para que las innovaciones puedan producir resultados significativos en el sistema de salud, es necesario que se puedan implementar en él y se puedan escalar. Un artículo reciente de Vega y Kizer¹¹⁷ explora cómo esto se ha resuelto en el ecosistema de innovación de la Veterans Health Administration (VHA). Los autores sugieren cuatro elementos críticos que apoyan el desarrollo y la implementación:
1. Competencias del personal para realizar la innovación. Incluye aquellas que ya hemos listado como necesarias en la formación de los profesionales del sector, como el diseño centrado en la persona, el emprendimiento, el trabajo en equipo, la gestión del cambio, etc.
 2. Infraestructura organizativa que apoye los circuitos integrados, sistemáticos y repetibles de cambio, incluyendo entornos seguros para ensayos a pequeña escala, y los incentivos correspondientes para la difusión de las innovaciones exitosas. El VHA Innovation Ecosystem (VHA IE) incluye las fases de *discovery*, *test*, *replicate* y *scale*, poniendo especial énfasis en las dos últimas.
 3. Una cultura de fomento de la innovación, que se reconoce difícil en un entorno de atención a la salud, normalmente muy ligada a mantener el *statu quo*. En la VHA, se ofrece una “ruta” a todos los empleados para desarrollar y compartir ideas en forúms, en los que se sienten empoderados a contribuir.

¹¹⁷ Vega, R. J. y Kizer, K. W. (2020). VHA's Innovation Ecosystem: Operationalizing Innovation in Health Care. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 1(6). <https://doi.org/10.1056/CAT.20.0263>

4. Asociaciones y colaboraciones externas. Es decir, la colaboración con los otros agentes del ecosistema sanitario, potenciando también asociaciones intersectoriales.

La creación de ecosistemas de innovación, sea en las comunidades autónomas que tienen suficiente masa crítica, sea alrededor del SNS en su totalidad, debe ser un objetivo a conseguir.

Un ejemplo para tener en cuenta, y que cubre varios de los puntos puestos de manifiesto, es el modelo puesto en marcha en Estonia para financiar oportunidades y facilitar su escalado. Estonia tiene un modelo donde no solo otorga financiación a una idea para realizar el piloto, sino que, en caso de que este demuestre tener éxito, tiene asegurada la financiación adicional durante un año y su escalado a nivel nacional. En contrapartida, solicita al centro hospitalario el mantenimiento del servicio/innovación durante un periodo mínimo de cinco años. Este doble compromiso hace que los pilotos/innovaciones que solicitan financiación aporten valor real y de largo recorrido, se establezca, *a priori*, una manera de definir el éxito y se asegure su escalado más allá del hospital donde se ha realizado el piloto.

Por lo general, los procesos de innovación son más ágiles en organizaciones pequeñas. La compartimentalización del sistema sanitario en las comunidades autónomas brinda la posibilidad de que los procesos de innovación en servicios sanitarios estén organizados en pequeñas unidades. La organización del SNS permite que cada comunidad autónoma dirija los procesos de innovación de forma independiente, aumentando la rapidez con la que se obtienen resultados, al no depender únicamente del Ministerio de Sanidad. Esto es fundamental y una ventaja frente al resto de países, según la doctora Cristina Bescos, directora del EIT Health Spain.

Entendemos que, para aprovechar esta agilidad, es necesario combinarla con el trabajo en red, mencionado en capítulos anteriores, a fin de escalar rápidamente los procesos innovadores para ponerlos en marcha a nivel nacional o autonómico.

Impulsar la transformación digital (salud 4.0)

- **Definir la estrategia y las prioridades de las nuevas tecnologías (IA, ayuda al diagnóstico, realidad virtual en quirófano, robotización...), así como nuevos canales de interacción con los pacientes.**
- **Establecer fondos finalistas para la implantación de capacidades digitales, aprovechando los fondos europeos de reconstrucción.**
- **Fijar una estrategia para la gestión del cambio en los profesionales.**

El Network Readiness Index (NRI) compara el grado de digitalización entre diferentes países a nivel global, evaluando el grado de digitalización del 1 (el nivel más bajo) al 7 (el más alto). España ocupa el puesto 35 de 139 países analizados, por detrás de la mayoría de los países europeos. Por otro lado, la Comisión Europea mide el grado de digitalización, de acuerdo con el Índice de Economía y Sociedad Digital (Digital Economy and Society Index [DESI]), que se define como la combinación de cinco indicadores: conectividad, capital humano, uso de servicios de Internet, integración digital y servicios públicos digitales. Según el *DESI 2018*, España, a pesar de no situarse entre los mejor posicionados, está por encima de la media de la UE-28¹¹⁸.

¹¹⁸ Comisión Europea (2018). *Índice de la economía y la sociedad digitales (DESI). Informe de país para España*. https://ec.europa.eu/information_society/newsroom/image/document/2018-20/es-desi_2018-country-profile_lang_4AA8143E-CA74-9BD7-2FBD36EBA0B95CCB_52357.pdf

El sector salud ha hecho de la tecnología un elemento básico para mejorar la gestión del sistema sanitario y la atención a los pacientes. En este sentido, España ha sido uno de los primeros países en tener un sistema de historia clínica electrónica (HCE), que cubra a la mayoría de su población, pero también podemos incluir los sistemas de la gestión hospitalaria, la receta electrónica..., pues nuestro país ha estado a la cabeza de la implantación de este tipo de soluciones.

Adoptar la disrupción digital no significa digitalizar los procesos existentes. España fue uno de los primeros en disponer de forma amplia de HCE en sus hospitales, pero algunos pacientes se preguntan la diferencia real entre que su historia clínica esté almacenada en el sótano del hospital o en la nube. Tal como hemos dicho, la historia clínica es propiedad del paciente, que debería poder llevarla consigo al proveedor sanitario de su elección.

Hoy en día, hablar de *telemedicina*, *hospitalización remota*, *visita virtual*, etc., es algo técnicamente posible desde hace años con las capacidades de monitorización y conectividad existentes. Al respecto, se han registrado experiencias de éxito tales como el programa Osarean para el consejo sanitario virtual o TeKI de teleasistencia del Osakidetza en el 2010, que permitía realizar un seguimiento remoto de pacientes crónicos con diferentes patologías, monitorizando ciertas variables, utilizando el televisor e implementando la visita virtual. Son muchas las comunidades autónomas que disponen de visita virtual, pero con una utilización residual en la práctica hasta antes de la pandemia.

El escalado de este tipo de soluciones no se ha realizado hasta la fecha, aunque la pandemia de la COVID-19 marcará un punto de inflexión, demostrando la necesidad real de la transformación digital en el sector sanitario y dando un paso decisivo en la aceptación de este tipo de relación entre los profesionales sanitarios y los pacientes. Tras la pandemia, habrá que buscar el punto de equilibrio en cada especialidad.

Algunos procedimientos que hasta hace no mucho tenían un tiempo de duración de varios años —como es el de desarrollar una vacuna— se han conseguido completar en menos de un año. Esto se ha debido a que se ha fomentado el uso de nuevas tecnologías y herramientas de investigación, mientras que los procesos burocráticos han quedado en un segundo plano, permitiendo aumentar la eficiencia.

Es importante remarcar que la integración de nuevas tecnologías y procedimientos viene acompañada de unos **limitantes u obstáculos** que, en el caso de la sanidad, pueden resumirse en la **accesibilidad de la tecnología por parte de los pacientes y su aceptación tanto por parte de estos como de los profesionales sanitarios**. La existencia de lugares remotos en el territorio donde no se garantiza el acceso a una conexión a Internet estable o el manejo de la telefonía móvil por parte de mayores de 65 años se presentan como las principales barreras en la implementación de la teleasistencia.

Cuando se habla de pacientes, desde las instituciones tienden a verlos como un colectivo homogéneo. Sin embargo, nada más lejos de la realidad en la sociedad actual, donde el “café para todos” ya no es una opción. De igual manera que hoy en día los clientes de cualquier empresa esperan que les ofrezcan sus productos (bienes o servicios) con la personalización más adecuada para ellos, los pacientes esperan cada vez más que los proveedores de salud

les proporcionen soluciones diferentes, en función de sus necesidades en cada momento. No tienen las mismas expectativas, comportamiento ni forma de relacionarse ni, por lo tanto, podemos tratar igual a un *babyboomer* (mayor de 55 años) que a un *millennial* (menor de 30 años). Será necesario segmentar por tipo de paciente, para ofrecerle la opción más conveniente en cada situación. Con este fin, hay que aprovechar las ventajas que nos ofrece la tecnología, la cual debe ser un “capacitador” para la puesta en marcha de nuevos servicios y soluciones que, sin duda, ayudarán al sistema a ser más eficiente.

No todos los pacientes aceptarán de entrada estos nuevos canales ni serán adecuados para todos los casos. Pero, ¿por qué negárselos a aquellos que pueden asistir a una visita virtual de control desde su puesto de trabajo, sin necesidad de desplazarse, ni realizar colas ni tener que pedir un permiso de trabajo y recuperar posteriormente las horas? Está al alcance de las administraciones extender el uso de esta nueva forma de relación. Tal como indican London y Dash, la implantación de tecnologías digitales ya existentes podría reducir el gasto en atención médica entre un 7% y un 11,5%¹¹⁹. A modo de ejemplo, entre las medidas que lo facilitarían están la implantación de servicios de autoservicio para el paciente, la monitorización remota de crónicos, la automatización de tareas administrativas, ayudas para reorientar el estilo de vida de los pacientes, la telemedicina o las herramientas de ayuda al diagnóstico.

Sin embargo, la verdadera revolución está llegando en estos momentos. La convergencia de la madurez de nuevas tecnologías como la IA, la realidad aumentada, la computación cuántica y la *distributed ledger technology* (DLT) abre una serie de posibilidades que no somos capaces de imaginar en su totalidad en este momento. Esta nueva revolución digital significa un cambio de paradigma, que redefinirá tanto la relación con los pacientes y la gestión de su enfermedad como la forma de trabajar de los profesionales sanitarios y la mejora de calidad asistencial, al mismo tiempo que ayudará a la sostenibilidad financiera del sistema.

Solo conseguiremos el máximo valor de las nuevas tecnologías si definimos nuevos procesos con repercusiones no solo en la práctica clínica, sino también en la experiencia de los pacientes y la eficiencia/productividad del sistema. La automatización de tareas administrativas mediante la robotización e IA permitiría liberar tiempo de los facultativos y titulados en Enfermería para dedicarlo a los pacientes. El coste de las urgencias (entendido como gasto primario de salud, es decir, servicios de urgencias o de atención continuada extrahospitalaria) en un hospital representa, de media, el 13,9% del gasto consolidado del sector¹²⁰. En un entorno donde cada vez es más común sensorizar y monitorizar a nuestros pacientes, y la IA es ya una ayuda al diagnóstico, que se abre paso en el día a día, las intervenciones tempranas deberían ser la norma y no la excepción.

La identificación predictiva de potenciales descompensaciones o episodios agudos de pacientes crónicos, a fin de realizar intervenciones proactivas con un menor coste, ayudarán a mejorar su calidad de vida y facilitarán la sostenibilidad del sistema. El análisis de imágenes diagnósticas es un buen ejemplo de cómo el *deep learning* puede sustituir a los médicos con un nivel de precisión similar o mejor. Pero no solo eso, ya existen algoritmos de IA que permiten identificar, a partir de imágenes y la historia clínica del paciente, si este es susceptible de tener otras patologías. También serán de gran ayuda los asistentes virtuales que den respuesta a una gran parte de las dudas de los pacientes crónicos y les faciliten ser

¹¹⁹ London, T. y Dash, P. (24 de agosto del 2016). Health Systems: Improving and Sustaining Quality Through Digital Transformation. *McKinsey Digital*.

¹²⁰ Rodríguez Blas, M. C. (2020). *Estadística de gasto sanitario público 2018. Principales resultados*. Ministerio de Sanidad. <https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>

más adherentes al tratamiento. Hay herramientas que, mediante IA, son capaces de potenciar las capacidades diagnósticas de nuestros profesionales e identificar los mejores tratamientos adaptados a la casuística particular de los pacientes. Por ejemplo, la aplicación de técnicas de gamificación y realidad virtual para formación de pacientes y profesionales sanitarios, así como la aplicación de modelos 3D personalizados o realidad virtual para planificación de intervenciones quirúrgicas o la utilización en el quirófano de realidad aumentada, que incrementan la precisión y reducen los errores. Para la mayoría de los casos anteriores, existen ejemplos aplicados en España.

La transformación digital significa reinventar la forma de trabajar y de relacionarse en la organización, tanto de puertas adentro, con los profesionales sanitarios, como de puertas afuera, con los pacientes y los profesionales de otros centros; para esto, se debe escuchar la voz de todos ellos (profesionales sanitarios, gestores y ciudadanos/pacientes). Consideramos la transformación digital un elemento fundamental y transversal a muchas de las líneas de actuación propuestas en este documento, desde dar más participación al paciente/ciudadano hasta la gestión clínica, pasando por la reforma de la Atención Primaria, el refuerzo del continuo asistencial o la evolución del hospital.

Cada año, la Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS) publica la *Encuesta anual de salud digital en Europa*¹²¹, dando una visión de las prioridades, los retos actuales y las tendencias futuras a los que se enfrenta la transformación digital de los sistemas sanitarios europeos. En su última edición, publicada a finales del 2019, que contó con la participación de más de 500 profesionales (casi un 10% de ellos eran españoles), la financiación de la eSalud es el mayor reto al que se enfrenta la mayoría de los países europeos. En el caso específico de España, **los tres desafíos más importantes que actualmente afronta la digitalización en nuestro sistema sanitario son, por orden de importancia, la eSalud móvil (mSalud; en inglés, mHealth), la resistencia de los profesionales sanitarios y la financiación de iniciativas.**

Al respecto, cabe mencionar aquí el **NextGenerationEU**, esto es, el programa de recuperación económica impulsado desde la Comisión Europea para potenciar la recuperación económica de la crisis provocada por la pandemia. España ha estructurado su plan en torno a diez líneas de actuación, dos de las cuales contemplan la digitalización y el refuerzo del SNS, respectivamente. Sin duda, se trata de una buena oportunidad para **dotar al sistema sanitario de fondos finalistas para realizar esta transformación digital profunda requerida**, con el objetivo de hacerlo más accesible, eficiente y sostenible.

Según la *Encuesta anual de salud digital en Europa 2019*, Estonia es el país líder en innovación en eSalud en Europa, superando a Dinamarca. En general, los países nórdicos (incluida Estonia) y los Países Bajos lideran claramente esta clasificación. Para seguir avanzando en la mejora de la digitalización del sistema sanitario, Estonia ha creado un fondo de innovación en sanidad, con una duración de tres años. Dicho fondo realiza rondas de financiación a las que se presentan ideas por parte de los hospitales o agentes del sistema. En la primera ronda realizada, las tres mejores fueron financiadas durante un año y, si el programa piloto tenía éxito, se aseguraba su escalado a nivel nacional. Tener un compromiso desde el principio dio un impulso a la hora de proponer estos programas. En la segunda ronda, se buscó una mayor involucración de los

¹²¹ HIMSS Analytics y McKinsey (2019). *eHealth Trend Barometer: Annual European eHealth Survey 2019*. <https://europe.himssanalytics.org/europe/ehealth-barometer/ehealth-trend-barometer-annual-european-ehealth-survey-2019>

hospitales y se solicitó adicionalmente que, en caso de resultar exitoso, estos asegurasen su servicio durante un mínimo de cinco años, de una forma similar a como funcionan los fondos europeos. Se trata de un acuerdo de doble dirección: una promesa de financiar el programa piloto y extenderlo como servicio nacional a cambio de comprometerse a proporcionar el servicio durante varios años, con el fin de potenciar las ideas de largo recorrido. Esta es la forma en la que ese país está desarrollando su programa de telemedicina. El enfoque explicado es una respuesta al problema para escalar los casos de éxito, más allá de un piloto con un número reducido de pacientes.

El otro problema importante puesto de manifiesto en la citada encuesta anual es la resistencia al cambio por parte de los profesionales sanitarios. Pero no es únicamente un problema del SNS: el *Informe Topol* realizado para el NHS —que explicamos a continuación—, también pone esta cuestión de manifiesto. Adoptar la transformación digital en el conjunto del sistema incrementará su eficacia y sostenibilidad, pero requiere **definir una estrategia para gestionar el cambio en los profesionales sanitarios y de una parte de la población**, lo que va mucho más allá de la formación necesaria y **requiere un plan de comunicación efectivo, identificar puntos de motivación, etc. Asimismo, se debe trabajar desde ya en la formación digital de los nuevos profesionales e integrarlos en el sistema de salud.**

En febrero del 2019, el NHS publicó el *Informe Topol*¹²², como parte de su estrategia hasta el 2027. La revisión describe recomendaciones para garantizar que el NHS sea el líder mundial en el uso de tecnologías digitales para beneficiar a los pacientes, permitiendo que su personal aproveche al máximo tecnologías innovadoras tales como la genómica, la medicina digital, la IA y la robótica, para mejorar los servicios. Estas recomendaciones respaldan los objetivos del plan a largo plazo del NHS, que ayudan a garantizar su sostenibilidad. La evidencia encontrada en la elaboración de este informe demuestra que las nuevas tecnologías no van a suplantar a los profesionales. Es por ello por lo que, además de invertir en nuevas tecnologías, resulta necesario continuar con la formación de los profesionales, para que la adaptación de los nuevos procedimientos se realice de la manera más eficaz posible.

Un enfoque similar sería adecuado para el sistema de salud español, incluyendo **una propuesta de hoja de ruta que defina programas piloto que demuestren su aplicabilidad y resultados, estableciendo centros de referencia dentro del SNS y una estrategia para escalar su implantación a nivel nacional**, tal como se ha propuesto en el apartado anterior.

En cuanto al impacto que van a tener estas tecnologías —la IA, el *machine learning*, etc.—, un factor importante va a ser será la disponibilidad de personal cualificado para su implementación y funcionamiento. No se tratará solo de una inversión importante en la adquisición de las tecnologías, que puede ser rápida si se dispone de los fondos necesarios, sino que se verá limitada por cuestiones de formación y desarrollo de nuevas profesiones, que va a ser bastante más lento. Por eso debemos iniciarlo lo antes posible, en una colaboración entre los ministerios de Educación y de Sanidad, que debe contar con una importante participación del sector privado para poder alcanzar los niveles adecuados en un tiempo relativamente corto. Las instituciones académicas deben garantizar que la genómica y el análisis de datos son un elemento prominente en la licenciatura y los planes de estudio para profesionales de la salud, y que se deberá ampliar la capacidad de grados en Genómica, Bioinformática y Ciencia de Datos.

¹²² The Topol Review (2019). *Preparing the Healthcare Workforce to Deliver the Digital Future*. The NHS Constitution. <https://topol.hee.nhs.uk/>

El informe independiente preparado por Eric Topol¹²³ advierte de que estamos ante una coyuntura única en la historia de la Medicina, con la convergencia de la genómica, los biosensores, la HCE y las *apps* para *smartphones*, todos ellos superpuestos en una infraestructura con IA, para dar sentido a la abrumadora cantidad de datos creada. Este conjunto notablemente poderoso de tecnologías de la información (TI) proporciona la capacidad de comprender, desde un punto de vista médico, la singularidad de cada individuo y la promesa de brindar atención médica de una manera mucho más racional, eficiente y personalizada. Dentro de veinte años, el 90% de todos los trabajos en el SNS requerirán algún elemento de habilidades digitales. El personal deberá poder navegar en un entorno sanitario rico en datos y necesitará contar con conocimientos sobre genómica y digitales. Es preciso abordar las diferencias en la alfabetización digital de la fuerza laboral actual, vinculada a la edad o al lugar de trabajo.

Al respecto, **para el despliegue de tecnologías sanitarias digitales en todo el sistema es preciso: (1) la inclusión de los pacientes como socios**, y ser informados sobre tecnologías sanitarias, con un particular énfasis en los grupos vulnerables/marginados, para garantizar un acceso equitativo; (2) **la adquisición de experiencia y orientación para evaluar nuevas tecnologías**, utilizando procesos basados en evidencia del mundo real, por parte del personal sanitario y (3) el don del tiempo: siempre que sea posible, **la adopción de nuevas tecnologías debe permitir al personal ganar más tiempo para el cuidado, promoviendo una interacción más profunda con los pacientes.**

Involucrar y apoyar a los profesionales sanitarios en un lugar de trabajo altamente tecnológico y dinámico **requiere que las organizaciones desarrollen un entorno de aprendizaje estimulante para aprender de forma continua.** Estas deberán gestionar el cambio y crear una cultura de innovación, situando a las personas en el centro, desarrollando una fuerza laboral ágil y empoderada, así como un liderazgo con capacidad digital y procesos de gobernanza efectivos, para facilitar la introducción de nuevas tecnologías respaldadas por inversiones a largo plazo.

Promover la salud como motor económico

- **Desplegar una política industrial en favor de la producción de tecnologías sanitarias.**
- **Desarrollar un clúster empresarial innovador alrededor de las ciencias de la vida.**
- **Aprovechar la figura de los PERTE para desarrollar ideas innovadoras generadoras de riqueza.**

Es bien conocida la relación entre el PIB de un país y lo que este gasta en salud, pero, hasta hace poco, era menos familiar la relación de la salud en el crecimiento económico y el propio sector salud como un motor de la economía. Martin *et al.*¹²⁴ citan cuatro formas en las que la salud impacta en el crecimiento del PIB: (a) las poblaciones sanas son más productivas; (b) la atención sanitaria proactiva reduce los gastos sanitarios; (c) la mejor salud es, en sí misma, un resultado económico y de desarrollo, y (d) los gastos en salud capitalizan el efecto multiplicador keynesiano.

¹²³ The Topol Review (2019). *Preparing the Healthcare Workforce to Deliver the Digital Future*. The NHS Constitution. <https://topol.hee.nhs.uk/>

¹²⁴ Martin, G., Grant, A. y d'Agostino, M. (2012). Global Health Funding and Economic Development. *Globalization and health*, 8, 8. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-8-8>

Tras la experiencia de la COVID-19, es evidente que, sin priorizar la salud, la economía no funciona. Pero también, la sostenibilidad de una sociedad del bienestar estará, en gran parte, directamente relacionada con el crecimiento económico del país y, por tanto, todo lo que el sector pueda contribuir a ayudar a generar ingresos redundará indirectamente también sobre él. Según el Foro Económico Mundial¹²⁵, en todo el mundo se apunta al sector salud como la principal fuente de crecimiento en empleo en los próximos años. A medida que las tecnologías avanzan, en contraste con otros sectores como la fabricación, que ven su fuerza laboral reducida, el sector salud añade empleos al aumentar la tecnología.

Un estudio de Yaman¹²⁶ en Alemania concluye que el sector salud, desde el 2008, ha sido una locomotora de la economía germana, donde más del 25% de nuevos puestos de trabajo se han creado en dicho sector, a pesar de la crisis económica. En él, se cita un estudio de Roland Berger, que señala que el volumen de negocio del sector salud en el mundo se puede triplicar hasta el 2030.

En España, el número de personas empleadas por cada 1.000 habitantes en el sector salud ha crecido un 44% desde el año 2000 (según estadísticas de la OCDE), desde 21,6 hasta 31,2 millones de personas. Es el tercer sector que más aporta al PIB (un 12%, por detrás del turismo y la construcción) y también el tercero en aportación al empleo (14%, tras comercio y turismo).¹²⁷

En un momento donde el turismo, motor económico del país durante décadas, ha sufrido un *shock* y en un entorno donde se considera que se tardará en recuperar los niveles previos a la pandemia, el turismo sanitario es una oportunidad para potenciar el sector sanitario, donde España tiene los mimbres para poder aprovechar esta oportunidad: un sistema sanitario de reconocido prestigio, un potente sector farmacéutico, una alta participación en ensayos clínicos... Ahora que nos encontramos en una situación donde debe decidirse en qué proyectos se invertirán los fondos europeos de recuperación, es la ocasión para identificar, en el ecosistema de salud, aquellas ideas que sean un motor de crecimiento para el país. Los fondos europeos tienen como prioridad de inversión la creación de empleo de valor, la economía verde y la transformación digital.

Respecto al último punto, la adopción a escala de la transformación digital comentada en el apartado anterior es claramente otra de las cuestiones relevantes donde es necesaria la inversión para adoptar la transformación digital en el mundo sanitario, la cual generará nuevos puestos de trabajo de alto valor (bioingenieros, estadísticos, físicos...) integrados en el sistema sanitario, para poder dar soporte a esta nueva forma de trabajar, que deberá mejorar la atención a los pacientes y ayudar en la sostenibilidad del sistema.

Además de los puntos citados —que ponen de manifiesto que el sector salud es un motor de la economía en sí mismo tanto por la relación entre salud y crecimiento del PIB como por los recursos que emplea, y porque genera empleo de calidad—, consideramos que es necesario reforzar su capacidad de creación de riqueza.

¹²⁵ Tulenko, K. (25 de mayo del 2016). The World's Health Sector Is Expanding. Can It Heal Our Economies? *World Economic Forum*. <https://www.weforum.org/agenda/2016/05/the-worlds-health-sector-is-expanding-but-will-it-heal-our-economies/>

¹²⁶ Yaman, K. (2013). The Importance of Health Sector in Economies of Countries: The Case of Germany. *Journal of Applied Finance and Banking*, 3(4), 181-198.

¹²⁷ Molina, C. (30 de agosto del 2019). El turismo ya aporta al PIB español tres veces más que la automoción. *Cinco Días*.

En este momento, son diversos los foros que plantean ideas de inversión para estos fondos europeos en el entorno de la salud, pero, desde nuestra perspectiva, nos permitimos proponer tres líneas de actuación principales: (1) el desarrollo de una política industrial que ofrezca un entorno legal y económico estable, que resulte propicio para la actividad empresarial de tecnologías sanitarias; (2) el desarrollo de un clúster de innovación en ciencias de la vida; y (3) aprovechar la figura de los PERTE para desarrollar ideas de alto potencial de innovación, y generación de riqueza y nuevos puestos de trabajo de elevado valor añadido. Entendemos que la inversión por parte de la Administración para fomentar estas iniciativas debe reportar el retorno de cada euro invertido con un factor multiplicador.

A pesar de que el término *política industrial* puede sonar antiguo y traer connotaciones proteccionistas, los objetivos y herramientas siguen siendo importantes y necesarios en nuestro contexto¹²⁸. Basta recordar el éxito del sector de componentes del automóvil en España, apoyado por políticas industriales en otros tiempos, inexistentes en la actualidad. En nuestro caso, podríamos llamarlo **política sectorial** y referirse al sector salud en sentido amplio, tal como describimos en el apartado “Foco de la propuesta”, incluyendo el sector salud expandido y algunos de los determinantes de salud. El enfoque que sugerimos aquí se centra en (1) la **creación de un entorno regulatorio y legislativo estable a largo plazo**, que facilite la actividad empresarial, promueva la innovación y elimine las barreras a la creación y el crecimiento de empresas, promoviendo y manteniendo un elevado nivel de competencia; y (2) **identificar dónde se producen fallos en las relaciones entre el mercado y la regulación existente, y diseñar políticas que los solucionen**. La primera línea de acción debe **crear las condiciones para que el emprendimiento, la innovación, la inversión y la aceleración de startups resulten fáciles**. La inversión en I+D per cápita es mayor en países con un entorno favorable a los negocios¹²⁹. La segunda línea crearía y facilitaría, por ejemplo, la formación en las carreras universitarias, de FP, etc. esenciales para generar el talento necesario en el sector.

Con relación al desarrollo de clústeres, un ejemplo interesante es el de la evolución de Massachusetts (en particular, Boston y Cambridge) en biotecnología¹³⁰, que se inició en los años 80 y 90 del siglo pasado, atrayendo a compañías en un clúster *biotech*. Actualmente, dicho estado tiene 6,9 millones de habitantes y más de 1.000 compañías de biotecnología, que han potenciado los centros académicos y viceversa. En los primeros seis meses del 2020, el sector biotecnológico ya había conseguido 2,1 mil millones de dólares en *venture capital*, correspondientes a más de dos tercios del total del 2019¹³¹. Una de las instituciones más potentes, el Massachusetts Institute of Technology (MIT), fue la inspiración para que Manuel Barroso lanzara una iniciativa similar en el Viejo Continente, el European Institute of Innovation and Technology (IEIT)¹³², que fomenta la creación de *knowledge & innovation communities* (KIC) como el EIT Health, el cual agrupa unas 150 instituciones (empresas privadas, universidades, centros de investigación, etc.), 29 de ellas españolas, potenciando las sinergias en el triángulo de conocimiento: educación, innovación y creación de empresas.

¹²⁸ La propia UE definió, en el año 2020, una política industrial europea con una visión para el 2030. Véase: Consejo Europeo. Consejo de la Unión Europea (s. f.). *Política industrial de la UE. Nueva estrategia industrial para Europa*. <https://www.consilium.europa.eu/es/policies/eu-industrial-policy/> (Fecha de consulta: 21/2/2021).

¹²⁹ García-Arenas, J. (2016). *The New Industrial Policy: Challenges and Opportunities*. CaixaBank Research.

¹³⁰ Ramsey, L. (13 de mayo del 2017). *Insiders Reveal How Boston Moved to the Forefront of the Global Fight Against Deadly Diseases*. *Business Insider India*. <https://www.businessinsider.in/insiders-reveal-how-boston-moved-to-the-forefront-of-the-global-fight-against-deadly-diseases/articleshow/58662307.cms>

¹³¹ Enwemeka, Z. (28 de julio del 2020). *Mass. Biontech Funding Is Off To A Strong Start This Year Despite The Pandemic*. *WBUR*. <https://www.wbur.org/bostonmix/2020/07/28/massachusetts-biotech-funding>

¹³² Comisión Europea (27 de mayo de 2008). *MIT Supports EIT in Sant Cugat/Barcelona*. *CORDIS. Resultados de investigaciones de la UE*. <https://cordis.europa.eu/article/id/111437-mit-supports-eit-in-sant-cugatbarcelona/es>

Tras la crisis económica del 2008 y la caída de Nokia en el 2014, Finlandia tuvo que redirigir su economía. Tras años de ver la sanidad con una estrategia de contención de costes, decidió afrontarla como un motor para el crecimiento económico. Este país utiliza el término *Growth Engine* para describir los ecosistemas capaces de crear valor económico por encima de mil millones de euros. Estos ecosistemas se implementan a través de un modelo de asociación entre empresas, centros de investigación y actores públicos, que se esfuerzan por encontrar soluciones a la disrupción del mercado global y crear nuevos sectores de crecimiento en Finlandia. El CleverHealth Network es un ecosistema de tecnologías de la salud, coordinado por el Hospital Universitario de Helsinki (HUS), que en el 2019 alcanzó el rango de *Growth Engine*¹³³. El ecosistema diseña innovaciones utilizando IA y robótica. Sus primeros proyectos se centraron en el desarrollo de métodos de tratamiento para la diabetes gestacional, análisis de imágenes basados en IA para enfermedades cerebrales y soluciones para compartir datos de monitorización de glucosa para el niño diabético de manera segura entre múltiples entidades (familia, niño, escuela y atención médica).

En esta línea de trabajo, un primer paso sería la **creación de un clúster de innovación en las ciencias de la vida**. En Europa, existen 17 áreas geográficas consideradas clústeres de las ciencias de la vida¹³⁴, ninguna en España. Todas ellas se ajustan a un criterio común: disponen de **una estructura de cooperación entre universidades, laboratorios de investigación, parques científicos, hospitales, startups, incubadoras, grandes empresas y agencias gubernamentales, con el objetivo de generar innovación, fomentando la competitividad y el crecimiento económico**.

Otro ejemplo a considerar es el clúster creado en la zona oeste de Suiza, el BioAlps. En solo 15 años, se ha convertido en el más avanzado y diversificado del mundo¹³⁵. La iniciativa ha contado con el soporte de las autoridades políticas y el tejido empresarial, así como de las instituciones académicas y los patrocinadores. Tiene más de mil miembros, que van desde grandes multinacionales a *startups* y está focalizado en el desarrollo de cuatro áreas:

- Productos bioterapéuticos, basados en plasma sanguíneo, con el soporte de CSL Behring.
- Tecnologías neuroprotésicas para mejorar la vida de personas con amputaciones o con daños en el sistema nervioso, con el respaldo de SensArs.
- Supresión de los síntomas de párkinson mediante la estimulación cerebral profunda, con el apoyo de Medtronic.
- Robots quirúrgicos, sistemas quirúrgicos asistidos por robot y herramientas de soporte al diagnóstico para que los procedimientos quirúrgicos sean menos invasivos, con el patrocinio de Intuitive.

Toda el área ha sido capaz de adaptar, al ámbito de las ciencias de la vida, las tecnologías por las que Suiza ha sido conocida tradicionalmente, como la experiencia de la industria relojera, que ha estimulado la innovación en *medtech*.

¹³³ Digital Health Innovation Ecosystem CleverHealth Network Granted Growth Engine Status (10 de julio del 2019). *Business Finland*. <https://www.businessfinland.fi/en/whats-new/news/2019/digital-health-innovation-ecosystem-cleverhealth-network-granted-growth-engine-status>

¹³⁴ Kelly, E. Zubascu, F., O'Dea, J., Cracea, R., Madden, D. y Moran, N. (Ed.) (2015). The Leading Life Sciences Clusters in Europe. *Science|Business*. http://sciencebusiness.net/sites/default/files/archive/Downloads/clusters_sample.PDF

¹³⁵ Julius Baer Group (2020). *Future Health Report*.

Por su parte, Dinamarca también dispone de un fondo específico para invertir en innovación: el Innovation Fund Denmark (IFD), que apuesta por los mejores proyectos de investigación e innovación con potencial para crear conocimiento, crecimiento y empleo en el país. Consta de diferentes programas y realiza rondas específicas para financiar ideas, potenciando la colaboración público-privada. En el 2019, una de las rondas fue Better Health¹³⁶, que incluyó inversión tanto en proyectos estratégicos de I+D como en soluciones tecnológicas innovadoras.

Dentro del programa NextGenerationEU (donde el sector salud es uno de los prioritarios), el Gobierno de España ha creado una nueva figura de colaboración público-privada, los PERTE, para la ejecución de los proyectos de inversión dotados con fondos europeos. Los PERTE reflejarán a nivel nacional “los proyectos importantes de interés común europeo, englobará a proyectos tractores con un impacto transformador estructural sobre sectores estratégicos o con fases de investigación e innovación disruptivas y ambiciosas [...]”. El Gobierno señala que, dada la “magnitud de los riesgos asociados a estos proyectos”, se establece esta nueva “figura diferenciada”¹³⁷.

Tal como hemos mencionado anteriormente, dentro de las 10 líneas de actuación definidas en los PERTE están incluidas la digitalización y el refuerzo de la sanidad pública. Debemos encontrar la forma de financiar proyectos dentro del área de la sanidad, que permita reforzarla como motor de crecimiento e innovación. De igual manera que la inversión en el tren de alta velocidad (AVE) ha convertido a España en un líder global, hemos de ser capaces de ayudar a financiar y desarrollar ideas generadoras de valor para la sociedad entorno a la sanidad.

En el informe emitido por el Círculo de Economía en octubre del 2020¹³⁸, se incluyen iniciativas como un ecosistema estructurado de información biológica, médica, ambiental y socioeconómica, sistemas de soporte en la toma de decisiones médicas, basados en IA; alineamiento con las iniciativas europeas en genómica, medicina personalizada y datos...

En esta línea de trabajo, debemos aprovechar alguno de los componentes singulares de los que disponemos, para saber conjugar una propuesta de valor diferencial:

- Haber sido pioneros en la implantación de HCE, disponiendo de un volumen de población significativo con más de 10 años de historia, incluyendo su banco de imágenes diagnósticas y una longitud de registro difícil de encontrar en otras geografías.
- Contar con el Barcelona Supercomputing Center – Centro Nacional de Supercomputación (BSC-CNS), en el cual trabajan más de 600 profesionales de alta cualificación y que, con una inversión de fondos europeos cercana a los 100 millones de euros, construirá el MareNostrum 5, uno de los tres supercomputadores de los que se dotará Europa.
- Ser una de las primeras potencias en la realización de ensayos clínicos. Según Farmaindustria, uno de cada tres de los ensayos clínicos realizados en Europa con nuevos medicamentos cuenta con participación española y, para muchas compañías farmacéuticas, nuestro país es el segundo, tras Estados Unidos, donde más ensayos clínicos se realizan en el mundo.

¹³⁶ Innovation Fund Denmark (s. f.). *Better Health Apply Option*. <https://innovationsfonden.dk/en/programmes/grand-solutions/better-health> (Fecha de consulta: 16/12/2020).

¹³⁷ Borrador del Real Decreto-ley 36/2020, de 30 de diciembre, por el que se aprueban medidas urgentes para la modernización de la Administración Pública y para la ejecución del Plan De Recuperación, Transformación y Resiliencia.

¹³⁸ Círculo de Economía (2020). *La recuperación post COVID-19. Algunas reflexiones sobre el papel del sector de la salud*. <https://cercledeconomia.com/es/evento/la-recuperacio-post-covid-19-algunes-reflexions-sobre-el-paper-del-sector-de-la-salut/>

En ningún caso debemos dejar de lado el **fomento del potencial exportador del sistema sanitario** (capacidad de formación especializada, turismo sanitario, investigación, valorización y transferencia de tecnologías, etc.). El turismo sanitario puede ser un ejemplo. Con base tanto en el reconocimiento internacional de nuestra sanidad como en la potencia mundial que somos en turismo, tendríamos que plantearnos cómo podemos hacer de la sanidad un motor de exportación. Parece complicado exportarla, pero podemos atraer enfermos. El turismo de salud, turismo médico o *wellness* es el proceso por el que una persona viaja a otro país para recibir servicios de salud. A escala global, los más demandados son la reproducción asistida, cirugía estética y plástica, cardiología y oncología. Nuestro país se sitúa en el sexto puesto del *ranking* europeo y en el octavo a nivel mundial en número de turistas relacionados con la salud. Esta modalidad de turismo supuso, en el 2017, una facturación de 500 millones de euros y se preveía que, en el año 2020, se alcanzaría la cifra de 200.000 turistas atendidos, logrando un aporte a la economía española en torno a 1.000 millones de euros¹³⁹. Dado nuestro potencial tanto sanitario como turístico, deberíamos definir planes para mejorar esta posición. Nuestro país reúne las condiciones necesarias para convertirse en una potencia en este sector, basándose en una sanidad de reconocido prestigio en el mundo con centros públicos y privados de referencia y una gran tradición turística.

Fortalecer la colaboración público-privada

- **Desarrollar la organización de redes de servicios integrados público-privados, con objetivos y sistemas de incentivos compartidos.**
- **Establecer previamente objetivos claros y medibles, que permitan objetivar el éxito de las colaboraciones, y realizar una evaluación periódica independiente con carácter riguroso de los resultados y costes.**
- **Aprovechar el potencial de las redes sanitarias de propiedad privada para cubrir la cartera de servicios a la que hoy no se llega con los recursos públicos.**

Tal como ya se ha señalado anteriormente, existe una combinación de entidades públicas y privadas colaborando en la prestación de los servicios de salud a la población, de nuevo con diferencias notables entre comunidades autónomas. Dada la complejidad de la situación en la que nos encontramos y los graves peligros a la sostenibilidad del sistema, no es posible encontrar una solución mágica, sino que se requerirán múltiples actuaciones en paralelo, involucrando a los profesionales, los ciudadanos y las distintas administraciones, así como también al sector privado. Recordemos que este último tiene una participación muy grande en el desarrollo y fabricación de nuevos medicamentos y de equipos médicos, en la oferta hospitalaria, etc. Para conseguir un sistema de salud de calidad y sostenible no va a sobrar nadie.

Lamentablemente, se han generado muchos malentendidos en los últimos años, que han enmascarado el necesario debate para conseguir la mejor prestación con los recursos disponibles, bajo la idea de que todo lo que se hacía con la colaboración de la empresa privada (con o sin ánimo de lucro) era una privatización de la salud, y por principios, intolerable. Ya hemos mencionado antes que, en otros ámbitos de la sociedad del bienestar, no se percibe igual.

¹³⁹ El Economista (22 de enero de 2020). Turismo de salud: 1.000 millones de euros de impacto económico. *El Economista*. <https://www.eleconomista.es/especial-turismo-2020/noticias/10308696/01/20/Turismo-de-salud-1000-millones-de-euros-de-impacto-economico.html>

Uno de los principios inspiradores de este estudio ha sido el de la clarificación de conceptos. Al respecto, creemos que, para poder debatir los conceptos y sugerencias de cambios propuestos, resulta esencial que nos aseguremos de que todos nos estamos refiriendo a lo mismo. Siguiendo a Sevilla y Riesgo (p. 77)⁸, es preciso distinguir entre:

- Privatización, cuando se excluye a colectivos o prestaciones de la cobertura y financiación pública.
- Externalización de la gestión, cuando hay implicación de una empresa privada en la prestación de servicios con financiación pública, a través de conciertos, etc.
- Colaboración público–privada, que engloba diversas formas de colaboración de la empresa privada en el servicio sanitario público.
- La creación de nuevas formas de gestión en el sector público cuando no hay ninguna empresa privada involucrada no se debe considerar una colaboración público–privada. Aquí encontramos empresas y fundaciones públicas, consorcios en Cataluña, etc. En este caso no hay nada privado, salvo la adopción de herramientas de gestión más comunes en entornos privados en España (no así en otros países) que pueden, si se organizan adecuadamente, generar más valor en el sistema público.

En sanidad, hablar de colaboración público-privada se considera como una privatización por parte algunos sectores de la sociedad. Sin embargo, actualmente un 20%¹⁴⁰ de los ciudadanos españoles tienen un doble aseguramiento, es decir, contratan un seguro de salud privado adicional al sistema público, esto es, un seguro con una sanidad privada que trabaja de forma independiente a la pública para dar, en muchos casos, los mismos servicios, con el valor añadido de la agilidad de respuesta (tiempo de espera), elección de médico/centro y una mejora en temas relacionados con la hostelería.

En nuestro país, existen multitud de ejemplos de colaboración público–privada en sanidad:

- **Compra pública innovadora**, de la cual hemos hablado en el apartado anterior.
- **Concesiones administrativas**, donde el sector privado actúa como financiador, constructor de la infraestructura y provisor de servicios que pueden ser no asistenciales (limpieza, restauración, mantenimiento, seguridad, etc.) o incluyendo la parte asistencial. Hasta la fecha, Madrid y Valencia han sido los máximos desarrolladores de este modelo en España.
- **Conciertos**, prestación de servicios sanitarios dentro de la red pública tanto de centros especializados como centros de Atención Primaria (ejemplo del modelo de EBA en Cataluña mencionado anteriormente o el Hospital San Juan de Dios [Aljarafe] de Bormujos, en Sevilla).
- **Prestación de servicios asistenciales o sociosanitarios**, entre los cuales hemos de incluir el servicio de atención de teleasistencia domiciliaria.

¹⁴⁰ Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (2019). *Sanidad privada, aportando valor. Análisis de situación 2019*. <https://www.fundacionidis.com/informes/analisis-de-situacion-de-la-sanidad-privada/sanidad-privada-aportando-valor-analisis-de-situacion-2019>

- **Donaciones o patrocinios** de empresas o fundaciones privadas, que realizan una aportación financiera al sistema de salud, para la investigación o renovación de infraestructuras. Ejemplos de este tipo de colaboraciones pueden ser la compra de nuevo equipamiento para el tratamiento radiológico (Fundación Amancio Ortega) o la construcción de infraestructuras para unidades especializadas (Hospital de Dia Sant Jordi – Parc Sanitari Pere Virgili [Barcelona]).

En cualquiera de estos casos, para una colaboración eficaz con entidades privadas, las distintas administraciones deben desarrollar sistemas avanzados de contratación y gobernanza, que incluyan el seguimiento de actividad y calidad, permitiendo evaluar la aportación de valor de las entidades contratadas. Con un sistema de medición riguroso y transparente, y una evaluación periódica de estas fórmulas, se puede contribuir a la sostenibilidad y mejora del sistema.

A modo de ejemplo, las reglas de juego deben definir cómo debe actuar el sector público cuando, ante la existencia de listas de espera en la sanidad pública, ciudadanos con acceso a la privada realizan parte del proceso previo de pruebas en esta última, con el objetivo de poder acceder al tratamiento de la sanidad pública (la que lo lleva a cabo) de modo más temprano. Para que, desde el ámbito sanitario, no se deban tomar decisiones pertenecientes al ámbito político, estos mecanismos de decisión y actuación han de ser tratados con anterioridad a la puesta en marcha de una colaboración público-privada.

Así, entre las recomendaciones para fomentar la colaboración público-privada en Sanidad, podríamos destacar:

Creación de redes que agreguen elementos públicos y privados a nivel de provisión, con base en los criterios de eficiencia y especialización. La propuesta de separación entre las funciones de pagador y proveedor realizada anteriormente debe promover la creación de redes mixtas de provisión, que conjunte elementos públicos y privados, según el cumplimiento de los compromisos con la aseguradora pública. Al respecto, será necesario definir unos criterios claros a fin de mantener una lista de espera única, no incurrir en la selección adversa (evitar que todo aquello que tenga una complicación se dirija al sistema público) y respetar las exigencias de la acreditación y la homologación.

Un ejemplo es el PADI. Este plan de prevención de salud bucodental gratuito dirigido a niños de entre 6 y 15 años e iniciado en la década de los 90 en el País Vasco y Navarra, actualmente está presente en ocho comunidades autónomas. Se trata de un ejemplo de provisión mixta, en el cual participan tanto unidades de salud bucodental (USBD) de la sanidad pública como clínicas dentales privadas. Otro ejemplo es el SISCAT, que incluye a todos los centros privados que prestan servicios a la sanidad pública catalana. Por tanto, es necesario aprovechar el potencial de las redes sanitarias de propiedad privada y utilidad pública (como puede ser el caso de las farmacias comunitarias o las consultas dentales) para cubrir una cartera de servicios a la que hoy no se llega con los recursos públicos.

Integración en la asistencia sociosanitaria. El sector privado desarrolla ya un papel central en la provisión de servicios sociosanitarios en muchos puntos de la península, como la prestación de servicios de hospitales de día o el servicio de teleasistencia para personas mayores o con movilidad reducida. La capilaridad de este tipo de servicios asistenciales permite acceder a

una amplia información sobre el estado de salud de los pacientes de forma directa y detectar posibles situaciones de riesgo, especialmente en el caso de personas con poco contacto social. Todo ello ofrece un exhaustivo potencial de colaboración entre el sector público y el privado, para ofrecer mejores servicios a los ciudadanos a partir de la integración de otros, evitando complicaciones y generando ahorros económicos en el sistema de salud.

Por ello, se recomienda un mejor diseño de las rutas asistenciales, una mayor coordinación entre administraciones, con la creación de guías compartidas de trabajo, y una mejor definición de los roles profesionales. Todo eso puede permitir avances en la prevención y alerta temprana que faciliten la reducción del uso de servicios hospitalarios.

Participación en la atención domiciliaria. Cada vez más, los pacientes son atendidos fuera de los centros hospitalarios, ya se trate de enfermos crónicos o agudos (por enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], insuficiencia cardíaca, hipertensión, asma...), a fin de facilitarles su recuperación en un entorno más familiar y confortable, al tiempo que se liberan instalaciones con un alto coste asociado. Este modelo de atención domiciliaria debe estar liderada por:

- Incremento de la tecnología disponible en domicilios (tabletas, *gadgets*, sensores, etc.), que permita la telemonitorización clínica preventiva y proactiva para tratamientos de salud, más allá de los actuales sistemas reactivos de emergencia.
- Formación de los pacientes, para que puedan monitorizar su propio estado de salud con el equipamiento y la supervisión sanitaria adecuados.

Hay que trabajar en desarrollar la confianza mutua entre el sector público y el privado, como ha sido el caso en algunas comunidades autónomas durante la reciente pandemia. No tenemos dudas de las ventajas de la colaboración entre entidades existentes dentro de un territorio, de cara a potenciar la sostenibilidad, la universalidad, el acceso equitativo y la calidad del sistema de salud. Entendemos que las experiencias de colaboración público-privada en nuestro país son un activo importante a mantener y potenciar.

Creación de modelos de colaboración, que estimulen la coinversión en I+D+i con acuerdos a largo plazo. La atracción de fondos para la investigación clínica de compañías farmacéuticas por parte de los hospitales y centros de investigación asociados permite a los profesionales mantenerse al día en sus áreas de conocimiento, poder aplicar nuevas tecnologías en su actividad asistencial, reducir el impacto de los medicamentos usados en los ensayos y en el presupuesto del centro, y proporcionar a sus pacientes nuevas oportunidades de tratamientos (y posible curación).

VIII

Anexos

1. Objetivos e indicadores del sistema de salud: diagnóstico comparativo

Este anexo contiene un diagnóstico cuantitativo realizado sobre los objetivos del sistema de salud, establecidos al inicio de este estudio. Para ello, primero hemos identificado algunos indicadores que intentan reflejar la situación respecto a cada uno de los seis objetivos del sistema de salud. Entendemos que, quizá, estos no siempre son capaces de recoger todos los matices que dichos objetivos tan amplios y complejos incluyen, pero los hemos seleccionado basándonos en la información pública disponible.

A continuación, hemos escogido una serie de países con los cuales hemos comparado la situación del modelo sanitario español. Estos se han seleccionado en función de los siguientes criterios:

- Alemania, Francia, Italia y el Reino Unido, por ser los cuatro grandes países de la UE, con una población que comparte muchos de los retos que tiene España y con un sistema parecido al nuestro.
- Holanda y Dinamarca, por tener un sistema sanitario que, en algunos aspectos, es un modelo a seguir o, al menos, tener en cuenta.
- Estados Unidos y Singapur, por ser dos casos extremos, que son referencia a nivel global.

Las diferentes comparativas incluyen la media de los países anteriores, así como la media de la UE, siempre que ha sido posible disponer del dato.

No obstante, debemos tener en cuenta un par de observaciones. En primer lugar, la media de los países anteriores ha sido calculada de forma aritmética o ponderada, en función del indicador y de los países sobre los que existe información disponible, entendiendo que, en cualquier caso, ambas opciones son válidas. Por otra parte, en algunos indicadores no es totalmente transparente el modo en el que se ha recogido la información en los diferentes países; ello, sumado a la utilización de distintas fuentes, hace que no se deban tomar los datos como un valor científico, sino que hemos de verlos en perspectiva y con base en la posición relativa que ocupa España. Asimismo, hemos de ser conscientes de que situarnos próximos a la media de la UE no es necesariamente estar bien posicionados, puesto que los países de Europa del Este generalmente suelen tener un nivel sanitario por debajo de los más desarrollados con los que nos queremos comparar.

En las siguientes páginas, se encontrará el detalle de la comparativa realizada para cada objetivo del sistema de salud y el de los indicadores identificados para cada uno.

Este diagnóstico ha sido realizado con la colaboración de **OUTCOMES10**.

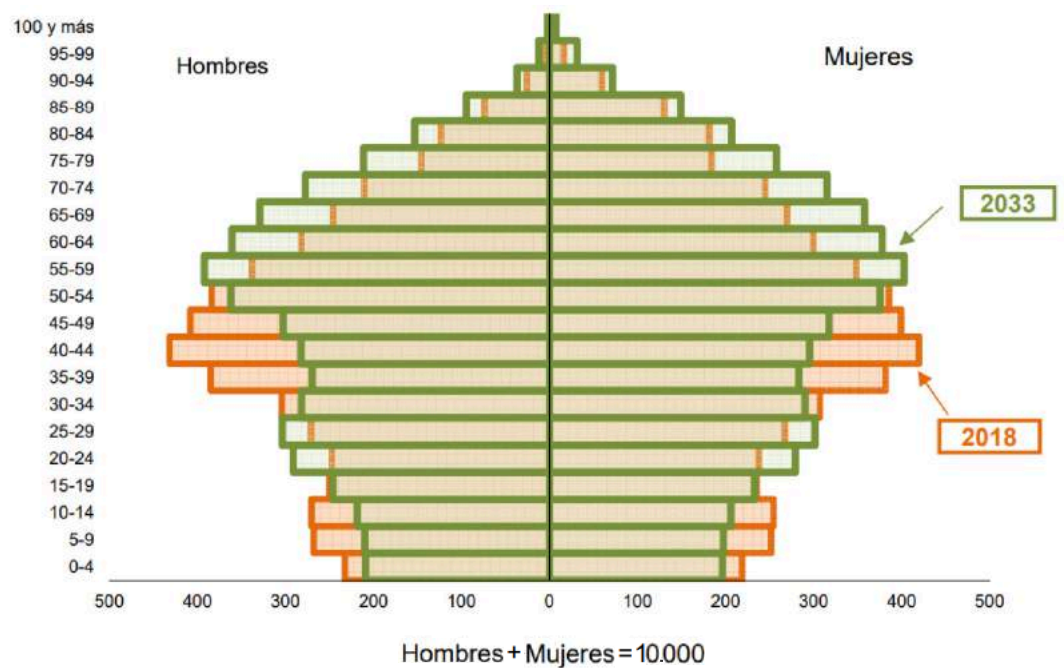
1.1. Salud de la población

Para entender mejor los diferentes indicadores de la sanidad en España, es necesario tener en cuenta que es un país envejecido, con una tendencia a la inversión de la pirámide poblacional, tal como muestra la predicción para el 2033 de la Figura 4. En el año 2020, el 19,6% de la población tenía una edad por encima de los 65 años¹³ y la previsión para el 2033 es que ese porcentaje aumente hasta el 25,2%¹⁴.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 4. Pirámide poblacional en España en diciembre (2018-2030)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2018).

1.1.1. Salud cubierta

La salud cubierta en España parece estar por encima de la mayoría de los países comparados: 2,1 en el *ranking* (máximo, 1; mínimo, 9: promedio de todos los indicadores [posición en el *ranking* / total países (sin contar la media europea y de países con los que se compara)]).



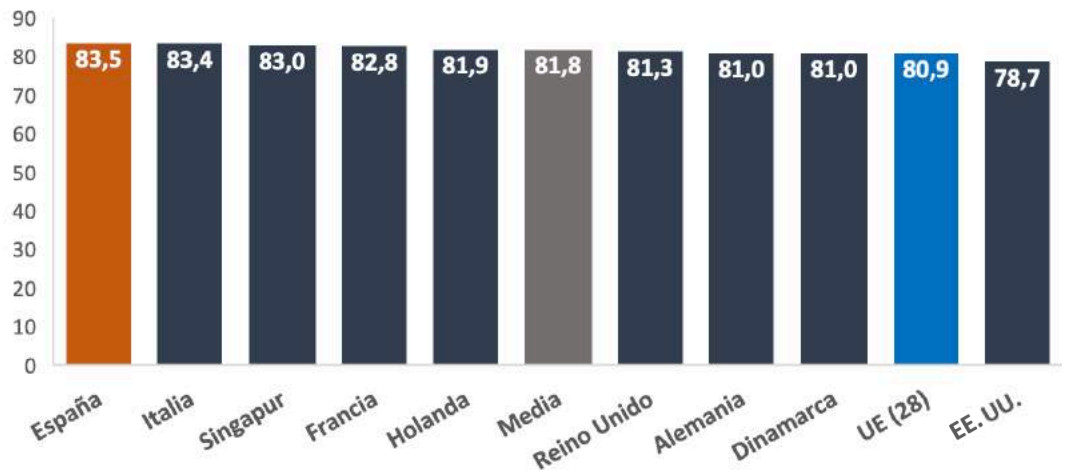
Ranking: 1,0-2,9 (4 estrellas); 3-4,9 (3 estrellas); 5-6,9 (2 estrellas); 7-8,9 (1 estrella); 9 (0 estrellas).

A continuación, se detallan los resultados de los diferentes indicadores que describen la situación de la salud cubierta de la población.

Esperanza de vida

De todos los países analizados en el 2018, España es el que tuvo una mayor esperanza de vida al nacer (83,5 años).

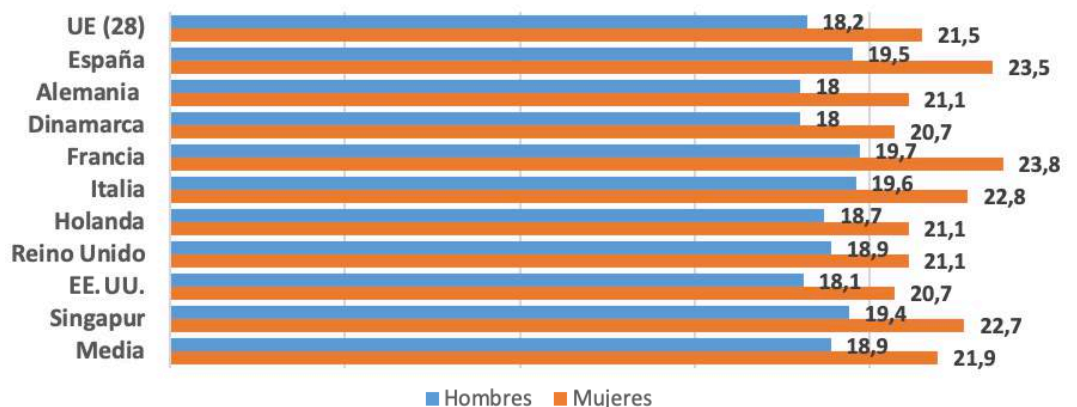
Figura 5. Esperanza de vida al nacer



Fuente principal: OCDE (2018). Datos de Singapur: OMS (2016).

En cuanto a la esperanza de vida a los 65 años, con 19,5 años en hombres y 23,5 en mujeres, España ocupa el tercer y el segundo lugar, respectivamente, entre los países analizados, situándose por encima de la media europea y el promedio de los incluidos en el análisis.

Figura 6. Esperanza de vida a los 65 años por sexo



Fuente principal: OCDE (2018). Datos de Singapur: gubernamentales; Datos de la media de la UE: Eurostat

La desigualdad en la esperanza de vida a los 35 años en función del nivel de estudios es inferior en España que en la media de la UE, tanto en hombres como en mujeres. En mujeres con nivel educativo bajo (sin finalizar la secundaria) es de 50,5 años, mientras que con nivel educativo alto (han terminado la enseñanza superior) es de 52,5 años. La diferencia en nuestro país es de 2 años, mientras que en el resto de Europa es de 3,6 años. En hombres, la esperanza de vida para nivel educativo bajo y alto es de 43,8 años y 48 años, respectivamente. La diferencia entre ambos niveles en España es de 4,2 años, mientras que para el resto de Europa es de 6,5 años.

Figura 7. Brecha en la esperanza de vida en años por nivel educacional y sexo



Brecha en la esperanza de vida por nivel educacional a los 35 años de edad:

España: 2 años
UE-16: 3,6 años

España: 4,2 años
UE-16: 6,5 años

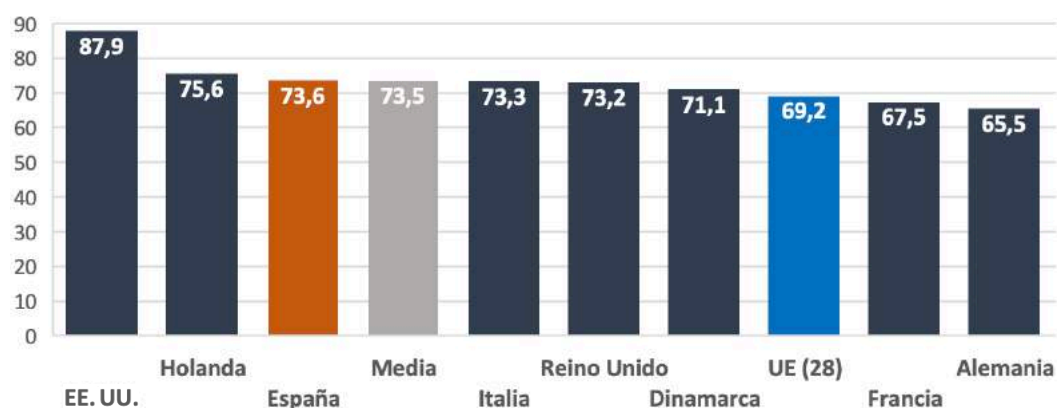
Nota: Los datos se refieren a la esperanza de vida a los 35 años. El nivel educativo alto es el de personas que han terminado la enseñanza superior (CINE 5-8), mientras que el nivel educativo bajo es el de personas que no han terminado la enseñanza secundaria (CINE 0-2).

Fuentes: State of Health in the EU. España (2019). *Perfil sanitario nacional 2019*.

Estado de salud percibida

En España, el 73,6% de la población considera que su salud es buena o muy buena, por encima tanto del promedio de los países analizados como de la UE. Estados Unidos es el que presenta el mejor dato de salud percibida, aunque es importante remarcar que la metodología utilizada difiere del resto, lo que podría explicar la gran diferencia respecto a los demás países, a pesar de contar con la esperanza de vida más baja. En este caso, no se han podido recabar datos de Singapur.

Figura 8. Estado de salud percibida (porcentaje de la población que considera tener salud buena o muy buena)

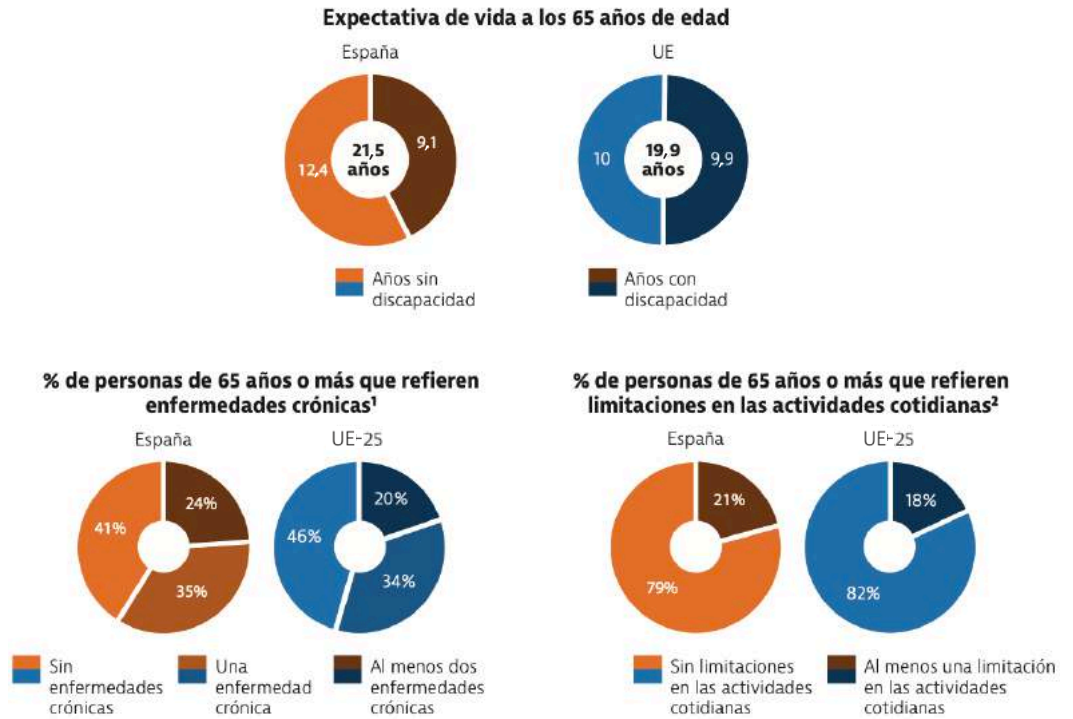


Fuente principal: OCDE (2018); Datos de la media de la UE: Eurostat; Datos de EE. UU.: diferente metodología.

Limitaciones de las actividades diarias

España tiene un porcentaje de población superior en 500 puntos básicos respecto a la UE de personas mayores de 65 años que declaran tener al menos una enfermedad crónica (59% vs. 54%), según datos de la OCDE. Respecto a las limitaciones en las actividades diarias, la posición de nuestro país cambia significativamente si tomamos como referencia a la UE-25 (21% vs. 18%, según la OCDE) o la UE-28 (20% vs. 26%, según Eurostat).

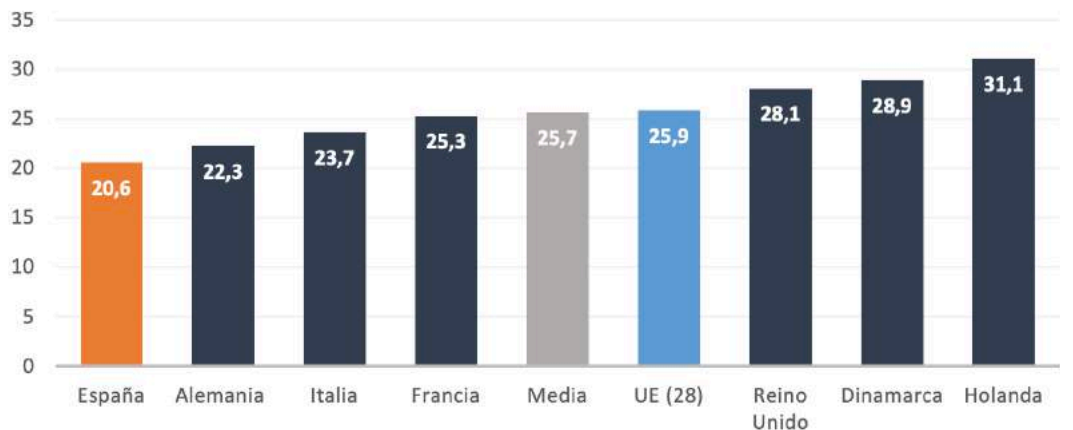
Figura 9. Los españoles viven más, pero no todos los años de vida en la vejez se viven con buena salud



Fuentes: State of Health in the EU. España (2019). *Perfil sanitario nacional 2019*.

Por otra parte, el porcentaje de población con limitaciones en las actividades diarias a largo plazo en España es también inferior a la media de la UE y al promedio de los países analizados.

Figura 10. Limitaciones diarias a largo plazo (porcentaje de la población)

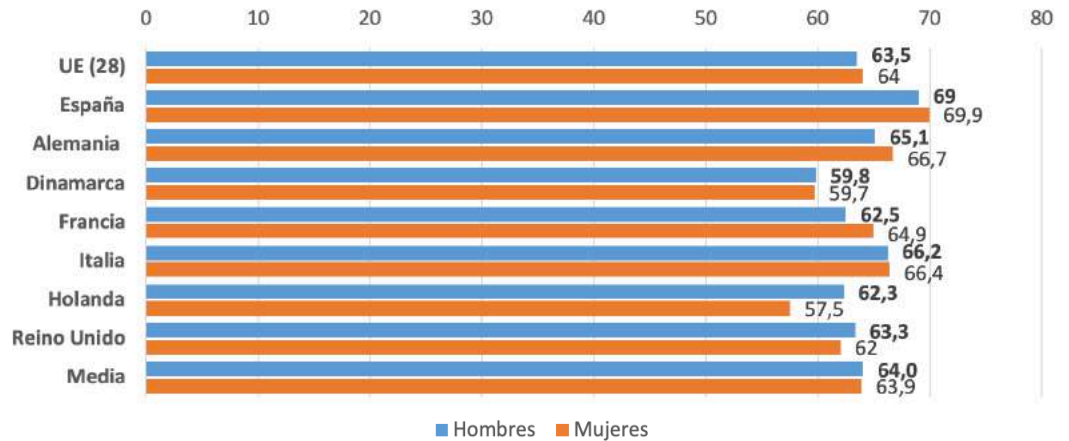


Fuente: Eurostat (2018).

Años de vida saludable

En el año 2017, España presentaba los mejores valores en cuanto a los años de vida saludable, con una media de 69,0 años para hombres y 69,9 para mujeres, siendo considerablemente superior al resto de países comparados y a la media europea.

Figura 11. Años de vida saludable (2017)



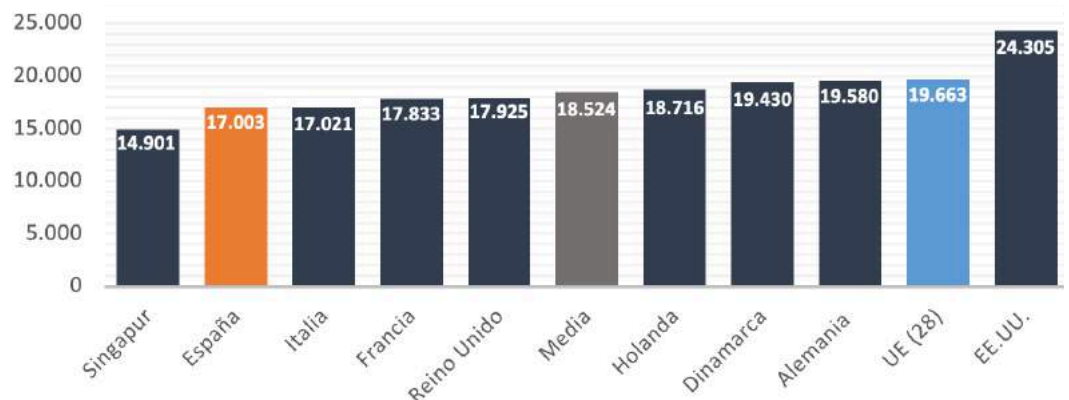
Fuente: Eurostat (2017).

Carga de la enfermedad

Los *disability-adjusted life years* (DALY) o, en español, 'años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)' son una medida estandarizada para evaluar el número de años perdidos debido a una enfermedad, discapacidad o muerte prematura.

En el 2017, el número de años perdidos por discapacidad en España fue de 17.003 por cada 100.000 habitantes, situándose por debajo de la media europea y de la media de los países comparadores. Tan solo Singapur, con 14.901 años por cada 100.000 habitantes, presentó mejores datos.

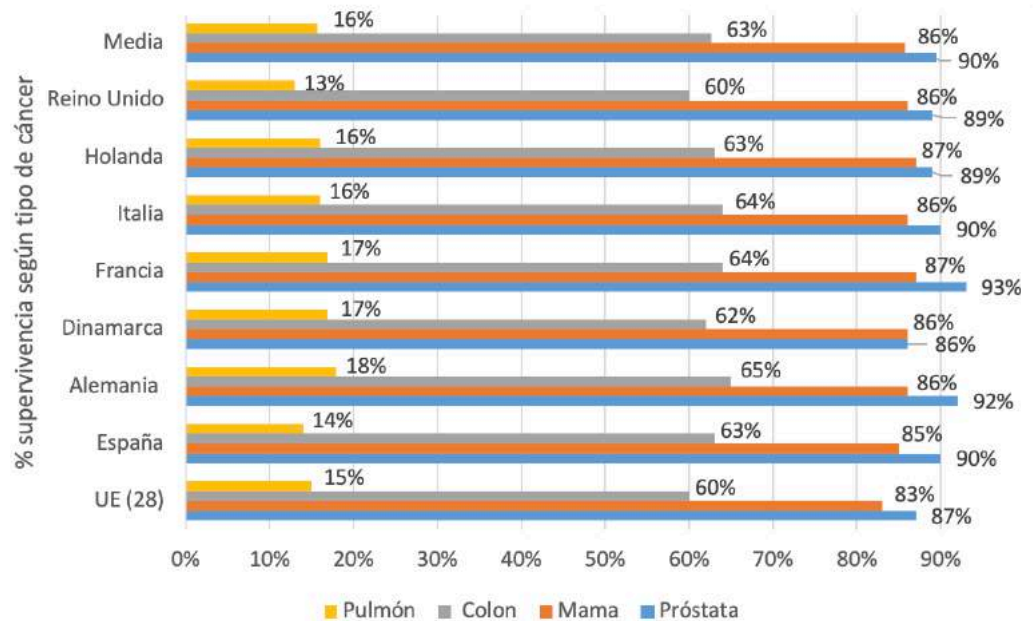
Figura 12. Años de vida ajustados por discapacidad



Fuente: Institute for Health Metrics (2017).

Las tasas de supervivencia a los cinco años para varios tipos de cánceres analizados no varían mucho entre los países con los que nos comparamos. España está por encima de la media de la UE y alineada con los países mencionados, excepto en el caso del cáncer de pulmón, donde estamos por debajo de ambos.

Figura 13. Tasas de supervivencia a los cinco años para varios tipos de cáncer diagnosticados (2010–2014)



Fuente: OCDE (2019). Estadísticas sobre la salud de los diferentes países estudiados.

1.1.2. Cobertura y calidad

La cobertura y calidad de la atención (posición en el *ranking*: 6,3) presenta cierto margen de mejora, en comparación con el resto de países (no se han tenido en cuenta las causas de mortalidad).



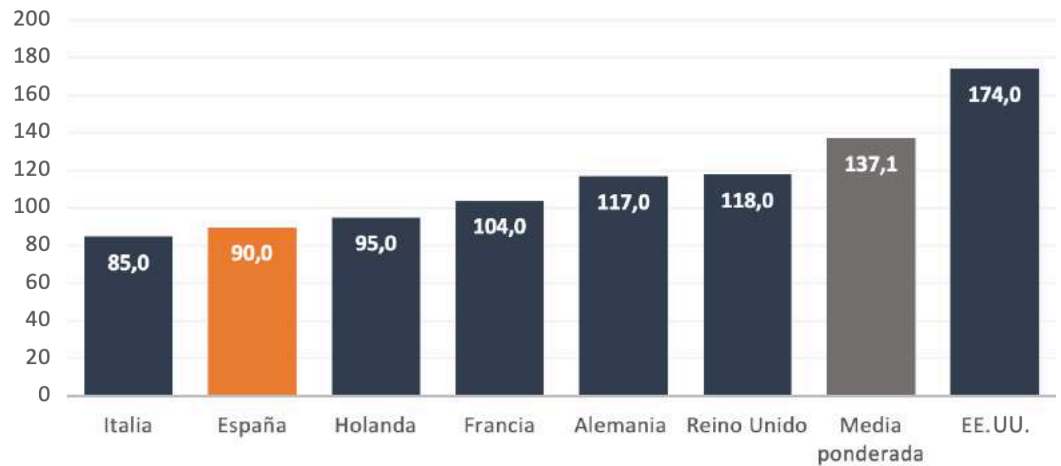
Ranking: 1,0-2,9 (4 estrellas); 3-4,9 (3 estrellas); 5-6,9 (2 estrellas); 7-8,9 (1 estrella); 9 (0 estrellas).

Calidad

Mortalidad prevenible

La mortalidad prevenible es un indicador que permite medir la calidad y efectividad de los servicios sanitarios y también alerta de posibles disfunciones en los sistemas de salud. En la Figura 14, se representan los datos más actualizados disponibles, observándose que, tras Italia, España contaría con el menor número de muertes evitables.

Figura 14. Mortalidad prevenible

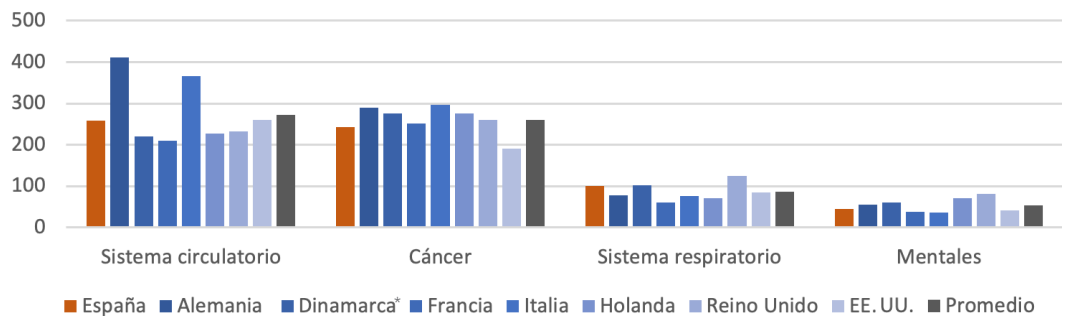


Fuente: OCDE (2018). *Dinamarca (2015), Francia, Italia y el Reino Unido (2016).

Principales causas de mortalidad

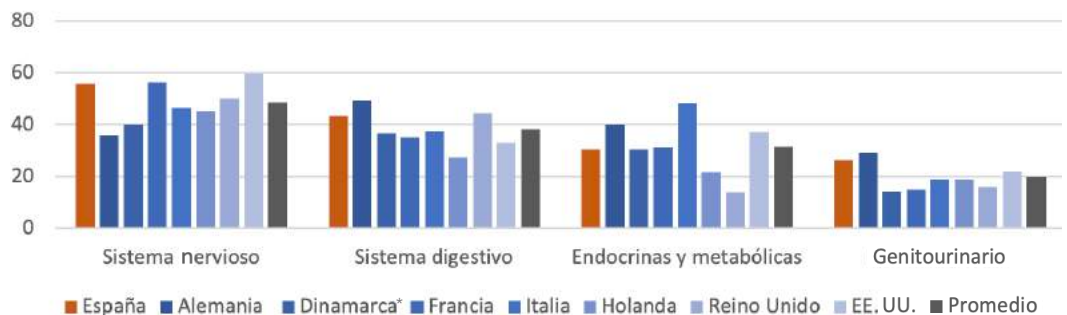
En comparación con el resto de los países analizados, España se encuentra por debajo de la media de las causas de mortalidad por cada 100.000 habitantes, en enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio, cáncer, mentales, endocrinas/metabólicas e infecciones/parasitarias. Por el contrario, el índice de muertes es superior en enfermedades respiratorias, musculoesqueléticas, sanguíneas, cutáneas/subcutáneas, del sistema nervioso, digestivo y genitourinario.

Figura 15. Causas de mortalidad (I)



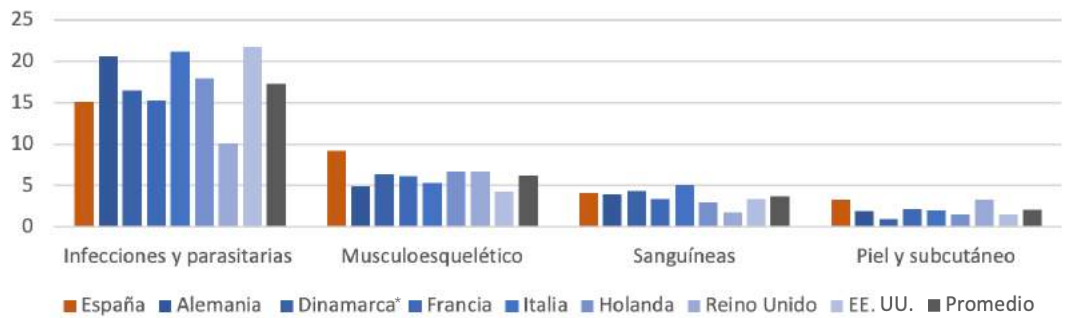
Fuente: OCDE (2016); *Dinamarca (2015).

Figura 16. Causas de mortalidad (II)



Fuente: OCDE (2016); *Dinamarca (2015).

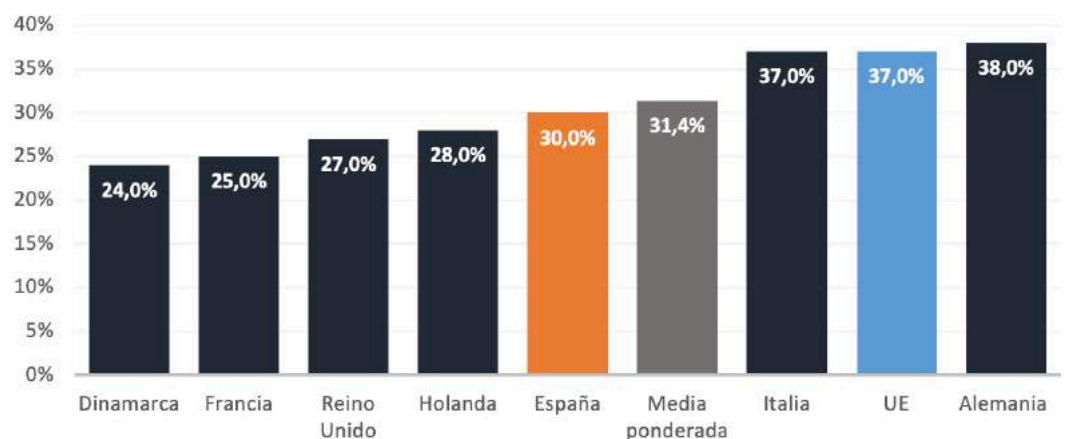
Figura 17. Causas de mortalidad (III)



Fuente: OCDE (2016); *Dinamarca (2015).

Las **enfermedades cardiovasculares** son la principal causa de muerte en todo el mundo. España se sitúa por debajo de la media europea de muertes debidas a esta causa y al mismo nivel que la media de los países analizados.

Figura 18. Muertes por enfermedad cardiovascular (2018)

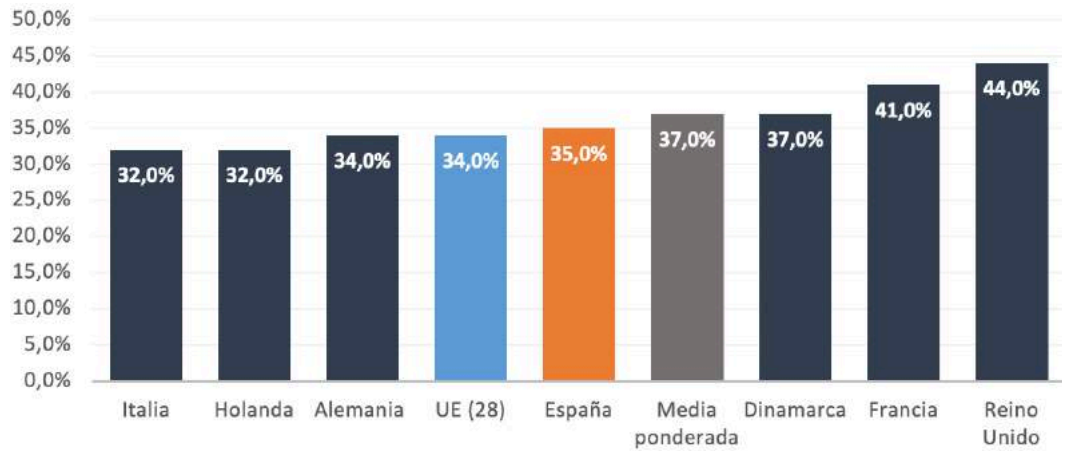


Fuente: Mateo, G. (27 de diciembre del 2018). Las enfermedades cardiovasculares son la causa de un tercio de las muertes en Europa. *Crónica Global*.
https://cronicaglobal.lespanol.com/graficnews/enfermedades-cardiovasculares-muertes-europa_90812_102.html#:~:text=Las%20enfermedades%20del%20sistema%20circulatorio,de%20muertes%20de%20la%20comunidad

Morbilidad

El porcentaje de personas mayores de 65 años con enfermedades crónicas en España es ligeramente inferior al promedio de los países analizados en la revisión y ligeramente superior a la media europea. Todos los países presentan unos rangos de morbilidad similares, a excepción del Reino Unido y Francia, que cuentan con una incidencia mayor.

Figura 19. Morbilidad (porcentaje de mayores de 65 años con una enfermedad crónica)



Fuente: Estadísticas sobre la salud de los diferentes países de la OCDE (2019).

Mortalidad a los 30 días

La mortalidad a los 30 días posteriores a la hospitalización también es un buen indicador de calidad de los servicios prestados. Al respecto, España se sitúa por debajo de la media europea en este indicador.

Figura 20. Mortalidad en los 30 días posteriores a la hospitalización por infarto agudo de miocardio



Nota: Las cifras se basan en datos de pacientes y se han ajustado por edad y sexo para la población de la OCDE de 45 años o más hospitalizada por IAM en el 2010.

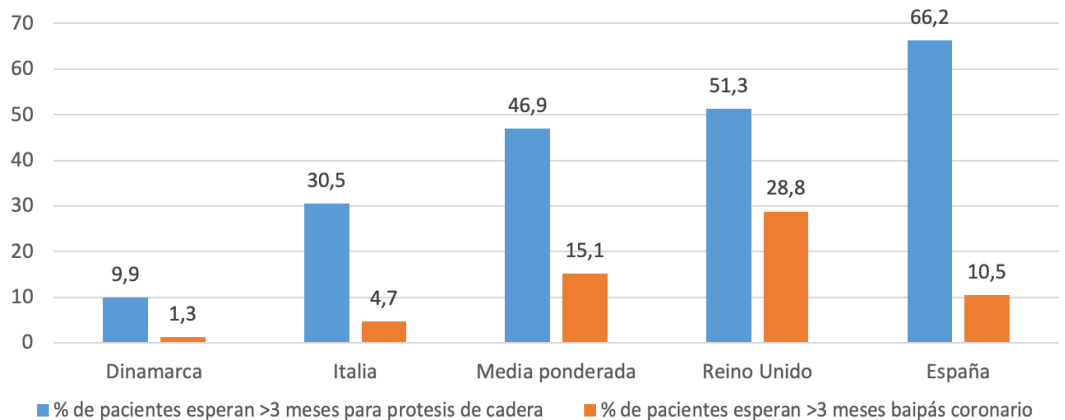
Fuente: Estadísticas sobre salud de la OCDE (2019).

Lista de espera

Con relación a las listas de espera, solo se han podido comparar datos entre cuatro países. España es el que tiene un mayor porcentaje de pacientes en lista de espera de más de tres meses tanto para reemplazo de prótesis de cadera como de baipás coronario. Tan solo el Reino Unido supera, en este último caso, la ratio española (Figura 21). La cirugía de baipás coronario también parece ser menor en España que en la media de los países analizados, si bien estos datos merecen todas las cautelas posibles por la diferente metodología de recogida de la información en los diferentes territorios.

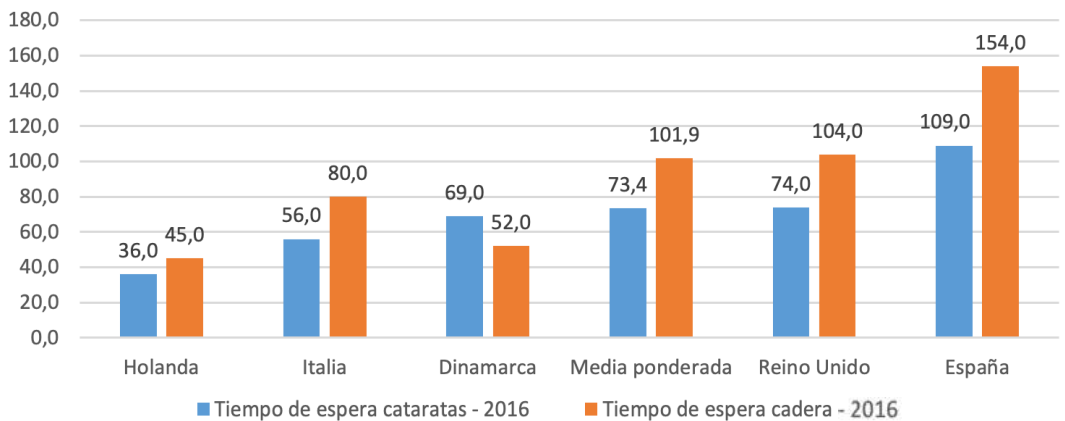
En el 2019, un total de 671.494 pacientes estaban en listas de espera para ser operados en la sanidad pública, lo que supone una **media de 115 días** para poder ser intervenidos. Por especialidades, traumatología, con 171.534 pacientes, es la que tiene una mayor lista de espera, seguida de oftalmología (140.930), y cirugía general y de digestivo (121.519). Cirugía torácica (1.992 pacientes) y cirugía cardíaca (3.053 pacientes) son las especialidades con menor acumulación. En el caso de las intervenciones, las que cuentan con mayor lista de espera son cataratas (102.957), hernia inguinal (30.310) y artroscopias (17.276)¹⁴¹.

Figura 21. Lista de espera (porcentaje de pacientes)



Fuente: OCDE (2018).

Figura 22. Lista de espera para cirugía de cataratas y reemplazo de cadera (2016)

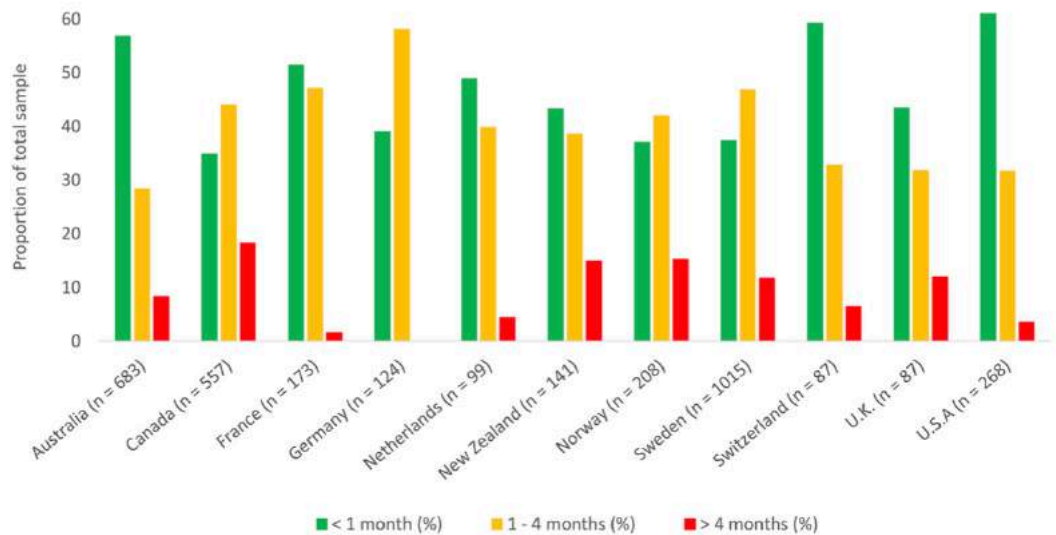


Fuente: OCDE (2018). Estadísticas de la salud. <https://doi.org/10.1787/health-data-en>

¹⁴¹ Casi 672.000 pacientes están en lista de espera para una intervención quirúrgica, la cifra más alta en 16 años (29 de noviembre de 2019). RTVE. <https://www.rtve.es/noticias/20191129/casi-672000-pacientes-lista-espera-para-operacion-cifra-mas-alta-16-anos/1992847.shtml>

En cuanto a los tiempos de espera para las cirugías electivas, los datos se obtuvieron de una encuesta a pacientes de diferentes países, en la que se les preguntaba directamente por su tiempo de espera. Se observa variabilidad entre países, pero la mayor proporción de pacientes se encuentran entre los que esperan menos de un mes, siendo la espera de más de cuatro meses un pequeño porcentaje de los casos.

Figura 23. Tiempos de espera para la cirugía electiva



Fuente: McIntyre, D. y Chow, C. K. (2020). Waiting Time as an Indicator for Health Services Under Strain: A Narrative Review. *Inquiry: A Journal of Health Care Organization, Provision and Financing*, 57: 1-15. <https://doi.org/10.1177/0046958020910305>

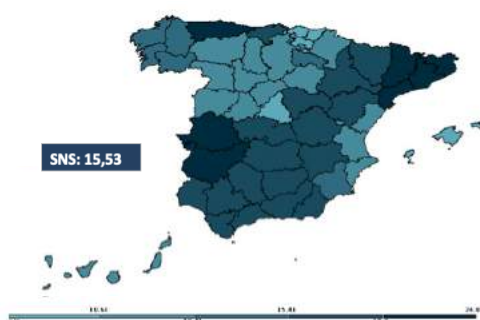
Variabilidad en la práctica clínica

El tiempo de espera y el número de pacientes pendientes para someterse a intervenciones quirúrgicas varía significativamente según la comunidad autónoma. En la Figura 24, se observan las tasas por cada 1.000 habitantes; cuanto mayor sea esta tasa, mayor es el tiempo de espera para los pacientes, siendo un indicador de la variabilidad. Comunidades como Cataluña, Extremadura o el Principado de Asturias tienen unas tasas superiores a la media española, mientras que el País Vasco o Madrid presentan unas tasas inferiores a la media de España.

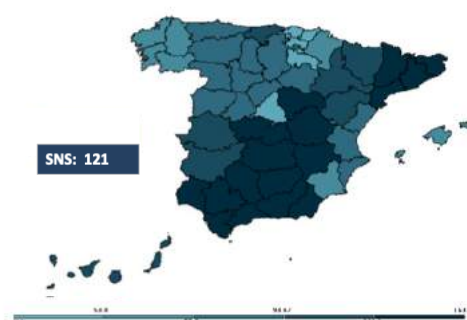
Figura 24. Situación de la lista de espera quirúrgica del SNS (2019)

Comunidad Autónoma	Total de pacientes pendientes	Tasa por 1000 hab.	Porcentaje de pacientes con más de 6 meses	Tiempo medio de espera (días)
ANDALUCÍA	150.655	18,59	23,2	161
ARAGON	23.357	17,86	16,9	113
PDO DE ASTURIAS	19.326	19,17	5,5	83
BALEARES	12.057	10,61	5,3	79
CANARIAS	25.888	12,71	22,8	133
CANTABRIA	10.570	18,70	17,3	101
CASTILLA Y LEON	29.263	12,66	16,8	94
CASTILLA-LA MANCHA	35.779	18,50	36,8	163
CATALUÑA	173.694	24,01	32,6	155
COMUNIDAD VALENCIANA	54.152	11,51	14,3	90
EXTREMADURA	22.602	21,95	25,1	125
GALICIA	35.720	13,63	0,9	55
MADRID	58.146	8,78	0,3	52
MURCIA	22.681	15,41	8,9	78
C. FORAL DE NAVARRA	8.038	12,53	10,2	80
PAÍS VASCO	17.059	7,69	0,0	48
RIOJA	4.672	14,99	0,9	53
CEUTA	960	12,72	14,2	92
MELILLA	378	5,10	0,0	38
TOTAL	704.997	15,53	19,9	121

Lista de Espera Quirúrgica. SNS. Numero de Pacientes por 1000 habitantes

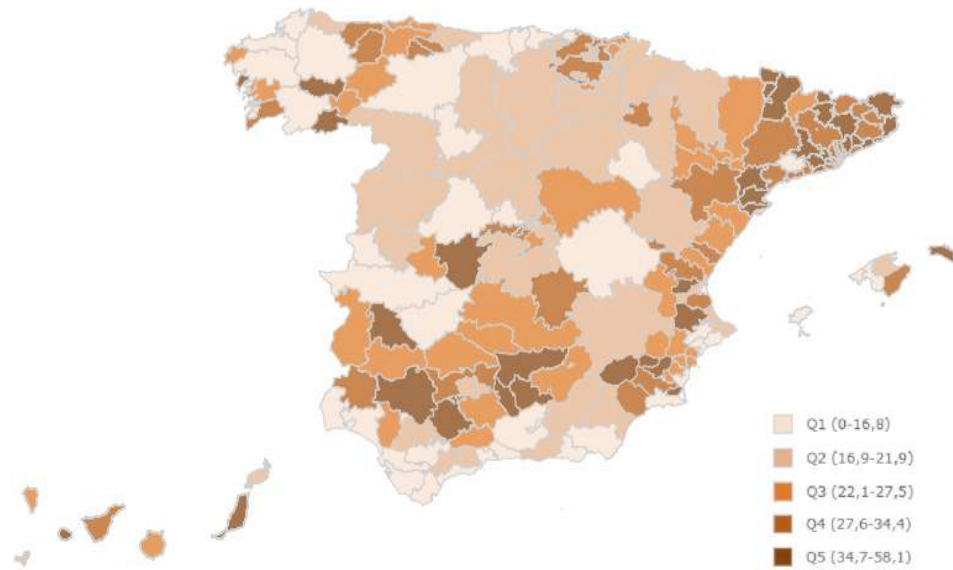


Lista de Espera Quirúrgica. SNS. Tiempo medio de espera (días).



Fuente: Ministerio de Sanidad (2019). *Sistema de información sobre listas de espera del Sistema Nacional de Salud (SIS-LE-SNS)*. https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/LISTAS_PUBLICACION_dic19.pdf

Figura 25. Tasa por cada 10.000 habitantes de artroplastia de cadera en pacientes >45 años. Diferencias por CC. AA. (2017)



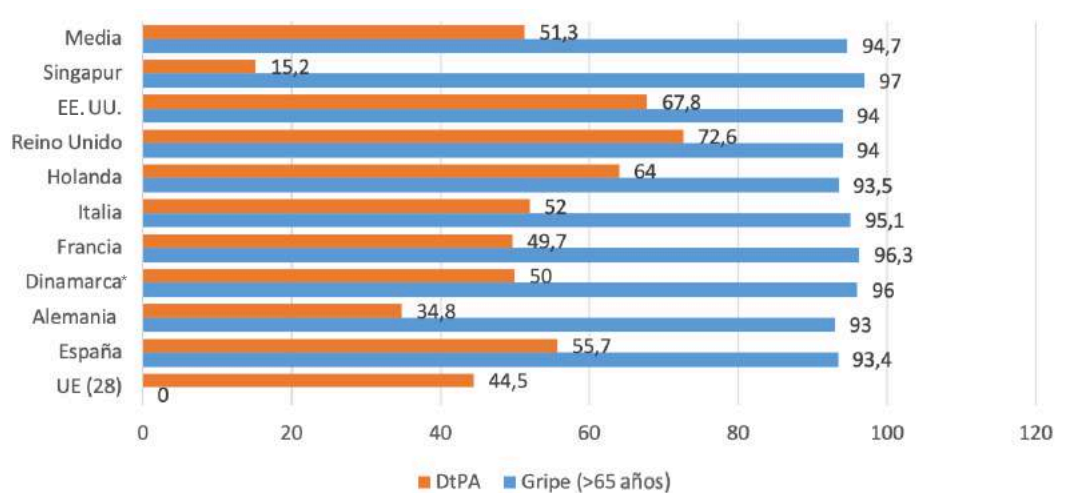
Fuente: Atlas de variaciones en cirugía ortopédica y traumatológica (mayo del 2020). *Tasas estandarizadas por edad y sexo de artroplastia primaria de rodilla por 10.000 habitantes mayores de 45 años en 2017* [base de datos]. https://www.atlasvpm.org/atlasvpm/ortopedia/ortopedia_variacion_2017/atlas.html

Cobertura

Cobertura de vacunación

La cobertura de vacunación para la DTPa (difteria, tétanos y tos ferina) posee una alta variabilidad entre los países analizados. En España, es superior tanto a la media de los países estudiados como de la UE, si bien el Reino Unido (72,6%), Estados Unidos (67,8%) y Holanda (64%) tienen una cobertura mucho mayor. Por el contrario, la cobertura vacunal para la gripe en personas de 65 años o mayores es similar en casi todos los países, si bien España se encuentra en el rango inferior junto con Alemania, pero muy por encima de la media de la UE.

Figura 26. Cobertura de vacunación



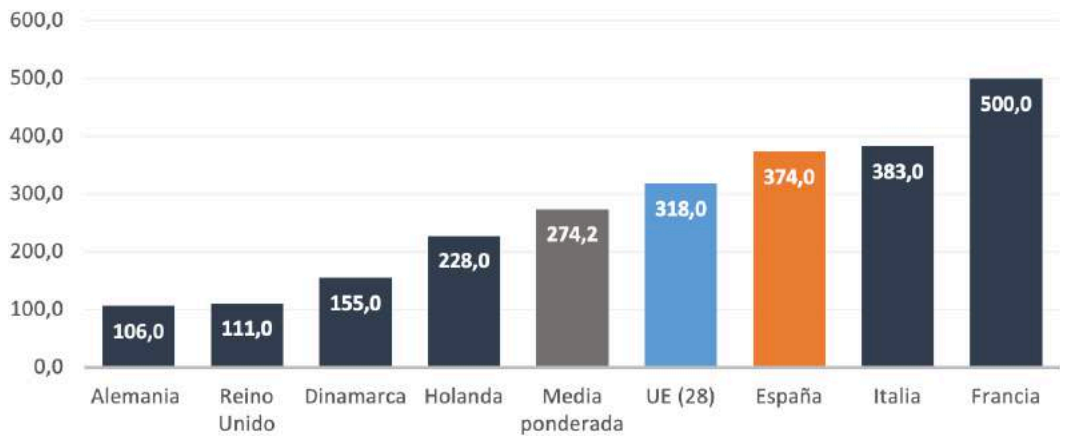
Fuente principal: OCDE (2017); Singapur: fuente gubernamental (DTP) y ref. >50 años, 2013 (gripe); EU-28: Eurostat; *Alemania: metodología diferente.

Tiempo de acceso de medicamentos

Desde que se autoriza un medicamento hasta que este llega al paciente existe un retraso medio de 318 días (media europea) y 265 días (media de los países incluidos en el análisis). En España, este se incrementa considerablemente hasta los 374 días, siendo uno de los países con un mayor retardo tan solo por detrás de Francia (500 días) e Italia (383 días).

Respecto a los medicamentos oncológicos, un estudio presentado en la European Society for Medical Oncology (ESMO) en el año 2018¹⁴² muestra que los tiempos para la aprobación de 44 medicamentos para 77 tumores sólidos en 4 países europeos fueron de 405 días en Inglaterra, 384 en Escocia, 209 en Alemania y 118 días en Francia. De estos, el único que acelera el ritmo en la aprobación de medicamentos para el cáncer es Francia, que pasa de los 500 días para medicamentos innovadores a 118 para los oncológicos.

Figura 27. Tiempo de acceso (en días) de medicamentos innovadores

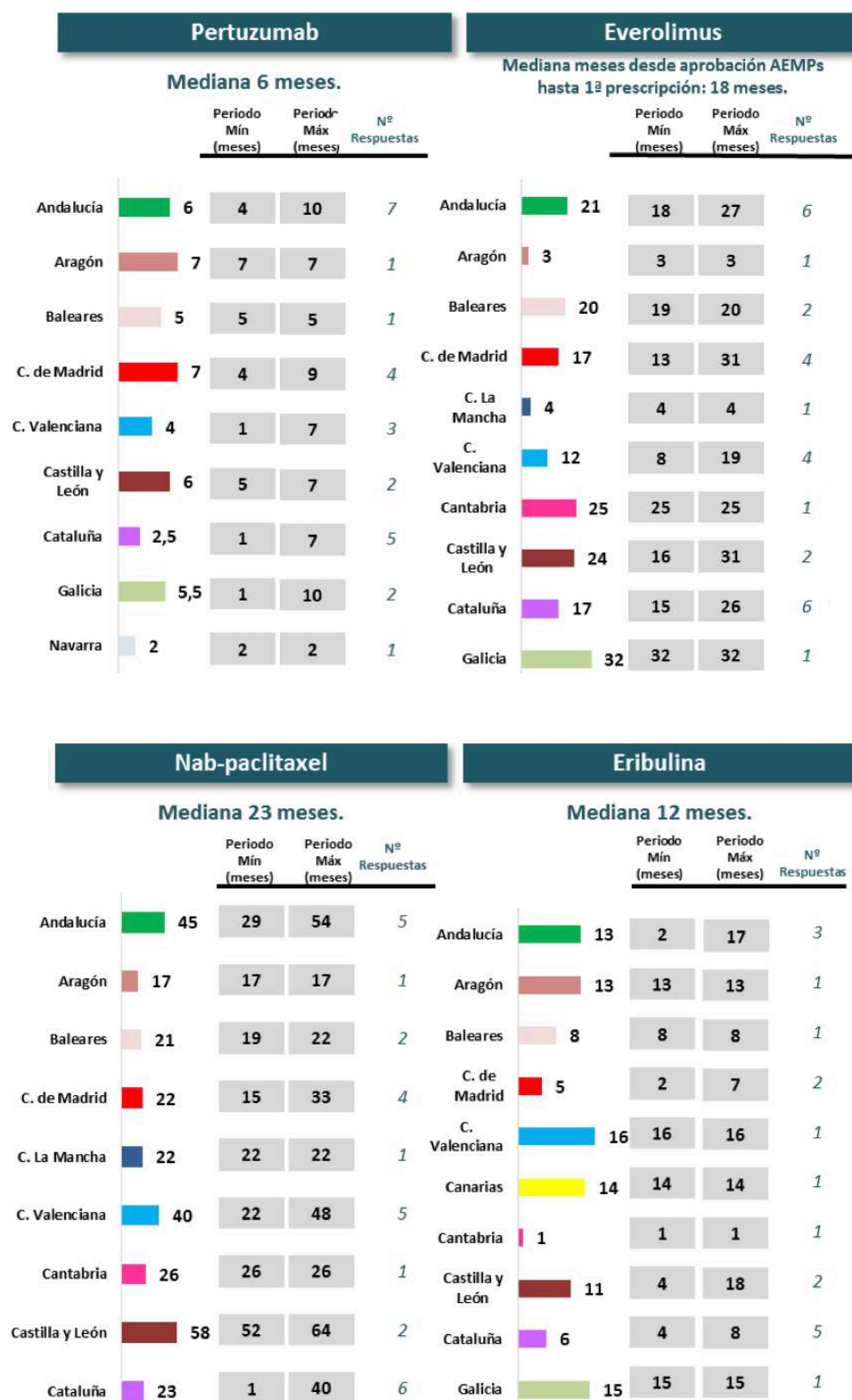


Fuente: Deloitte Centre (2019).

Otra variable importante que hay que tener en cuenta es el tiempo transcurrido desde la fijación del reembolso hasta la primera prescripción. A modo de ejemplo, los fármacos analizados para el tratamiento del cáncer de mama presentan una alta variabilidad según las comunidades autónomas y entre tratamientos (Figura 28). Por ejemplo, para Everolimus Accord, la mediana de tiempo transcurrido desde su aprobación por la AEMPS hasta la primera prescripción fue de 18 meses. El acceso en las diferentes comunidades autónomas varía desde el periodo mínimo de 3 meses que se da en Aragón, hasta un máximo de 32 meses, en Galicia.

¹⁴² PracticeUpdate (30 de octubre del 2018). ESMO 2018: Highest Benefit Cancer Drug Receive Faster Approval in European Union. *PracticeUpdate*. <https://www.practiceupdate.com/content/esmo-2018-highest-benefit-cancer-drugs-receive-faster-approval-in-european-union/75493>

Figura 28. Tiempo transcurrido desde la fijación del precio de reembolso de los fármacos hasta la primera prescripción para el tratamiento de cáncer de mama (mediana de meses, periodos mínimo y máximo, y n.º de respuestas por CC. AA.)

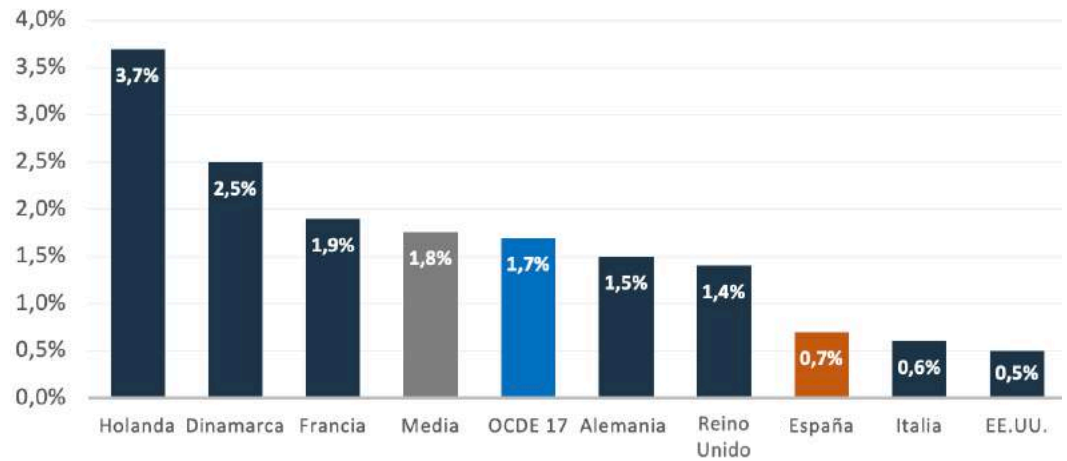


Fuente: Sociedad Española de Oncología Médica (2015). *Estudio SEOM sobre el acceso a fármacos en oncología médica en las CC. AA. Presentación de resultados.*
http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Estudio_Acceso_Resumen_Ejecutivo.pdf

Dependencia o cuidados de larga duración

El porcentaje del PIB que España destina a prestaciones o cuidados de larga duración para personas dependientes es del 0,7%, por debajo de la media de los países estudiados (1,8%) y de la media de países de la OCDE (1,7%).

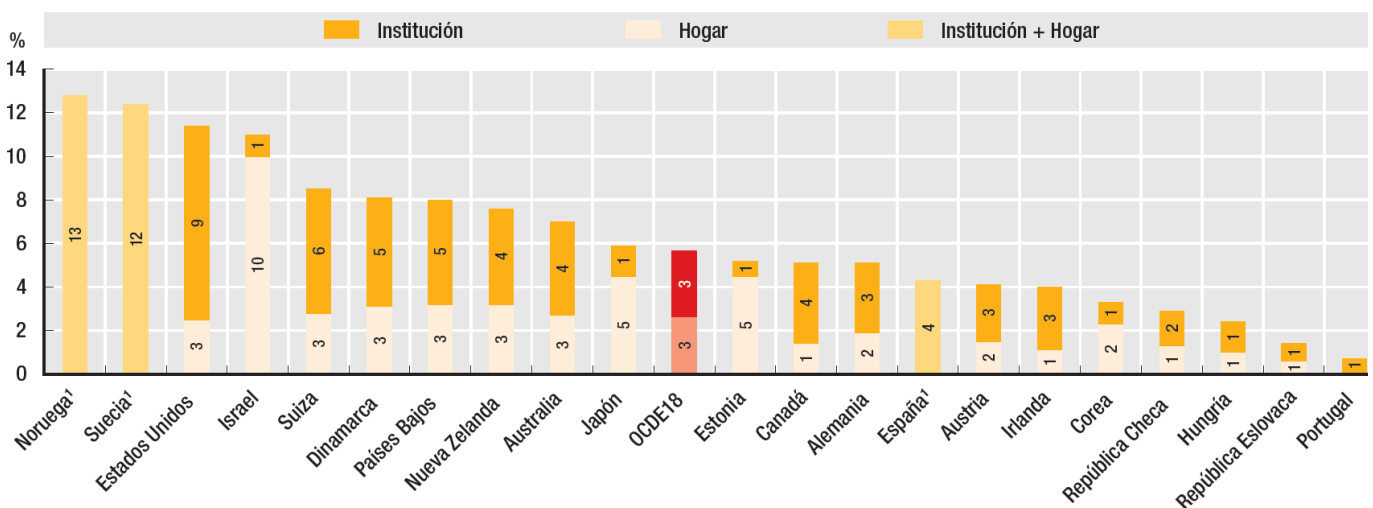
Figura 29. Gasto en cuidados de larga duración como porcentaje del PIB (2017)



Fuente: OCDE (s. f.). *Ageing and Long-term Care*. <https://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm>

El número de trabajadores en cuidados a largo plazo en España (cuatro, y solo en instituciones) es menor que la media de los países de la OCDE (seis, correspondientes a tres en el hogar y tres en instituciones).

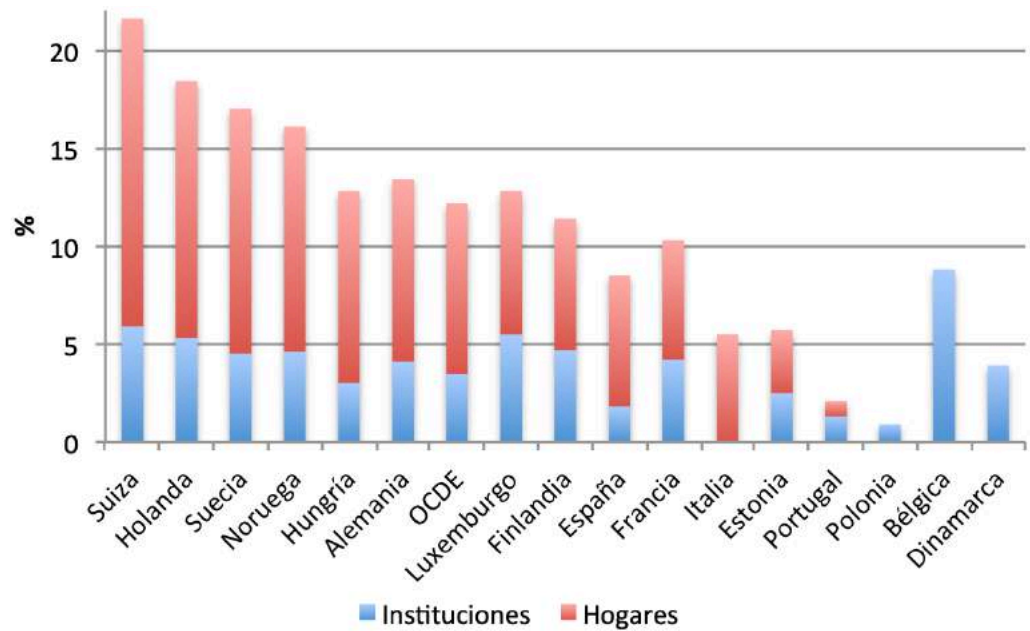
Figura 30. Trabajadores en cuidados de largo plazo por cada 100 personas de 65 años y mayores (2015 [o año más cercano])



Fuente: OCDE (2017). Estadísticas de salud.

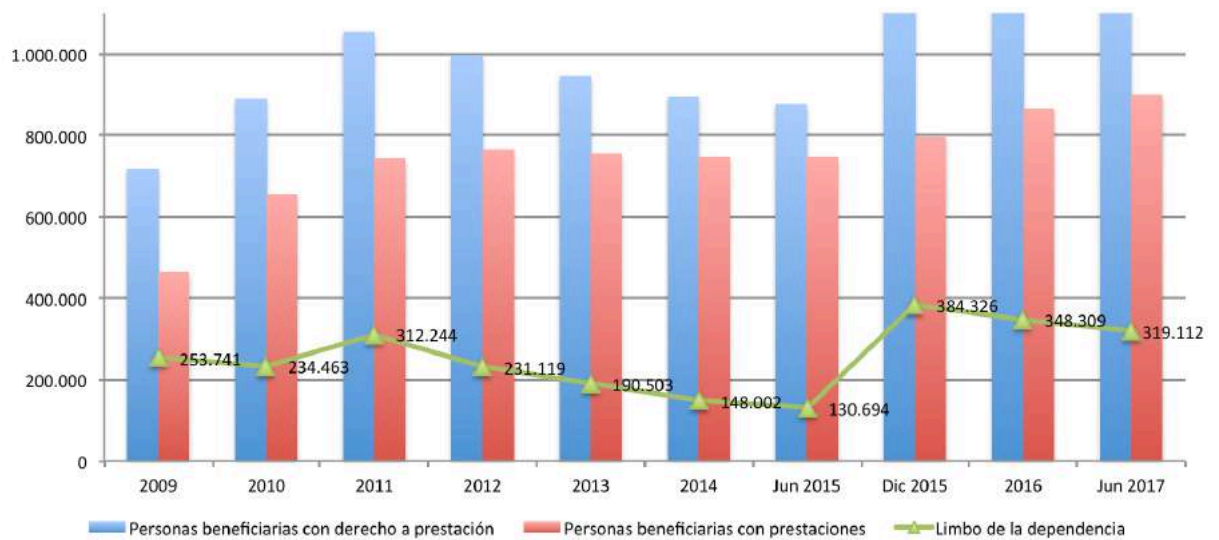
El número de personas de 65 años o más que reciben ayudas para la dependencia en España es menor que la media de los países de la OCDE, estando solo por delante de Italia, Estonia, Portugal y Polonia.

Figura 31. Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben ayudas para la dependencia en Europa OCDE (2015)



Fuente: Jiménez-Martín, S. y Viola, A. (2017). *Estudios sobre la economía española – 2017/22. Observatorio de Dependencia.* FEDEA.

Figura 32. Número de personas con derecho a prestación y número de personas beneficiarias: limbo de la dependencia en España (2009-2017)



Fuente: Jiménez-Martín, S. y Viola, A. (2017). *Estudios sobre la economía española – 2017/22. Observatorio de Dependencia.* FEDEA.

En agosto del 2020, el número de personas con derecho a prestación por dependencia, pero que no la está recibiendo, ascendía a 234.577.

1.1.3. Hábitos saludables y factores de riesgo individuales

A pesar de la alta esperanza de vida de la población española, en relación con conductas saludables la población española se situaría en la parte media-baja de la tabla (posición en el ranking: 6,6), siendo la excepción en el consumo de frutas y verduras.

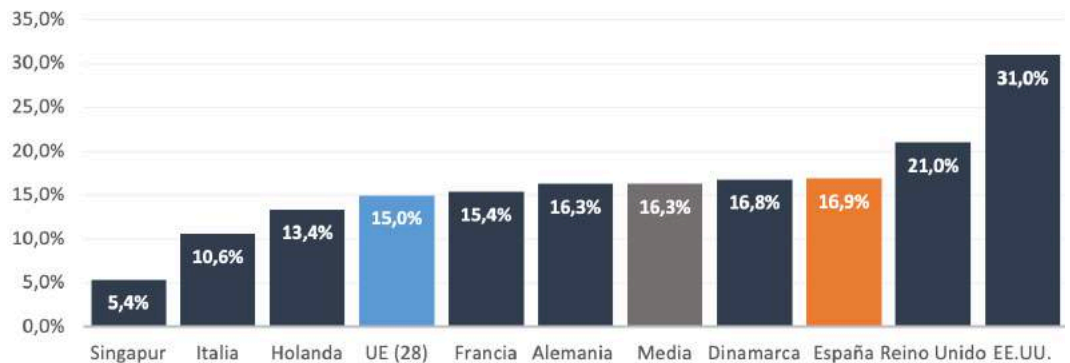


Ranking: 1,0-2,9 (4 estrellas); 3-4,9 (3 estrellas); 5-6,9 (2 estrellas); 7-8,9 (1 estrella); 9 (0 estrellas).

Obesidad

En el 2018, el porcentaje de personas obesas (IMC >30) en España se situó en el 16,9%, siendo ligeramente superior a la media europea (15,0%) y de los países evaluados en esta revisión (16,3%).

Figura 33. Obesidad (porcentaje de la población)

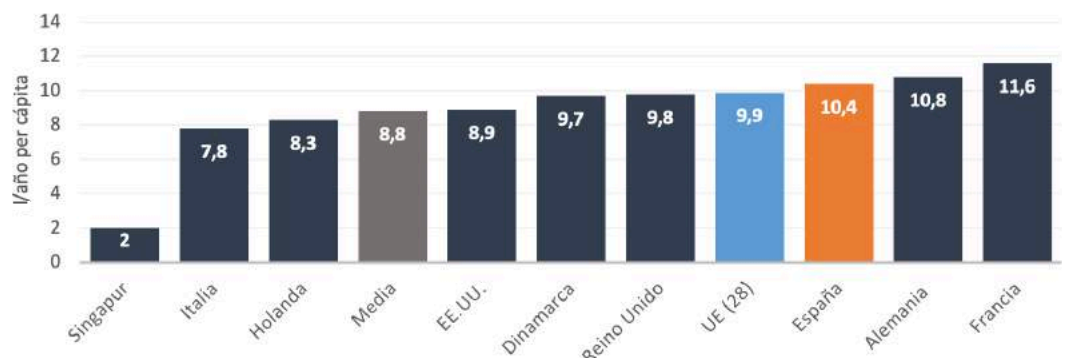


Fuentes: OCDE (2018); Singapur: OMS (2014), diferente metodología.

Consumo de alcohol

El consumo de alcohol per cápita en España en el 2018 fue de 10,4 litros, cifra superior a la media europea y de los países evaluados. Solo Francia y Alemania registran un consumo superior al español.

Figura 34. Consumo de alcohol

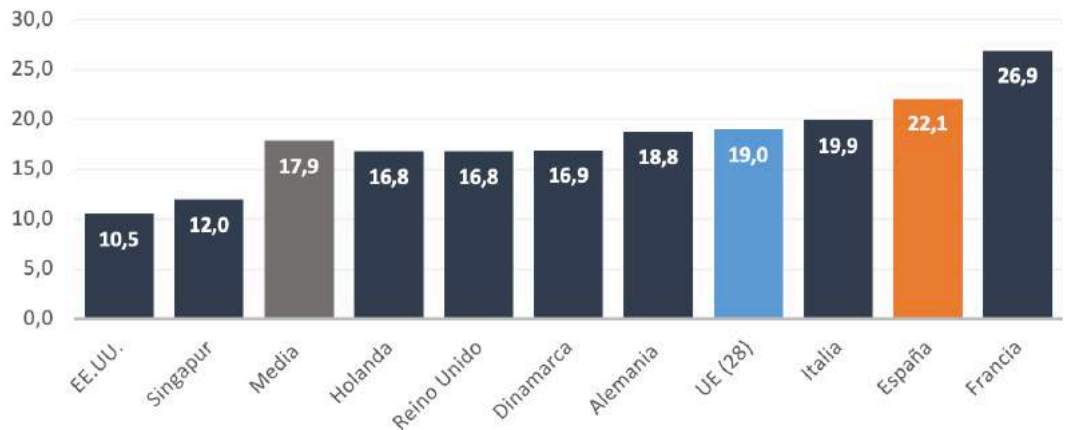


Fuentes: OCDE (2018); EE. UU (2017); Singapur: OMS (2016).

Tabaquismo

En el 2017, el porcentaje de fumadores diarios en España se situó en el 22,1%, siendo una de las tasas más altas, solo por detrás de Francia (26,9%).

Figura 35. Tabaquismo (porcentaje de la población)

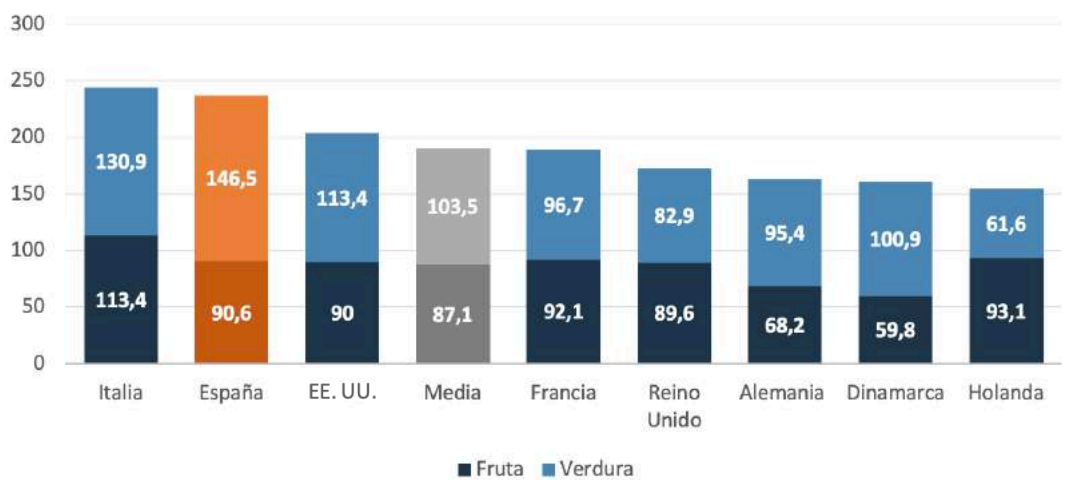


Fuentes: OCDE (2017); Singapur: OMS (2017).

Consumo de fruta y verdura

España, tras Italia, fue el país que más kilos de frutas y verduras per cápita consumió en el 2018, siendo superior a la media de los países analizados.

Figura 36. Consumo de fruta y verdura (kilos per cápita)

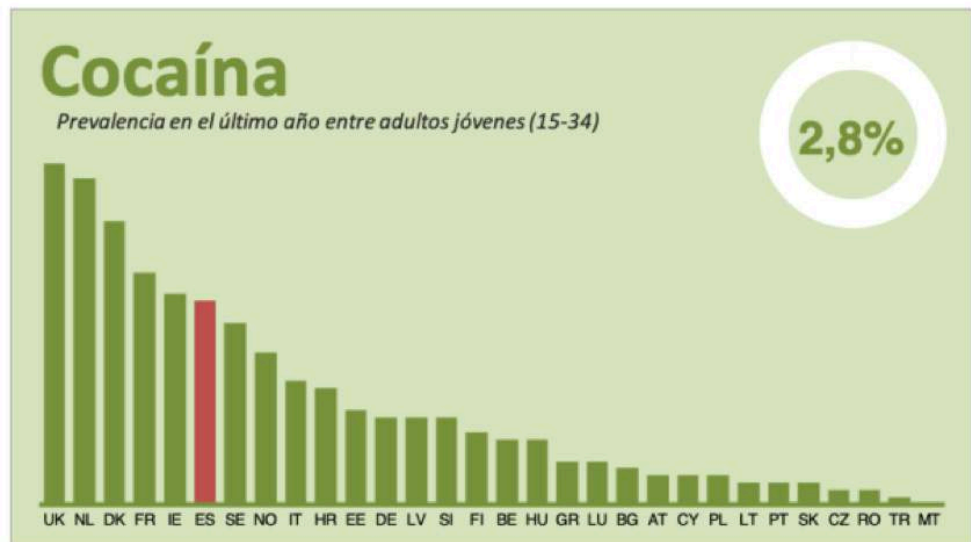
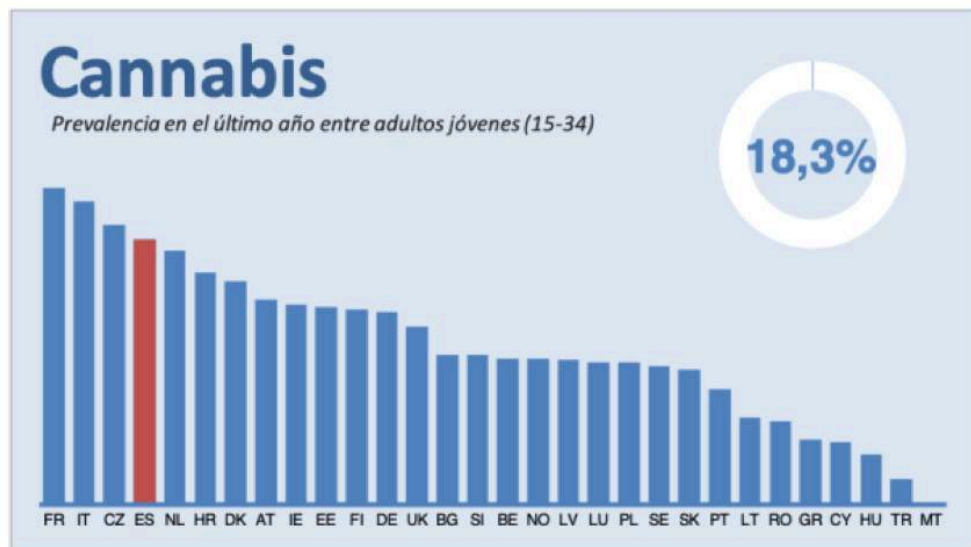


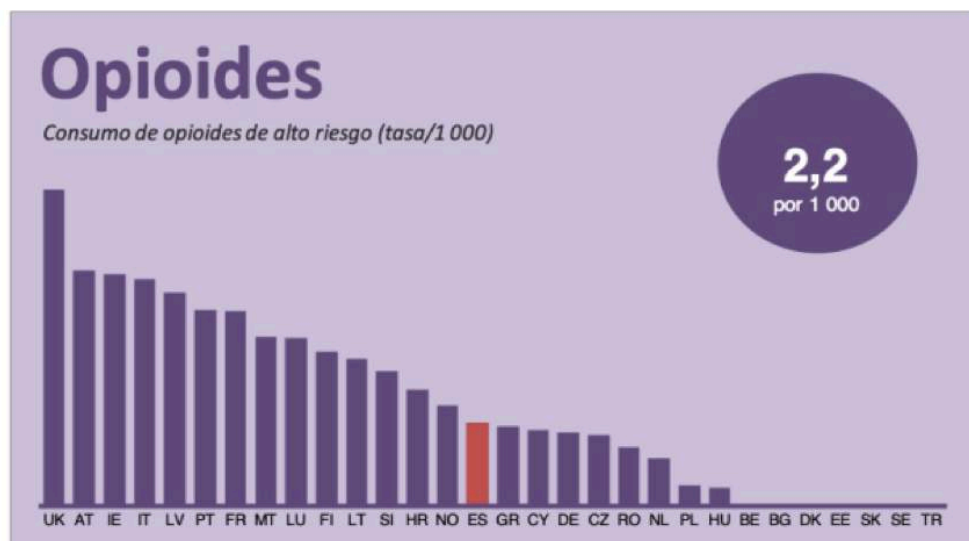
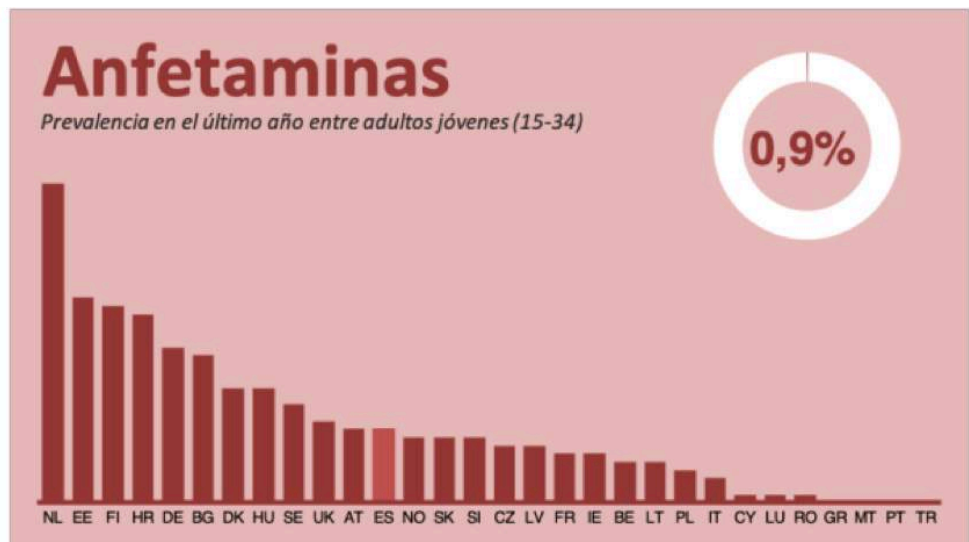
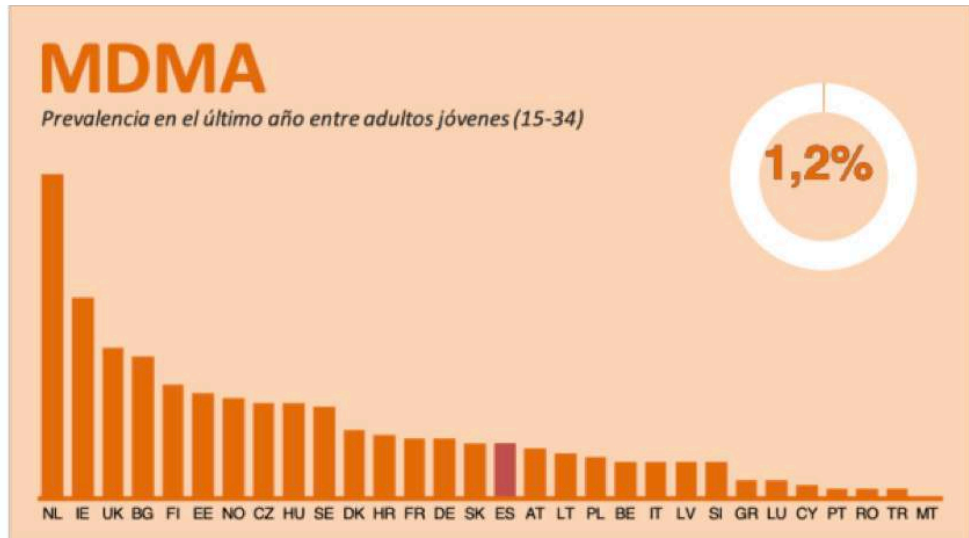
Fuente: OCDE (2017).

Consumo de drogas

En comparación con el resto de los países de la UE, el consumo en España de diferentes estupefacientes en el 2019 fue bastante variable, dependiendo de la droga. En el caso del cannabis y la cocaína, el consumo fue de los más elevados de la Unión. Sin embargo, para la MDMA (comúnmente conocido como *éxtasis*), las anfetaminas o los opioides, se situó, más o menos, en la media de los países europeos.

Figura 37. Consumo de drogas en los países de la UE (2019)



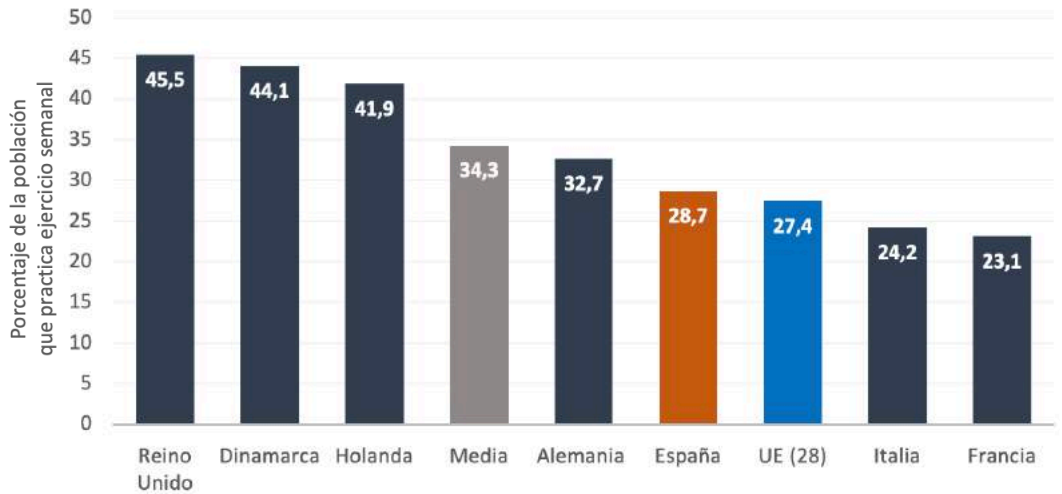


Fuente: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2019). *Informe sobre drogas 2019. España.*

Ejercicio

En lo que respecta a la práctica de ejercicio, en el 2017 el porcentaje de personas que reportaba su práctica semanal en España (28,7%) fue ligeramente superior a la media europea (27,4%), pero inferior al promedio de los países incluidos en la revisión (34,3%), como el Reino Unido, Dinamarca y Holanda.

Figura 38. Práctica de ejercicio



Fuente: Indicadores esenciales europeos de salud (2017).

1.2. Sostenibilidad del sistema



Fuente: Elaboración propia.

1.2.1. Financiación

La inversión económica en la sanidad española es una de las más bajas de los Estados de referencia (posición en el *ranking*: 8,3).

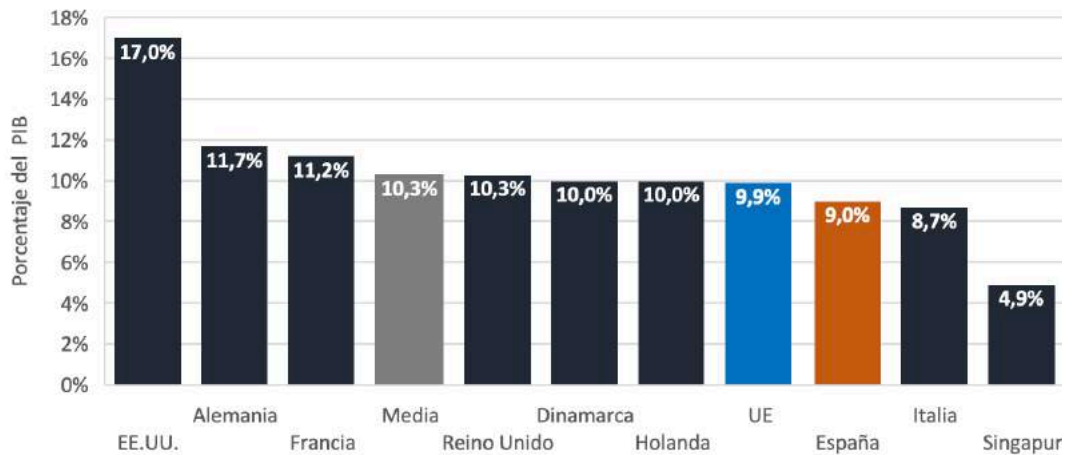


Ranking: 1,0-2,9 (4 estrellas); 3-4,9 (3 estrellas); 5-6,9 (2 estrellas); 7-8,9 (1 estrella); 9 (0 estrellas).

Financiación sanitaria total

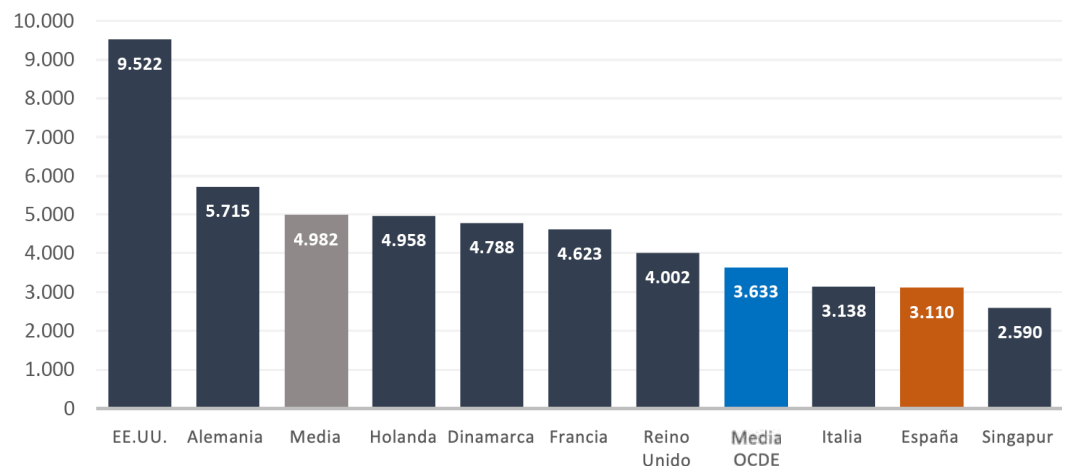
Con un gasto sanitario que correspondió al 9,0% del PIB en el 2018 y el 2019, o, lo que es lo mismo, 3.110 euros per cápita, España es uno de los países que menos invierte en sanidad, estando por debajo de la media de la UE y de los países analizados (Figura 39 y Figura 40).

Figura 39. Gasto sanitario en porcentaje del PIB (2018)



Fuentes: OCDE (2019); UE: Eurostat; Singapur: OMS (2014).

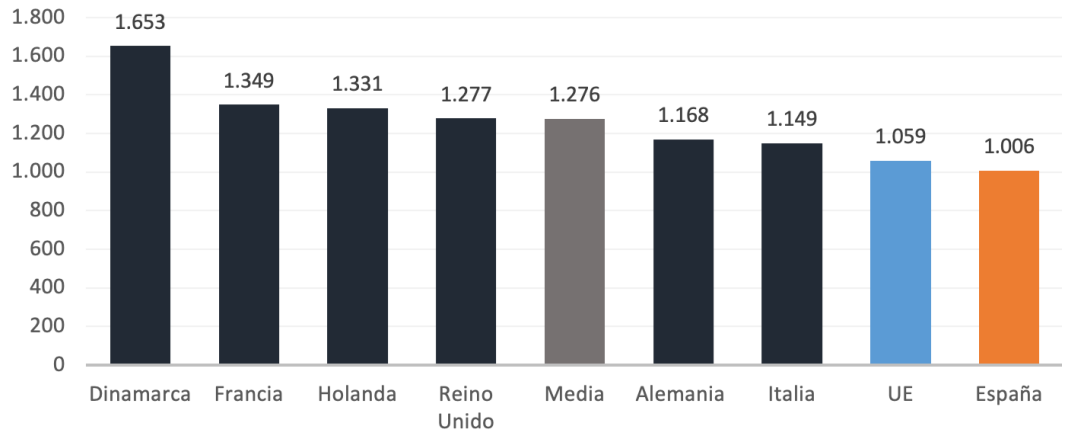
Figura 40. Gasto sanitario per cápita en euros (2018)



Fuentes: OCDE (2019); Singapur: OMS (2014).

Asimismo, el gasto hospitalario per cápita de España se sitúa un 27% por debajo de la media de los países con los que nos queremos comparar y un 5% por debajo de la UE (Figura 41).

Figura 41. Gasto hospitalario per cápita en euros (2016)

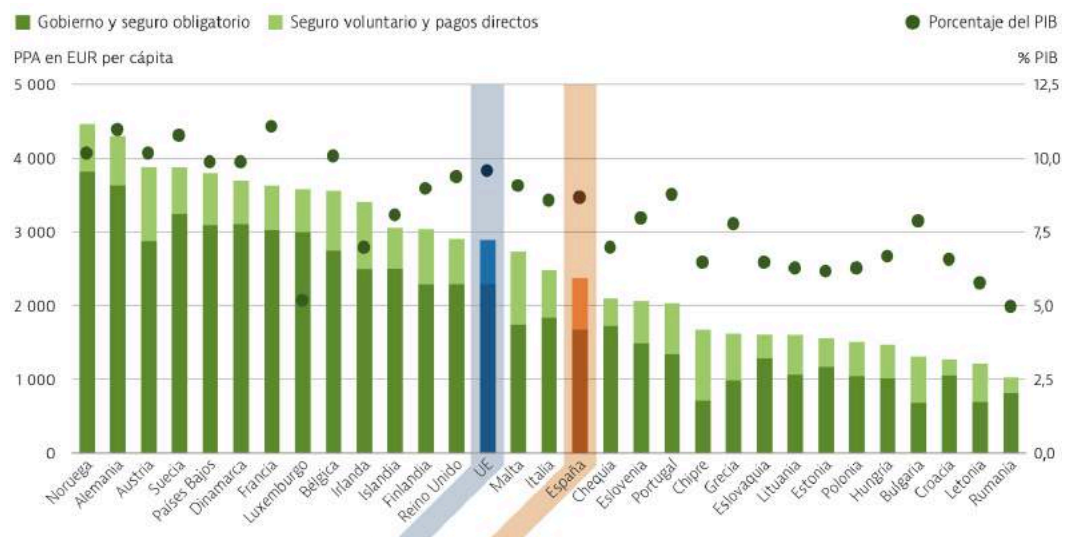


Fuentes: OCDE (2018). Estadísticas de salud. <https://doi.org/10.1787/health-data-en>; Base de datos de Eurostat.

Financiación pública vs. privada

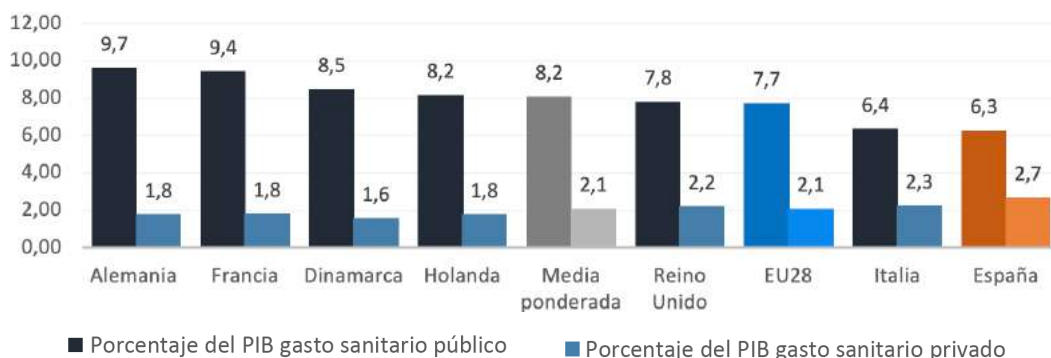
El gasto sanitario público en España es el 6,3% del PIB, cifra inferior a la media de los países analizados (8,1%) y de la UE (7,8%). En cambio, el gasto sanitario privado es mayor que la media de los países analizados (2,7% vs. 2,1%) (Figura 42).

Figura 42. Gasto sanitario público y privado en los países de la UE (2017)



Fuente: *Estadísticas sobre la salud de la OCDE 2019 (Datos correspondientes a 2017)*. OCDE (2019). España: perfil sanitario nacional 2019.

Figura 43. Gasto sanitario público y privado en porcentaje del PIB en países de la UE (2018)



*En esta figura, no se han tenido en cuenta los datos de EE. UU. ni de Singapur, por lo que la suma de la media ponderada de gasto público y privado no concuerda con la obtenida en la Figura 44, donde sí se tuvieron en cuenta esos países.

Fuentes: Ministerio de Sanidad (2018). *Gasto sanitario público: millones de euros, porcentaje sobre el PIB y euros por habitante según los países de la Unión Europea (UE-28)* [Tabla de datos]. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla30_1.htm y *Gasto sanitario privado: millones de euros, porcentaje sobre el PIB y euros por habitante según los países de la Unión Europea (UE-28)* [Tabla de datos]. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla30_2.htm

Tabla 1. Valores del gasto sanitario público y privado: millones de euros, porcentaje sobre el PIB y euros por habitante en los países de la UE

	Gasto Sanitario Público			Gasto Sanitario Privado		
	Millones de Euros	% PIB	Euros por habitante	Millones de Euros	% PIB	Euros por habitante
España	76.113	6,3	1.626	31.997	2,7	684
Alemania	324.402	9,7	3.913	59.234	1,8	714
Dinamarca	25.542	8,5	4.409	4.908	1,6	847
Francia	222.266	9,4	3.319	43.497	1,8	650
Italia	113.112	6,4	1.872	39.973	2,3	662
Holanda	63.356	8,2	3.677	13.846	1,8	804
Reino Unido	182.987	7,8	2.753	52.900	2,2	796

Fuente: Ministerio de Sanidad (2018). https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla30_1.htm https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla30_2.htm

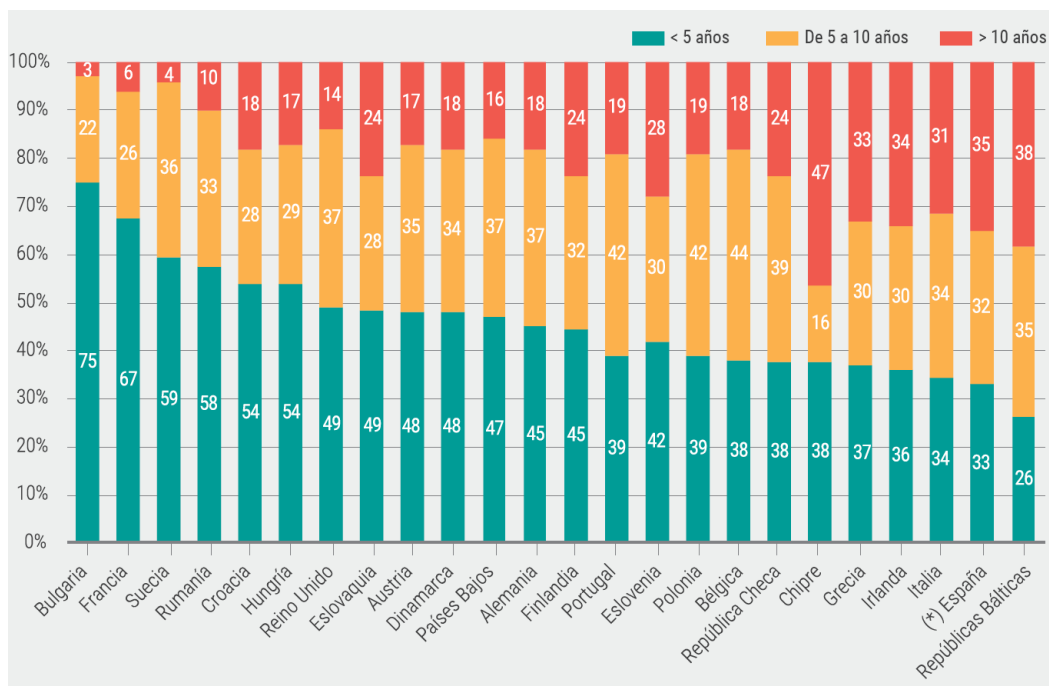
La Tabla 1 muestra los gastos corrientes (sin tener en cuenta las inversiones) de todos los países y no los gastos totales, a fin de aumentar la comparabilidad entre países.

Renovación de infraestructuras

Informes recientes coinciden en la **antigüedad del equipamiento sanitario** en España, poniendo de manifiesto la obsolescencia en los hospitales¹⁴³. En la Figura 44 y la Figura 45, se compara la antigüedad de los dispositivos de tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM), respectivamente, en diferentes países de la UE. Tal como puede observarse, España cuenta con el menor porcentaje de equipos de TC de menos de 5 años (33%) respecto al resto de los países de la Unión, a excepción de Estonia, Letonia y Lituania (26%). Al mismo tiempo, es uno de los países con un mayor porcentaje de dispositivos de TC con más de 10 años de antigüedad de la Unión (Figura 44), solo superado por Chipre, Estonia, Letonia y Lituania.

¹⁴³ Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (2019). *Perfil tecnológico hospitalario y propuestas para la renovación de tecnologías sanitarias*.

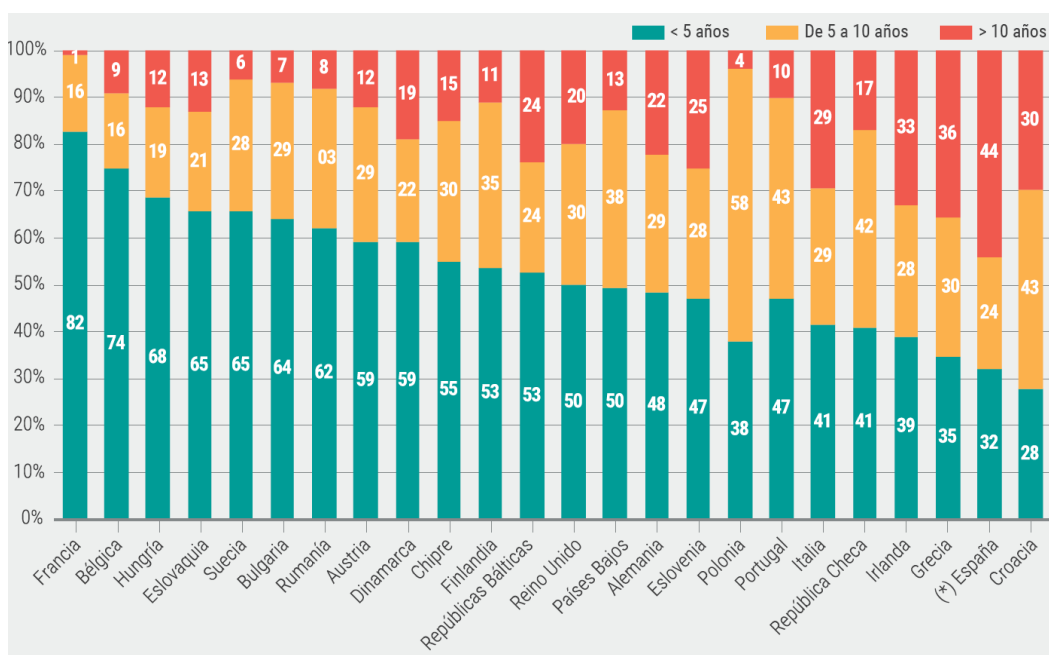
Figura 44. TC según antigüedad de los dispositivos en países de la UE (2018)



Fuente: Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin) (2019). *Perfil tecnológico hospitalario y propuestas para la renovación de tecnologías sanitarias (2018 datos actualizados)*. *Los datos de las empresas participantes pueden diferir.

En cuanto a RM, España es uno de los países con una mayor obsolescencia en sus equipos, siendo el segundo por la cola en cuanto a porcentaje de equipos de menos de 5 años (32%) y el primero con un mayor porcentaje de dispositivos superior a 10 años de antigüedad (44%) (Figura 45).

Figura 45. RM según antigüedad de los dispositivos en países de la UE (2018)



Fuente: Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin) (2019). *Perfil tecnológico hospitalario y propuestas para la renovación de tecnologías sanitarias (2018, datos actualizados)*. *Los datos de las empresas participantes pueden diferir.

1.2.2. Costes/recursos

En relación con los costes, comparado con los países analizados y con base en los indicadores seleccionados, España sería uno de los países con menor inversión en recursos sanitarios (posición en el *ranking*: 6,2).

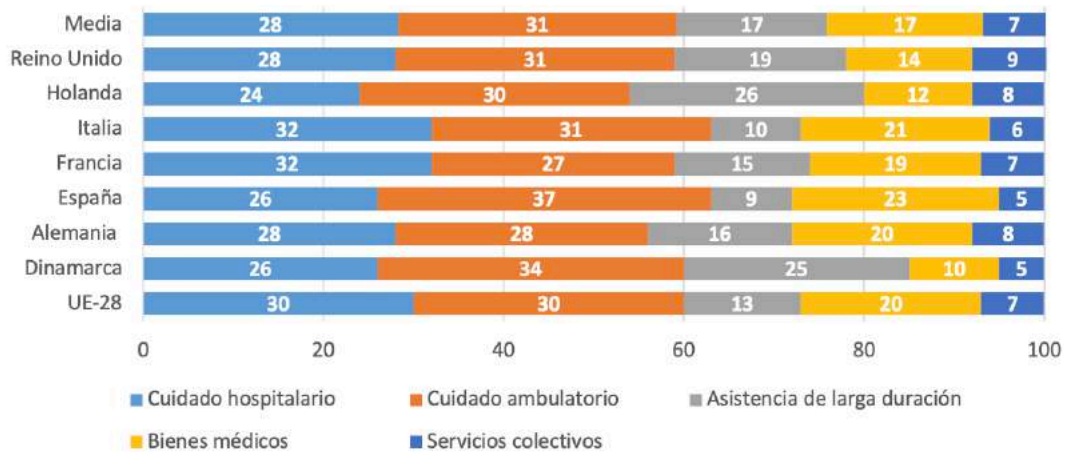


Ranking: 1,0-2,9 (4 estrellas); 3-4,9 (3 estrellas); 5-6,9 (2 estrellas); 7-8,9 (1 estrella); 9 (0 estrellas).

Coste sanitario total

La distribución del coste sanitario presenta ligeras diferencias entre países. Cabe reseñar que, en España, la partida del cuidado ambulatorio y bienes médicos es superior a la media europea y de los países evaluados, en detrimento del gasto hospitalario y asistencia de larga duración.

Figura 46. Distribución del gasto sanitario (2016 [o año más reciente])



Fuente: OCDE/UE (2018).

Se consideran *bienes y servicios sanitarios individuales* o *bienes médicos* aquellos que se proporcionan directamente a las personas, y *servicios colectivos*, aquellos que cubren las tareas tradicionales de la salud pública, promoción de la salud, administración y el aseguramiento¹⁴⁴.

¹⁴⁴ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (s. f.). *La armonización internacional de las estadísticas de gastos sanitario: sistema de cuentas de salud en España*.

Figura 47. Evolución de gasto sanitario total en España según proveedor (en millones de euros)

	2014	2015	2016	2017	2018
Hospitales	40.623	43.680	44.242	46.028	47.943
Establecimientos de atención medicalizada y residencial	5.274	5.655	5.737	5.792	5.990
Proveedores de atención ambulatoria	22.415	22.892	22.917	24.437	25.793
Minoristas y otros proveedores de productos médicos	21.872	22.540	23.053	23.726	24.576
Suministro y administración de programas de salud pública	678	680	760	779	804
Administración general de la salud y los seguros médicos	3.000	3.132	3.171	3.348	3.474
Otras ramas de actividad	1.125	1.134	1.196	1.232	1.272
Resto del mundo	4	4	6	5	4
Gasto sanitario total	94.989	99.717	101.082	105.347	109.855

Fuente: Rodríguez Blas, M. C. (2020). *Estadística de gasto sanitario público 2018: Principales resultados*. Ministerio de Sanidad, 1-18. <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>

En el 2018, un 43,6% del gasto sanitario total fue generado por los hospitales, siendo el 93,1% originado en hospitales generales, y el resto se reparte en salud mental y adicciones (1,8%) y hospitales de especialidades (5,1%)¹⁴⁵.

Profesionales sanitarios

España es el país de entre los analizados con una menor ratio de licenciados en Enfermería por habitante. Según la Organización Colegial de Enfermería, el 42,1% de los sanitarios españoles son médicos y el 57,9%, enfermeros¹⁴⁶.

La proporción de personal de enfermería respecto a médicos en España es únicamente de 1,5, siendo el menor de todos los países con los que nos queremos comparar con la excepción de Italia (Figura 48). Los Países Bajos, Alemania o Francia duplican esta proporción con 3 enfermeros por cada médico.

Estudios previos muestran que una ratio baja de enfermeros por habitante incrementa la mortalidad de los pacientes¹⁴⁷. En Europa, el rol del enfermero incluye diferencias en cuanto a títulos, niveles y duración de la formación, certificación, regulación y alcance de la práctica del personal de enfermería especialista¹⁴⁸.

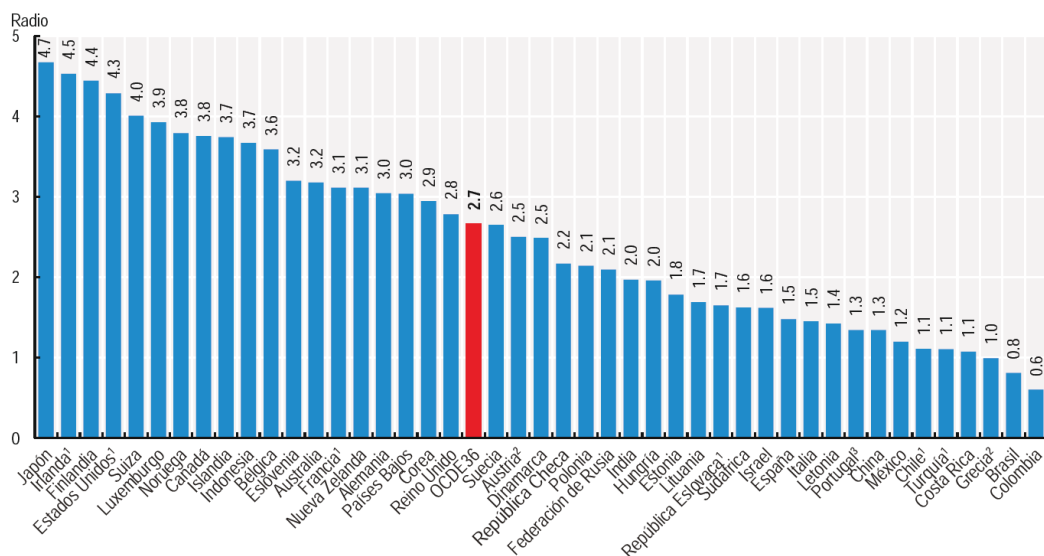
¹⁴⁵ Rodríguez Blas, M. C. (2020). *Estadística de gasto sanitario público 2018: Principales resultados*. Ministerio de Sanidad, 1-18. <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>

¹⁴⁶ Romero, G. (enero del 2021). Recursos humanos sanitarios: una foto fija inalterada, ¿e inalterable? *Consejo General de Enfermería de España*. <https://www.consejogeneralenfermeria.org/sala-de-prensa/noticias/item/11394-recursos-humanos-sanitarios-una-foto-fija-inalterada-e-inalterable>

¹⁴⁷ Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Griffiths, P. y Sermeus, W. (2014). Staffing and Education of Nurses and Hospital Mortality in Europe— Author's Reply. *The Lancet*, 384(9946), 851-852. [http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61482-3/fulltext](http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61482-3/fulltext)

¹⁴⁸ Dury, C., Hall, C., Danan, J. L., Mondoux, J., Aguiar Barbieri-Figueiredo, M. C., Costa, M. A. M. y Debout, C. (2014). Enfermera especialista en Europa. Formación, regulación y rol. *International Nursing Review en Español: Revista Oficial del Consejo Internacional de Enfermeras*, 61(4), 489-498.

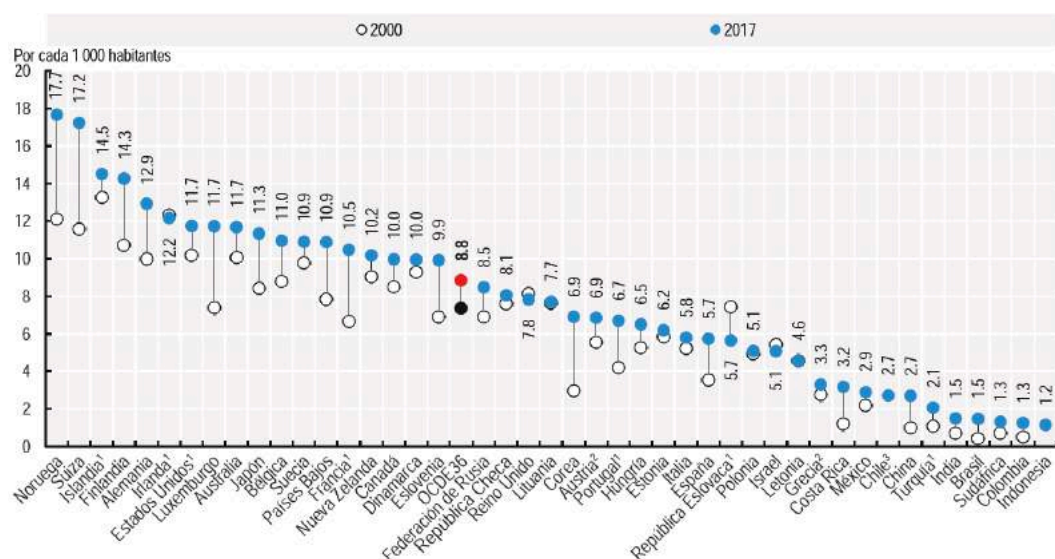
Figura 48. Proporción de personal de enfermería a médicos, 2017 (o año más cercano)



Fuente: OCDE (2019). Health Statistics.

En otros países europeos, la forma de acceder a la enfermería es a través de diferentes grados de formación, mientras que en España es un grado universitario, lo que dificulta la comparativa. Hay países que incluyen auxiliares de enfermería u otros roles auxiliares a estos, como Dinamarca, Finlandia, Islandia o Suiza, que consideran en su número de enfermeros los “enfermeros asociados profesionales”, que tienen diferentes grados de formación. En estos países aproximadamente un tercio de los enfermeros son “asociados profesionales”, con un menor nivel de cualificación (titulaciones). En Dinamarca y Suiza, la mayor parte del aumento en el número de enfermeros desde el 2000 ha sido en esta categoría.

Figura 49. Personal de enfermería en servicio por cada 1.000 habitantes, 2000 y 2017 (o año más cercano)



1. Los datos incluyen no solo personal de enfermería que presta servicios directos a los pacientes, sino también a quienes trabajan como administradores, educadores, investigadores, etc.
2. Austria y Grecia reportan únicamente personal de enfermería en hospitales.
3. Los datos de Chile se refieren a todo el personal de enfermería con licencia para ejercer.

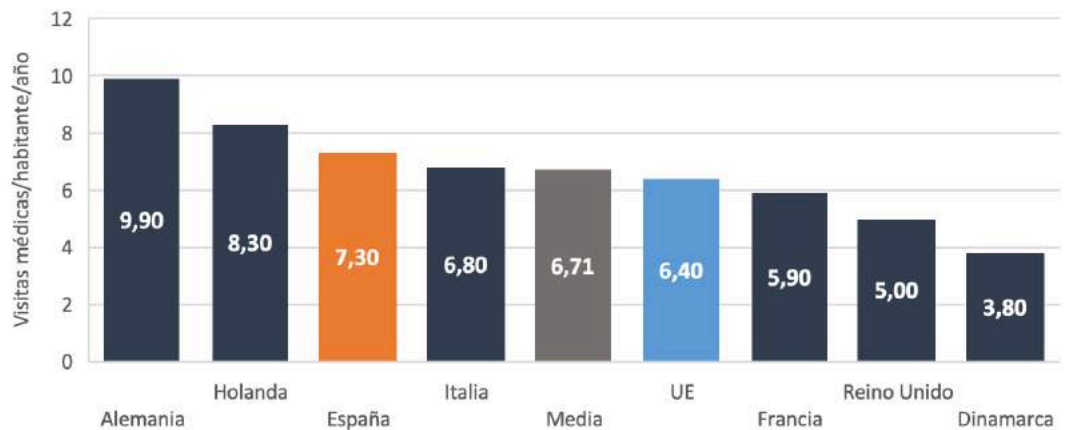
Fuente: OCDE (2019). Health Statistics.

Consumo de recursos

Visitas médicas

Los datos obtenidos de las visitas médicas (autorreportadas) por habitante/año han sido parciales. De aquellos países con información disponible, los españoles acudieron a una consulta médica (general y de especialidades) una media 7,3 veces por año, por encima de la media de los países analizados, pero lejos de Alemania u Holanda (9,9 y 8,3 veces, respectivamente).

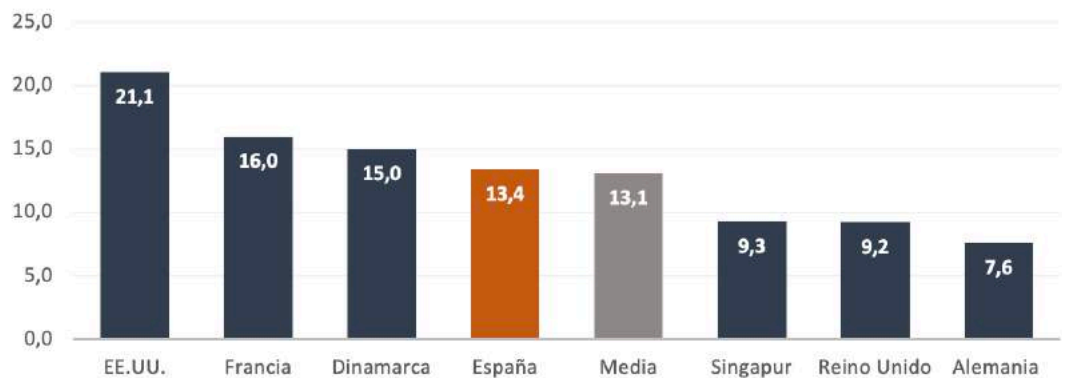
Figura 50. Comparativa entre países del número de consultas médicas (frecuencia por habitante/año)



Fuente: Ministerio de Sanidad (2017).

De acuerdo con una revisión sistemática publicada en el 2017, el tiempo medio por visita empleado en las consultas españolas rondaría los 13 minutos, siendo similar a la media de los países incluidos en el análisis. Es importante señalar que la revisión se nutre de información de estudios previos, en los que se observa una variabilidad metodológica importante.

Figura 51. Tiempo en consulta (minutos)

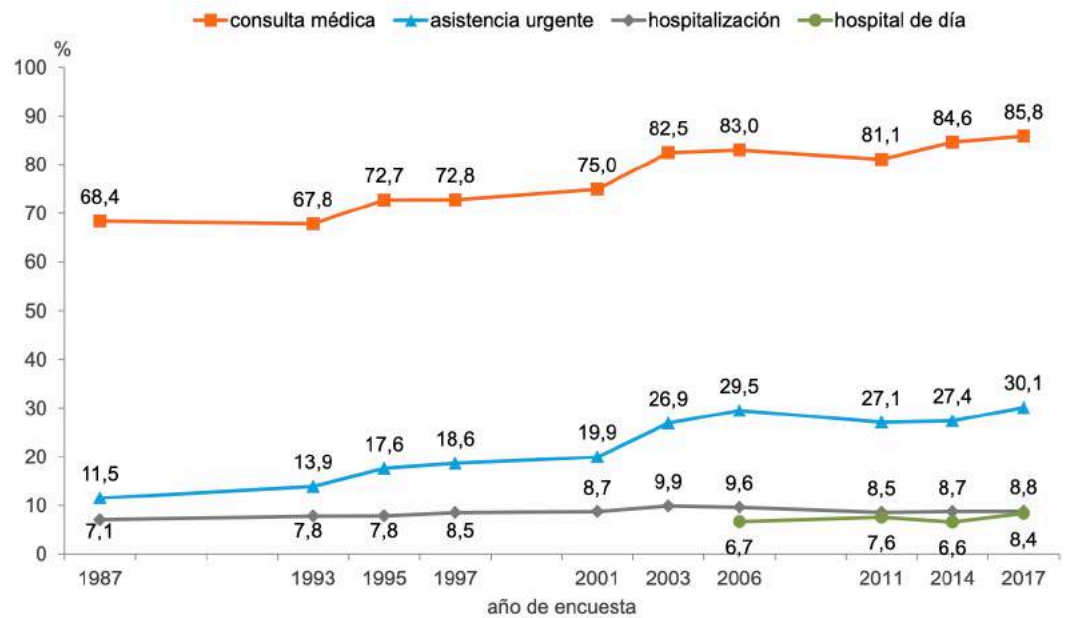


Fuente: Irving, G., Neves, A. L., Dambha-Miller, H., Oishi, A., Tagashira, H., Verho, A. y Holden, J. (2017). International Variations in Primary Care Physician Consultation Time: A Systematic Review of 67 Countries. *BMJ Open*, 7(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017902>

Uso de servicios sanitarios

En la Figura 52, se muestra el uso de servicios sanitarios en España en el periodo 1987–2017. Tanto las consultas médicas como las visitas a urgencias han aumentado en el tiempo; sin embargo, la hospitalización y el hospital de día se mantienen constantes.

Figura 52. Uso de servicios sanitarios (1987–2017)



Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018). *ENSE, Encuesta Nacional de Salud de España 2017*. https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf

Consumo de medicamentos

El consumo de medicamentos de una sociedad puede utilizarse como un indicador del estado de medicalización en el que esta se encuentra. Según la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE), el uso de medicamentos ha experimentado un escaso crecimiento (2,5%) en el periodo 1967–2015. El Observatorio del Medicamento de la FEFE indica que, entre 1981–2015, las unidades per cápita anuales consumidas han sufrido una pequeña variación, de 25,1 a 27,5 unidades de consumo anual por habitante. Esta cifra es inferior a la de países como Francia e Italia¹⁴⁹. A su vez, entre el 2010 y el 2016, las recetas facturadas descendieron un 5,1%¹⁵⁰. En el uso de medicamentos genéricos en unidades, España se sitúa por debajo del promedio de los países analizados (63%), con un 48%.

Podemos afirmar que estamos bastante por debajo de los países de nuestro entorno en el gasto en fármacos prescritos, si bien aumenta notablemente cuando tenemos en cuenta los medicamentos no prescritos. No obstante, estos datos presentan dificultades interpretativas, porque no todos los países tienen los mismos fármacos en sus listas de prescripción y reembolso, ni todos diferencian entre con y sin receta, y posiblemente, también varíe la metodología de recogida de información en los diversos países.

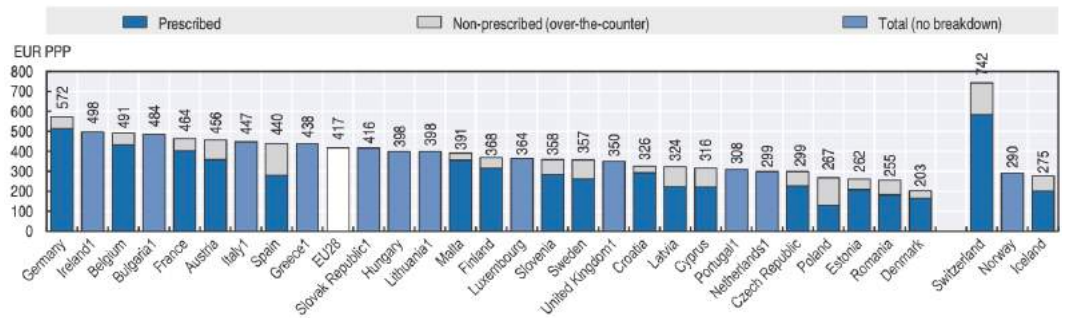
¹⁴⁹ Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (2017). *Observatorio del Medicamento*.

<http://feffe.com/2017/observatorio-medicamento/consumo-medicamentos-unidad-crecimiento-periodo-1967-2015/>

¹⁵⁰ Ministerio de Sanidad (2020). Prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud en *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018*.

https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2018/Cap.7_Farmacia.pdf

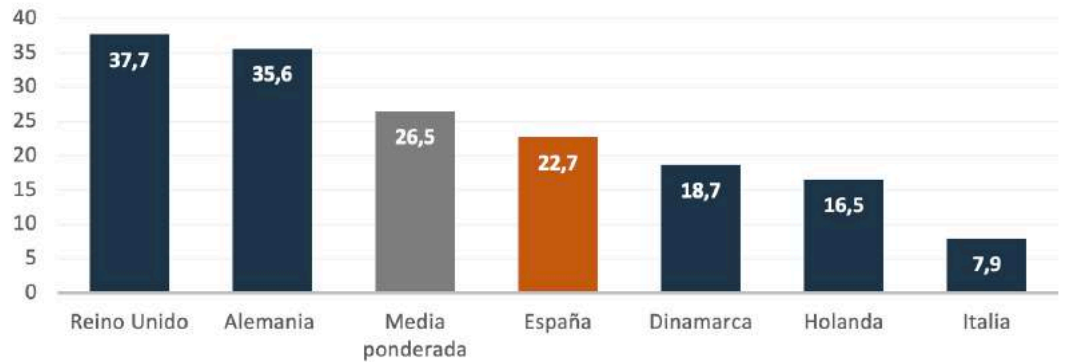
Figura 53. Gasto en productos farmacéuticos con y sin receta per cápita (2016)



Fuentes: OCDE (2017). Estadísticas sobre la salud¹⁵¹. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en; Base de datos de Eurostat

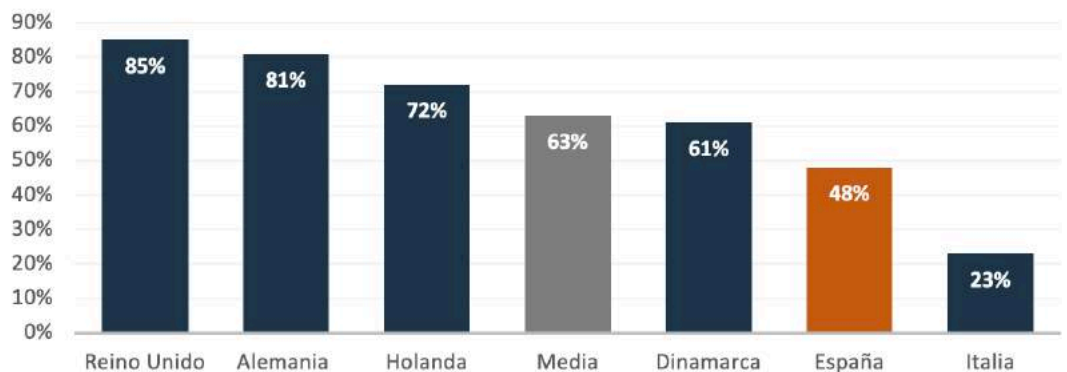
Datos: OCDE (2018). Health Expenditure and Financing en *Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle*. <https://doi.org/10.1787/888933835516>

Figura 54. Consumo de medicamentos genéricos. Porcentaje en importe sobre el total de medicamentos dispensados en la UE (2000–2015)



Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social (2019). Comparaciones Internacionales en *Informe anual del SNS 2017*.

Figura 55. Uso de medicamentos genéricos. Porcentaje de envases sobre el total de envases de medicamentos dispensados en la UE (2015)



Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social (2019). Comparaciones Internacionales en *Informe anual del SNS 2017*.

¹⁵¹ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2018). *Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle*. OCDE Publishing. <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe/>

En el otro extremo, están los fármacos de alto valor terapéutico y coste, que, en muchos casos curan a los enfermos, pero con un alto coste difícilmente asumible por el sistema. El tratamiento de la hepatitis C es un escenario que ya hemos vivido en España. Se estima que se lancen al mercado 54 nuevos principios activos anualmente hasta el 2023, de los que casi dos tercios serán **productos especializados** (frente al 61% del periodo 204-2019)¹⁵². Se entienden en este concepto los productos para enfermedades crónicas, complejas o raras.

En el 2019, el 36% del gasto global en productos farmacéuticos se dirigió a este tipo de productos, siendo más marcado en los mercados de países desarrollados (44%) que en los que están en vías de desarrollo (14%). En la Figura 56, podemos observar la evolución del porcentaje de gasto en función del desarrollo económico. El incremento de estos productos y su alto coste desestabilizarán los sistemas sanitarios financiados.

Figura 56. Porcentaje de los gastos en medicamentos especializados a nivel mundial por región



Fuente: IQVIA Institute (septiembre del 2019). *IQVIA Market Prognosis*. IQVIA Insitute.

1.2.3. Eficiencia del uso de recursos (gestión de recursos)

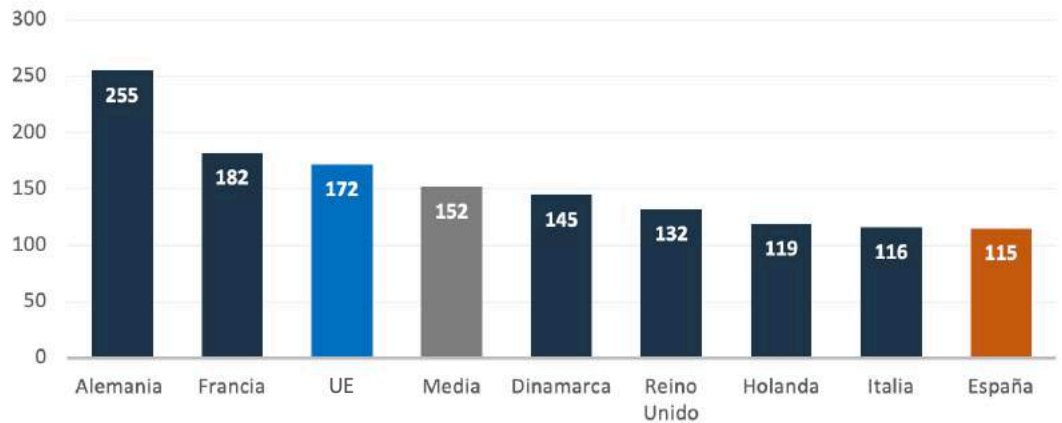
El número de altas hospitalarias por cada 1.000 habitantes¹⁵³ es un dato interesante para ver el estado del sistema de salud de los diferentes países. En España, las altas médicas están por debajo de la media europea y del resto de países que se incluyen en esta revisión. Esto nos permite afirmar que disponemos de un sistema que utiliza menos el sistema hospitalario que los países de nuestro entorno, y, por lo tanto, va en contra de la idea tradicional de que disfrutamos de un sistema muy medicalizado.

En los hospitales de la UE-28, se producen cerca de 88 millones de altas anuales, lo que supone una frecuentación de 173 altas hospitalarias entre todas las causas por cada 1.000 personas con un rango amplio, que va desde más de 300 altas por cada 1.000 personas en Bulgaria a menos de 100 en Chipre. España, con una frecuentación de 114, está 59 puntos por debajo de la frecuentación media de la UE-28.

¹⁵² IM Médico (2019). Claves y tendencias del mercado farmacéutico hasta 2023. *IM Médico*, 32, 18-21.

¹⁵³ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). *Los sistemas sanitarios en los países de la Unión Europea: Características e indicadores de salud 2019*, 83.

Figura 57. Comparativa entre países de las altas hospitalarias anuales por cada 1.000 habitantes (2017)

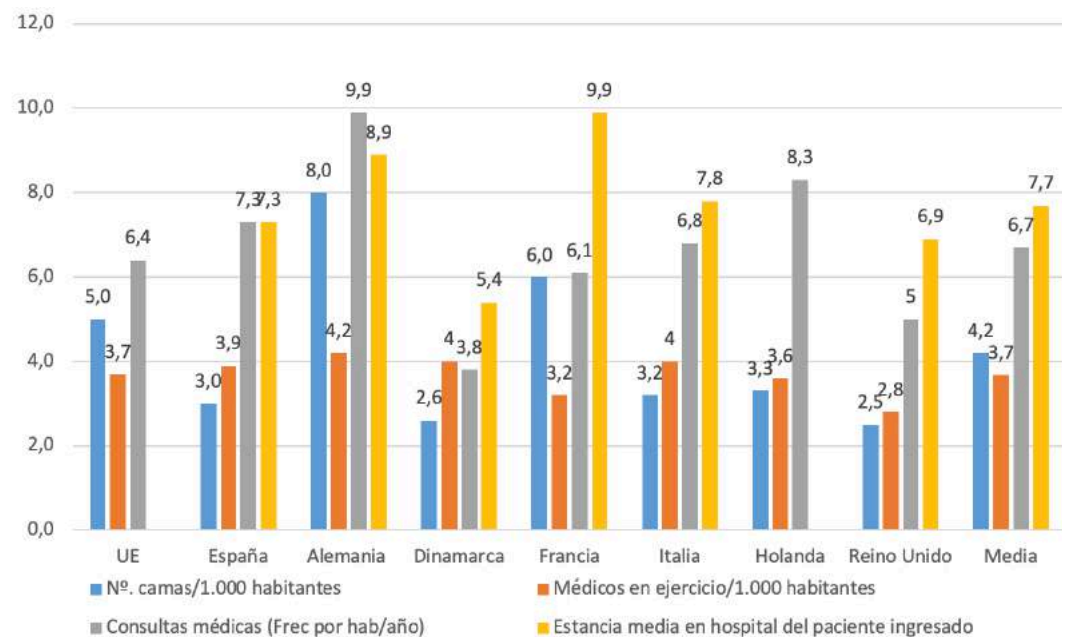


Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017). *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud: Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación.*

Número de camas y duración de la estancia

El número de camas en España por cada 1.000 habitantes (3) es menor que la media de la UE (5) y que el promedio de los países analizados (4,1). A su vez, la duración media de la estancia en el hospital en España (7,3 días) es inferior que la media de la UE (8 días) (Figura 58 y Figura 59). Sin embargo, el número de camas en España ha disminuido en el periodo 2000-2015, pasando de 368 por cada 100.000 habitantes en el 2000, a 298 por cada 100.000 habitantes, en el 2015¹⁵⁴.

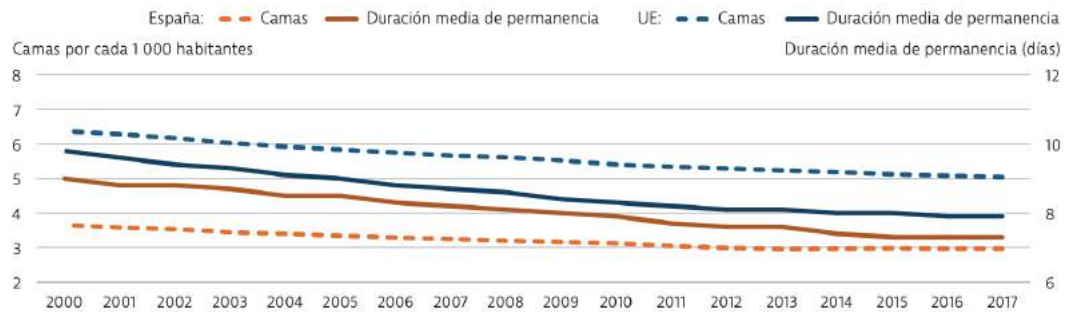
Figura 58. Comparativa del número de camas, consultas médicas, médicos en activo y días de estancia media en el hospital entre países



Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017). *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud: Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación.*

¹⁵⁴ Bernal-Delgado, E., García-Armeño, S., Oliva, J., Sánchez Martínez, F. I., Repullo, J. R., Peña-Longobardo, L. M., Ridao-López, M., y Hernández-Quevedo, C. (ed.) (2018). Spain: Health System Review. *Health System in Transition*, 20(2). https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/378620/hit-spain-eng.pdf

Figura 59. Número de camas hospitalarias y duración media de permanencia durante la pasada década



Fuente: Eurostat.

Con respecto a las camas en las unidades de cuidados intensivos (UCI), España se situó por debajo de la media de los países analizados (9,7 vs. 13,4), pero supera a países como Dinamarca (7,8), Italia (8,6) u Holanda (6,7)¹⁵⁵.

Figura 60. Camas UCI por cada 100.000 habitantes (2020 [o año más cercano])



Fuente: OCDE (16 de abril del 2020). *Beyond Containment: Health Systems Responses to COVID-19 in the OCDE. Tackling Coronavirus (COVID-19): Contributing to a Global Effort.*

Hospitalización evitable

La reducción del número de camas de hospital y de la duración media de permanencia se puede explicar por la cirugía ambulatoria y la hospitalización evitable. Actualmente, en España se realizan muchos procedimientos de forma ambulatoria, evitando así el ingreso hospitalario.

Figura 61. Hospitalización evitable en España

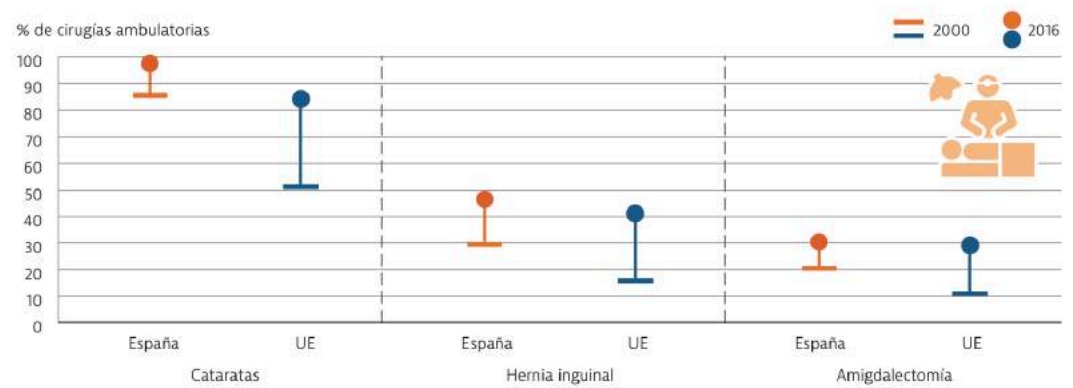


Fuente: Estadísticas sobre salud de la OCDE (2019) (datos correspondientes al 2017 o al año más próximo).

¹⁵⁵ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (16 de abril del 2020). *Beyond Containment: Health Systems Responses to COVID-19 in the OECD. Tackling Coronavirus (COVID-19): Contributing to a Global Effort.* https://oecd.dam-broadcast.com/pm_7379_119_119689-ud5comtf84.pdf

Asimismo, España está por encima de la media de la UE en porcentaje de intervenciones ambulatorias para cirugías de cataratas, hernias inguinales y amigdalectomía, realizadas sin necesidad de ingreso hospitalario (Figura 62).

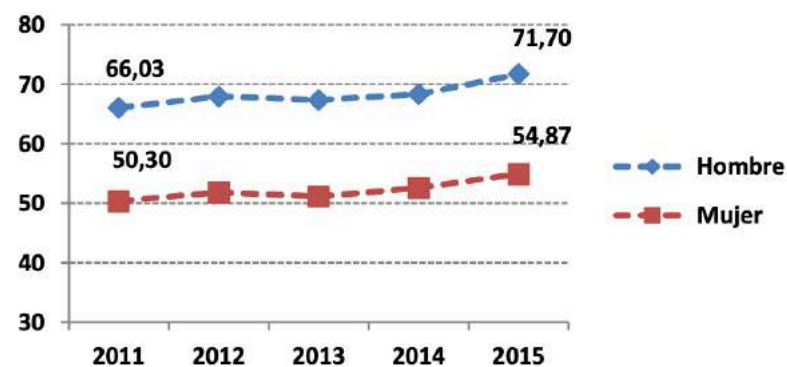
Figura 62. Uso de la cirugía ambulatoria en España



Fuente: Estadísticas sobre salud de la OCDE (2018); base de datos de Eurostat (datos correspondientes al 2000 y al 2006, o a los años más próximos).

Sin embargo, en caso de tomar el conjunto de las hospitalizaciones evitables por enfermedad crónica (Figura 63), queda trabajo por hacer para conseguir orientar el sistema, a fin de evitar ingresos que potencialmente se podrían haber sorteado.

Figura 63. Hospitalización potencialmente evitable por enfermedad crónica por cada 10.000 habitantes asignada en población ≥15 años en España. Distribución según sexo (2011-2015)

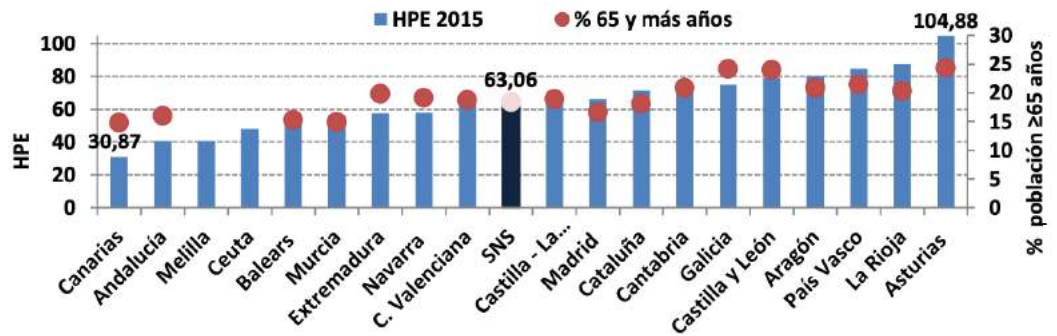


Hombre	66,03	67,92	67,33	68,31	71,70
Mujer	50,30	51,81	51,11	52,55	54,87
Total Altas	57,96	59,65	59,00	60,22	63,06

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017). *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud: Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación.*

Además, existe una variabilidad significativa por comunidades autónomas.

Figura 64. Hospitalización potencialmente evitable por enfermedades crónicas por cada 10.000 habitantes asignada en población ≥15 años. Distribución por CC. AA. (2015)



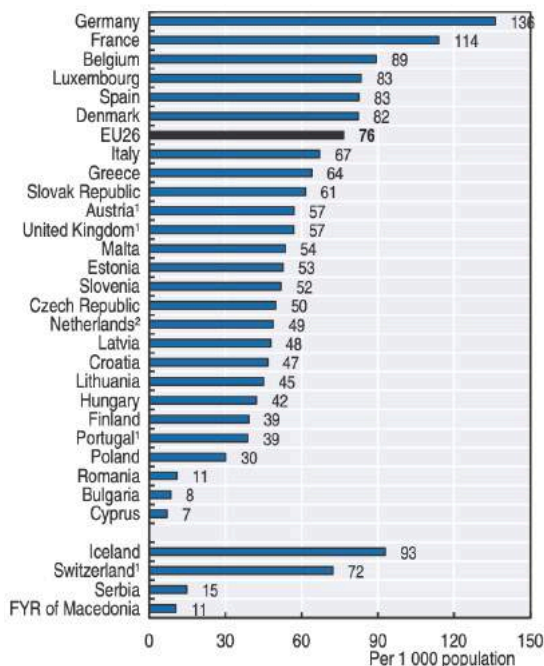
Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017). *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud: Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación.*

Pruebas diagnósticas

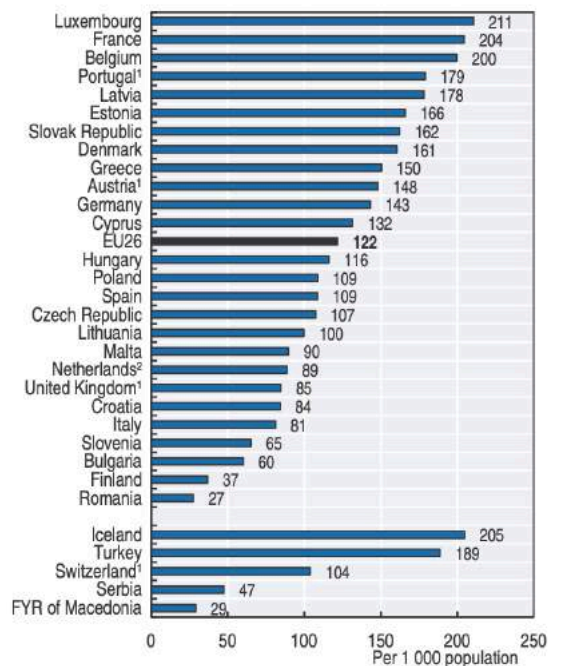
El número de pruebas diagnósticas es un elemento imprescindible para asegurar su precisión y sirve para valorar la demanda de recursos hospitalarios (Figura 65). El número de RM y de TC se sitúa alrededor de la media de los países de la UE. En el caso concreto de las RM, España se encuentra cerca de la media de la UE (83 vs. 76), pero bastante alejada de Alemania, que realizó 136 en el 2016. Con respecto al número de TC, España está por debajo de la media de la UE (109 vs. 122).

Figura 65. Número de RM y TC realizadas (2016 [o año más cercano])

7.20. MRI exams, 2016 (or nearest year)



7.21. CT exams, 2016 (or nearest year)



Fuentes: OCDE (2017). Estadísticas sobre la salud. <https://doi.org/10.1787/health-data-en>; Base de datos de Eurostat.

1.3. Satisfacción del ciudadano/paciente



Fuente: Elaboración propia.

1.3.1. Ajuste a las necesidades del paciente

España presenta uno de los mejores datos con relación a las necesidades médicas insatisfechas, pero el peor en cuanto a la toma de decisiones compartidas (posición en el *ranking*: 6.4).

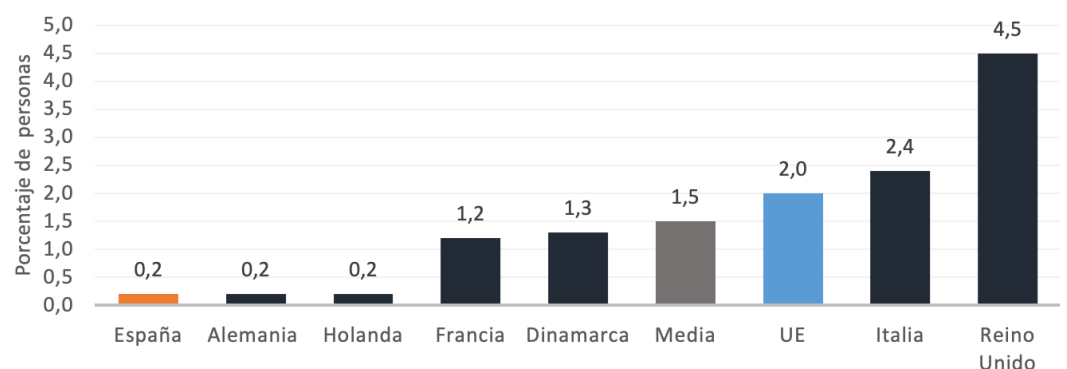


Ranking: 1,0-2,9 (4 estrellas); 3-4,9 (3 estrellas); 5-6,9 (2 estrellas); 7-8,9 (1 estrella); 9 (0 estrellas).

Necesidades médicas insatisfechas

En el 2018, España presentó una de las tasas más bajas de personas con necesidades médicas insatisfechas (por motivos económicos, distancia o de lista de espera), estando por debajo de la media de la UE y de la de los países incluidos en la comparativa.

Figura 66. Porcentaje de personas con necesidades médicas insatisfechas

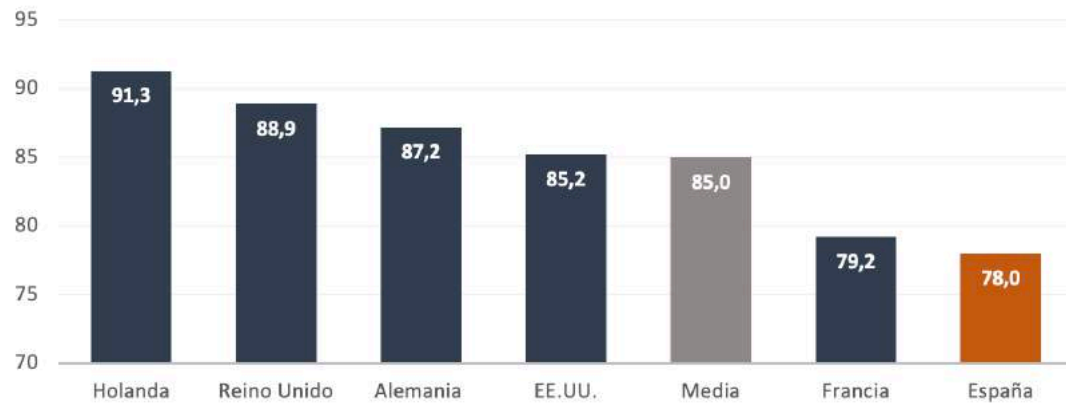


Fuente: Eurostat (2018).

Involucración en la toma de decisiones

La involucración de los pacientes españoles en la toma de decisiones fue menor con respecto a los de otros países. En concreto, en el 2016, el 78% de los pacientes reportó haber participado en la toma de decisiones, mientras que la media se situó en el 85%, siendo Holanda el país que registró una mayor tasa de participación (91,3%).

Figura 67. Involucración en la toma de decisiones



Fuente: OCDE (2016) (Ratio por cada 100 pacientes ajustado por edad).

1.3.2. Experiencia del paciente

La satisfacción de los pacientes con el sistema sanitario es la mejor de los países comparados, a pesar de poder disponer de menos minutos por consulta (posición en el *ranking*: 3,7).

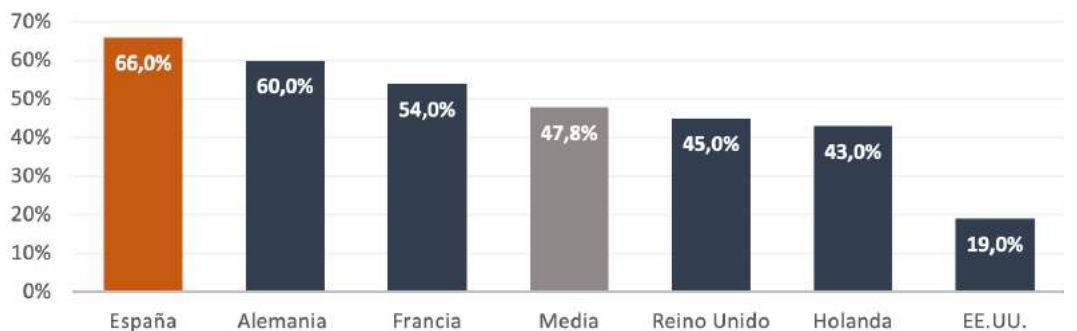


Ranking: 1,0-2,9 (4 estrellas); 3-4,9 (3 estrellas); 5-6,9 (2 estrellas); 7-8,9 (1 estrella); 9 (0 estrellas).

Satisfacción

España cuenta con la tasa de satisfacción con el sistema sanitario más alta entre los países incluidos en la comparativa. En el 2016, el 66% de las personas consideraron que funcionaba bien (o bien, pero necesita algunos cambios), siendo una ratio considerablemente superior al de la media de países considerados (48%)¹⁵⁶.

Figura 68. Satisfacción con el sistema sanitario



Fuente: Centro de Investigaciones Sociológicas (2018). *Barómetro sanitario (datos del 2016)*.

¹⁵⁶ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). *Barómetro sanitario 2018* [Internet]. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2018/RESUMENGRAFICO_BS_2018.pdf

En el 2018, las personas que acudieron a los centros de Atención Primaria manifestaron, en un 86,5%, una valoración “muy positiva” con la atención recibida. Además, el 84% de los pacientes destaca que la atención en las consultas de especialistas fue “buena” o “muy buena”. Por su parte, el 88,6% de los pacientes ingresados en los hospitales del SNS evalúan positivamente la atención sanitaria recibida y el 77,5% de las personas que utilizaron los diferentes servicios y dispositivos de urgencias del SNS consideran que recibieron una buena atención¹⁵⁷.

En las consultas de Atención Primaria, son muy apreciados aspectos como la confianza y la seguridad que transmite el médico, los cuidados y la atención por parte del personal médico y de enfermería, así como la información recibida sobre el problema de salud. En las consultas de médicos especialistas, son valorados el trato recibido por el personal sanitario, la confianza y seguridad que transmite el personal médico y la información recibida¹⁵⁷.

Un estudio reciente publicado en el 2019¹⁵⁸, muestra que el grado de satisfacción de los pacientes españoles con el sistema sanitario se mantiene estable entre el periodo 2005-2017, viéndose únicamente incrementado en los pacientes de la Comunidad de Madrid.

Figura 69. Grado de satisfacción de la población española con el sistema de salud (2018)

CCAA	2005	2017	APC	95 %CI	Trend
Andalucía	6.14	6.27	1.031	-4.239–6.302	Static
Aragón	6.41	7.29	2.210	-2.114–6.536	Static
Asturias	7.26	7.22	-0.239	-3.338–2.859	Static
Baleares	5.83	6.98	0.845	-2.560–4.252	Static
Canary Islands	5.37	6.10	1.014	-1.749–3.778	Static
Cantabria	6.33	7.35	1.542	-1.884–4.969	Static
Castilla and León	6.40	7.07	0.735	-1.677–3.148	Static
Cataluña	5.96	6.51	1.012	-3.033–5.058	Static
Extremadura	6.30	6.61	0.726	-2.176–3.629	Static
Galicia	5.56	6.49	2.302	-0.922–5.527	Static
La Mancha	6.61	6.65	0.388	-2.036–2.813	Static
Madrid	6.10	6.82	7.451	0.433–14.470	Increasing
Murcia	6.01	7.10	1.475	-1.455–4.405	Static
Navarra	6.71	7.06	1.246	-2.453–4.946	Static
Basque Country	6.51	7.33	1.265	-2.348–4.879	Static
Rioja	6.56	6.99	0.090	-4.924–5.106	Static
Valencia	6.12	6.71	1.852	-2.340–6.045	Static
Spain	6.25	6.68	1.898	-0.954–4.751	Static

CCAA: autonomous communities; APC: annual percent change

Fuente: Pérez-Cantó, V., Maciá-Soler, L., González-Chordá, V. M. (2019). User Satisfaction in the Spanish Health System: Trend Analysis. *Revista de Saúde Pública*, 53, 87. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053001506>

¹⁵⁷ La atención sanitaria en España no alcanza el notable, se queda en poco más de un aprobado (1 de marzo del 2019). *ConSalud.es* https://www.consalud.es/pacientes/la-atencion-sanitaria-en-espana-no-alcanza-el-notable-se-queda-en-poco-mas-de-un-aprobado_60936_102.html

¹⁵⁸ Pérez-Cantó, V., Maciá-Soler, L. y González-Chordá, V. M. (2019). User Satisfaction in the Spanish Health System: Trend Analysis. *Revista de Saúde Pública*, 53: 87. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053001506>

1.4. Satisfacción de los profesionales sanitarios



Fuente: Elaboración propia.

Los profesionales sanitarios españoles, en relación con el SMI, son los que perciben las retribuciones más bajas (posición en el *ranking*: 8.0).

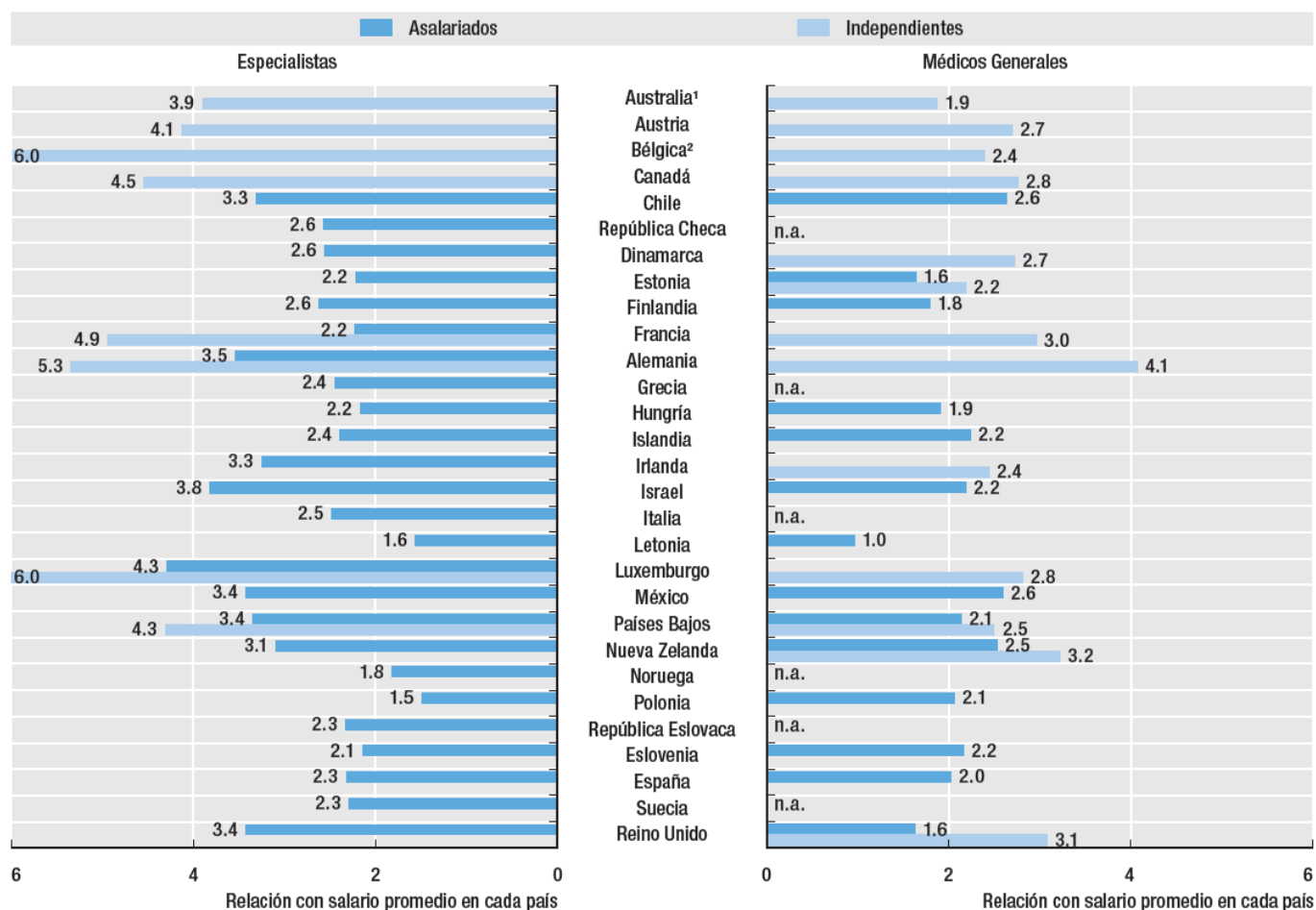


Ranking: 1,0-2,9 (4 estrellas); 3-4,9 (3 estrellas); 5-6,9 (2 estrellas); 7-8,9 (1 estrella); 9 (0 estrellas).

1.4.1. Salario

En general, la retribución económica que reciben médicos especialistas y generalistas en España es ostensiblemente más baja que en el resto de los países de referencia (Figura 70).

Figura 70. Remuneración de médicos; relación con el salario promedio (2015 [o año más cercano])



Fuente: OCDE (2017). Estadísticas sobre la salud.

Tanto el salario medio bruto de un médico de Atención Primaria como el de un especialista en España (51.000 y 54.000 euros, respectivamente), es bastante inferior a los observados en otros países europeos como Francia (92.000 y 96.000 euros, respectivamente), Alemania (132.500 y 126.100 euros, respectivamente) o el Reino Unido (117.900 y 131.200 euros, respectivamente). De los países analizados, solo Alemania presenta un salario inferior para la atención especializada, en comparación con la Atención Primaria (Figura 71).

Figura 71. Salarios brutos de médicos de Atención Primaria y especialistas en países europeos

Ingreso medio práctica médica	Total	Médico de atención primaria	Especialistas
España	53.000 €	51.000 €	54.000 €
Francia	95.000 €	92.000 €	96.000 €
Alemania	125.000 €	132.500 €	126.100 €
Reino Unido	129.500 €	117.900 €	131.200 €
Estados Unidos	250.400 €	184.800 €	269.100 €

Fuente: López-Mejía, M. (26 de septiembre del 2018). *Informe de salarios médicos: España*. Medscape. <https://espanol.medscape.com/diapositivas/59000086>

1.4.2. Absentismo en el ámbito sanitario

Si observamos el absentismo por sectores en España, veremos que el relacionado con actividades sanitarias es el mayor, alcanzando el 8,3% (causado por todos los motivos), suponiendo el no justificado por incapacidad temporal (IT) el 2,9%.

El absentismo del sector ha escalado a la primera posición, desde la tercera que ocupaba en el tercer trimestre del 2018,¹⁵⁹. Todos estos números son anteriores a la aparición de la pandemia en el primer trimestre del 2020 y cuyos efectos sobre dicho fenómeno desconocemos en este momento.

Figura 72. Niveles de absentismo por sectores en España (4.º trimestre del 2019)



Fuente: Randstad (2020). *Informe trimestral de absentismo laboral*. Randstad Research. <https://research.randstad.es/wp-content/uploads/2020/08/RANDSTAD-RESEARCH-Informe-de-Absentismo-laboral-Junio-2020.pdf>

1.4.3. Emigración de profesionales sanitarios

El número de médicos que piden el certificado de idoneidad para trabajar en el extranjero ha aumentado de forma continuada desde el 2011 (Figura 73). Según el Consejo General del Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), en el año 2019 se expidieron 4.100 certificados de idoneidad a médicos para salir al extranjero, lo que supone un aumento del 18,7% respecto al año anterior¹⁶⁰.

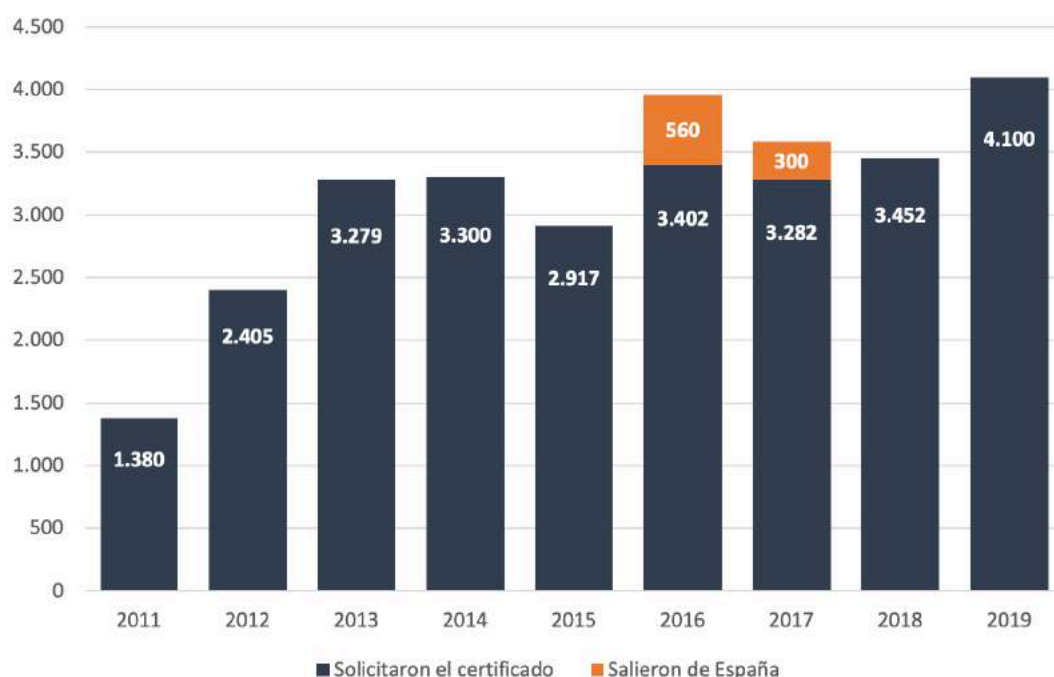
¹⁵⁹ Randstad (2019). *Informe trimestral de absentismo laboral*. Randstad Research. <https://www.randstadresearch.es/wp-content/uploads/2019/12/RANDSTAD-RESEARCH-Informe-de-Absentismo-laboral-DICIEMBRE-2019.pdf>

¹⁶⁰ Los certificados a médicos para salir de España expedidos por el CGCOM aumentan un 18,7% (23 de enero del 2020). Organización Médica Colegial de España | Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. https://www.cgcom.es/noticias/2020/01/20_01_23_certificados_de_idoneidad

El 64,9% de estos certificados se han solicitado para trabajar en el extranjero. Otras causas serían estudios (4,4%), cooperación (10,8%) y otros/homologación (20,0%).

Sin embargo, aunque el número de certificados de idoneidad solicitados a la Organización Médica Colegial (OMC) ha aumentado en el periodo 2011–2019, hay que considerar que dicha solicitud no implica desplazamiento. La OMC estima que el número de médicos que ha salido de España de forma definitiva fue de aproximadamente 300 en el 2017 (lo que representa el 9,1% del total del 2017) y 560 en el 2016 (el 16,5%)¹⁶¹ (Figura 73).

Figura 73. Evolución de los certificados de idoneidad expedidos por la OMC desde el 2011



Fuentes: Organización Médica Colegial de España | Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (23 de enero del 2020). Salidas estimadas: OMC (2018). *Estudio sobre demografía médica 2018*. Cuadernos CGCOM.

En cuanto a los destinos preferidos para trabajar en el extranjero, destacan el Reino Unido (con 669 solicitudes) y Francia (624 solicitudes). También se solicitan para otros países de la UE, como Italia (185 peticiones) y Alemania (184 peticiones).

Dentro de las diferentes especialidades médicas, los médicos de familia, los anestesiólogos y los pediatras son los que más demandan el certificado (313, 123 y 95 solicitudes, respectivamente).

¹⁶¹ Barber, P. y González, B. (2019). *Estimación de la oferta y demanda de médicos especialistas. España 2018–2030*. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/20182030EstimacionOfertaDemandaMedicosEspecialistasV2.pdf>

Del mismo modo, hay que considerar que España es el destino de muchos médicos extranjeros para ejercer su profesión (sobre todo, latinoamericanos). En el 2018, 4.618 titulados en Medicina extracomunitarios y 48 comunitarios¹⁶² estaban pendientes de la obtención de la homologación de su título de Medicina, para poder ejercer en España.

Al cabo de unos años, una parte de estos profesionales acaba solicitando el certificado de idoneidad para trabajar en otros países europeos, utilizando España como puerta de entrada a la UE, siendo un porcentaje significativo del colectivo de médicos que acaba emigrando.

El COMB ha realizado un análisis de los colegiados que se dan de baja por traslado al extranjero, siendo el resultado de los años 2018 y 2019 el siguiente:

	2018	2019
Colegiados a 31 de diciembre	34.560	35.646
Bajas por salida al extranjero	202 (18 MIR)	229 (24 MIR)
Origen: profesionales migrantes	129 (5 MIR)	152 (11 MIR)

El resultado es que las bajas de profesionales que emigran fuera de España son inferiores al 0,9% de los colegiados, y, de estos, el 65% corresponde a profesionales extranjeros (principalmente latinoamericanos), que previamente habían conseguido la homologación para ejercer en España.

El número total de profesionales que emigran a otros países es inferior al de profesionales que se trasladan a ejercer a otras provincias españolas (304 y 293, respectivamente).

Estas cifras permitirían ratificar que, a pesar del creciente número de solicitudes de certificados de idoneidad para salir al extranjero, el número de médicos que finalmente acaban emigrando no es tan significativo como podría parecer.

1.4.4. Jubilación de médicos

En los próximos 15 años, se jubilará el 50% de los profesionales sanitarios. En la Figura 74, se puede observar el porcentaje de médicos con más de 50 años en las distintas especialidades médicas. En algunas como Rehabilitación y Pediatría, estos superan el 70%.

Existe una inquietud creciente en la Atención Primaria, donde el porcentaje de médicos de más de 50 años supera el 62%.

¹⁶² Nova, I. P. (23 de abril del 2018). Casi 5.000 Médicos extranjeros esperan homologación para trabajar en España. *Redacción Médica*. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina/medicos-extranjeros-esperan-homologacion-para-trabajar-espana>

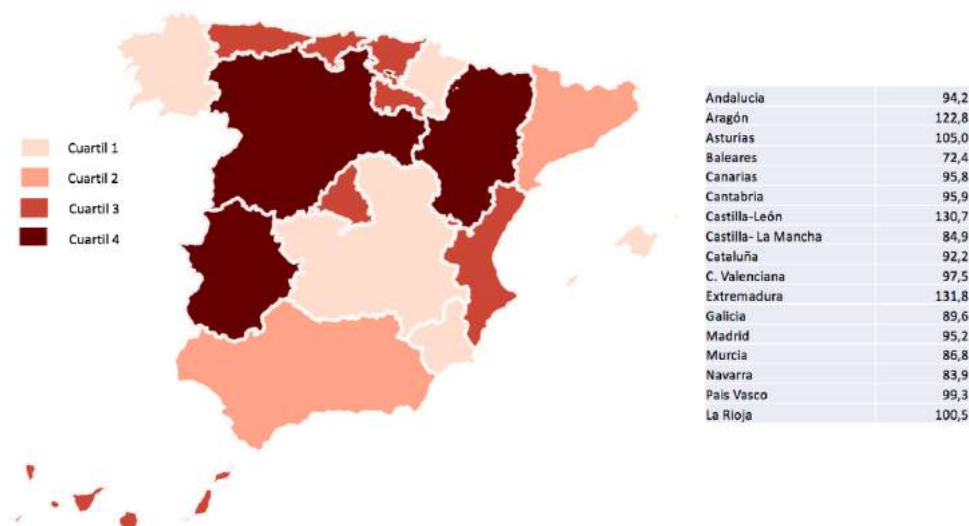
Figura 74. Empleo público en el SNS. Médicos especialistas en España (enero del 2018)

MÉDICOS ESPECIALISTAS	TOTAL	% Mujeres	% 50 años y más	% Especialidad	Ratio por 100.000 hab.
ALERGOLOGÍA	631	67,8%	46,3%	0,45%	1,42
ANÁLISIS CLÍNICOS Y BIOQUÍMICA (solo MÉDICOS)	860	66,7%	63,4%	0,62%	1,94
ANATOMÍA PATOLÓGICA	1.367	61,5%	50,1%	0,98%	3,08
ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN	6.351	57,0%	41,3%	4,58%	14,30
ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR	463	42,5%	31,3%	0,33%	1,04
APARATO DIGESTIVO	2.356	53,3%	34,9%	1,70%	5,30
CARDIOLOGÍA	2.533	38,0%	37,1%	1,82%	5,70
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	502	25,9%	45,4%	0,36%	1,13
CIRUGÍA GRAL. Y DEL A. DIGESTIVO	3.816	36,8%	51,4%	2,75%	8,59
CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	459	30,5%	40,3%	0,33%	1,03
CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA	4.248	24,0%	45,8%	3,06%	9,56
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	375	50,9%	42,7%	0,27%	0,84
CIRUGÍA PLÁSTICA ESTÉTICA Y REPARADORA	571	38,2%	44,8%	0,41%	1,29
CIRUGÍA TORÁCICA	244	32,8%	35,2%	0,18%	0,55
DERMATOLOGÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA Y V.	1.371	61,1%	42,2%	0,99%	3,09
ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN	1.149	61,1%	41,4%	0,83%	2,59
FARMACOLOGÍA CLÍNICA	384	63,3%	49,0%	0,28%	0,86
GERIATRÍA	613	63,5%	42,9%	0,44%	14,56
HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA	1.760	64,0%	43,6%	1,27%	3,96
HIDROLOGÍA MÉDICA	8	62,5%	75,0%	0,01%	0,02
INMUNOLOGÍA (solo MÉDICOS)	80	56,3%	56,3%	0,06%	0,18
MEDICINA DEL TRABAJO	1.002	55,9%	72,0%	0,72%	3,47
MEDICINA EDUCACIÓN FÍSICA	313	42,8%	56,5%	0,23%	0,70
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (AP)	37.544	58,5%	63,4%	27,05%	84,54
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (AE)	1.469	54,5%	41,0%	1,06%	3,31
TOTAL MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	39.013	58,4%	62,5%	28,11%	87,84
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	1.445	70,5%	43,9%	1,04%	3,25
MEDICINA INTENSIVA	2.214	50,1%	42,5%	1,60%	4,99
MEDICINA INTERNA	5.027	49,2%	46,8%	3,62%	11,32
MEDICINA LEGAL Y FORENSE	40	52,5%	75,0%	0,03%	0,09
MEDICINA NUCLEAR	415	57,6%	43,4%	0,30%	0,93
MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA	602	58,1%	62,1%	0,43%	1,36
MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA (solo MÉDICOS)	546	67,0%	59,5%	0,39%	1,23
NEFROLOGÍA	1.253	60,9%	41,2%	0,90%	2,82
NEUMOLOGÍA	1.705	52,9%	42,8%	1,23%	3,84
NEUROCIRUGÍA	569	27,6%	31,3%	0,41%	1,28
NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	452	67,3%	35,6%	0,33%	1,02
NEUROLOGÍA	1.837	52,4%	36,0%	1,32%	4,14
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	4.902	67,4%	42,6%	3,53%	21,68
OFTALMOLOGÍA	3.099	53,2%	48,3%	2,23%	6,98
ONCOLOGÍA MÉDICA	1.307	62,0%	27,8%	0,94%	2,94
ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA	566	59,9%	45,6%	0,41%	1,27
OTORRINOLARINGOLOGÍA	1.904	40,9%	51,5%	1,37%	4,29
PEDIATRÍA Y ÁREAS ESPECÍFICAS (AP)	5.489	75,2%	55,5%	4,0%	73,83
PEDIATRÍA Y ÁREAS ESPECÍFICAS (AE)	4.948	67,4%	38,9%	3,56%	66,56
TOTAL PEDIATRÍA Y ÁREAS ESPECÍFICAS	10.437	71,5%	47,7%	7,52%	140,39
PSIQUIATRÍA	4.219	58,0%	47,2%	3,04%	9,50
RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA	3.929	53,8%	48,4%	2,83%	8,85
REUMATOLOGÍA	910	55,9%	48,6%	0,66%	2,05
UROLOGÍA	1.749	20,9%	48,3%	1,26%	3,94
OTROS	19.201	55,6%	43,4%	13,8%	43,23
TOTAL PRIMARIA	43.034	60,7%	62,4%	31,0%	96,89
TOTAL ESPECIALIZADA	95.763	53,2%	44,3%	69,0%	215,62
TOTAL TOTAL	138.797	55,5%	49,9%	100,0%	312,52
MÉDICOS ESPECIALISTAS	TOTAL	% Mujeres	% 50 años y más	% Especialidad	Ratio por 100.000 hab.

Fuente: Barber, P. y González, B. (2019). *Estimación de la oferta y demanda de médicos especialistas. España 2018-2030*. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. <https://www.msbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/20182030EstimacionOfertaDemandaMedicosEspecialistasV2.pdf>

En la Figura 75 y la Figura 76, también podemos observar que existe una variabilidad en la distribución de médicos de Atención Primaria y especializada entre los diferentes territorios de nuestro país¹⁶³.

Figura 75. Atención Primaria. Médicos especialistas por cada 100.000 habitantes. Sector público del SNS (2018)



Fuente: Barber, P. y González, B. (2019). *Estimación de la oferta y demanda de médicos especialistas. España 2018–2030*. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/20182030EstimacionOfertaDemandaMedicosEspecialistasV2.pdf>

Figura 76. Atención especializada. Médicos especialistas por cada 100.000 habitantes. Sector público del SNS (2018)



Fuente: Barber, P. y González, B. (2019). *Estimación de la oferta y demanda de médicos especialistas. España 2018–2030*. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/20182030EstimacionOfertaDemandaMedicosEspecialistasV2.pdf>

¹⁶³ Los datos y las figuras se han obtenido de Barber, P. y González, B. (2019). *Estimación de la oferta y demanda de médicos especialistas. España 2018–2030*. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/20182030EstimacionOfertaDemandaMedicosEspecialistasV2.pdf>

1.5. Docencia, investigación e innovación (*know-how*)



Fuente: Elaboración propia.

El peso de España en la aportación de conocimiento ocupa un lugar medio-alto en la tabla de países incluidos en la comparación (posición en el *ranking*: 4,8).



Ranking: 1,0-2,9 (4 estrellas); 3-4,9 (3 estrellas); 5-6,9 (2 estrellas); 7-8,9 (1 estrella); 9 (0 estrellas).

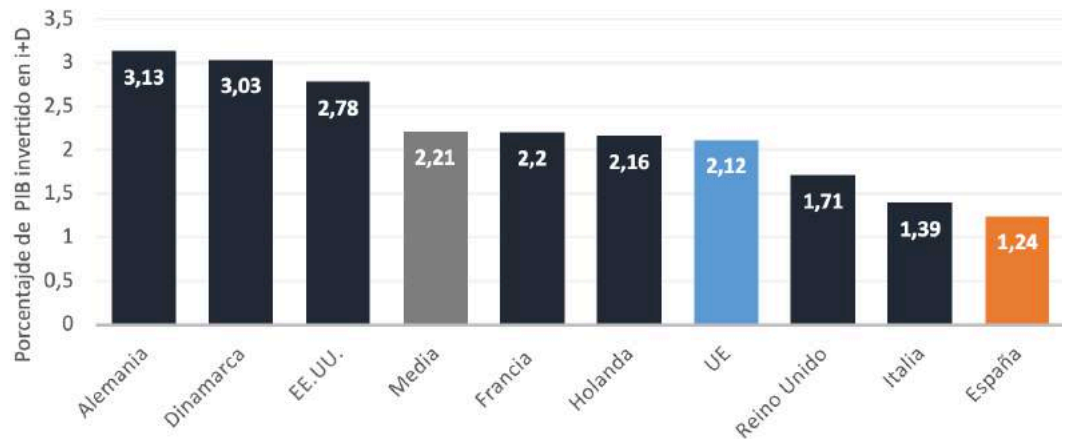
1.5.1. Inversión en I+D

En el 2018, el gasto en investigación y desarrollo (I+D) en España aumentó un 6,3% respecto al año anterior; sin embargo, tan solo fue el equivalente al 1,24% del PIB, muy lejos del 2,12% de la media de la UE-28.

Según los últimos datos disponibles en Eurostat para el 2020, el objetivo de la UE era del 3% — algo inalcanzable para España en las actuales circunstancias—. Países como Dinamarca (3,1%) y Alemania (3%) ya han alcanzado este objetivo.

Además, en el 2018 como ya sucedió en el 2017, la mitad del presupuesto público en I+D no llegó a ejecutarse.

Figura 77. Inversión en I+D en porcentaje del PIB (2018 [o año más reciente])



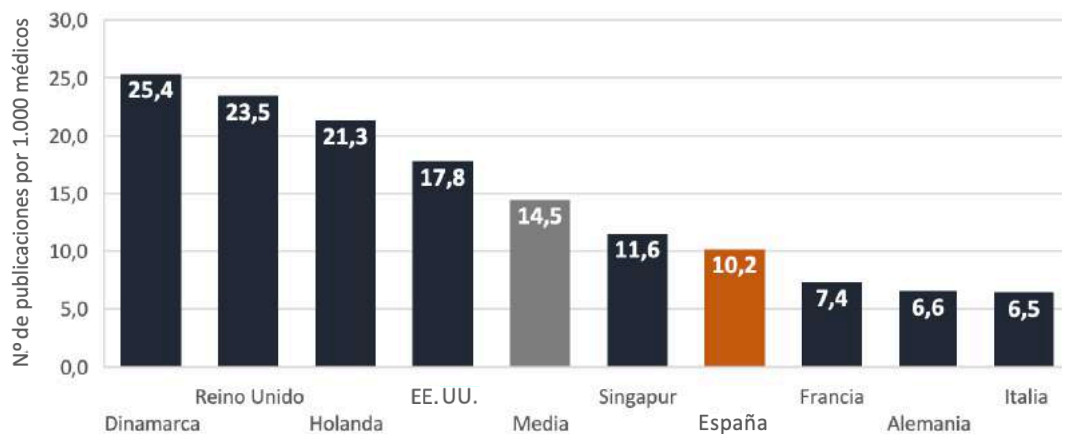
Fuente: Eustat. Instituto Vasco de Estadística (20 de noviembre del 2020). *Gasto en I+D interno (% PIB) por país. 2007-2019* [tablas estadísticas]. https://www.eustat.eus/elementos/ele0003200/ti_Gasto_en_ID_PIB_por_pais_1997-2012/tbl0003292_c.html

1.5.2. Publicaciones científicas

Número de publicaciones científicas

En el 2018, España registró 10,2 publicaciones científicas (en el área de la salud) por cada 1.000 médicos en activo. Este dato es inferior a la media de los otros países (14,5), siendo el Dinamarca e de referencia, con 25,4 publicaciones por cada 1.000 médicos.

Figura 78. Publicaciones científicas por cada 1.000 médicos



Fuentes: Scientific Journal Rankings (2018), OCDE (2018) y Ministerio de Sanidad (2018).

Calidad de las publicaciones científicas

El número de colaboraciones o de citaciones de los artículos es un buen indicador de la calidad de las publicaciones en los diferentes países.

En nivel de colaboración, España (9.747) se encuentra alejada del Reino Unido (18.529) —que es uno de los países con mayor número de colaboraciones—, pero se al nivel de otros países de nuestro entorno, como los Países Bajos (10.578) o Italia (13.005).

En cuanto a las citaciones por artículo, España, con 206,6, se sitúa al nivel de los países de nuestro entorno: Alemania (202,5), Francia (211,8), Italia (186,9) o Dinamarca (195,6) (Figura 79).

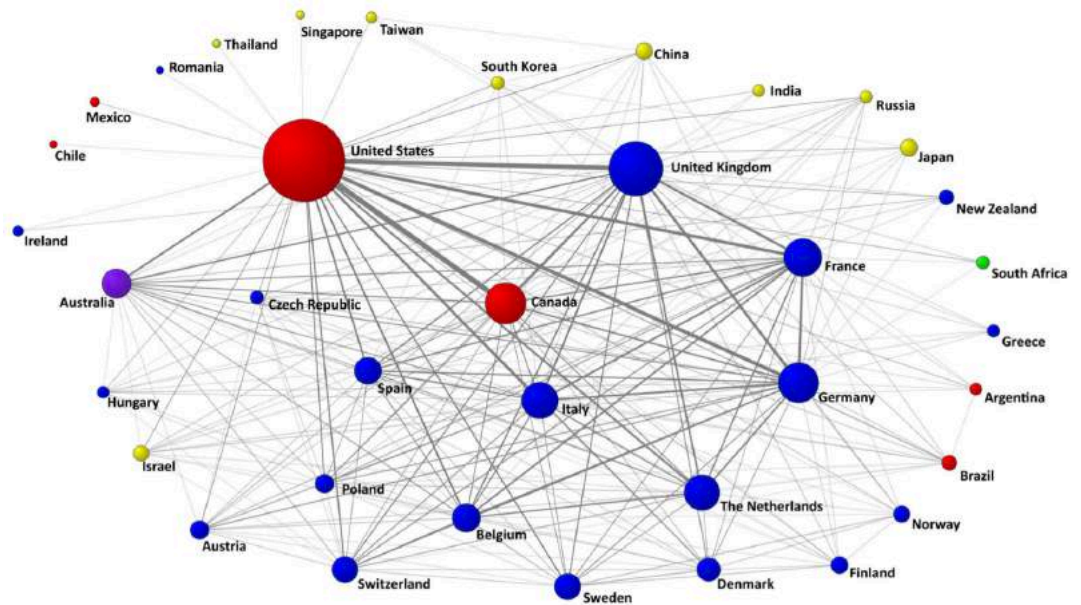
Figura 79. Productividad y pautas de colaboración de los principales países

Country	Total articles	Articles per million inhabitants	Total collaborations	Total citations	Citations per article	Articles in collaboration (distinct country)	Distinct countries of collaboration	Main collaborator (and number of collaborations)
United States	18,393	56.5	25,308	3,364,015	182.9	7895	130	Canada (2892)
United Kingdom	8028	121.6	18,529	1,345,597	167.6	4534	128	United States (2528)
Canada	4548	123.9	13,024	1,017,912	223.8	3552	108	United States (2892)
Germany	4415	53.4	16,463	894,026	202.5	3416	111	United States (2034)
France	3900	58.1	15,093	826,172	211.8	2928	119	United States (1759)
Italy	3608	59.6	13,005	674,367	186.9	2432	96	United States (1446)
The Netherlands	3453	201.5	10,578	619,589	179.4	2331	99	United States (1172)
Australia	2354	95.7	8787	469,341	199.4	1750	103	United States (1114)
Belgium	2197	193.2	10,685	482,974	219.8	2016	107	United States (1068)
Spain	2020	43.4	9747	417,291	206.6	1581	99	United States (1017)
Sweden	1909	189.6	7034	376,159	197.0	1483	91	United States (794)
Switzerland	1862	219.9	7840	348,734	187.3	1621	117	United States (818)
Denmark	1523	264.0	5572	297,936	195.6	1090	84	United States (582)
Poland	953	25.1	6577	222,301	233.3	916	80	United States (650)
Austria	945	107.3	4673	192,799	204.0	832	85	Germany (555)
Japan	820	6.5	2232	132,758	161.9	374	66	United States (289)
Finland	797	144.6	2950	195,500	245.3	556	81	United States (264)
China	771	0.6	3292	141,741	183.8	550	87	United States (391)
Norway	756	143.1	3076	152,184	201.3	605	70	Sweden (310)
Israel	661	75.9	3364	159,264	240.9	547	71	United States (382)
Brazil	626	3.0	4102	154,296	246.5	567	98	United States (440)
New Zealand	602	125.6	2229	106,318	176.6	480	80	United States (293)
Czech Republic	486	45.9	3757	107,543	221.3	475	82	United States (315)
South Korea	474	9.2	2748	80,338	169.5	383	78	United States (322)
South Africa	463	8.2	2468	89,382	193.0	422	95	United States (311)
Russia	425	2.9	3449	109,224	257.0	424	75	United States (336)
Greece	419	38.9	2114	59,496	142.0	285	75	United States (168)
Hungary	392	40.1	3192	93,590	238.7	383	74	United States (249)

Fuente: Catalá-López, F., Aleixandre-Benavent, R., Caulley, L., Hutton, B., Tabarés-Seisdedos, R., Moher, D. y Alonso-Arroyo, A. (2020). Global Mapping of Randomised Trials Related Articles Published In High-Impact-Factor Medical Journals: A Cross-Sectional Analysis. *Trials* 21(1): 34. <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-019-3944-9>

Otra forma de plasmar la colaboración entre países es mediante una red de conexiones (Figura 80).

Figura 80. Red de conexiones o colaboraciones entre diferentes países



Nota: Grupo más productivo de países que aplican un umbral de 100 o más documentos firmados en coautoría. El tamaño de los nodos es proporcional al número de trabajos, y el grosor de las líneas, al número de colaboraciones. Colores de los nodos por continentes: América = rojo; Asia = amarillo; África = verde; Europa = azul; Oceanía = púrpura.

Fuente: Catalá-López, F., Aleixandre-Benavent, R., Caulley, L., Hutton, B., Tabarés-Seisdedos, R., Moher, D. y Alonso-Arroyo, A. (2020). Global Mapping of Randomised Trials Related Articles Published In High-Impact-Factor Medical Journals: A Cross-Sectional Analysis. *Trials* 21(1): 34. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3944-9>

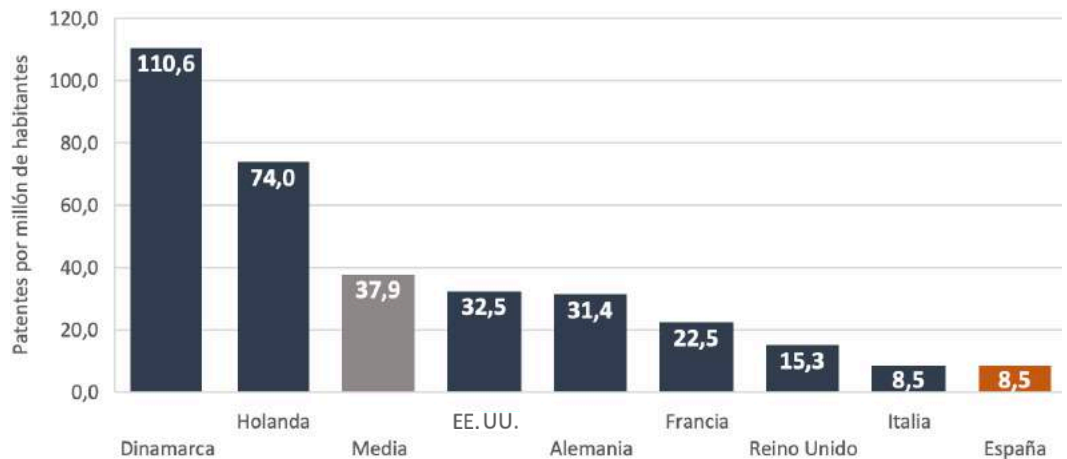
1.5.3. Patentes

Para comparar la transferencia traslacional de conocimiento, se ha calculado el número de patentes de las áreas de tecnología médica, biotecnología y farmacéutica (registradas en la Oficina Europea de Patentes [OEP])¹⁶⁴ por millón de habitantes.

En el 2019, con una ratio de 8,5 patentes por cada millón de habitantes, España se situó, junto con Italia, como los países con menor productividad de conocimiento aplicado.

¹⁶⁴ Oficina de Patentes Europeas (2019). *European Patent Applications per Field of Technology and per Country of Residence of the Applicant for Each Individual Year From 2010 Until 2019* [Archivo Excel]. Patent Statistics. <https://www.epo.org/about-us/annual-reports-statistics/statistics.html>

Figura 81. Número de patentes por cada millón de habitantes

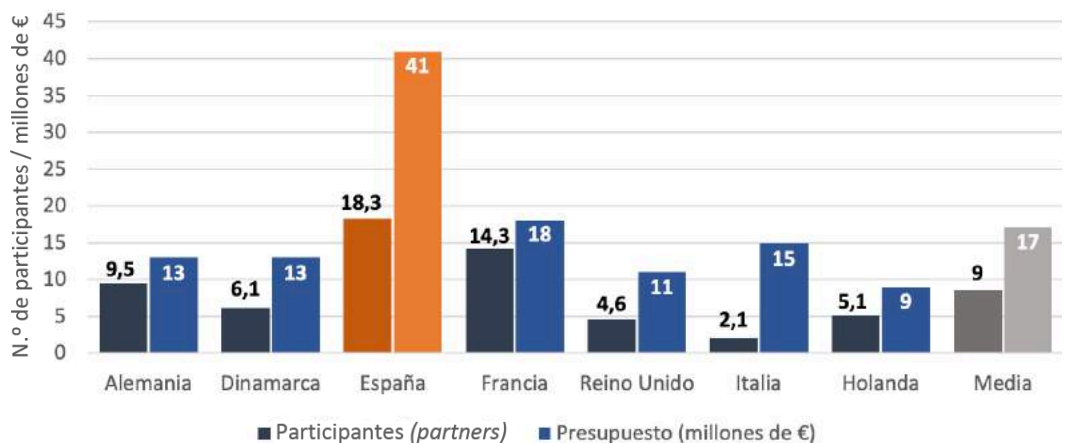


Fuente: Oficina de Patentes Europeas (2019).

1.5.4. Participación en proyectos europeos (Horizonte 2020)

En el 2019, España fue el país con mayor participación en proyectos europeos para investigación en el área de la salud tanto en número de partners ($n = 41$) como en presupuesto (183 millones de euros)¹⁶⁵.

Figura 82. Participación en proyectos europeos

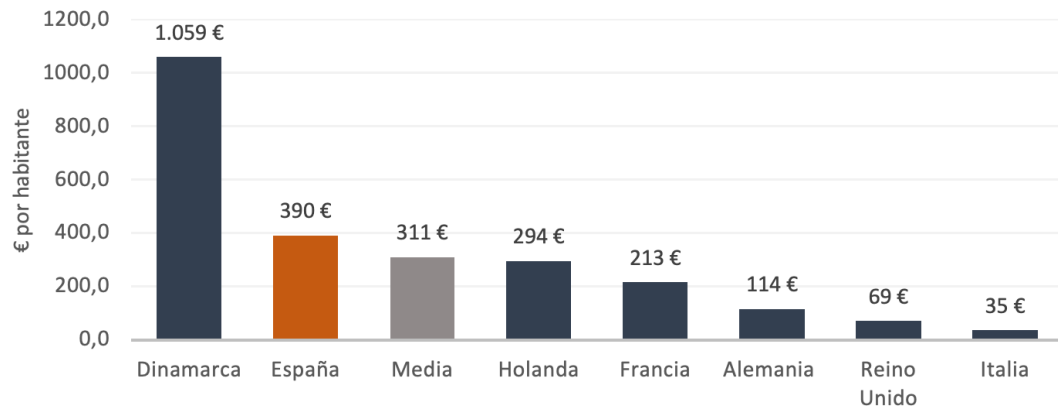


Fuente: European Research and Innovation Observatory (2019).

No obstante, al estandarizar por el número de habitantes de cada país, con 389,9€/habitante, España fue el segundo con más fondos europeos para la investigación en salud, por detrás de Dinamarca (1.058,8 €/habitante).

¹⁶⁵ Comisión Europea (s. f.). *Research and Innovation Observatory – Horizon 2020 Policy Support Facility*.

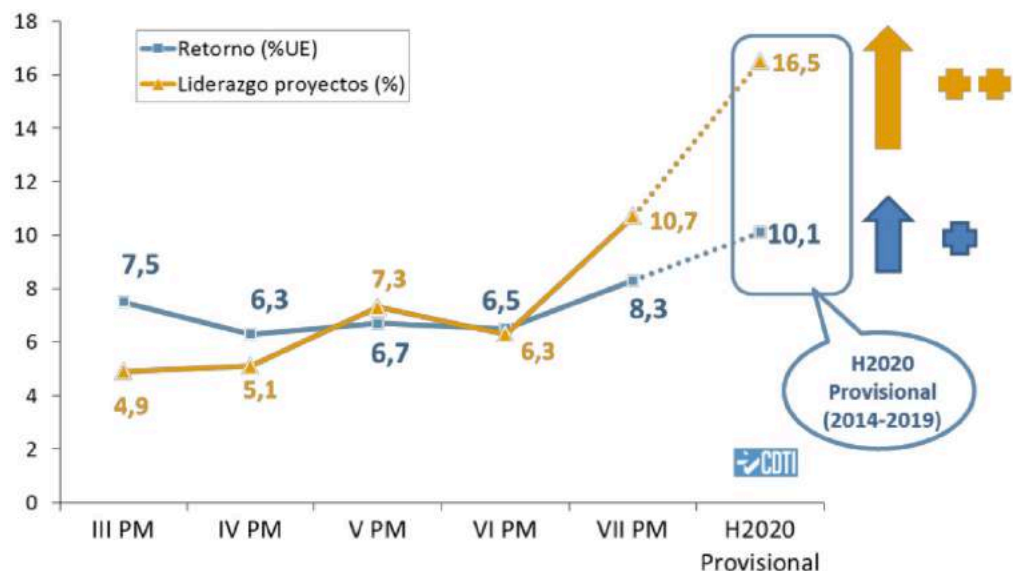
Figura 83. Financiación de proyectos europeos por habitante



Fuente: European Research and Innovation Observatory-2019(32)

El Ministerio de Ciencia e Innovación ha publicado los resultados provisionales del programa Horizonte 2020¹⁶⁶ y, a falta de consolidar los datos del 2020, España se posiciona como el cuarto país en retornos —por detrás de Alemania (16,4%), el Reino Unido (14%) y Francia (12,3%)—, con un 10,1% y 4.761,6 millones de euros, respectivamente, obtenidos de las convocatorias adjudicadas del programa en el ámbito de la UE-28. Además, nuestro país es el primero en liderazgo de proyectos I+D+i en colaboración, siendo el coordinador en 940 de los proyectos financiados (16,5% del total) (Figura 84).

Figura 84. Evolución del retorno y el liderazgo español en los Programas Marco



Fuente: Ministerio de Ciencia e Innovación (2020). Resultados provisionales de la participación española en Horizonte 2020 (2014–2019).

http://eshorizonte2020.cdti.es/recursos/doc/Programas/Cooperacion_internacional/HORIZONTE%202020/31845_107107202011211.pdf

¹⁶⁶ Ministerio de Ciencia e Innovación (22 de julio del 2020). *España es el cuarto país que más fondos obtiene del programa de I+D+i de la UE, Horizonte 2020*. https://www.ciencia.gob.es/portal/site/MICINN/menuitem.edc7f2029a2be27d7010721001432ea0/?vgnnextoid=07017754_9d573710VgnVCM1000001d04140aRCRD&vgnnextchannel=04dbc4d659ecb210VgnVCM1000001a04140aRCRD

1.5.5. Participación en ensayos clínicos

En el 2019, España participó en 2.043 ensayos clínicos, por debajo de la media de los países comparados (3.745), y ocupando el quinto puesto tras Estados Unidos, Francia, Alemania y el Reino Unido. Relativizando estos datos en función del número de habitantes, nuestro país ocuparía el cuarto lugar, con 4,4 ensayos clínicos por millón de habitantes, por detrás de Dinamarca, Holanda y Francia (15,0, 10,5 y 4,5, respectivamente).

Figura 85. Participación en ensayos clínicos



Fuente: OMS (2019). *Monitoring processes to R&D*.
https://www.who.int/research-observatory/monitoring/processes/clinical_trials_1/en/

1.6. Motor de crecimiento



Fuente: Elaboración propia.

El peso de España como motor de crecimiento ocupa un lugar medio-alto en la tabla de países incluidos en la comparación (posición en el *ranking*: 4,9).



Ranking: 1,0-2,9 (4 estrellas); 3-4,9 (3 estrellas); 5-6,9 (2 estrellas); 7-8,9 (1 estrella); 9 (0 estrellas).

El sector salud es el tercero en aportación a la economía de España (Figura 86), representando el 12% del PIB. El gasto en salud pública es del 6,4% del PIB, por lo que el clúster de salud privada (que incluye sanidad privada, turismo de salud, laboratorios farmacéuticos e innovación relacionada con la salud) supone el 5,6%, y se situaría por delante de los servicios financieros en porcentaje de PIB.

Figura 86. Sectores que aportan más al PIB y al empleo en España



Fuente: Trincado, B. (23 de diciembre del 2019). ¿Qué sectores aportan más al PIB y al empleo en España? *Cinco Días*.

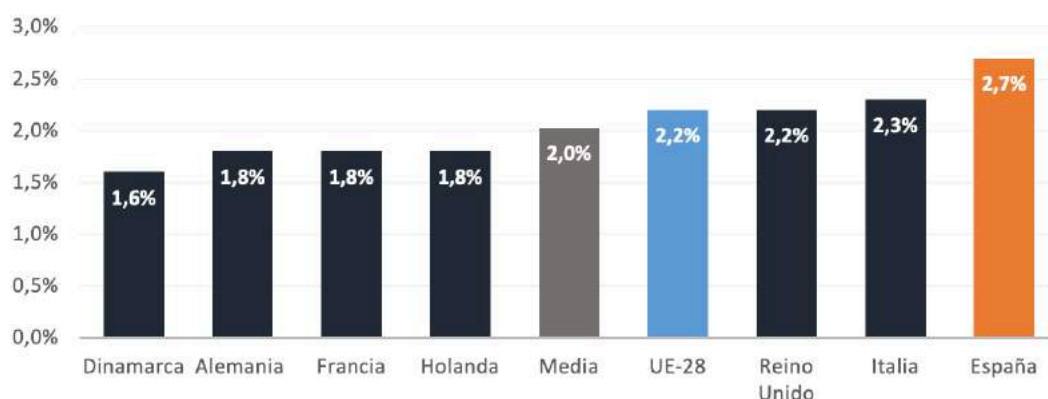
1.6.1. Sanidad privada

Facturación: porcentaje del PIB

En el 2018, la **sanidad privada** aportó el 2,7% al PIB español, lo que supone 32.451 millones de euros¹⁶⁷, alcanzando el 3,3% si tenemos en cuenta los servicios de provisión realizados a la sanidad pública a través de conciertos¹⁴⁰.

¹⁶⁷ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018). *Gasto sanitario privado: millones de euros, porcentaje sobre el PIB y euros por habitante según los países de la Unión Europea (UE-28)* [Tabla de datos]. https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla30_2.htm

Figura 87. Gasto sanitario privado en porcentaje del PIB (2018)



Fuente: Ministerio de Sanidad. Datos del 2018. https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla30_2.htm

Turismo de salud

En el caso del turismo en salud español, nuestro país se sitúa en el sexto puesto en el *ranking* europeo y en el octavo a nivel mundial en número de turistas relacionados con la salud. De hecho, según datos proporcionados por el Instituto para Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS)¹⁶⁸, se estima que, en el 2019, un total de 140.000 visitantes se sometieron a tratamientos de salud o a intervenciones médicas en centros privados de nuestro territorio.

En cuanto a las estimaciones económicas, según un informe de Spaincares, el clúster español de turismo de salud, esta modalidad de turismo, supuso en el 2017, una facturación cercana a los 500 millones de euros y se preveía que en el 2020 se alcanzara la cifra de 200.000 turistas atendidos, logrando un aporte a nuestra economía del torno a 1.000 millones de euros (si bien la pandemia vigente ha impedido alcanzar estas previsiones)¹⁶⁹.

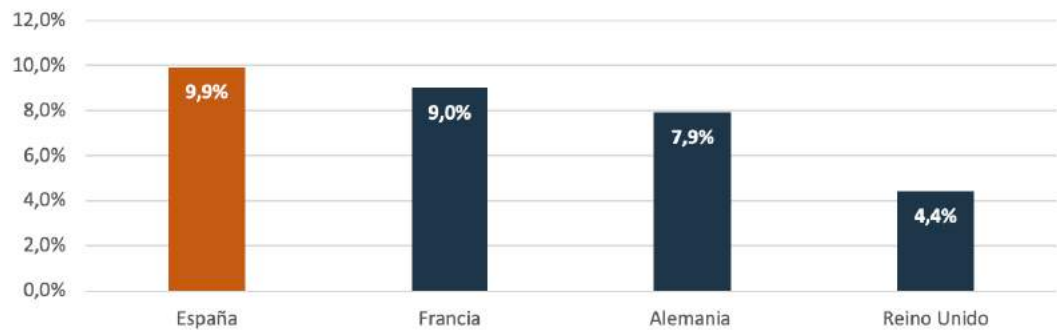
La salud es un servicio cada vez más demandado por las personas de diferentes países, y España reúne las condiciones para convertirse en una potencia en este sector, ya que dispone de una sanidad de reconocido prestigio en el mundo y una gran tradición turística.

El turismo de salud, turismo médico o *wellness* es el proceso por el que una persona viaja a otro país para recibir servicios de salud. Los más demandados son la reproducción asistida, cirugía estética y plástica, cardiología y oncología.

En el 2015, España estaba situada por detrás de Alemania y Francia en cuanto al volumen económico producido por el turismo de salud. Sin embargo, la tasa media de crecimiento anual fue la más elevada de los países analizados.

¹⁶⁸ Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (22 de enero del 2018). La sanidad privada estima que el turismo sanitario supondrá más de 1.000 millones de euros en 2020. *IDIS en los medios*. <https://fundacionidris.com/sala-prensa/idis-en-los-medios/sanidad-privada-estima-que-turismo-sanitario-supondra-mas-de-1000>
¹⁶⁹ El Economista (22 de enero del 2020). Turismo de salud: 1.000 millones de euros de impacto económico. *El Economista*. <https://www.eleconomista.es/especial-turismo-2020/noticias/10308696/01/20/Turismo-de-salud-1000-millones-de-euros-de-impacto-economico.html>

Figura 88. Tasa media de crecimiento anual (2015)

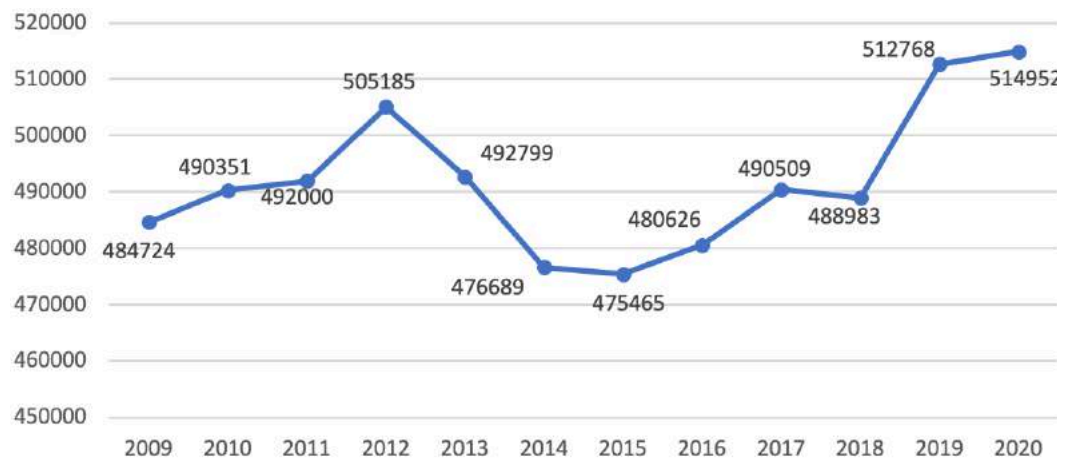


Fuente: Deloitte (2018). *Turismo médico y turismo de bienestar: más allá de la sala de espera.*

Empleo y empleo de nivel

En cuanto a la creación de puestos de trabajo, se estima que, hasta el 2026, se crearán en España 2,5 millones de nuevos puestos de trabajo, de los cuales el 14% serán en sanidad (tanto pública como privada)¹⁷⁰. Solo la sanidad privada empleaba, en el 2016, a 266.728 profesionales: un 23% de ellos, médicos; el 26%, enfermeros; y el 51% restante pertenece a otros profesionales y no sanitarios¹⁷¹.

Figura 89. Evolución del número de empleados en el SNS (2009-2020)



Fuente: Arroyo, J. (14 de febrero del 2020). *Récord de personal en la sanidad pública: 515.312, el mejor dato en 10 años.* *Redacción Médica.* <https://www.redaccionmedica.com/secciones/empleo/record-de-personal-en-la-sanidad-publica-515-312-el-mejor-dato-en-10-anos-6533>

¹⁷⁰ La sanidad privada es una fuente de trabajo más estable y de calidad (13 de abril del 2018). *Redacción Médica.* <https://www.redaccionmedica.com/secciones/privada/-la-sanidad-privada-es-una-fuente-de-trabajo-mas-estable-y-de-calidad--5001>

¹⁷¹ El Economista (2019). *ESP250 salud: las empresas más importantes del sector.* https://s03.s3c.es/imag/doc/2019-12-16/20191219_ESP250Salud.pdf

1.6.2. Laboratorios farmacéuticos

Facturación: porcentaje del PIB

En España, existen más de 80 plantas de fabricación y envasado de productos farmacéuticos. Estas plantas están cada vez más especializadas a escala global y producen tanto para consumo interior como exportación. En el 2019, las **exportaciones de productos farmacéuticos** en nuestro país superaron los 12.100 millones, lo que supone el 4,2% de todas las exportaciones españolas, y el 23% de las de alta tecnología, lo que convierte a esta industria junto con la aeroespacial en líderes en este ámbito¹⁷².

Empleo y empleo de nivel

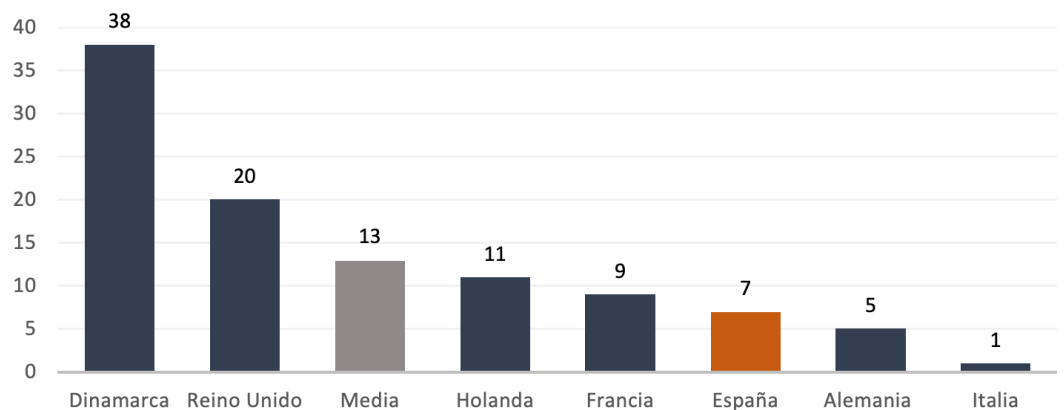
La **industria farmacéutica** genera en España unos 40.500 empleos directos, de los que el 62% son profesionales con estudios universitarios. Al sumar el empleo directo con los puestos indirectos e inducidos generados por las compañías farmacéuticas como consecuencia de su actividad, el empleo que depende de esta industria asciende en España a más de 200.000 puestos¹⁷³.

1.6.3. Innovación

Dedicación a I+D por parte de los laboratorios farmacéuticos

Según los datos del INE, la industria farmacéutica invirtió 1.026 millones de euros en investigación y desarrollo en el 2018, casi el 20% de la inversión total en I+D de la industria española, lo que le convierte, junto al del automóvil, en el sector industrial líder por el volumen de gasto en términos absolutos destinado a actividades de I+D¹⁷⁴.

Figura 90. Startups por cada 10.000.000 de habitantes (2017)



Fuente: van Wilgenburg, B., van Wilgenburg, K., Paisner, K., van Deventer, S. y Rooswinkel, R. W. (abril del 2019). Mapping the European Startup Landscape. *Nature Biotechnology*, 37, 345-349.

¹⁷² Farmaindustria (2019). *La industria farmacéutica en España en 2019*.

<https://www.farmaindustria.es/web/wp-content/uploads/sites/2/2020/06/memoria-farmaindustria-2019.pdf>

¹⁷³ Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (22 de enero del 2018). La sanidad privada estima que el turismo sanitario supondrá más de 1.000 millones de euros en 2020. *IDIS En Los Medios*.

<https://fundacionididis.com/sala-prensa/idis-en-los-medios/sanidad-privada-estima-que-turismo-sanitario-supondra-mas-de-1000>

¹⁷⁴ Farmaindustria (2019). *La industria farmacéutica en España en 2019*.

<https://www.farmaindustria.es/web/wp-content/uploads/sites/2/2020/06/memoria-farmaindustria-2019.pdf>

Creación de startups

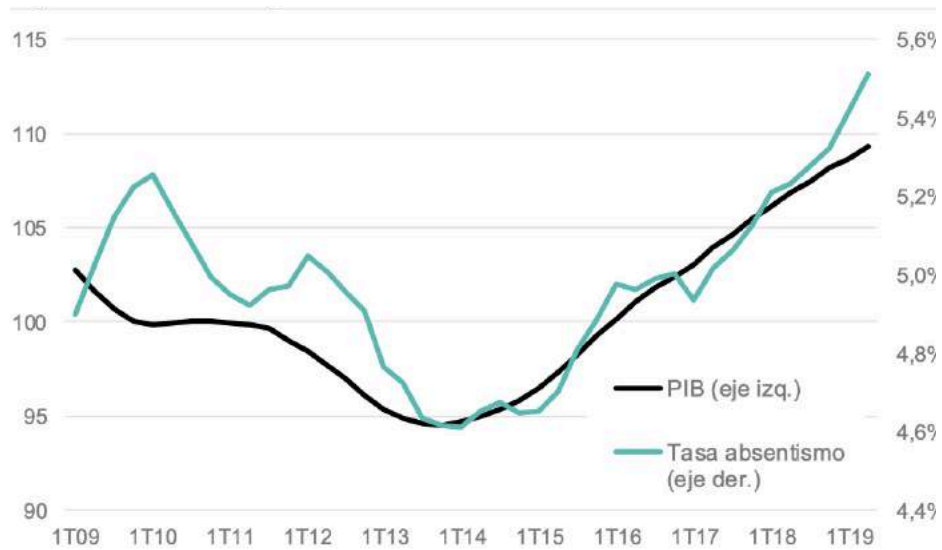
España, que tiene 7 startups por cada 10 millones de habitantes, se sitúa en una posición bastante alejada respecto de países como Dinamarca o el Reino Unido, que cuentan con 38 y 20 startups, respectivamente, por la misma ratio de habitantes señalada.

1.6.4. Salud y fuerza laboral

En España, el absentismo laboral en el 2019 se elevó hasta el 5.5%, dos décimas por encima del año anterior.

Figura 91. Tasa de absentismo y PIB en España (2017)

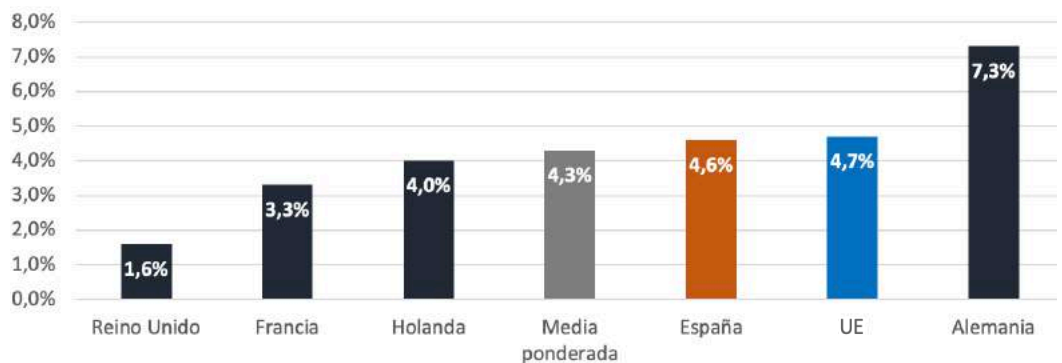
PIB, índice 2010 = 100; medias móviles de 4 trimestres



Fuente: Adecco Group Institute (2019). *Informe trimestral Adecco sobre absentismo: salud y bienestar. 2º trimestre de 2019*. Adecco Institute.

Nuestro país se sitúa, comparativamente respecto de diferentes países de la UE, dentro de la media de la UE (4,6% vs. 4,7%) y muy por debajo de algunos como Alemania (7,3%).

Figura 92. Absentismo laboral en diferentes países de la UE (2018 o año más cercano)



Fuente: Elaboración propia a partir de los últimos datos de la OMS Absenteeism From Work Due To Illness, Days Per Employee Per Year [tabla de datos]. *European Health Information Gateway*. https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_411-2700-absenteeism-from-work-due-to-illness-days-per-employee-per-year/visualizations/#id=19398&tab=table

2. Participantes y agradecimientos

Para la elaboración de este documento, se creó un grupo de trabajo formado por expertos nacionales e internacionales de diferentes ámbitos, con el fin de tener una visión holística de nuestro sistema de salud y confrontar puntos de vista diversos que permitieran aportar nuevas propuestas. Más allá de numerosas entrevistas con cada uno de ellos, se han llevado a cabo varias sesiones de trabajo conjuntas del equipo.

Adicionalmente, en la preparación de distintos apartados de este documento, hemos contrastado nuestras ideas con las personas que hemos considerado relevantes en ámbitos específicos de este estudio y que se mencionan en el apartado de agradecimientos.

Agradecemos sinceramente a todos ellos su dedicación y ayuda en la elaboración de este informe, el cual refleja únicamente la opinión de los autores y no necesariamente la de los expertos que han participado ni la de Vifor Pharma.

Expertos nacionales

Manel del Castillo Rey, director gerente del Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona) desde abril del 2003. Miembro de la Junta de Gobierno de la Dirección General de la Curia Provincial del Orden Hospitalaria San Juan de Dios desde 2014. Presidente de la Fundació Factor Humà. Miembro del Children's Hospital International Executive Forum desde 2010. Es médico especialista en medicina familiar y comunitaria, y máster en Dirección Pública por ESADE Business School. Comenzó su trayectoria de gestión sanitaria como gerente de Atención Primaria de Mallorca (1988–1993), director provincial del Servicio de Salud de las Islas Baleares (IB-SALUT) (1993–1996), director gerente de la Fundación Hospital de Manacor (1996–1998), gerente del Hospital Municipal de Badalona (1998–2003), director general adjunto del CHC Consultoria i Gestió (2001–2003) y ocupó el cargo de secretario general de la Patronal del Consorcio de Asociación Patronal Sanitaria y Social (CAPSS) (2007–2016). Ha recibido los premios Arthur Andersen, Diario Médico (2001), BearingPoint (2003), Profesor Barea (2008 [VI edición]) y Fundación Factor Humà Mercè Sala (2012 [IV edición]).

Jesús María Fernández Díaz, fundador y CEO de la startup Hiris, para impulsar la revolución tecnológica en el sistema sanitario. Cofundador y director de B&F Gestión y Salud. Especialista *senior* de Salud del Banco Mundial. Director ejecutivo internacional de Salud y Ciencias de la Vida IBU (Oracle). Viceconsejero de Sanidad (Gobierno Vasco). *Senior Honorary Fellow* en el Centre for Health Management (University of Manchester). Profesor colaborador de Sistemas de Salud en ESADE Business School. Diputado y portavoz de Sanidad en el Congreso de los Diputados de España. Licenciado y doctor en Medicina (Universidad de Navarra) y Master of Public Health (University of Pittsburgh). Programa de Dirección General (PDG) en Business Management (IESE Business School). Senior Management Program (King's Fund – Escuela Nacional de Sanidad). Diplomado en Bioestadística (Universidad de Barcelona). En el 2014, recibió el galardón HIMSS Europe eHealth Leadership, que venía a reconocer la contribución, durante su gestión en el Gobierno vasco, al desarrollo de la salud digital en Europa.

Pedro Gómez Pajuelo, licenciado en Ciencias Económicas y Empresariales, y máster en Administración y Dirección de Empresas. Actualmente en excedencia como funcionario de la Administración General del Estado desde enero del 2020. Secretario general de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) (2015–2019). Secretario general adjunto del Instituto de Salud Carlos III, en la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS), coordinando la gestión de convenios y la plataforma de proyectos de investigación del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS). Subdirector general de calidad de medicamentos y productos sanitarios en la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad. Vocal del Consejo Nacional de Especializaciones Farmacéuticas y miembro de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos. Como economista, ha participado en la construcción de los procedimientos de control de los costes de fabricación, fijación de precios y de reembolso de medicamentos, y en el programa nacional Plan PROFARMA. Ha sido profesor invitado en programas de master en Evaluación Económica de las Universidades de Alcalá de Henares, de Barcelona, Autónoma de Barcelona, Complutense de Madrid, de Castilla La-Mancha y en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Codirector del programa de Experto Universitario en Farmacoeconomía y Prestación Farmacéutica de la Escuela Nacional de Sanidad (ENS) – Instituto de Salud Carlos III. Ha participado en distintas publicaciones relacionadas con la aplicación de los estudios de farmacoeconomía en el ámbito sanitario, la intervención del precio de los medicamentos, la regulación del precio de los medicamentos con base en el valor y los modelos de riesgo compartido en el campo del medicamento.

Núria Mas Canal, profesora Ordinaria y directora del Departamento de Economía en el IESE y titular de la Cátedra Jaime Grego de Healthcare Management. Cuenta con un PhD en Economía por la Harvard University y es licenciada en Economía por la Universitat Pompeu Fabra. Antes de incorporarse al IESE, trabajó como asociada en Lehman Brothers International. Es miembro del Consejo de Gobierno del Banco de España. Imparte clases de Economía y Economía Sanitaria en los programas MBA y Executive MBA, así como en otros programas de formación para directivos. Además, es directora académica del Encuentro del Sector Sanitario del IESE, que se celebra anualmente. Hasta septiembre del 2015, perteneció al Consejo Asesor para la Sostenibilidad y el Progreso del Sistema Sanitario de la Generalitat de Cataluña. En cuanto a la investigación, sus intereses se centran en la economía de la salud, especialmente en la organización de los sistemas sanitarios para llegar al triple aim de mejor salud para la población, mejores cuidados para los pacientes y racionalización del gasto. Ha analizado también los efectos de los distintos sistemas sanitarios sobre la salud de la población, y cómo los hospitales y los médicos responden a diferentes mecanismos de incentivos. Asimismo, ha investigado sobre la evaluación de políticas públicas. Sus trabajos han sido publicados en varias revistas internacionales, como el *Journal of Health Economics*, *Review of Industrial Organization*, *Food Policy* o el *International Journal of Health Care Finance and Economics*. También ha trabajado como asesora y consultora en el ámbito de la economía sanitaria para la Comisión Europea, varias instituciones públicas y el sector sanitario.

Francesc Moreu Orobítg, socio director de Dr. Moreu y Asociados. Consultor internacional en la mayoría de los países de Centro y Sudamérica, y autor de multitud de artículos, cursos y ponencias. Gestor de hospitales universitarios y aseguradoras públicas de salud en España. Profesor de la Universidad de Barcelona, de la Escuela de Ingenieros de Tarrasa y responsable de los programas de gestión sanitaria de la Barcelona Management School (Universitat Pompeu Fabra). Fue también responsable de la provisión pública de salud en el primer gobierno socialista español. Licenciado en Ingeniería Industrial por la Escuela Técnica Superior de Ingenieros Industriales de Barcelona (ETSEIB) y MBA por la Delft University of Technology (Holanda). Ha sido gerente del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, del Hospital General de Valencia y del Hospital de Bellvitge. Ha sido CEO del Institut de Diagnòstic per la Imatge (IDI), presidente y CEO del Instituto Catalán de Oncología (ICO) y gerente de la región sanitaria centro del CatSalut. También ha sido gerente del Insalud y presidente del Consejo Asesor de Planificación de Cataluña.

Javier Padillo Ruiz, catedrático de cirugía de la Universidad de Sevilla y jefe de servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, desde septiembre del 2009. Es investigador responsable del Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS) y director del grupo CTS-669 del Plan Andaluz de Investigación, Desarrollo e Innovación (PAIDI). En la actualidad, compatibiliza la actividad asistencial, universitaria y de gestión con la labor como coordinador de la estrategia de I+i de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Con anterioridad, tras licenciarse en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada, desarrolló la especialidad de cirugía general y aparato digestivo en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, doctorándose en esos años por la Universidad de Córdoba. Durante el periodo profesional en el Hospital Reina Sofía, ha sido jefe de sección de Cirugía de Páncreas y Trasplante de Páncreas, así como investigador principal del Instituto Maimónides de Investigación Biomédica (IMIBIC). En esa etapa profesional, ejerció como coordinador general de docencia e investigación, y subdirector quirúrgico. En la Universidad de Córdoba, ejerció como profesor asociado y posteriormente como profesor titular de cirugía. Desde el año 2001, es académico correspondiente de la Real Academia de Medicina de Sevilla (RAMSE).

Expertos internacionales

Ain Aaviksoo, vicesecretario general de Servicios Electrónicos e Innovación en el Ministerio de Asuntos Sociales de Estonia, encargado de supervisar la transformación digital y la innovación de la Seguridad Social, incluidos los asuntos sociales, laborales y salud. También preside el grupo de trabajo mHealth de la red eHealth de la Comisión Europea e imparte conferencias en la Tallinn University of Technology (TalTech) y en la Facultad de Medicina de la University of Tartu. Tiene experiencia laboral como médico, alto funcionario, empresario de tecnología de la salud, consultor internacional sobre transformación de grandes sistemas y adopción de tecnología en el cuidado de la salud, y ha sido director ejecutivo del PRAXIS Centre for Policy Studies. Ha publicado más de veinte artículos revisados por pares y contribuido con varios capítulos de libros sobre políticas de salud y salud electrónica. Obtuvo un M.D. de la University of Tartu y un MPH. de la Harvard University School of Public Health.

Richard Bohmer, médico formado en Nueva Zelanda experto en gestión sanitaria. Ha ejercido la medicina tanto en Atención Primaria como en el ámbito hospitalario y ha sido gestor sanitario. También ha sido profesor de la Harvard Business School durante 18 años, donde lideró programas ejecutivos y de máster en gestión sanitaria, siendo cofundador del MD-MBA. Ha publicado diversas obras de medicina y gestión sanitaria, siendo el autor de *Designing Care: Aligning the Nature and Management of Health Care* (HBS Press, 2009). Actualmente reside en el Reino Unido, donde es senior visiting fellow en Nuffield Trust. Ha trabajado como advisor para un gran número de hospitales y autoridades sanitarias en todo el mundo, ayudándolos a establecer modelos de liderazgo clínico y de gestión, así como a mejorar su eficacia. En el 2014 fundó la Clinical Leadership Resources y ha sido incluido en la HSJ100 (lista de los cien líderes clínicos con más influencia) en el Reino Unido durante los últimos tres años.

Agradecimientos

Manuel Arellano Armisen, vicepresidente segundo de ALCER.

Dolors Benítez-Solís. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS).

Joan de Dou Playá, psiquiatra y vocal de la Universitat Internacional de Catalunya.

María Gálvez Sierra, directora general de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP).

Marco Inzitari, médico especialista en geriatría. Director de atención intermedia, investigación y docencia del Parc Sanitari Pere Virgili y presidente de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia (SCGiG).

Juan Carlos Julián Mauro, director general en la Federación Nacional de Asociaciones para la Lucha Contra las Enfermedades Renales (ALCER).

Cristina Monforte Royo, presidenta de la Conferencia Nacional de Decanos de Enfermería (CNDE), directora del Departament d'Infermeria, vicedecana de la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut de la Universitat Internacional de Catalunya.

Elena Moya Pendería, vocal de la Junta Directiva y coordinadora internacional del Foro Español de Pacientes (FEP).

Roberto Saldaña Navarro, director gerente de la Confederación ACCU Crohn y Colitis Ulcerosa.

Marc Soler i Fàbregas, director general corporativo del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (CoMB).

El diagnóstico ha sido realizado con la colaboración de **OUTCOMES**[®].

Agradecimiento especial a Vifor Pharma España, cuya iniciativa y apoyo a lo largo de todo este proyecto han resultado esenciales.

www.iese.edu

Barcelona
Madrid
Munich
New York
São Paulo



A Way to **Learn**. A Mark to **Make**. A World to **Change**.