

Resumen recomendaciones Grupo de Trabajo de Sanidad y Salud Pública de la
Comisión para la Reconstrucción Social y Económica
12 junio 2020

Compareciente: Beatriz González López-Valcárcel

Catedrática de Economía Universidad de Las Palmas de GC. Investigadora en Economía de la Salud.

<http://www.dmc.ulpgc.es/beatriz-lopez-valcarcel.html>

El gran reto

Las dos curvas, la epidémica y la de actividad económica están interconectadas. Al aplanar la primera mediante el confinamiento de la población y evitar así el colapso del sistema sanitario, se ralentizó la economía hasta un nivel sin precedentes. El reto ahora es recuperar la actividad económica evitando rebrotes epidémicos, y con cambios estructurales que consigan aumentar la productividad total de los factores para poder afrontar el aumento del déficit y deuda pública¹. También en sanidad deben acometerse cambios dirigidos a mejorar los resultados del sistema (salud), que sean compatibles con la sostenibilidad económica y social. Algunas de esas reformas estaban pendientes desde hace décadas. Este documento no es una carta a los Reyes Magos.

Enseñanzas de la Covid

En negativo, la **falta de preparación** para una epidemia de esta gravedad, tanto por la carencia de EPIs y suministros para los test diagnósticos como por la falta de planes de contingencia y de formación específica, particularmente en el sector sociosanitario. Nos ha enseñado, con gran dolor, la necesidad de proteger a los más vulnerables, sobre todo a los ancianos y las personas institucionalizadas: dos tercios de los fallecimientos Covid-19 podrían corresponder a residencias.

En positivo, la crisis sanitaria ha puesto en evidencia una gran capacidad de adaptación de la red sanitaria pública, con liderazgo clínico eficaz, colaboración entre profesiones y entre especialidades, con **incorporación express de avances científicos y organizativos** en un contexto de **gestión** “de emergencia” más **flexible**, y gran avance en uso de la telemedicina. El **profesionalismo** ha protagonizado la atención sanitaria, incluso el *burn-out* ha desaparecido².

¹ B. G Lopez-Valcarcel, I. Hernández, P. Ibern, R. Meneu, V. Ortún, S. Peiró (2020). La salida. Retomar el trabajo (*Fugong Fuchan*). Blog AES: <http://www.aes.es/blog/2020/04/07/la-salida-retomar-el-trabajo-fugong-fuchan/>

² Antoni Sisó en “El desafío de la Covid-19 para la atención primaria y comunitaria” (<http://www.aes.es/blog/2020/05/27/el-desafio-de-la-covid-19-para-la-atencion-primaria-y-comunitaria/>) escribe: “De repente resurgió el talento, el espíritu de solidaridad, cooperación y trabajo

La sanidad ha saltado a la agenda política, y el **SNS** se ha mostrado como un **gran activo** del país. Además, **el futuro económico inmediato depende de la sanidad**, de su capacidad para evitar que pequeños brotes locales de la Covid-19 se expandan, se conviertan en masivos y fuercen a nuevas restricciones de actividad con el consiguiente daño económico (8 semanas de confinamiento: 3.2% del PIB en coste fiscal), o dañen la reputación de sectores relevantes de la economía española. A pesar de los avances acelerados en el conocimiento científico, hay gran incertidumbre sobre la Covid-19. ¡No bajar la guardia!

Propuestas específicas de futuro para la sanidad

Retos a corto plazo:

1. La **atención primaria** y la salud pública, interconectadas, constituyen la primera línea de defensa, responsables del seguimiento clínico y epidemiológico. Para ello, se necesitan **recursos** y **formación**. Las apps, complementarias, nunca sustitutivas
2. **Planes de preparación para epidemias y catástrofes, incluyendo suministros y reserva estratégica de inputs**. Ir preparándose para la compra de tratamientos efectivos cuando aparezcan y sobre todo para la compra de vacunas. **Estrategias de negociación de precios** (¿colaboración o competencia europea entre compradores?)
3. Diferenciar **rescate** y **recuperación**. Gastos no consolidables (transitorios durante la pandemia) y gastos consolidables

(Algunos) retos y medidas estructurales:

1. **Recursos Humanos**. Los profesionales son los grandes activos del SNS. El capital humano es el más valioso. El reto es diseñar y poner en marcha un **nuevo modelo de relación profesional en el SNS** que capte y retenga talento, que incentive la práctica bien hecha, que favorezca al trabajador con fórmulas que permitan flexibilidad, conciliación, y adaptación a sus preferencias
 - **Fórmulas flexibles y eficaces para atraer talento** (zonas rurales, plazas de difícil cobertura,...), teniendo en cuenta que la retribución es sólo un elemento de la compensación del trabajador. Que los centros sanitarios puedan hacer **políticas de personal** (diferencia entre gestión y mera administración, ver punto 2).

en equipo y desapareció el burn-out, dando razón a aquellos que defienden que el burn-out no es una patología individual, sino un problema estructural del sistema sanitario cuando éste deja al profesional al margen de la toma de decisiones”.

- Especial relevancia para la recuperación de la atención primaria y la **medicina de familia**³: incentivos no solo monetarios (también investigación, docencia, desarrollo profesional). El objetivo es que lo **individualmente atractivo coincida con lo socialmente deseable**. **Indicador** de éxito: cuántos MIR entre los 3.000 primeros eligen la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (objetivo 2020: 876)
- Mayor atención a nuevas profesiones y al papel de la Enfermería. Plantear y debatir cambios en la especialización y adaptar las **convocatorias MIR de acuerdo con una planificación dinámica de necesidades**, un sistema que no requiera mantener un 20% de profesionales en paro para cubrir las vacaciones del resto.

Qué hacer: cambios regulatorios (perfeccionamiento del estatuto marco; diferenciación de la sanidad respecto al resto de la Administración Pública; incentivos específicos para atención primaria)

2. **Gestión profesionalizada** de la red pública, con autonomía y herramientas adecuadas y **Buen Gobierno** de la sanidad
 - Selección de gestores según capacidad y no según lealtad. Importancia del liderazgo clínico en la gestión
 - Autonomía de gestión. Herramientas en política de suministros y compras y en gestión de personal y política de RRHH sobre todo (véase punto 1)
 - Fomentar la competencia por comparación entre centros, públicos y privados. Ligado a la financiación. Integrando /coordinando niveles en el continuo asistencial
 - Reforzar los mecanismos de cooperación entre los Servicios de Salud y de salud pública de las CCAA
 - Requiere datos homogéneos, transparentes, compartidos (véase punto 5)

Qué hacer: Desplegar marcos de gestión basados en autonomía y responsabilidad, con financiación ligada a logro de resultados no sometida a decisiones discrecionales, mediante evaluación independiente

3. **Profundizar** en los avances tecnológicos y organizativos logrados durante la crisis aguda de la Covid
 - Telemedicina
 - Seguridad del paciente (ej. circuitos diferenciados)
 - Atención primaria: ganar resolutiveidad, papel de enfermería, atención en domicilio, cuidado de personas en residencias.

Qué hacer: acciones específicas dirigidas a cada uno de los puntos

³ B Gonzalez Lopez-Valcarcel. Family medicine in the crossroad. Risks and challenges. *Atención Primaria* 2020, 52 (2), pp. 65 – 66 <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656720300238>

4. **Factor de sostenibilidad del gasto sanitario.** Orientación hacia un sistema que aporta valor **social** ('*value-based health care*')
- Cartera de prestaciones con criterios de coste-efectividad e impacto presupuestario
 - Reducir uso de procedimientos de escaso valor terapéutico, y aumentar el de procedimientos efectivos y coste-efectivos insuficientemente utilizados.
 - **Avanzar en la cultura de evaluación. Evaluación sistemática** de servicios sanitarios, de tecnologías, de cambios organizativos, del impacto de las políticas no sanitarias sobre la salud (véase 6) y de las desigualdades y equidad.

Qué hacer: Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías con capacidad decisoria (HISPA-NICE)

5. **Desarrollar los sistemas de información y potenciar la investigación biomédica y de salud**
- Imprescindible para el avance del **conocimiento médico**, la **calidad asistencial** y la seguridad del paciente (datos masivos; Datos en la Vida Real). Ejemplo, datos de la pandemia (GitHub vs pdfs!).
 - **Utilidad para la gestión y la planificación:** Los datos son el cemento que cohesiona el SNS, permiten (o no) la competencia por comparación (véase punto 2). Compartir información es un *win-win*. *Blindar* la información intramuros es un despilfarro. El despilfarro es inmoral
 - Utilidad para los pacientes y la cohesión del SNS: **Historia clínica interoperable**
 - La investigación biomédica, incluida la traslacional, basada en esos sistemas de información, es una potente palanca de transformación e impulso económico

Qué hacer: Plan con fondos específicos para su financiación (del tipo fondo de cohesión). Complementariamente, convocatorias europeas

6. **Salud en Todas las Políticas.** El sistema sanitario ha de conocer su lugar en la producción de salud, y el paradigma de la Salud en Todas las Políticas, y no (sólo) competir por fondos con otros sectores del Estado del Bienestar

Qué hacer: desarrollar la Ley General de Salud Pública