

COMPARECENCIA ANTE EL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PUBLICA DE LA COMISION DE RECONSTRUCCION ECONOMICA Y SOCIAL DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

15 de junio del 2020

Dr. Daniel Lopez Acuña¹

Quiero comenzar por agradecer la invitación que me ha hecho el grupo de trabajo de Sanidad y Salud Publica de la Comisión de Reconstrucción Económica y Social del Congreso de los Diputados. Es para mi un honor y un deber intelectual, profesional y social presentarme ante sus señorías para ofrecer mis puntos de vista sobre las complejas tareas que tenemos frente a nosotros a fin de consolidar y mejorar el Sistema Nacional de Salud en España como parte del proceso de reconstrucción que requiere el país.

Empiezo expresando mis más sentidas condolencias a los familiares y amigos de los miles de personas fallecidas a consecuencia de la COVID-19 durante los últimos cuatro meses. Debo decir que en esto me embarga un dolor personal ya que entre ellos estaba mi padre de 94 años.

Considero que hay que hacer una reflexión propositiva tras vivir una crisis de la envergadura de la Pandemia de COVID-19. Hacerlo con la mirada hacia adelante y con la convicción de que, en momentos difíciles como este, las sociedades deben cerrar filas, emprender esfuerzos comunes y no abrir flancos que dividan y atomicen la energía que se requiere para salir airoso ante los desafíos que se presentan ante nosotros.

Comparezco como médico, epidemiólogo y consultor independiente en salud pública y gestión sanitaria. Lo hago, además, con el conocimiento y la experiencia que me da haber servido treinta años como funcionario internacional de carrera de la Organización Mundial de la Salud, periodo dentro del cual he ocupado diversos cargos directivos, entre ellos el de Director de Acción Sanitaria en Situaciones de Crisis.

Tras haber trabajado muchos años en distintos continentes en tareas de reconstrucción de los sistemas sanitarios, tras apoyar los esfuerzos de muchos países que han enfrentado desastres naturales, conflictos y guerras, crisis económicas, o efectos de emergencias de salud pública de trascendencia internacional como esta pandemia, he aprendido una lección muy importante. Los acontecimientos adversos presentes en situaciones de crisis deben ser aprovechados como una ventana de oportunidad y vistos como un acicate para mejorar el desempeño que tenían los sistemas antes de las crisis.

¹ Médico, Epidemiólogo, Experto en Salud Pública. Consultor Independiente. Ex Director de Acción Sanitaria en Situaciones de Crisis de la OMS. Profesor Asociado de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Profesor de la Universidad Camilo José Cela. Jurado del Premio Princesa de Asturias de Cooperación Internacional

Hay que abocarse a ello con una lógica de Estado, con la colaboración de todos los agentes sociales y todas las fuerzas políticas. Se trata de corregir los problemas estructurales con visión de largo aliento. Hay que ir más allá de las soluciones puntuales que suelen ser coyunturales. Tal como lo dijo el presidente Clinton con relación a la recuperación del Tsunami que afectó cinco países del Sudeste Asiático en 2004, es necesario *“build back better”*, reconstruir mejorando lo que existía antes.

Considero que esta comisión tiene una responsabilidad trascendental ya que le corresponde formular recomendaciones para el corto y el mediano plazo, estructurar una “agenda para la acción” que sea muy pragmática, lo más concreta posible, que se traduzca en políticas, planes, programas y recursos presupuestarios tangibles para que el país emprenda una reconstrucción inteligente, solidaria, eficaz y con alto grado de cohesión social que haga posible retomar el paso de la mejor forma posible.

Las medidas que deben ponerse en marcha en materia de atención sanitaria y de salud pública para reconstruir el sistema, mejorando lo que existía antes, deben tomar en cuenta el ingente esfuerzo sanitario desplegado en estos cuatro meses. La dedicación, entrega y capacidad de los y las profesionales del Sistema Nacional de Salud, su empeño en detectar casos, rastrear contactos, efectuar pruebas diagnósticas, hacer triaje de pacientes, manejar aislamientos domiciliarios, tratar tanto casos leves como aquellos que han requerido hospitalización. Todo ello ha permitido salvar vidas y poder tener decenas de miles de infecciones resueltas o dadas de alta. No cabe la menor duda de que el esfuerzo y la entrega más allá del llamado del deber ha sido ejemplar.

Lo han hecho pagando, desafortunadamente, un precio elevado en términos de contagios y de fallecimientos. Este es uno de los aspectos que deben ser analizados y corregidos. Los servicios de salud de las Comunidades Autónomas deberán entrenar y proteger mejor a sus profesionales para hacer frente a este tipo de situaciones. Esto implicará rediseñar edificios, redefinir circulaciones de insumos y personas, fortalecer los servicios de medicina preventiva de los hospitales, establecer planes de contingencia, realizar simulacros periódicos y contar con reservas estratégicas especialmente de equipos de protección individual.

La pandemia de COVID-19 ha evidenciado algunos problemas que venía arrastrando ya el Sistema Nacional de Salud y por ello es importante tener un abordaje integral que nos permita reconstruir a fondo. Paso ahora a referirme a algunas consideraciones que no agotan todas las posibles propuestas para fortalecer nuestro Sistema Nacional de Salud dentro de un proceso de reconstrucción que permita hacer frente a los retos presentes y futuros. Ante esto seré muy directo y hare referencia, sin más preámbulo, a seis de las diez materias del temario que ha sido establecido por este grupo de trabajo de la Comisión: 1) gobernanza; 2) atención primaria y comunitaria; 3) salud pública; 4) coordinación de servicios sanitarios y sociales; 5) adecuar la financiación sanitaria a las necesidades reales; y 6) modelo de atención sanitaria.

1)Gobernanza

El Sistema Nacional de Salud requiere de algunas modificaciones en su arquitectura y en su funcionamiento para reforzar el carácter federativo de sus actividades, lo cual no está reñido con la distribución competencial existente.

En primer lugar, es importante tomar en cuenta que el estado de alarma (con su correspondiente limitación de movimientos) y el mando único han funcionado. Mas allá de los debates políticos que su duración o ciertos detalles de su aplicación han suscitado, los datos demuestran que han servido para frenar la propagación de la pandemia, han conjurado el riesgo de colapso asistencial y han evitado un número muy superior de fallecimientos. Además, la co-gobernanza establecida durante este periodo se ha revelado como un mecanismo fructífero para tomar decisiones que afectan a la salud y a la economía. Se trata de mecanismos excepcionales sobre los que se deberá reflexionar y, en su caso, habrán de ser debidamente regulados en un futuro.

Por lo que se refiere a la gobernanza del Sistema Nacional de Salud conviene recordar que el Consejo Interterritorial, como el resto de las conferencias sectoriales, es un órgano meramente deliberativo sin capacidad ejecutiva alguna. No puede adoptar decisiones vinculantes, los consejeros que lo integran se deben a sus gobiernos respectivos. Por tanto, convendrá reflexionar si en condiciones excepcionales (por ejemplo, en las establecidas en la Ley de Medidas Urgentes de Salud Pública de 1986), el Consejo Interterritorial, previo informe de la Comisión de Salud Pública, debería contar con la capacidad de adoptar decisiones que vinculen a todas las Comunidades. O, al menos, con la posibilidad de elevar propuestas a la Conferencia de Presidentes.

Sin perjuicio de ello, debería considerarse la pertinencia de tramitar una nueva normativa que permita una respuesta específica a cualquier amenaza de salud pública y que asegure el fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia de la salud pública que cuente con un amplio apoyo del arco político parlamentario.

En segundo lugar, debe establecerse un Fondo de Cohesión, de carácter finalista y dotación suficiente, para que el Ministerio, previo conocimiento del Consejo Interterritorial, pueda intervenir de urgencia en determinadas circunstancias, por ejemplo, para hacer frente a riesgos para la salud de la población que afecten o puedan afectar a dos o más Comunidades Autónomas contratando personal, adquiriendo insumos o realizando determinadas inversiones en tecnología.

En tercer lugar, se ha comprobado que disponer de una reserva estratégica para responder con rapidez al suministro de determinados insumos (EPIS, pruebas diagnósticas e insumos para la toma de muestras, respiradores, medicamentos, sistemas de geolocalización, etcétera) de calidad confiable, puede ser un elemento determinante para hacer frente de forma adecuada a ciertos riesgos para la salud. Está claro que no se puede confiar con adquirirlos en mercados internacionales cuando más se necesitan. Que el Gobierno Central y las Comunidades Autónomas compitan en esos momentos los mismos mercados por los

mismos productos en lugar de contar con mecanismos consolidados de compras y de logística de distribución incluso de ámbito europeo o mundial, parece un completo contrasentido. Aun si se tiene que recurrir a mercados internacionales, se debería disponer también de una cierta capacidad instalada para producirlos en el país y distribuirlos rápidamente allí donde se requieran. Además de eso, el Sistema Nacional de Salud debería poder extender mucho más sus incipientes y poco desarrollados mecanismos de compra y distribución conjunta de medicamentos y productos sanitarios, un asunto en el que el Consejo Interterritorial debería jugar un papel mucho más proactivo.

Finalmente, en cuarto termino, cabe apuntar que una de las tareas fundamentales de la gobernanza del Sistema Nacional de Salud es la de garantizar la reducción de las inequidades en la situación de salud y en el acceso a los servicios sanitarios y sociales fundamentales. La construcción de una cohesión social en materia sanitaria. Pero para ello se requiere de una capacidad de evaluación oportuna, fiable y transparente del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud,

Las inequidades en salud, es decir, aquellas desigualdades que se consideran injustas y son además evitables, no se deben solamente a fallas en el sistema de salud sino también y principalmente a desigualdades sociales que influyen en la salud, por ejemplo, en materia de ingresos, educación, vivienda, género, dieta, empleo y condiciones de trabajo, entre otros. Estas inequidades condicionan la situación de las personas respecto a la salud, la enfermedad, la esperanza de vida y el acceso a los cuidados de salud.

La publicación, en 1980, del “Black Report” en el Reino Unido, constituyó un hito en la incorporación de las consideraciones sobre equidad en salud en la agenda sanitaria. Puso de manifiesto lo que numerosos estudios previos en el mundo revelaban: la mala salud y la muerte se distribuyen de manera desigual no solo entre países más y menos desarrollados, sino también entre los distintos estratos de la población al interior de cada país, incluidos los países más ricos.

La pandemia de COVID-19 ha mostrado con crudeza cómo las inequidades en salud se traducen en diferentes riesgos de enfermar y de morir para distintos grupos de población. Tanto en lo que se refiere al impacto directo sobre el estado de salud y el pronóstico vital de las personas como por las consecuencias socioeconómicas de la pandemia sobre los determinantes sociales de la salud. De hecho, la pandemia ha golpeado más duramente a quienes menos tienen, a quienes viven más hacinados. Datos preliminares de España, Reino Unido y Estados Unidos muestran que las poblaciones más desfavorecidas muestran más contagios y más muertes por coronavirus que las más acomodadas.

“No dejar a nadie atrás” requiere un esfuerzo continuado por transparentar y analizar las inequidades en salud y por reforzar la equidad. Un verdadero enfoque de equidad debe ser universalista. El universalismo efectivo evita entrar en una lógica de «políticas de reparación» y de sistemas de salud “focalizados” para los diferentes grupos en situación de vulnerabilidad pues eso conduce a la fragmentación de los sistemas y a una marcada ineficiencia en el empleo de los recursos.

El universalismo inclusivo no está reñido con desarrollar actuaciones específicas en favor de los colectivos más vulnerables. Debe de haber un piso básico, lo más amplio posible, de universalismo y protección social, y al propio tiempo, acciones específicas orientadas a corregir aquellas inequidades en la situación de salud y en el acceso y el uso de los servicios de salud que se vayan detectando. La lógica del mercado no puede garantizar nada de esto. Solo sistemas de salud de financiación y provisión mayoritariamente públicas, organizados de acuerdo con los principios de universalidad y equidad pueden hacerlo

Fortalecer y renovar la equidad en salud interpela e implica a todos los poderes del Estado por lo que definir objetivos de equidad sobre cuyo avance se rindan cuentas anualmente en el Senado como cámara territorial, puede ayudar a la implicación de todos con base en la transparencia y en la implicación real del conjunto de administraciones públicas concernidas.

2) Atención primaria y comunitaria

Un pilar fundamental de la reconstrucción del sistema nacional de salud deberá ser el reforzamiento de la atención primaria de salud. En los equipos de atención primaria y en los centros de salud convergen muchas de las labores de salud pública, de promoción de salud y prevención de enfermedades, de tratamiento de enfermedades agudas y crónicas, de trabajo conjunto con los servicios sociales (sobre todo con las residencias de mayores) y con el sistema educativo.

Junto con la salud pública ha sido uno de los aspectos de nuestro sistema de salud más afectados por los recortes de la pasada década. Urge revertir esta situación. Detectar pronto los riesgos y los daños para la salud y prevenirlos y tratarlos de forma efectiva y personalizada depende en gran medida de la atención primaria.

Tras los efectos devastadores de la primera oleada de la pandemia por COVID-19 sobre la salud de miles de personas y sobre el funcionamiento del sistema sanitario, transitamos hacia una nueva normalidad que obligará a desarrollar y mantener medidas reforzadas de vigilancia epidemiológica, y de control y seguimiento de las personas con sospecha de enfermedad y sus contactos. Esta realidad condicionará durante meses, si no durante años, el funcionamiento de nuestro sistema de salud. En ese escenario, la atención primaria de salud jugará un papel clave.

La apuesta realizada en los años ochenta del pasado siglo por reformar e impulsar la atención primaria fue uno de los ejes fundamentales sobre los que se construyó el Sistema Nacional de Salud español. Si la sanidad española ocupa un destacado lugar mundial por su cobertura y por los resultados en salud, a pesar de estar por debajo de la media europea en inversión per cápita en salud, se debe en buena medida a ello.

Desde la Declaración de Alma-Ata de 1978 los países de todo el mundo trataron de desarrollar la Atención Primaria como el enfoque más inclusivo, eficaz y eficiente para mejorar la salud física y mental, así como el bienestar de las personas. Tras la experiencia acumulada durante los últimos cuarenta años, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y la Declaración de Astaná de 2018 han dado un nuevo impulso conceptual a la atención primaria. Además, la reciente Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal (Nueva York, 2019), destacó el papel fundamental de la atención primaria en la consecución de salud para todos y movilizó en su apoyo al más alto nivel político.

Se sabe que, siendo el primer punto de contacto con el sistema de salud, la atención primaria puede satisfacer el 80% de las necesidades de salud de las personas a lo largo de su vida, proporcionando servicios que van desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento y el manejo de las condiciones de salud a largo plazo. Invertir en la atención primaria y reorientarla con un enfoque de promoción de la salud y salud pública se considera, por lo tanto, la forma más eficiente y rentable de lograr la cobertura sanitaria universal en todo el mundo.

Sin embargo, a raíz de los recortes efectuados durante la crisis económica, la descapitalización de la atención primaria en España fue una realidad en el conjunto de las Comunidades Autónomas. A lo que se sumó el insuficiente liderazgo para reorientar y reforzar este nivel asistencial, pese a algunas iniciativas valiosas como los proyectos de AP-21 de 2006 o el Marco Estratégico aprobado en 2019 que contienen propuestas válidas que deberían ser consideradas.

En consecuencia, la situación actual de la atención primaria en España muestra características paradójicas. Por una parte, constituye una red y una oferta de servicios con un buen nivel de acceso y con una gran potencialidad para dar una respuesta solvente a buena parte de las necesidades de salud de la población. Por otra, su financiación ha sufrido un deterioro, sus recursos se han visto estancados o mermados, los profesionales están sobrecargados de trabajo, y tiene altos niveles de precariedad laboral.

Una de las medidas más importantes para fortalecer la atención primaria sería reorientar la cartera de servicios de modo que dé respuesta la carga de enfermedad de la población española, desde la promoción de la salud y la prevención de riesgos de pandemias, hasta los problemas de salud de carácter crónico y a los relativos a los procesos de envejecimiento y dependencia. Esto implica un refuerzo de las acciones encaminadas a promover el envejecimiento activo, la rehabilitación, el control de la efectividad de los tratamientos con fármacos (especialmente en los pacientes polimedicados) y otras similares. Y ello tanto en el domicilio como en las residencias de personas mayores y de personas con discapacidad.

Estas medidas deberían llevar aparejado un incremento sustancial del número de profesionales de salud pública, por una parte, y seguramente del número de médicos de familia y de enfermeras comunitarias por otra. Así como del personal administrativo y de gestión capaz de establecer los necesarios vínculos entre otros con los servicios sociales y educativos de cada territorio. También sería necesario incorporar otras profesiones como son los farmacéuticos comunitarios, los psicólogos, los fisioterapeutas, los trabajadores sociales o los dentistas. En otras palabras, se requieren más profesionales, más profesiones, más competencias profesionales, más colaboración interprofesional en el marco de equipos reforzados y renovados, así como una mejor coordinación entre la atención primaria, la atención hospitalaria y los servicios sociales y el sistema educativo.

Otro de los aspectos fundamentales es garantizar la continuidad de la atención entre la atención primaria y el resto de los dispositivos asistenciales, en particular con la atención hospitalaria. La continuidad de la atención se ha convertido en uno de los mayores desafíos de los sistemas de salud. Tiene que ver con la calidad, con la efectividad y con la eficiencia de los sistemas. También con su humanización. Mejorar la continuidad de la atención exige cambios de cultura, modificaciones organizacionales, reingeniería de procesos. Ello exige una gran altura de miras de las organizaciones profesionales y de las administraciones sanitarias y pondrá a prueba la capacidad de diálogo y de cooperación. Los profesionales de la atención primaria, por ser quienes mejor conocen las condiciones de vida y las necesidades de salud de las personas, deberían jugar un papel fundamental en todo ello.

La digitalización de los servicios asistenciales puede propiciar nuevas fórmulas de prestación de servicios y de relación entre profesionales y pacientes. La aplicación paulatina de procedimientos de inteligencia artificial y de nuevas formas de prestación de servicios de telemedicina debería abrir espacios propicios a la colaboración entre profesiones y a la ampliación de las competencias profesionales que afectan a todas ellas.

Se requieren más profesionales de más tipos (sobre todo de enfermería comunitaria), más profesiones, más atención en los hogares, mejor relación con la atención hospitalaria, y una profunda reingeniería de procesos y de medios tecnológicos que garanticen un adecuado flujo de información y de movimientos de los pacientes capaz de asegurar la continuidad de la atención. Algunas modalidades de tele consulta, de tele formación y de dispensación a domicilio de medicamentos para pacientes crónicos que han sido desarrolladas durante la pandemia deberían evaluarse y, en su caso, perfeccionarse y generalizarse

En resumen, creemos necesaria una apuesta por reforzar la atención primaria que cuente con :a) una nueva definición de criterios comunes para todo el Sistema Nacional de Salud orientada a la planificación de necesidades de recursos humanos, b) una nueva política de personal que acabe con la precariedad y reconozca el trabajo bien hecho, c) una nueva propuesta organizativa que favorezca la autonomía y la coordinación con la atención hospitalaria y la atención sociosanitaria, y d) una nueva relación entre la atención primaria y las residencias de personas mayores y de personas con discapacidad.

Consideramos imprescindible hacer compatibles las medidas a corto, medio y largo plazo en el marco de una propuesta de desarrollo estratégico de la atención primaria cuya formulación permita presupuestar la financiación necesaria y los desarrollos normativos y jurídicos que le den sustento y certidumbre. Esta propuesta debería surgir de un gran acuerdo político, institucional, profesional y ciudadano que implique a los grupos parlamentarios, al Gobierno de España y los gobiernos de las Comunidades Autónomas, a las instituciones formadoras, y a las organizaciones profesionales y de pacientes.

Habrà que pasar de lo conceptual y a veces declarativo a lo tangible y operacional. Dotar a la Atención Primaria de recursos y emprender una transformación profunda de su modus operandi, de modo que pueda ser percibida por la ciudadanía en sus interacciones diarias con este nivel de la atención sanitaria como una práctica renovada y relevante. Una estrategia de esta naturaleza con hitos bien definidos y con criterios explícitos de evaluación, que dé cuenta de los avances a las Cortes Generales, ayudaría a asegurar avances paulatinos, sólidos y medibles que permitan anclar debidamente las reformas introducidas en la atención primaria, las cuales deberían ser una de las columnas vertebrales de la reconstrucción del sistema sanitario español desde ahora hacia el futuro

3) Salud Pública

La pandemia de COVID 19 ha puesto de manifiesto una debilidad estructural del Sistema de Salud español que viene arrastrándose desde hace varios años y que se ha recrudecido durante la última década: la insuficiente capacidad central y autonómica en materia de Salud Pública. Ha mostrado la necesidad de disponer de un sistema solvente de vigilancia epidemiológica y de control de casos y rastreo y seguimiento de contactos para asegurar la menor transmisión posible de la infección a nivel comunitario.

Pero la insuficiencia en materia de salud pública no está referida únicamente a la vigilancia epidemiológica y prevención y control de enfermedades infecciosas, sino también a ámbitos más amplios de la salud pública que incluyen la prevención y el control de enfermedades no transmisibles, la lucha contra factores de riesgo como la obesidad, el tabaquismo el uso de alcohol y drogas, las intervenciones sobre los determinantes ambientales y sociales de los problemas de salud que más nos afectan y por último, pero no en ultimo termino, el monitoreo y el diseño de políticas y programas para reducir las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios de salud.

Desde hace más de dos décadas la Organización Mundial de la Salud viene preconizando la importancia de que las autoridades sanitarias desarrollen sus capacidades para poder desempeñar un conjunto de funciones esenciales en materia de salud pública. A ello se suman las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional, aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS en 2005, en el que se estipuló un conjunto de capacidades básicas que los Estados Miembros de la Organización deberían garantizar para poder cumplir con las obligaciones a que da lugar dicho reglamento, especialmente en situaciones en las que la seguridad sanitaria mundial se ve amenazada como es el caso de una pandemia como la que estamos teniendo que enfrentar. Es importante que España este a la altura de estos compromisos primero que todo para garantizar la salud y el bienestar de la población residente en España, pero también para cumplir más allá del ámbito del Estado español con las obligaciones sanitarias relacionadas con un bien público, como es la seguridad sanitaria, tanto en el marco de la Unión Europea como del concierto mundial del Sistema de las Naciones Unidas.

Las Funciones Esenciales de Salud Pública se han definido como las condiciones que permiten un mejor desempeño de la práctica de la salud pública. El concepto de salud pública en el que se basa la definición de las Funciones Esenciales de Salud Pública es el de la acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas. Supone una noción que va más allá de las intervenciones poblacionales o comunitarias e incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a la atención de salud y su calidad. No está referido a la salud pública como disciplina académica, sino como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria. La salud pública no es sinónimo de responsabilidad del Estado en materia de salud, ya que su quehacer va más allá de las tareas propias del Estado y no abarca todo lo que el Estado puede hacer en materia de salud.

Estas Funciones Esenciales de Salud Pública son: 1) monitoreo y análisis de la situación de salud de la población; 2) vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública; 3) promoción de la salud; 4) participación social y empoderamiento de los ciudadanos en salud; 5) desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen los esfuerzos en salud pública y contribuyan a la rectoría sanitaria del Estado en su conjunto; 6) regulación y fiscalización en salud pública; 7) evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios; 8) desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; 9) garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos; 10) investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública; y 11) preparativos para enfrentar emergencias y desastres en salud y acciones de respuesta para mitigar su impacto.

Para la recuperación de las capacidades en materia de salud pública es importante que estas categorías operacionales puedan ser caracterizadas y medidas a fin de determinar su grado de cumplimiento. Esto permite promover un concepto común de la salud pública y de sus funciones esenciales, crear un marco para la medición de su desempeño; evaluar a través de ello la práctica de la salud pública en cada Comunidad Autónoma; y proponer un plan de acción para todo el Estado que fortalezca la infraestructura y mejore la práctica de la salud pública, basado en los hallazgos que arroje la medición del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. Se trata de una tarea que puede ser acometida de inmediato tan pronto se normalice la actividad una vez controlada la fase aguda de la Pandemia.

La definición y medición del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública en las distintas Comunidades Autónomas y en el ámbito central del Estado constituirían una contribución al desarrollo institucional de la práctica de la salud pública, a la mejora en la calidad de los servicios y a definir con más precisión las responsabilidades institucionales. Una mejor medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública debería permitir también una mejor cuantificación de los recursos necesarios para asegurar una infraestructura de salud pública adecuada, información que resulta esencial para gobiernos y parlamentarios responsables de tomar decisiones al respecto.

A lo anterior debe sumarse una revisión exhaustiva del ordenamiento jurídico en materia de salud pública para garantizar que más allá del estado de Alarma se cuente con las herramientas para garantizar la protección de la salud de todos los ciudadanos. La Ley de salud pública del 2011 necesita ser profundizada y perfeccionada. Hay que llevarla hasta sus últimas consecuencias e integrar en ella elementos que permitan blindar los recursos a ellos destinados e institucionalizar el marco de una co-gobernanza en materia de salud pública que nos lleve a un modelo de cooperación horizontal entre Comunidades Autónomas orquestado por el Estado central en el que exista unicidad territorial para las grandes cuestiones en materia de salud pública.

Vivimos en un mundo cada vez más interdependiente y somos un país extraordinariamente interconectado con los demás países. Nuestro modo de vida y nuestra economía están fuertemente condicionadas por ello. Por tanto, necesitamos anticipar y prevenir en la medida de lo posible, y en estrecha coordinación con la Organización Mundial de la Salud, la Unión Europea y otros centros de referencia mundial, determinados riesgos para la salud y no solamente reaccionar ante ellos.

Eso requiere desarrollar una importante capacidad de inteligencia sanitaria, de procesar mucha más información, de analizarla y compartirla con otros países e instancia internacionales y supranacionales, de usarla oportunamente para diseñar las distintas políticas de salud, así como de disponer de los recursos humanos y organizativos adecuados para ser capaces de implementarlas con la precisión y la rapidez requeridas. La seguridad sanitaria se ha ido convirtiendo en un componente cada vez más importante de la seguridad de las sociedades y de la seguridad mundial.

Es necesario contar con sistemas de información epidemiológica y de respuesta asistencial que sean fiables, rápidos, sensibles y transparentes. Sin duda, durante los últimos cuatro meses se ha hecho un gran esfuerzo tanto por parte de las Comunidades Autónomas como del Ministerio de Sanidad por desarrollarlos y perfeccionarlos. Pero al mismo tiempo, se han evidenciado insuficiencias, retrasos, inexactitudes e incongruencias entre los datos ofrecidos por unas Comunidades Autónomas y otras. Y entre estos y los ofrecidos luego por el Ministerio de Sanidad.

La dependencia que tiene el Ministerio de Sanidad con respecto a los datos que le proporcionan las CCAA ha quedado más que demostrada. En ocasiones ha parecido como si el Ministerio fuera más el custodio fiel de la supuesta confidencialidad de los datos proporcionados que un organismo del Estado cuya obligación es contar con datos sólidos para diseñar políticas, tomar decisiones e informar a la opinión pública sobre los asuntos relacionados con la pandemia. No hay que olvidar que la información que se produce y se elabora con recursos públicos en todo el Estado español pertenece al público y no es propiedad de ninguna administración ni de ningún gobierno y que solo actuando con total transparencia en todos los niveles se puede lograr la máxima colaboración. Ello requiere definir sin más dilación un sistema de información que permita monitorizar la evolución de aquellos problemas de salud sobre los que se requieran actuaciones coordinadas y comunes en todo el Sistema Nacional de Salud, aprovechando la digitalización disponible ya en el conjunto del sistema y mejorando los aspectos que resulten necesarios.

Por otra parte, los dispositivos de sanidad exterior (una de las pocas competencias exclusivas del Estado en materia de salud) así como los servicios de salud pública de las Comunidades Autónomas, están descapitalizados y son en la actualidad muy débiles. Esto hace más que urgente la necesidad de fortalecer la infraestructura y las capacidades en materia de salud pública en todo el país a fin de asegurar que se tenga un buen desempeño de las funciones esenciales de salud pública que deben llevar a cabo los sistemas sanitarios de todas las CCAA y el Estado español en su conjunto.

Para afrontar estos desafíos, además de contar con una nueva normativa como la señalada anteriormente para la gestión de alarmas sanitarias que entre otras cosas dote de los recursos necesarios para tal efecto, sería muy conveniente crear, en desarrollo de lo establecido en la Ley de Salud Pública de 2011, una Agencia Estatal de Salud Pública dependiente del Ministerio de Sanidad.

Esta agencia debería contar con personalidad jurídica y presupuesto propios. Su director debería ser un experto de reconocido prestigio propuesto por el Ministerio de Sanidad y ratificado por el Congreso, con un mandato de duración limitada renovable por una sola vez. Su personal estaría formado por profesionales y técnicos de reconocido prestigio. La Agencia agruparía algunos organismos actualmente dispersos de la Administración General del Estado (por ejemplo, el CAES, el Centro Nacional de Epidemiología y los servicios de Sanidad Exterior). Su consejo de dirección debería estar conformado por expertos propuestos por las Comunidades Autónomas, sociedades científicas y universidades. Su misión fundamental sería producir información relevante, análisis de determinantes y riesgos, criterios técnicos y propuestas útiles para el diseño de las políticas de salud.

Trabajaría con grupos nacionales e internacionales y produciría información útil para los tomadores de decisiones y para el conjunto de la sociedad. Sería un instrumento horizontal a disposición del Sistema Nacional de Salud que funcionaría en red como una suerte de inteligencia colectiva capaz de alertar sobre los efectos de riesgos identificados y potenciales, de anticiparlos y evaluarlos adecuadamente, y de proponer soluciones basadas en la ciencia y en la mejor evidencia disponible. Su creación y puesta en marcha fortalecería al mismo tiempo al Gobierno y a las Comunidades y enviaría una señal muy potente para dinamizar y fortalecer el conjunto de las actividades de salud pública. Este modelo existe ya en otros países, en Estados modernos que han hecho una apuesta decidida por la Salud Pública y que han priorizado la inversión y la organización en esta materia.

En el esfuerzo por la reconstrucción del Sistema Nacional de Salud español que ahora se inicia, convendría articular medidas para reducir las inequidades en salud, lo cual implica dar pasos ciertos para medir la situación de salud y los resultados de las acciones, y ligarlos con los determinantes sociales de la salud y con las acciones encaminadas a mejorarlos. La transparencia de resultados será la mejor aliada en la lucha frente las desigualdades y por la equidad. Esta sería una de las tareas que debería desarrollar la Agencia Estatal de Salud Pública.

En suma, se necesita una apuesta renovada y decidida por la salud pública y ello implica fortalecer las capacidades y los dispositivos de salud pública en los niveles territoriales, autonómico y estatal. Esto supone una legislación actualizada, más profesionales, mejor organización, una vigilancia epidemiológica reforzada, tecnologías de detección y rastreo más modernas, mayor y más oportuna capacidad de intervención a nivel comunitario y más coordinación con la atención primaria.

4) Coordinación de servicios sanitarios y sociales

Tal como ha señalado la OMS y hemos evidenciado en España, las residencias de mayores están siendo una de las protagonistas más trágicas de la pandemia de COVID-19 en toda Europa. Ello se debe a que el virus encuentra en esas instituciones un caldo de cultivo conformado por poblaciones, espacios confinados y prácticas de convivencia y de cuidados muy vulnerables.

Desafortunadamente, no ha habido la suficiente claridad ni determinación mundial para actuar de manera anticipatoria. En gran medida en estas instituciones se ha ido por detrás de los brotes, cuando ya resultaba demasiado tarde y una proporción importante de residentes se había visto afectada. Por si fuera poco, el blindaje o sellado de las residencias se ha vuelto virtualmente imposible ante la masiva transmisión silenciosa del Covid19 por personas asintomáticas, especialmente los propios trabajadores que asisten a mayores altamente dependientes con una cercanía física grande e inevitable.

Desde el comienzo de la pandemia, las personas mayores y muy mayores fueron consideradas población con alto riesgo de presentar cuadros graves, de necesitar cuidados hospitalarios, incluidos los cuidados intensivos, cuando tuvieron acceso a ellos, y de fallecer a causa de la infección. Estas personas suelen padecer una o más de una enfermedad, con frecuencia de larga duración, y su estado de salud tiende a ser más frágil y mostrar grados de dependencia superiores a las personas más jóvenes. Además, su concentración en espacios reducidos donde existe una gran proximidad y un elevado grado de interacciones con cuidadores, familiares visitantes y otras personas, es un factor que facilita grandemente la propagación del virus. Estas condiciones se dan en otras instituciones cerradas (centros sociosanitarios, hospitales o prisiones, por ejemplo) pero son muy marcadas en las residencias de mayores. De hecho, la mayoría de ellas son un lugar de altísimo riesgo: estimaciones preliminares muestran que la tasa de contagios está siendo similar a la de los hospitales, pero, dado que ocho de cada diez mayores residenciados supera los 80 años y la letalidad por COVID-19 en ese tramo de edad es del 24%, (para varones llega al 30%) no resulta sorprendente que la letalidad en ese grupo de personas haya sido tan alta.

La elevada letalidad por COVID-19 de los ancianos que viven en residencias (sobre todo en aquellas con condiciones laborales y de cuidados más precarias) por comparación a la observada entre los ancianos con condiciones de vida más desahogadas, que se ha constatado en muchos países europeos, incluida España, ha sido una muestra de inequidad sanitaria de raíz social frente a los riesgos de enfermar y de morir

Sin embargo, los lineamientos generales para residencias geriátricas e instituciones similares, tanto de la OMS, como del Centro Europeo de Control de Enfermedades como del Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos de América, estaban pensadas para brotes de enfermedades respiratorias menos contagiosas y más reconocibles y sin el elevadísimo grado de transmisión asintomática del COVID-19. Por ello no han logrado anticipar el elemento fundamental de protección frente a la tragedia que hemos presenciado: la necesidad absoluta de impedir la entrada del virus a las residencias y la importancia que para ello tiene el cribado periódico de quienes salen y entran en ellas a fin de que ningún positivo asintomático sea un transmisor silencioso.

Aun cuando los países europeos tienen diferentes criterios para contabilizar los fallecimientos en residencias de ancianos o en personas procedentes de ellas, se estima que en Italia, España, Francia, Reino Unido o Bélgica ese grupo de personas mayores representan entre el 30 y el 40% o más de los fallecidos confirmados por COVID-19. Además, teniendo en cuenta que no a todos los fallecidos en las residencias de mayores con sospecha de infección se les hizo la prueba diagnóstica, es de suponer el número de fallecidos a causa del virus en esas instituciones haya sido mayor.

Según un estudio del CSIC en España hay 5.417 residencias de mayores con 373.000 residentes. El 75% de esos centros son de titularidad y gestión privada. Y de las residencias de titularidad pública un 75% han externalizado la gestión. La autorización, supervisión, y en algunos casos, la gestión directa de algunas residencias públicas corresponde a las Comunidades Autónomas, mientras en su financiación total o parcial intervienen también las autoridades locales. Las denuncias por deficiencias en la atención a los residentes, falta de supervisión de las administraciones responsables, bajos salarios y precarias condiciones laborales de sus trabajadores, mayoritariamente mujeres, eran ya frecuentes con anterioridad a esta pandemia. Se suma el hecho de que los mecanismos de garantía de calidad de la atención brindada en las residencias tanto públicas como privadas adolecen de grandes deficiencias. Por si fuera poco, una gran mayoría de las residencias de mayores carecen de una adecuada coordinación con el sistema público de asistencia sanitaria.

Poco después de la declaración del estado de alarma, tras algunos episodios dramáticos, que motivaron la intervención de la fiscalía, el Gobierno facultó a las Comunidades Autónomas para intervenir directamente la gestión de aquellas residencias que considerasen oportuno. Pero esto ha sido casi siempre de forma reactiva y no de forma proactiva con la finalidad de anticiparlas y prevenirlas. Por lo general, los trabajadores se han quejado de la falta de equipos de protección, de la falta de condiciones habitacionales para garantizar el aislamiento de personas enfermas o sospechosas de estarlo, y de la preparación adecuada para hacer frente a una crisis como esta.

Aún sigue siendo necesario blindar las residencias de mayores, extremando las medidas de higiene, el rápido aislamiento de los casos sospechosos y sus contactos, así como suprimiendo las visitas, las entradas y salidas de los residentes, y siguiendo estrictos protocolos de medidas higiénicas y distanciamiento físico del personal que trabaja en ellas y de los proveedores. En algunas residencias, el personal y la dirección del centro llegaron incluso a confinarse voluntariamente en su interior para reducir de esa forma el riesgo de introducir el virus en ellas, tratando al mismo tiempo de facilitar la comunicación de los internos con sus familiares por teléfono o por dispositivos electrónicos. Se trata de ejemplos meritorios, pero que difícilmente pueden sostenerse en el largo plazo y menos aún generalizarse.

Algunas Comunidades Autónomas anunciaron en su momento la habilitación de “arcas de Noé” medicalizadas para aquellas personas (mayores o no) con síntomas leves o moderados que no necesitaban hospitalización. Además, la derivación de los mayores ingresados que requerían atención especializada a los hospitales no ha estado exenta de dificultades. Algunas asociaciones de defensa de las personas mayores se han quejado de que en varios hospitales la avanzada edad ha sido un criterio “implícito” para denegar el ingreso o la atención intensiva. Y, también, de la dureza para los ingresados más graves y para sus allegados de tener que afrontar la etapa final de la vida en completo aislamiento, así como también el duelo derivado de un eventual fallecimiento, en completa soledad. Todo lo cual plantea dilemas éticos y morales, así como la necesidad de apoyos psicológicos y administrativos, que requieren ser considerados con mucha mayor atención.

Además, pese a haber sido repetidamente señaladas como lugares preferentes para la realización de pruebas diagnósticas, siguen siendo muchas las residencias de mayores donde aún no se han realizado. Esta situación debe corregirse rápidamente. Junto con el personal sanitario, los mayores que viven en residencias y el personal que en ellas trabaja debería ser sometido masiva y rápidamente a pruebas de PCR. Los casos sospechosos y sus contactos deberán ser correctamente aislados o trasladados a entornos donde dicho aislamiento sea posible sin que ello deba implicar incomunicación con familiares o amigos.

Donde todavía no se haya hecho, el acceso a las residencias de mayores debe ser severamente restringido y las circulaciones entre el exterior y el interior rígidamente reguladas. Quisiera insistir en que las residencias de mayores no son “un foco de contagio”, el virus les llega desde afuera. Una adecuada organización interna, y el entrenamiento y la protección de su personal, ha de constituir una tarea prioritaria de sus directivos y de las autoridades sanitarias. Los servicios de salud pública de las Comunidades Autónomas deberían controlar sanitariamente todas y cada una de las residencias de su territorio con el apoyo de las autoridades locales y de los profesionales de atención primaria. Y esto no quiere decir convertirlas en hospitales. Además, hay que garantizar que las personas ingresadas en ellas tengan los mismos derechos a recibir atención sanitaria que cualquier otro ciudadano español que resida en su domicilio

No se debe esperar a que las cosas ocurran para reaccionar después, sino de “ir a buscar”, de forma proactiva e insistente, potenciales transmisores no detectados, rompiendo así la cadena de transmisión, impidiendo nuevos rebrotes locales, y mejorando el pronóstico de esas personas, pues se ha comprobado que éste es mejor cuanto antes se les detecta, se les aísla y, llegado el caso, se les trata. Si para ello hay que aumentar el personal de salud pública, de atención primaria o de cuidados en las residencias, así como los medios materiales de protección y diagnóstico necesarios, habrá de hacerse.

La capacidad real de cada Comunidad Autónoma para realizar con garantía esta tarea debe de ser, tal como ha señalado la OMS, uno de los indicadores fundamentales del cuadro de mando utilizado en el proceso de desescalada.

Más adelante, cuando esta pandemia haya sido vencida, habrá que revisar un modelo de atención a la vejez que incluso en las mejores instituciones, se ha demostrado extraordinariamente vulnerable, sobre todo en ausencia de vacunas para proteger de infecciones virales como el COVID-19.

Conviene no olvidar que la mayoría de las personas mayores encuestadas dicen preferir pasar los últimos años de su vida en sus domicilios o en el medio habitual donde han vivido. Sin embargo, la financiación pública de los cuidados a domicilio, así como la de otras formas de organización social de las etapas finales de la vida, que nuestros mayores necesitan y desean sigue siendo muy escasa.

Por el momento, la tarea es otra. Solamente el 4% de las personas mayores vive en residencias de mayores en España. El enorme peso en la mortalidad por COVID-19 de este grupo de personas muestra mejor que cualquier discurso su extraordinaria vulnerabilidad. Y también que las residencias de mayores son y seguirán siendo durante los meses venideros instituciones de altísimo riesgo. Derrotar la pandemia, evitar que rebrote y frenar su mortalidad exige acciones para detener la epidemia a las puertas de las residencias de mayores mucho más decididas y rápidas de lo que se ha estado haciendo.

Por otra parte, es necesario repensar el concepto de vulnerabilidad en salud pública para reforzar las acciones orientadas a reducir las inequidades en salud. La vulnerabilidad depende de la interacción de factores personales (generalmente referidos a la susceptibilidad biológica o clínica) y de circunstancias y factores sociales, económicos o ambientales (lo que en la terminología de salud pública se llaman “determinantes sociales de la salud”).

La vulnerabilidad es la probabilidad de que alguien desarrolle enfermedad, muera o sufra discapacidad tras la exposición a un factor de riesgo dado. Aunque todos estamos potencialmente expuestos a factores de riesgo para nuestra salud en diferentes momentos de la vida, algunas personas o grupos tienen una mayor probabilidad de experimentar un efecto negativo para su salud debido a determinadas características que les son propias en comparación con otras personas o grupos. La vulnerabilidad puede verse influida por una mayor o menor o inadecuada capacidad de acceso y de uso de los sistemas de salud, la cual puede crear situaciones de marginación en cuanto a la prestación de determinados servicios.

Existe abundante literatura de salud pública referida a grupos considerados vulnerables, entre ellos: las familias monoparentales con hijos pequeños; los niños y niñas de entornos desfavorecidos; las personas con una discapacidad física, mental o de aprendizaje, o una mala salud mental; las personas mayores y muy mayores frágiles o con discapacidad y que viven solas; las personas en situaciones de vivienda inestable (por ejemplo, personas sin hogar); las personas que viven en centros de detención o prisiones; quienes viven en zonas rurales/aisladas; las personas desempleadas/inactivas de larga duración; las mujeres sobrevivientes a situaciones de violencia de género; la población inmigrante en situación irregular; la población de minorías étnicas .

Es abundante también la evidencia sobre los principales mecanismos a través de los cuales se expresa la vulnerabilidad en los sistemas de salud, entre ellos: trabas burocráticas; falta de documentación apropiada; ignorancia sobre cómo “navegar” por el sistema de salud; desconocer la cobertura de salud con que se cuenta; dificultades para obtener citas; determinadas barreras cognitivas, por ejemplo, miedo a las actitudes negativas de los profesionales de la salud y mentalidad actitud negativa debido a mala experiencia previa; obstáculos psicológicos debidos a la situación de enfermedad (desesperanza, baja autoestima, depresión, miedo y ansiedad); aislamiento social y soledad; información de salud difícil de entender; malentendidos culturales; barreras del lenguaje y comunicación (por ejemplo, por abuso de jerga médica y administrativa); bajo nivel de alfabetización sanitaria; tiempos de espera excesivos; obstáculos financieros (por ejemplo, pagos de

bolsillo elevados); incapacidad de disponer del tiempo o del transporte necesario para acudir al sistema de salud; acceso difícil a los medicamentos, etcétera.

"No dejar a nadie atrás" requiere reforzar los esfuerzos desarrollados por los poderes públicos para mitigar aquellos procesos de exclusión social que fomentan la existencia de personas o grupos más vulnerables.

5) adecuar la financiación sanitaria a las necesidades reales;

Si algo ha dejado claro esta pandemia es que las políticas de recortes del gasto social (incluido el gasto sanitario público), externalizaciones y privatizaciones desarrolladas en España y otros países europeos como parte de las políticas de ajuste durante la pasada crisis económica no fueron una buena idea. Aumentaron las inequidades y debilitaron nuestra capacidad de respuesta para hacer frente a desafíos como éste y otros que puedan venir.

Conviene recordar que nuestro gasto público per cápita en salud se encuentra por debajo de la media de los países de la Unión Europea con quienes solemos compararnos. Y que, tras los recortes sufridos durante el periodo 2010-2015, se encuentra prácticamente estancado desde hace varios años. Sin un incremento neto de este gasto para nivelarlo con la media de la UE-15, mucho de lo anterior no podrá hacerse. Habrá de ser un incremento progresivo y orientado a fortalecer las capacidades de los establecimientos de gestión directa, que son quienes, a la hora de la verdad, han soportado la casi totalidad del esfuerzo, frente a aquellos de gestión no directa. Y también que retribuyan más a quienes más y mejor trabajan. No por casualidad, algunas de las Comunidades Autónomas que más lo disminuyeron en el pasado han sido aquellas que más cerca han estado del colapso de sus dispositivos sanitarios. Sin duda, en esto han influido otros factores, particularmente la incidencia de la pandemia en esos territorios. Si algo ha quedado claro en esta pandemia es que gastar en salud no es un gasto sino una inversión fundamental.

Los recortes experimentados en el gasto sanitario en salud pública, agudizados durante más de una década tras la crisis financiera del 2008 han redundado en el debilitamiento de los recursos humanos, la infraestructura y la capacidad operativa tanto de los equipos de salud pública de las estructurales centrales del Gobierno del Estado como en los de los departamentos de salud pública de las Comunidades Autonomas.

Basta ver la evolución que ha tenido el gasto en salud pública del sistema sanitario español en los últimos años, de acuerdo con los Informes Anuales del Sistema Nacional de Salud publicado por el Ministerio de Sanidad en 2016 y 2018. Durante el periodo 2010-2014 (el periodo más duro del ajuste derivado de la crisis de 2008) el gasto del SNS en salud pública pasó de 2.264 M de € (un 2,94% del total del gasto) a 1.8775 M de € (un 1,95%). Ha sido la función de gasto sanitario que experimentó la mayor tasa anual de reducción en ese periodo, de alrededor del 20% y, si bien en el periodo 2015-2016 creció en un 12.1% hasta alcanzar los 2.023 M de € (un 1.98% del total del gasto del SNS), no ha recuperado los niveles que tenía antes de la crisis iniciada en 2008.

Cabe subrayar que además del descenso experimentado en los niveles de gasto estamos ante cantidades absolutas y proporciones muy pequeñas del total del gasto del Sistema

Nacional de Salud. En otras palabras, los recursos que hoy se destinan a la salud pública resultan a todas luces insuficientes para acometer las tareas que necesitan ser efectuadas para cumplir con las funciones esenciales de salud pública que deben ser ejecutadas por las autoridades sanitarias centrales y autonómicas en sociedades modernas en el ámbito europeo y mundial de acuerdo con lo establecido por la Organización Mundial de la Salud. Y como lo demuestra la Pandemia de COVID-19 esto es una necesidad ingente y un elemento estructural fundamental para estar bien preparados ante riesgos sanitarios similares en el futuro.

La realidad de los sistemas regionales de salud no es idéntica ni en recursos, ni en gasto ni, por supuesto, en resultados. Las políticas desarrolladas por los distintos gobiernos regionales a lo largo del tiempo han influido en ello, algo que esta pandemia ha puesto también en evidencia.

El sistema sanitario debería contar con recursos específicos para afrontar la reducción de las desigualdades en salud ubicados en un potente y renovado Fondo de Cohesión para afrontar con recursos las estrategias que se consideren necesarias. También deberían evitarse ciertos mecanismos que directa o indirectamente lo desfinancian (por ejemplo, desgravar la suscripción de seguros privados de salud o sistemas de aseguramiento privado con financiación pública como el de MUFACE).

Es necesario un nuevo marco de financiación que asegure la equidad y la suficiencia financiera que el Sistema Nacional de Salud no tiene ahora y que se nos ofrece como una causa esencial de sus inequidades. Más y mejor financiación, e incluso, recuperar el carácter finalista de los fondos para la sanidad, es seguramente un asunto esencial que debiera recomendar la Comisión de Reconstrucción Económica y Social.

6) el modelo de atención sanitaria.

Es imprescindible repensar tanto el modelo de atención como los modelos de gestión de la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

A la contracción del gasto en salud pública a la que me he referido anteriormente se ha sumado el hecho de que en el desarrollo de los sistemas sanitarios de las Comunidades Autónomas se ha priorizado el crecimiento y el gasto en las infraestructuras hospitalarias y de alta complejidad tecnológica, ciertamente necesarias, pero ha sido en detrimento de la inversión en materia de salud pública. Las decisiones y el establecimiento de prioridades se han visto arrastrados por las presiones demográficas, por la carga de enfermedad de poblaciones crecientemente envejecidas, por un modelo sustancialmente curativo reparador y tecnológico-intensivo y no han privilegiado las intervenciones preventivas y de promoción de la salud ni los dispositivos de salud pública requeridos para llevarlas a cabo.

Respecto al modelo de atención, la atención y el cuidado de las patologías crónicas seguirá siendo dominante, pero los hospitales y centros de especialidades, y los servicios de urgencia y emergencias, deberán estar también preparados para situaciones derivadas de la propagación de enfermedades infecciosas y altamente contagiosas. Ello implicará revisar ciertos elementos arquitectónicos, disponer de reservas de insumos críticos, contar con

circuitos diferenciados, con protocolos específicos y con entrenamientos y simulacros periódicos. Los servicios de medicina preventiva y de prevención de riesgos laborales deberán de ser reforzados.

Respecto al modelo de gestión hay que garantizar un Sistema Nacional de Salud con una gestión pública ágil y transparente en la que haya opciones para la autonomía profesional y para el adecuado reconocimiento del desempeño, fomentando la calidad asistencial.

Los sistemas de salud de las Comunidades Autónomas deberán aumentar su número de trabajadores, motivarles más, eliminar la precariedad laboral, y gestionarlos y retribuirlos mejor. A ello se suma el que hay que profesionalizar en mucho mayor medida los cargos de dirección y gestión sanitaria mediante concursos centrados en competencias y promocionar mujeres a puestos de dirección y gestión.

Pero también habrá que acometer los desafíos que suponen la gobernanza de los establecimientos de salud, la necesidad de reducir las listas de espera, el potenciar la humanización de la atención sanitaria, dar adecuada respuesta a la formación de los profesionales, resolver la escasez de determinadas profesiones sanitarias, superar la práctica imposibilidad de mover personas e insumos entre los diferentes servicios autonómicos de salud, el papel de las oficinas de farmacia, la redefinición de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, la digitalización, y la articulación de políticas de equidad y cohesión, entre otros temas.

Por su parte, la relación con la asistencia sanitaria privada debe reubicarse, tal como estableció la Ley General de Sanidad, como un complemento de la asistencia pública con criterios de calidad y transparencia. Además, los modelos de gestión privada de los hospitales públicos desarrollados durante los últimos años deberían reevaluarse con criterios rigurosos de costo, efectividad y equidad.

Consideraciones finales

Estamos a punto de iniciar un proceso de reconstrucción de mediano y largo aliento para mejorar nuestro Sistema Nacional de Salud. Pero no debemos olvidarnos de que aún no hemos terminado con los esfuerzos necesarios para controlar este ciclo de la Pandemia de COVID-19. Hay todavía algunas batallas cruciales que hay que librar para consolidar lo que hasta ahora hemos venido construyendo y tenemos que darlas de la mejor manera posible.

A corto plazo tenemos que reducir el riesgo de rebrotes de COVID-19. Esto implica entender que hay grupos poblacionales que requieren una atención especial. Fomentar las medidas de protección entendiendo que hay grupos de personas cuyas condiciones de vida y cuyas características culturales exigirán un esfuerzo especial de concienciación y de sensibilización. Detectar a tiempo casos sospechosos, y aislar a los positivos y a los contactos de riesgo, llevando a cabo un análisis pormenorizado de las condiciones de vida de todos ellos, así como de las mejores soluciones prácticas para su seguimiento y aislamiento, haciendo compatible la mayor seguridad sanitaria de la sociedad con un escrupuloso respeto a los derechos individuales de los implicados. Tratar a los pacientes que necesitan hospitalización sin discriminaciones injustificadas, por ejemplo, debido a la edad o

la condición administrativa de las personas. Facilitar el seguimiento posterior a la hospitalización aceptando y sabiendo manejar, desde la atención primaria, su diversidad personal, familiar, y cultural. Y en un futuro no lejano garantizar el acceso equitativo a los tratamientos específicos y a la vacuna frente al Covid19 cuando estén disponibles.

Los efectos devastadores de la pandemia COVID-19, especialmente en los grupos en situación de vulnerabilidad, nos llevan a considerar la necesidad de:

- Asegurar que los principios de salud y equidad social se tengan en cuenta en el diseño y la implementación de todas las acciones encaminadas a abordar el impacto de la pandemia y la reconstrucción del Sistema Nacional de Salud.
- Alentar a que todos los esfuerzos para abordarla se basen en la evidencia científica y en las mejores prácticas disponibles.
- Reconocer que la crisis económica esperada como resultado de la pandemia tendrá efectos muy perjudiciales para aquellos que ya experimentaban inseguridad financiera, social y laboral antes de la misma.
- Fomentar los principios de cooperación, solidaridad y no discriminación, columna vertebral de los países que forman parte de la Unión Europea.

Las consideraciones a las que me he referido, muchas de las cuales he suscrito junto con José Martínez Olmos y Alberto Infante Campos en diversas tribunas públicas que os he hecho llegar con anterioridad a esta comparecencia, no agotan la lista de actuaciones que se pueden desarrollar para fortalecer y mejorar el Sistema Nacional de Salud. Son aportaciones hechas con el máximo espíritu constructivo. Seguramente durante las comparecencias y los debates del grupo de Sanidad y Salud Pública de la Comisión de Reconstrucción Económica y Social se han abordado y se seguirán abordando estas y algunas otras.

Para finalizar, y planteadas las consideraciones sobre las seis materias del temario de este grupo de trabajo a las que he hecho referencia, me gustaría señalar que muchas de las ideas anteriores se han propuesto desde distintos foros durante muchos años sin que ello haya tenido suficiente eco. Pareciera como si, desde hace ya bastante tiempo, las políticas de salud y de atención sanitaria no hubieran tenido una alta prioridad en las agendas públicas al darse por supuesto que el sistema de salud estaba bien y funcionaba por sí solo. Convendría no repetir ese error en lo sucesivo.

El Sistema Nacional de Salud es uno de los mayores activos del Estado Moderno en España. Además de ser un buque insignia del Estado de Bienestar es una de las fuentes más importantes de cohesión social y un pilar fundamental del salario social. A menudo lo damos por descontado, pero es una de las construcciones contemporáneas que más nos enaltece como sociedad y que más necesitamos preservar y poner al día.

Muchas gracias por su atención.