

# Resumen recomendaciones Grupo de Trabajo de Sanidad y Salud Pública de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica

Compareciente: Sandra García Armesto

Directora gerente del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud es Doctora en Medicina y Máster en Salud Pública (Universidad Autónoma de Madrid) y en Economía de la Salud (University of York). Investigadora senior en evaluación de sistemas y políticas de salud, ha trabajado como Economista de la Salud y analista de Políticas en la División de Salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Es autora de múltiples informes y publicaciones sobre evaluación del desempeño de los sistemas de salud en los países de la OCDE y ha colaborado en diversas publicaciones de la OMS. También ha contribuido como experta en varios grupos de trabajo de la Comisión Europea.

## Propuestas para la gobernanza de la Innovación y generación de conocimiento: la inteligencia del sistema

Como decía Jean Monnet (uno de los padres del proyecto europeo) “nada se puede hacer sin las personas, pero nada subsiste sin instituciones”. La crisis COVID nos ha proporcionado una oportunidad única de testar los marcos institucionales y las herramientas de las que disponemos en nuestros Sistemas, tanto el Sistema Nacional de Salud como en el de I+D+i y como interaccionan entre sí.

Ya desde antes de esta crisis, el discurso de la innovación era ubicuo en el ámbito biosanitario. Sin embargo, con frecuencia ese discurso se limitaba al terreno de la innovación tecnológica y de dispositivos y moléculas, muy ligado a la explotación industrial y la generación de patentes.

Existe sin embargo un tipo de innovación que ha resultado crítico en esta crisis y que ya venía siendo reivindicado por su importancia estratégica; se trata de la innovación organizativa, surgida en el seno del propio sistema de salud, con frecuencia apoyada en algún elemento tecnológico, pero cuyo valor disruptivo reside principalmente en identificar necesidades reales y transformar la manera de proveer el servicio o el propio servicio. Al contrario que la anterior, este tipo de innovación carece de una red de reconocimiento y diseminación que la ponga en valor y ayude a su aplicación extensa.

En cambio las novedades tecnológicas producidas por el sector industrial biosanitario y generadas desde el aparato de investigación y desarrollo, parecen multiplicarse exponencialmente. Esta proliferación se caracteriza por el limitado valor añadido real de muchos de los nuevos productos, por más que se les apareje casi automáticamente la etiqueta de “innovación”. Esto no parece afectar, sin embargo, a la capacidad de penetración y los precios de adopción, que con frecuencia no corresponden a su aportación y generan

desequilibrios presupuestarios e ineficiencias en la asignación de recursos y en la equidad en el acceso de los ciudadanos a cuidados efectivos. Si esto ha venido sucediendo en condiciones normales, imaginen cuál puede ser el balance al calor de la pandemia.

Así, el sistema sanitario se enfrenta a una tensión importante en la que, paradójicamente, la innovación se vuelve un elemento de amenaza a la sostenibilidad. Los rasgos principales de este peligro son:

- Sufrimos una innovación reactiva dirigida por las novedades del mercado
- Se trata mayoritariamente de una evolución tecnológica incremental en vez de disruptiva (de sustitución)
- Las novedades se introducen de manera fragmentaria y sin planificación asociada, por lo que con frecuencia los efectos se cancelan mutuamente o se diluyen en un breve espacio de tiempo
- Genera enormes desequilibrios financieros e inequidades

El divorcio de marco y de instrumentos entre la política de I+d+i y la política sanitaria en nuestro Estado, ahonda y perpetua esta ineficiencia en la traslación del conocimiento y adopción de la innovación. En este momento, la inversión está dispersa en mecanismos y microproyectos que por sí mismos no cobran relevancia ni escalabilidad y que no logran responder a las necesidades del sistema ni aprovechar la enorme capacidad de cocreación (raramente accesible a las empresas y centros tecnológicos).

Es imprescindible, conseguir que el binomio innovación-sostenibilidad opere de forma virtuosa en nuestro sistema sanitario y aporte elementos de modernización y adaptación de los servicios a las necesidades de la ciudadanía.

Más allá de cualquier dogma, es evidente que este movimiento debe estar necesariamente pilotado desde lo público

Para ello es necesario articular un sistema de gobierno de la innovación con los siguientes objetivos fundamentales:

- Fomentar una innovación orgánica, que explote el conocimiento propio del sistema y fomente desarrollos organizativos
- institucional, que promueva desarrollos necesarios, guiados por los retos del sistema antes que por la oferta del mercado
- sinérgica y equitativa, cuyos elementos se refuercen mutuamente en el desarrollo de los procesos de aprendizaje y en la transmisión virtuosa del conocimiento entre personas y colectivos.

Este modelo deberá acercar la agenda de innovación tecnológica a las necesidades reales de innovación organizativa del sistema de salud, ofreciendo soluciones de alto valor y reduciendo supuestas mejoras prescindibles. Operativamente debería:

1. Fomentar y apoyar con planes específicos la identificación y puesta en marcha de iniciativas innovadoras en el propio ámbito del sistema de salud. Facilitar su evaluación y escalado si procede, visibilizando y potenciando el talento transformador de la propia actividad de los profesionales del sistema.

2. Favorecer institucionalmente el apoyo metodológico y tecnológico para el desarrollo de la investigación y la evaluación por parte de los profesionales del sistema en su propio entorno de actividad. Fomentar la cultura de decisiones basadas en evidencia y de evaluación de las tecnologías sanitarias para su inclusión en la cartera de servicios y seguimiento de resultados tras adopción
3. Corregir el “hospitalocentrismo” rampante en los instrumentos de financiación de la I+D+i existentes, fomentando la lógica de innovación transversal de la cartera de servicios. Es necesario generar y sostener redes de conocimiento y competencias multinivel, más acorde con la lógica de modernización transformadora de los sistemas sanitarios del siglo XXI que la crisis COVID no ha hecho más que corroborar.
4. Potenciar y agilizar instrumentos tipo compra pública de innovación como un elemento central de la operativa de los sistemas, con un compromiso presupuestario sostenido (más allá del albur de los fondos FEDER), que permita planificación de retos con un compromiso temporal suficiente para proporcionar a la industria y los agentes tecnológicos incentivos a reorientar su agenda de desarrollo e innovación en función de esos retos.

Hay otro elemento singular al que debemos prestar atención si queremos garantizar la capacidad innovadora de nuestro sistema de salud: la capacidad de **convertir datos en conocimiento** a tiempo, veraz y contextualizado directamente aplicable. Hemos de alimentar **la inteligencia del sistema**.

En la actualidad cada uno de nuestros sistemas de salud autonómicos ya genera y recoge diariamente millones de datos de naturaleza muy variada (códigos, imágenes, analíticas, genómicos, texto), anclados en el proceso asistencial real y por lo tanto referidos a pacientes reales (todos los pacientes) que transitan por cualquiera de los dispositivos de nuestros sistemas (AP, urgencias, consultas de especializada, servicios diagnósticos de imagen, laboratorios, plantas de hospital, quirófanos, 061, servicio de atención al paciente, farmacias...) y que son automáticamente almacenados en multitud de sistemas de información específicos con distintas finalidades de gestión clínica financiera y de planificación (desde la historia clínica electrónica, hasta el sistema de reembolso de farmacia o de actividad concertada, los anillos digitales de radiología, partes de quirófano, vacunación, informes de cuidados de enfermería, registros clínicos para enfermedades específicas-enf raras, cáncer, enf mentales... etc).

Este cuerpo de datos constituye lo que se ha acuñado como “dato de vida real” (real world data) y es el tesoro más valioso que tenemos (y el más codiciado). El fenomenal avance de las herramientas bigdata nos está permitiendo ya la integración en un solo “lago” de todos estos datos, procedentes de los distintos sistemas de información, para su explotación conjunta usando herramientas de minería de datos y procesos y aplicando inteligencia artificial (algoritmos que aprenden con el refresco diario de nuevos datos que reciben). En Aragón venimos haciéndolo desde 2018 utilizando herramientas open source que nos hacen independientes de un proveedor tecnológico concreto y que podemos compartir con cualquier posible colaborador. Me consta que otras CCAA están en el mismo camino con distintos grados de desarrollo.

No existe sin embargo ninguna iniciativa nacional para coordinar estos esfuerzos en un proyecto colaborativo que nos permita generar una inteligencia colectiva del sistema Nacional de Salud al servicio de todos. Seguimos anclados en el reporte de indicadores al ministerio o al

ISCIH y la lógica trasnochada de creación de bases de datos centralizadas que siempre son ad hoc, de carácter quasi-burocrático y necesariamente limitadas en su versatilidad y capacidad de entender en tiempo real lo que sucede en los sistemas.

Es evidente que España no aprovecha suficientemente sus capacidades técnicas y científicas. En un Estado compuesto como el nuestro, este servicio de inteligencia a desarrollar con los sistemas de información autonómicos, debe contar con instituciones, organización y recursos compartidos y que funcionen de forma coordinada y cooperativa, no solo en el ámbito nacional, sino también de cara a las iniciativas europeas y los organismos internacionales.

Quizá podríamos usar como modelo las tendencias que se detectan en el marco europeo, donde, en los últimos años, se están produciendo de forma acelerada avances hacia la creación de infraestructuras y protocolos técnicos que permitan compartir y reutilizar datos sanitarios del tipo que les vengo describiendo para su explotación conjunta en la investigación, la innovación y el apoyo al diseño de políticas de salud de los estados miembros.

Para entender el valor del ejemplo, permítanme recordar lo obvio: la Comisión Europea no tiene competencias en asistencia sanitaria (sólo limitadas, en salud pública, autorización de fármacos y dispositivos...). Así, en este campo, prevalece el principio de subsidiariedad, esto es, los estados miembros son totalmente soberanos en sus políticas sanitarias, y, como es lógico, enormemente celosos de compartir la información y los datos a ellas ligadas (más allá de lo relacionado con la atención transfronteriza y la movilidad de ciudadanos).

A pesar de esto, el factor clave que está funcionando como palanca para vencer estas reticencias es el concepto de estructuras distribuidas y colaboración en red para la explotación de los datos que, actualmente, se recomienda en estas iniciativas europeas. En este esquema, aplicando un modelo común que simplifica técnicamente la interoperabilidad, cada nodo conserva el control total y la custodia sobre sus datos, pero los procesa y permite que sean utilizados para estudios o análisis conjuntos acordados, aumentando exponencialmente, por ejemplo, el número y variedad de pacientes incluidos en cualquier análisis y en consecuencia la robustez de los resultados. Este aumento, como bien saben, es especialmente crítico para el desarrollo de la medicina personalizada y las nuevas terapias, así como en el estudio de los factores genómicos, clínicos, de exposición, estilos de vida, socioeconómicos relacionados con las distintas enfermedades, su respuesta al tratamiento, evolución y pronóstico. Precisamente, la comisión europea acaba de lanzar una línea de financiación urgente para construir una cohorte paneuropea de pacientes COVID19 con estos fines.

A cambio de esta contribución, regida por un sistema de gobernanza donde las decisiones son colegiadas, todos los nodos reciben del nodo central apoyo y servicios tecnológicos para mantener y mejorar las capacidades de sus sistemas locales y su capital humano especializado. El resultado sería que la red trabaja para todos los nodos y todos los nodos para la red, en un intercambio de saberes y conocimiento claramente ampliado, que permite a cada nodo responder mejor a sus propios retos.

Este modelo sería francamente útil si nos propusiéramos aplicarlo a la escala de nuestro estado. Requiere un centro especializado en dar los servicios tecnológicos comunes y el apoyo decidido a una estructura distribuida en cada CCAA que promueva el desarrollo armónico y fortalecimiento de capacidades distribuidas y que genere conocimiento compartido atendiendo a las necesidades particulares de información y análisis de cada uno con la fuerza colegiada de todos.

Pasado el momento álgido de la pandemia, todos somos conscientes de que al sistema de salud le queda por delante la tarea de analizar los datos sobre los cambios introducidos para responder a la urgencia y analizar qué es lo que mejor ha funcionado, para producir evidencia que nos sirva de guía sobre las decisiones en caso de un –no deseable aunque probable– rebrote estacional, a la vez que para entender y atender las consecuencias del confinamiento prolongado en términos de empeoramiento de pacientes crónicos NO COVID, stress postraumático, secuelas en los pacientes COVID ...

El revés de la moneda de esta crisis es, sin duda, el dolor generado y el esfuerzo agotador por tratar de paliarlo, pero esa moneda también tiene cara: la demostración de una versatilidad y una agilidad para gestionar conocimiento y cambiar formas de trabajo que no creíamos posible. Aprovechemos esta conciencia recién adquirida para convertirla en voluntad política de dejar atrás los elementos de reactividad y consolidemos un enfoque creativo y proactivo que nos equipe para anticipar y encarar con éxito los retos del SXXI.