

# COMPARECENCIA COMISION PARA LA RECONSTRUCCION SOCIAL Y ECONOMICA

---

## José Ramón Repullo Labrador

Profesor y Jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud de la Escuela Nacional de Sanidad; miembro del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad; Coordinador de la Comisión Asesora de COVID de la Organización Médica Colegial.

[jrepullo@isciii.es](mailto:jrepullo@isciii.es)

---

## PRESENTACIÓN

La pandemia COVID-19 ha afectado a la menguada capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud (SNS) español, poniendo en evidencia tanto los problemas estructurales largamente identificados, como la agenda de reformas siempre postergadas. Y por ello nos obliga a despertar de la larga siesta reformista, y a activar los necesarios procesos de cambio.

Porque, sin una agenda de transformación, amplia y coherente, el SNS entrará en un rápido declive, con creciente deserción moral de sus profesionales, deterioro de su confiabilidad para la población, y erosión acusada de la calidad de sus servicios. Aún estamos a tiempo de evitarlo.

De los muchos temas a comentar, he seleccionado estos cinco:

- 1- La **preparación** para las crisis de salud pública
- 2- La reforma de la **gobernanza institucional** del SNS
- 3- La reorganización del **modelo asistencial**
- 4- La activación de las políticas de **recursos humanos** y profesionales.
- 5- Y las responsabilidades del SNS en la atención sanitaria de nuestros **mayores institucionalizados**.

## 1- COMO PREPARARNOS PARA QUE ESTO NO VUELVA A PASAR

La COVID-19 ha sido una pandemia global que entró en España de forma temprana e inadvertida, provocando una rápida propagación y un brutal daño sanitario y social.

Lo fundamental desde la perspectiva de la “reconstrucción” es la preparación para otros brotes y otras pandemias. Y para que este desastre “*no nos vuelva a pasar*” se precisan al menos 4 acciones:

1) **Reforzar la Salud Pública**, particularmente los dispositivos sobre el terreno (epidemiología de campo) capaces de movilizarse para controlar micro-brotes y dirigir el control de casos y contactos. Y también la “inteligencia sanitaria” con sistemas de información y de análisis, que permitan la vigilancia continua y la monitorización y control.

2) **Preparar al SNS para responder a emergencias de salud pública y catástrofes**. Los Planes de emergencia incluirán almacenamientos de seguridad, y se basarán en una respuesta coordinada para responder mancomunadamente a las alarmas; el “*sálvese quien pueda*” es una solución ineficiente, además de insolidaria.

3) Hemos de conseguir **seguridad y soberanía en los insumos estratégicos**: se precisa una acción de I+D+i conectada con la activación de la capacidad de producción en territorio español de aquellos medicamentos, productos y tecnologías que sean esenciales para las respuestas a las crisis de salud pública.

4) Los **centros sanitarios** han de aprender de la experiencia para preparar sus propios **Planes de contingencia**, y para adaptar sus **infraestructuras** ante crisis y emergencias futuras.

## 2- LA GOBERNANZA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DEBE SER REFORMADA PARA QUE LA “NUEVA NORMALIDAD” SEA SOLVENTE Y SOSTENIBLE.

Tenemos un Sistema Nacional de Salud, no 17; pero formado **por 17 servicios de salud autonómicos imperfectamente articulados**. Y la disfuncionalidad que esto produce a todos perjudica.

No tiene sentido técnico predicar **recentralizaciones**. Porque muchas de las tareas y funciones de un sistema sanitario moderno y complejo, afectan a diversos niveles institucionales, y solo son viables con una suma de conocimiento, organización y colaboración.

*La Organización Nacional de Trasplantes es un buen ejemplo de una logística común, ensamblada desde el gobierno central, y que no viene obligada por leyes o distribuciones de competencias, sino por el sentido común y la razonabilidad técnica y práctica.*

Para mejorar la gobernanza institucional del SNS serían imprescindibles cuatro transformaciones:

1) **Revitalizar el nodo central de la red del SNS**: se precisa un Ministerio de Sanidad con músculo técnico, versatilidad organizativa, capital de conocimiento, y recursos económicos para que el SNS funcione como una auténtica red, y gestione de forma virtuosa sus innumerables interacciones y sinergias.

Desde enero de 2002, cuando se completaron las transferencias sanitarias a las CCAA, los sucesivos gobiernos de España se han ido desentendiendo de la sanidad, y dejando a extinguir la estructura y funciones de su Ministerio de Sanidad.

La frase “**la sanidad está transferida**” ha hecho mucho daño, porque se ha convertido en la coartada de las autoridades económicas y de función pública para justificar el abandono. Sin embargo, “**la sanidad es de todos, y a todos nos compete**” y el SNS solo podrá responder a los retos actuales y futuros, si es capaz de constituirse como una red bien articulada y coordinada.

2) El “**modelo**” de Ministerio ha de cambiar (y no solo su tamaño); en la buena gobernanza de sistemas profesionales complejos como el sanitario, pierde importancia la regulación, y gana la gestión del conocimiento (menos BOE y más MEDLINE).

El Ministerio debe atraer talento y excelencia, de especializaciones diversas, con agilidad y flexibilidad, con configuraciones mixtas, que integren aportaciones de profesionales y científicos de diversas instituciones; redes nacionales e internacionales...

El Ministerio ha de ser el soporte institucional para un conjunto de **Agencias especializadas**, construidas con reglas que maximicen el mérito, y minimicen la interferencia política, con instrumentos de gestión que permitan autonomía, flexibilidad y agilidad.

3) Pero ese nodo central del SNS, que ha de garantizar la conectividad de sus partes, **necesita palancas para catalizar cambios y mejoras**: la financiación es una de ellas (fondos de cohesión, fondo de garantía asistencial, fondos de co-inversión, etc.). Financiación incremental, guiada por un información, conocimiento y talento en el gobierno institucional.

4) **Reactivar el papel de las autoridades sanitarias, y de las políticas sanitarias, a nivel central y autonómico**. La merma del perfil del Ministerio de Sanidad es simétrica a la de las Consejerías de las CCAA. Las **autoridades económicas y de función pública** son poderosos actores, que desde la sombra, dictan y condicionan la gestión económica y la del personal. Poca política sanitaria cabe cuando casi todo depende de un tercero que no da la cara por los problemas.

Esta reactivación del papel de las autoridades y de las políticas sanitarias va a precisar de gestión económico-presupuestaria propia, y de autonomía en la gestión de la estructura de personal.

Un buen ejemplo, dentro de España, lo podemos encontrar en la arquitectura de gestión de red de **Osakidetza** (Servicio Vasco de Salud). Copiar lo que funciona razonablemente bien, es una excelente idea.

### 3- UN MODELO ASISTENCIAL REORGANIZADO Y QUE DESATE LAS MANOS DE LOS GESTORES

Nuestro modelo asistencial lleva tiempo pidiendo una serie de cambios; destacaría estos cuatro: nuevo marco de gestión, salto cualitativo en la atención primaria, innovación organizativa en los hospitales, e introducción de sistemas de Buen Gobierno:

**1) Hemos de quitar las ataduras innecesarias de la gestión administrativista para que pueda haber buena gestión pública emprendedora y orientada a resultados:**

Los centros y servicios sanitarios son **organizaciones muy complejas**, con alta y cambiante tecnología, y basadas en el conocimiento, el cual es custodiado y aplicado por los profesionales. Las exigencias de pacientes y sociedad son muy altas y los fallos tienen consecuencias dramáticas.

Su funcionamiento simplemente no cabe y no encaja en los métodos tradicionales de la **gestión administrativa**. Y sin embargo, por incompreensión, inmovilismo o comodidad burocrática, se ha impedido de hecho la migración del grueso de nuestros centros hacia modelos emprendedores públicos.

En el primer estudio de eficiencia de todos los hospitales españoles en 2018, se obtenía una esperable conclusión: la dotación de personalidad jurídica al hospital aumenta en **11,14 puntos su eficiencia técnica**.<sup>1</sup> El sobrecoste de un mal modelo de gestión, podría superar un euro de cada diez. Por lo tanto los Centros Sanitarios públicos deben adquirir **personificación jurídica, o capacidades equivalentes** para la gestión operativa de su personal, sus compras y sus contratos.

Los **contratos de gestión** entre las autoridades sanitarias y los centros públicos de su red, han de ser revitalizarse, articularse con los presupuestos, adquirir carácter plurianual, ser transparentes y posibilitar la comparación, permitir discriminar entre buenos y malos desempeños, y estimular la implicación de los profesionales y la gestión cínica en la consecución de resultados asistenciales que añadan valor a pacientes y sociedad.

---

<sup>1</sup> Pérez-Romero C, Ortega-Díaz MI, Ocaña-Riola R, Martín-Martín JJ. Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y gestión. *Gac Sanit* 2019. 33 (4): 325-332.

<https://www.gacetasanitaria.org/es-analisis-multinivel-eficiencia-tecnica-hospitales-articulo-S0213911118300682>

## **2) La Atención Primaria puede ser la clave de un cambio duradero: tanto para la pandemia explosiva de COVID, como para la pandemia silente de la cronicidad.**

El balance es claro: la Atención Primaria ha contribuido en esta crisis con entrega, sacrificio, compromiso, y un sorprendente y meritorio despliegue de innovación. Además, debe jugar un papel esencial en la “desescalada”. Pero, por su situación de abandono, se requiere añadir en ciclo corto recursos incrementales para asumir las nuevas tareas de control de casos y contactos COVID-19.

La Atención Primaria precisa una **inyección rápida e inteligente de recursos humanos y también tecnológicos**. Ubicar una parte operativa del llamado “rastreo” de contactos en la primaria es lo más eficiente, porque por su capilaridad llega a todos los rincones de España, y porque su componente comunitario les permite activar la intervención en domicilios, empresas, colegios y residencias.

En esta crisis se ha demostrado que la **auto-organización** y co-gobernanza de los Centros de Salud, es viable, ofrece muchas ventajas adaptativas y es un claro elemento de **motivación** para los profesionales.

Hay que **redimensionar las plantillas**, teniendo en cuenta las mayores cargas de trabajo actuales, y las de las viejas y nuevas funciones. Y mejorar la calidad del empleo, y la retribución para retener el talento y garantizar la continuidad (longitudinalidad) que es una herramienta esencial en el trabajo de médicos y enfermeras de familia.

## **3) Profundizar y estabilizar el cambio organizativo de los hospitales públicos.**

En el **escenario de salida** de COVID, Las estructuras hospitalarias han de repensarse, para facilitar la readaptación de locales, la posibilidad de extender los puestos de cuidados críticos, de organizar circuitos diferenciados para pacientes infecciosos y la disponibilidad de zonas que se puedan habilitar para pacientes convalecientes o de menor gravedad (en zonas adyacentes del hospital, o en hoteles próximos).

Y en la “**nueva normalidad**” habrá que plantearse con seriedad la **planificación de una red hospitalaria diferente**: hospitales en red, flexibles e internamente articulados, agrupados en alianzas o redes subregionales que se apoyan mutuamente, y que sean capaces de estructurar de forma cooperativa sus unidades de alta especialización.

Hospitales basados en **Unidades de Gestión Clínica**, que ofrezcan a sus profesionales una buena calidad de empleo y posibilidades de desarrollo profesional.

#### 4) Órganos colegiados de gobierno y profesionalización de la dirección.

Nos conviene a todos poner un **cortafuegos** para que la interferencia política no afecte al funcionamiento de los centros y servicios sanitarios públicos. Para que los puestos de dirección no sean un botín electoral.

Hablamos de **Buen Gobierno**... En España estas propuestas han sido desarrolladas en 2012, con las *“Recomendaciones del Consejo Asesor sobre el Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca”*<sup>2</sup>, y en 2014 con el documento de la Asociación de Economía de la Salud (AES) *“Sistema Nacional de Salud Diagnóstico y Propuestas de Avance”*<sup>3</sup>.

Aunque ahora resulta más fácil de explicar, porque la Ley 11/2017 de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del **Servicio Madrileño de Salud**, da forma a una propuesta de **órganos colegiados de gobierno** con participación de la ciudadanía experta, y a un **sistema de selección de directivos** transparente y con concurrencia competitiva. Ley nacida con consenso, aunque aún no aplicada; pero al menos es un referente normativo importante.

#### 4- RECURSOS HUMANOS: PLANIFICACIÓN, POLÍTICAS PROFESIONALES Y BUEN GOBIERNO CLÍNICO.

Nuestros profesionales llevan mucho tiempo sintiéndose maltratados por la sanidad pública. Una crisis económica que encogió sueldos, plantillas y medios para trabajar; una postcrisis que racaneó los fondos para la recuperación, y un COVID que ha sido, que está siendo, una **prueba durísima**.

Pese al resentimiento y enfado, la respuesta de los profesionales fue de entrega total y compromiso con los pacientes. La **desprotección** ha producido casi 60.000 sanitarios infectados (el doble de contagios de la población general).

La **deuda** contraída por la sociedad española con sus sanitarios debe honrarse con un **compromiso de mejora de sus condiciones de trabajo**. Necesitamos movilizar tanto políticas generales de gestión de personal,

---

<sup>2</sup> Gobierno Vasco. Recomendaciones del Consejo Asesor sobre el Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca. 2012. <https://www.irekia.euskadi.eus/es/news/5158-buen-gobierno-sanidad-publica-vasca>

<sup>3</sup> Junta Directiva de AES. Sistema Nacional de Salud; diagnóstico y propuestas de avance. [Internet]. AES Edición Electrónica. 2014. 158 p. Disponible: [http://www.aes.es/Publicaciones/SNS\\_version\\_completa.pdf](http://www.aes.es/Publicaciones/SNS_version_completa.pdf)

como otras más específicas orientadas a la dimensión del profesionalismo.

a) **Las políticas de personal** deben acabar con la temporalidad y la precariedad; el actual **sistema de OPEs** (Ofertas de Empleo Público) es disfuncional, e incapaz de aportar un sistema rápido y solvente de dotación de puestos de trabajo en el personal estatutario. Desde 2001 cuando se realizó un proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas (Ley 16/2001) hoy, ya hemos vuelto a acumular **un tercio o más de la plantilla interina**, con duraciones medias de 9 años.

El sistema de acceso a plazas del personal estatutario no funciona; es un hecho; pero hay soluciones. Por ejemplo, un **sistema abierto y permanente** que combinara una prueba nacional anual de competencias, con una selección local por concurso, podría permitir que la mayoría de las bajas se repusieran inmediatamente. Podríamos reducir mucha complejidad y conflictos, y evitar los enormes daños personales, familiares e institucionales asociados a la temporalidad.

b) **Las políticas profesionales** complementan a las de personal: si el SNS asume un papel activo en facilitar la formación y el desarrollo profesional continuo de sus facultativos, apoya su participación en investigación, fomenta su implicación en la gestión clínica, aporta posibilidades de sub-especializarse o de moverse por el SNS, acoge a los que participan en proyectos de cooperación... si sabe articular estas políticas, estará alimentando la motivación intrínseca y trascendente de sus profesionales, mejorando la atractividad de las instituciones sanitarias públicas, ayudando decididamente a retener y capitalizar el talento, y reduciendo con su acción positiva los conflictos de interés con agentes externos.

## **5- EL SNS HA DE SER RESPONSABLE PRIMARIO DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN EL SECTOR DE SERVICIOS SOCIALES.**

La alta mortalidad y letalidad de España, tiene que ver con la mayor incidencia en gente mayor y frágil, especialmente en las Residencias de mayores.

Las derivaciones de pacientes entre hospitales y residencias ha creado una especie de "*infección cruzada socio-sanitaria*", que ha sido un componente esencial de la propagación y del daño.

COVID-19 ha aterrizado en un sector sociosanitario con muchos problemas estructurales, que han condicionado una insuficiencia de recursos y servicios y una limitada capacidad de respuesta. Hay toda una **agenda de actuación propia del sector de servicios sociales**, que debe intervenir para asegurar el bienestar físico, mental y social.

Pero desde la sanidad se debería dar un paso importante: formular claramente el **principio de Ciudadanía Sanitaria universal** para su aplicación en las personas que viven en residencias de ancianos y otras instituciones socio-sanitarias.

Es **responsabilidad primaria e irrenunciable del Sistema Nacional de Salud** velar por la salud y atender la enfermedad de los que viven en estas instituciones. Y, por ello, las Comunidades Autónomas deberán asegurar que esta cobertura se haga efectiva, con las peculiaridades organizativas que se requieran, a través de la red de AP, de Hospitales, de Urgencias y Emergencias, y de Salud Pública.

### **EPÍLOGO:**

*La sanidad no está transferida; a todos nos compete, y de todos va a depender que supere el reto de la COVID, y siga siendo el mejor servicio de bienestar que tiene España, y el que, posiblemente, más aporta en cohesión social y creación de sentimientos auténticos de pertenencia y ciudadanía.*

En este trabajo de 2016 hay una referencia amplia de 20 reformas estructurales clave para avanzar en la transformación solvente del SNS ante sus problemas internos y las presiones externas.

Repullo JR, Freire JM. Implementando estrategias para mejorar el gobierno institucional del Sistema Nacional de Salud. Gac Sanit. 2016;30(S1):3–8. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-implementando-estrategias-mejorar-el-gobierno-articulo-S0213911116300620>