
Comisión para la reconstrucción Social y Económica



CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Jon Azua Mendia
16 de junio de 2020

Introducción

I. Consideraciones para reforzar/reconstruir un nuevo Sistema de Salud

- A. La salud. Alcance y contenidos.
- B. Los determinantes de la salud.
- C. La difícil convivencia COVID-NO COVID, contención -olas de la salud- Desarrollo Económico y Social.
- D. Un nuevo mundo de la salud.
- E. Salud como vector, también, de crecimiento, generación de riqueza, empleo y desarrollo económico inclusivo.
- F. ...más allá de la salud, con un nuevo sistema de seguridad y protección social.
- G. Una auténtica cooepetencia público-público y público-privada.
- H. El respeto a las reglas del juego preexistentes, desde la responsabilidad y competencia de las partes.
- I. Las principales reformas pendientes. Reforzando el sistema de salud.

II. Europa y Salud: Una oportunidad

III. Propuestas, iniciativas, recomendaciones

IV. Observaciones y comentarios finales

Introducción

Especular en medio de la pandemia de la COVID-19 o enredarnos en potenciales escenarios económicos, sociales, laborales o políticos, además de salud, en el específico campo de evolución de los tiempos de solución de la pandemia, sus posibles rebrotes o retornos masivos o episodios de confinamiento, con pretensión de acertar al 100%, es un ejercicio académico cuyo rigor y certeza observaremos meses o años más tarde y que no añadiría grandes alternativas a los miles de informes prospectivos de simulación y proyección teórica existentes. Lo que sí podemos afirmar es tanto la gravedad de la infección y sus consecuencias inmediatas, así como las transformaciones e impactos que, de una u otra forma, habremos de vivir en los próximos meses y años. Partimos, aquí, de la asunción de un periodo indefinido de convivencia COVID-NO COVID en nuestras vidas y, sobre todo, en el seno de nuestras organizaciones y sistemas de salud, en un marco de recuperación de la economía, a su vez, indeterminable en plazos, del que hemos de dotarnos de inmediato.

Hoy resulta relevante, en mi opinión, en el seno de esta Comisión, analizar los desafíos expuestos en la motivación de su constitución y trabajos a emprender, como **una oportunidad** para, en verdad, **reconstruir o renovar nuevos espacios de futuro en el ámbito de la salud, de la economía y, por qué no decirlo, del modelo institucional y de gobernanza implicados**. En mi opinión, este Congreso haría un flaco favor a las necesidades y expectativas para un futuro mejor que los ciudadanos esperan, si se limitara a incorporar simples parches parciales atendiendo, al calor de sensaciones temporales y cortoplacistas, aún necesitadas del suficiente diagnóstico y auditoría objetivos, con miras construir un espacio nuevo y diferenciado. La sociedad quiere y necesita creer en ustedes, en este Congreso, en unas instituciones que les representen y guíen, y necesitada de reconocerles como en quienes depositar su confianza y, por qué no decirlo, recibir un poco de esperanza para transitar a un futuro complejo e incierto que, ni ha aparecido con COVID ni desaparecerá cuando la inmunidad generalizada se instale entre nosotros. Los grandes desafíos que enfrentamos ya estaban entre nosotros. Hoy, la emergencia ha acelerado su inevitable atención y preocupación u ocupación, y ha de ayudarnos a construir un futuro mejor.

Reforzar la salud, reactivar la economía modernizando el modelo productivo, fortaleciendo el sistema de protección social y de cuidados con la, se supone, nueva mejora y nueva arquitectura fiscal, y hacerlo con un determinado posicionamiento ante Europa, suponen los desafíos que ustedes se han propuesto a la búsqueda de respuestas y creo que no pueden, ni deben, abordarse como silos separados con agendas propias contrapuestas o excluyentes. Sugiero **repensar la salud y situarla como un vector esencial para el desarrollo económico y social inclusivo, en el que cinco planos diferenciados, a la vez que complementarios, se superponen, exigiendo una actuación integral e integrada,** que no única, centralizada o excluyente, y que lejos de provocar debates estériles de supuesta contraposición salud vs. economía, titularidad y ejercicio público vs. privado o búsqueda de atajos inmediatos para simples reacomodos competenciales o corrección de errores, en su caso, de la emergencia, se asuman nuevas mentalidades y comportamientos, interdependencia, intersección múltiple y diversos jugadores y roles en un protagonismo convergente, en un marco y sistema compartido, eficiente y sostenible. Una lógica y manera de abordar el futuro que ha de abandonar obstáculos y condicionantes del pasado. Estos planos interrelacionados se reflejan en la figura siguiente, reflejando un resumen de este documento-recomendación.

1. Entender/aprender del impacto del COVID-19 en los sistemas de salud, y extraer los elementos clave que han emergido en nuestras acciones y planes de respuesta.
2. La necesidad (oportunidad) de abordar un proceso de cocreación de modelos-sistemas de salud para el futuro.
3. El impacto tanto en la salud como en las “nuevas fronteras” que componen el espacio de la salud esperable.
4. El impacto que la salud tiene, también, en la generación de riqueza, empleo y bienestar.
5. Las transformaciones innovadoras y de gobernanza que hagan posible el deseado reforzamiento de los sistemas de salud.



Buenas decisiones y el corajudo acierto negociado permitieron dotarnos, en el año 1986, de una Ley de Sanidad que alumbró un exitoso camino que nos ha traído hasta aquí, respetando un marco de organización territorial y competencial, coparticipado y coprotagonista de un sistema integrado conformado por la diferencia creativa, a la vez que solidaria, colaborativa y cooperativa, vertebradora de una red de bienestar admirada y envidiada a lo largo del mundo, soporte de una sociedad más inclusiva. Hoy, el mundo de la salud no puede avanzar replicando modelos del pasado, incorporando avances continuistas, soportados en ajustes parciales sobre la lógica del pasado y de una trayectoria conformista. Como otras muchas *“industrias”*, la salud requiere enfrentarse a una profunda e intensa crisis, redefiniendo contenidos y conceptos, jugadores y sistemas, esquemas financieros y de gobierno, al servicio de las personas, centrado en las personas, provocando nuevos modelos de salud. Su relevancia debe, además, ser un elemento tractor de otras industrias e iniciativas generadoras de riqueza, empleo, bienestar y desarrollo económico.

El COVID-19 y la respuesta urgente a la pandemia, ha mostrado con absoluta virulencia la constitución real de un modelo de salud en el que lo más destacado de la respuesta no pasaba por los hospitales o la atención sanitaria específica, sino por los cuidados sociosanitarios y la movilización de los activos comunitarios al servicio de la salud. Permitanme recordar con ustedes lo que ha aprendido (o resucitado) el conocimiento experto en el ámbito profesional: “El sistema sanitario es la medida que menos impacta individualmente en la salud poblacional y, si es, por contra, la que mayor coste consume y la que mayor gasto despilfarra”. Son los determinantes sociales de la salud y la actuación sobre ellos, los que mayor capacidad de impacto tienen para mejorar el “estado de salud de las poblaciones”. Entender dichos determinantes socioeconómicos y actuar sobre ellos es el primer reto al que hoy nos enfrentamos. Así, la apuesta por las medidas no farmacológicas hubo de asentarse en medidas de aislamiento-confinamiento, distanciamiento físico e higiene, depositando la mejor “medicina” posible en el empoderamiento individual y familiar respecto de nuestra propia salud, en la obligatoriedad del cierre modulado de la economía y las restricciones a la movilidad y en el soporte comunitario. Entre tanto, la acelerada carrera a la búsqueda de tratamientos idóneos o la *“ansiosa vacuna”*, desencadena una larga esperanza confiando en que factores externos, ni controlables, ni gestionados directamente por el sistema sanitario, posibiliten la supresión del efecto y contagio mortal. Recordemos, una vez más, que la estrategia seguida no ha puesto el foco en “curar” la infección, sino en evitar el colapso del sistema sanitario, “aplanar la curva” y proporcionar el mayor cuidado y asistencia posible a los pacientes contagiados, acelerando el estudio y conocimiento del virus y su capacidad de transmisión y contagio, movilizar recursos para dotarnos de tratamientos terapéuticos y farmacológicos adecuados y encontrar la inmunidad masiva y/o vacunas adecuadas. Ganar tiempo desde la experiencia y lógica del pasado. Disponer de un buen sistema sanitario nos ha permitido salvar más del 78% de las personas ingresadas en las unidades críticas hospitalarias, cuyo colapso potencialmente previsto pudo ser evitado y debidamente gestionado.

La recomposición o reforzamiento del sistema de la salud no es un debate sobre funcionalización del personal, o de la publicación de la red, ni mucho menos de recentralizar (en realidad suprimir) los componentes del sistema nacional de salud hoy desconcentrados en los diferentes gobiernos autonómicos, entrenados, formados,

preparados, eficientes y referentes a nivel mundial No cometan ustedes el error de menospreciar el sistema sanitario del que presumían hasta hace quince días. Lo que no se puede hacer es resucitar un cascarón con competencias limitadas, por voluntad y decisión de este Congreso, que diseñó e implantó un sistema acorde con el modelo institucional del que se dotó el Estado a través de su Constitución y que es una base desde la que transitar hacia un mundo en clara transformación. La salud es una de las “industrias” que vive una intensa y efervescente transformación visible en su periferia (la tecnología, la investigación, las nuevas profesiones, la personalización y genómica, la educación de nuevas profesiones emergentes, nuevos jugadores, su interacción con la industria manufacturera, las bio ciencias, la alimentación/nutrición, las matemáticas, bioestadística y Big Data...) en un mundo galopante de nuevos jugadores, iniciativas innovadoras y necesidades sociales demandantes de nuevas soluciones, a la espera de una verdadera revolución que debe ser impulsada, apoyada o facilitada por el corazón sanitario clásico y tradicional de los últimos siglos, pero con ventanas abiertas a nuevos escenarios en los que las diferentes tecnologías exponenciales, los nuevos modelos y prácticas de gestión, las diferentes modalidades empresariales, las diferentes cadenas de valor de las que forman parte, la inevitabilidad de la clusterización e integración colaborativa entre diferentes compartiendo un mismo espacio de desarrollo, han de confluir en estrategias convergentes.

Un mundo nuevo al que aproximarnos en su integridad.

Un breve repaso a los planos convergentes:

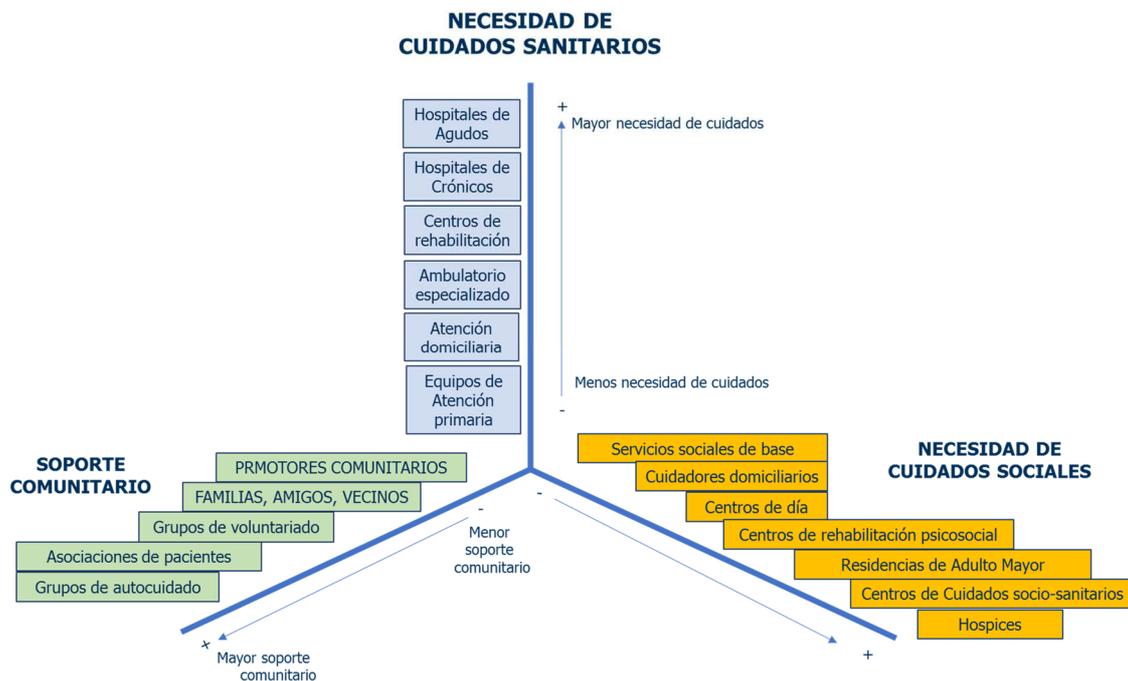
I. Consideraciones para reforzar/reconstruir un nuevo Sistema de Salud

Más allá de la finalidad en sí misma del propio sistema de salud, hemos de contemplar su para qué y propósito al servicio de un Desarrollo Inclusivo mitigador de la desigualdad, jugando un rol esencial como conductor, también, del estado de bienestar y el desarrollo económico.

Una enseñanza esencial de esta pandemia ha sido la concepción amplia de la SALUD, más allá de la ausencia de enfermedad, que si atendemos a lo que podríamos llamar “El itinerario o viaje del paciente” observamos:

A) La salud. Alcance y contenidos.

La salud fruto de la acción coordinada en tres ejes convergentes: la asistencia y prestación societaria (nuestro tradicional sistema de sanidad en sus diferentes niveles asistenciales desde la atención primaria y hospitalaria, además de la muy relegada y olvidada “Salud Pública” o antigua salubridad poblacional), la asistencia y cuidados socio-sanitarios y la asistencia y cuidados comunitarios.

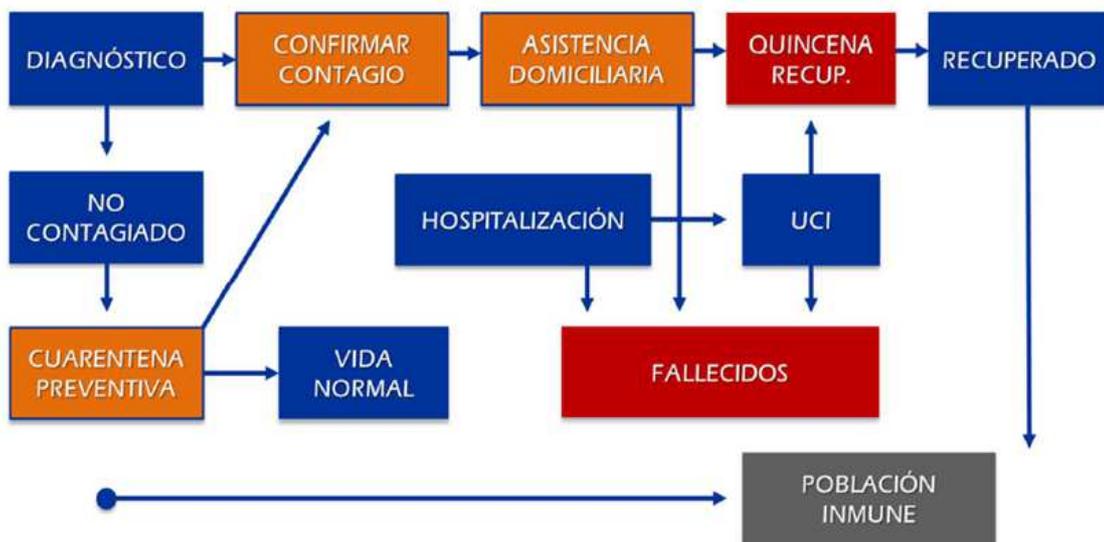


(Ejemplo Modelo de Salud Grupo Kerala)

De una u otra forma, a lo largo del Estado, los diferentes gobiernos estructuran sus diferentes sistemas de salud, servicios sociales, servicios comunitarios y activos locales de y para la salud de manera diferenciada. Distintos niveles institucionales, grados de intervención, estructuras de gobernanza, esquemas de financiación y pago-

prestación, mayor o menor grado de interacción entre agentes públicos, privados y entidades sin ánimo de lucro, conforman un mosaico, necesariamente complejo, no suficientemente integrado en algunos casos, pero con extraordinaria riqueza y aportación de valor. En esta pandemia, el foco ha estado en el eje sanitario (dentro de él sus hospitales y unidades críticas), parcialmente en los servicios sociales residenciales y en iniciativas sociales y de voluntariado comunitario, acompañantes de las políticas comunitarias, sociales y socio-sanitarias de gobiernos en sus diferentes niveles.

El proceso y flujo de actuación sanitaria aplicado contra la pandemia, cuenta con una serie de fases en las que resulta esencial ir más allá de las intervenciones propias de la salud organizada en torno al mundo sanitario tradicional.



El flujograma aquí recogido explica, en sí mismo, los retos concretos que cada fase suponía (y supone aún) y sirve para el análisis y reflexión, tanto para una evaluación del recorrido y funcionamiento del sistema y su gestión en este periodo COVID, como, sobre todo, para las líneas de mejora o cambio sobre las que habríamos de trabajar a futuro:

1. El **diagnóstico** ha sido objeto de un continuo juego de prueba y error sobre el tipo de "tests" a utilizar y validar, así como, en consecuencia, su disponibilidad, la preparación de los profesionales para su administración, la población a la que someterlos, el lugar y modo a realizarlos, el rol de los laboratorios y su acreditación, la gestión de la información, el anonimato y confidencialidad, su uso para la toma de decisiones en materia de salud pública, y, por las condiciones fijadas para la gestión del estado de alarma. Nos movemos en un espacio de "limitada fiabilidad de las pruebas", "guerra comercial global" y "conejos de indias", incluso de grandes laboratorios, y oportunistas que distribuyen sus tests sin el conocimiento real de sus resultados, calidad y seguridad analítica y clínica.
2. **Cuarentena preventiva y aislamiento domiciliario** que ha puesto en evidencia la limitada disposición de elementos clave, "kits domiciliarios", facilitadores de la

atención deseada, así como el desencadenamiento de múltiples interacciones comunitarias con terceros (en especial ONG's y servicios o iniciativas municipales), además de una cierta monitorización sanitaria.

- 3. Hospitalización.** Mucho más reducida de la prevista, con una respuesta generalmente adecuada con base al diseño de estrategia, equipos e infraestructuras, y la puesta en práctica de una intensa "atención domiciliaria"
- 4. UCI's.** un enorme reto de formación, equipamiento y gestión que se ha venido desarrollo dentro del marco de la pandemia.
- 5. Fallecimiento.** Modelo a repensar en el siempre difícil equilibrio entre la muerte digna, paliativa y acompañada, con el contagio potencial, así como el difícil momento y fórmulas restrictivas (de modo y capacidad) de despedida, entierro, funerales y duelo.

B) Los determinantes para la salud

El desigual impacto pandémico en diferentes grupos poblacionales y la desigual capacidad de intervenir con acierto en las medidas de distanciamiento físico y, sobre todo, aislamiento domiciliario y comunitario, ha puesto en valor la importancia de los "determinantes para la salud". Poblaciones más vulnerables, aisladas, marginadas, en soledad, condicionadas por su renta y "código postal" más que por su "código genético", ni pueden asumir un confinamiento extendido en el tiempo, ni reciben las condiciones de vida imprescindibles para cumplir con uno de los primeros pasos del flujo general seguido en la intervención propuesta.

Tener verdadera capacidad de mejorar el Estado de Salud de las poblaciones requiere entender sobre qué determinantes en la Salud se puede actuar para modificarla:



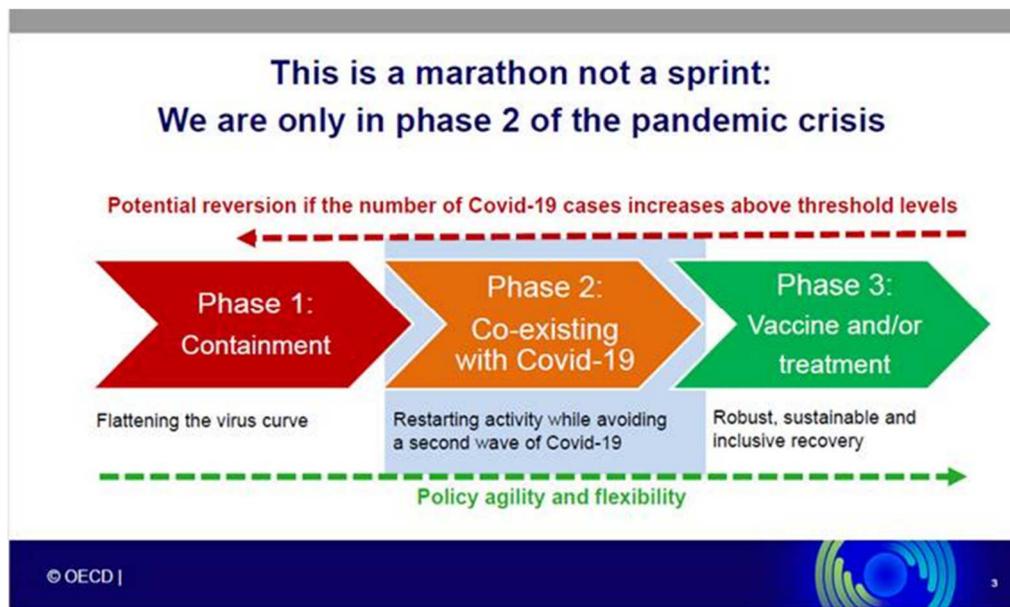
(A modo de ejemplo, cuando una población presenta diarrea como consecuencia del consumo de aguas contaminadas, es mucho más adecuado y eficiente el saneamiento apropiado de las aguas, es una medida de mayor impacto y menor coste, que pretender tratar las diarreas de la población a base de antidiarreicos de por vida).

Actuar de manera efectiva y eficiente para mejorar la salud de las personas, requiere volver a entender cómo actúan los determinantes de salud, y actuar en todos ellos (flechas rojas) y no sólo en la prestación de actividades asistenciales (círculo rojo).



C) La difícil convivencia COVID-NO COVID, contención- olas de salud- Desarrollo Económico y Social

Una reciente actualización de las previsiones inmediatas para el periodo 2020-2021 de la OCDE refleja con claridad las fases de un escenario inevitable de esta CONVIVENCIA con el COVID-19.



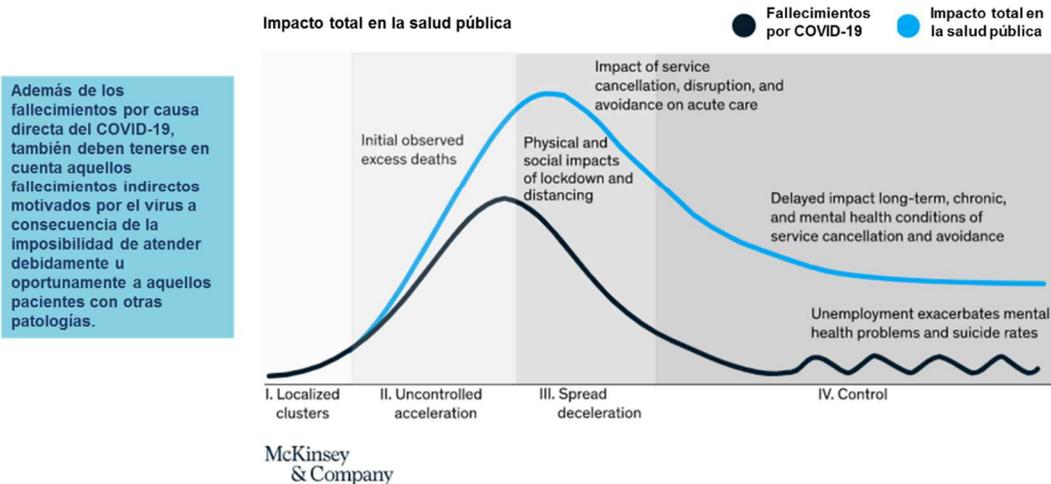
Esta convivencia, se ve agravada por dos consideraciones adicionales que han de centrar cualquier decisión y política de gestión pública de las consecuencias de la pandemia: los 136 proyectos colaborativos, acreditados, a la búsqueda de una vacuna a lo largo del mundo y/o la prueba y ensayo de tratamientos farmacológicos y terapéuticos, no estarán disponibles en meses (o al menos un año) y si repasamos cualquier estimación conservadora de fallecimientos adicionales (no directamente generados por el virus) a causa del COVID y su impacto en la salud pública, ponen de relieve la imposibilidad real de prolongar confinamientos generalizados para la población, exigiendo métodos alternativos no solo de detección y trazabilidad de grupos vulnerables o en contacto social, o de alta vulnerabilidad, o de situaciones socio-económicas especialmente marginadas o sensibles en la base de las poblaciones desfavorecidas, sino de las llamadas "otras olas" ante la crisis sanitaria: las derivadas del retraso o aplazamiento en el acceso a recursos asistenciales ordinarios, la interrupción de crónicos, las "enfermedades de la salud mental y esencial y la pobreza, así como la tristeza, depresión, soledad"... hasta la "enfermedad económica" (empleo, ingresos, certeza y expectativa de futuro, solvencia). Por no mencionar el agotamiento moral, mental y físico de los profesionales de los sistemas de salud, servicios sociales, actividades de apoyo y la sociedad en general, así como de sus gestores.

ESTADO DE SITUACIÓN

Febrero 2020 hasta el momento post-COVID-19

1.2.1 Contexto de la crisis sanitaria

Los fallecimientos por COVID-19 constituyen sólo una parte del total de fallecimientos provocados por el virus.

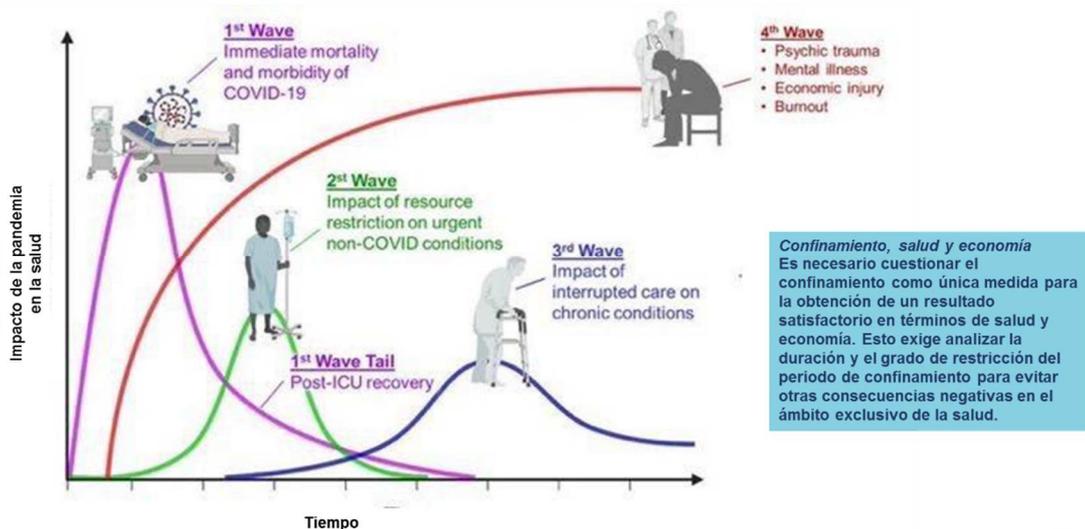


...Una medida preventiva pero no sostenible en el tiempo.

ESTADO DE SITUACIÓN

Febrero 2020 hasta el momento post-COVID-19

1.2.1 Contexto de la crisis sanitaria



...convivir con diferentes necesidades y demandas de salud

D) Un nuevo mundo de la salud

Cualquier intento de aproximación a redefinir o repensar el sistema de salud, exige contemplar el mundo futuro esperable. Ya antes de la pandemia, todos eramos conscientes no solo de la necesaria revisión, 40 años después, del sistema de salud vigente, de la imposibilidad (por ineficaz) tarea de replicar los modelos existentes para

abordar un nuevo espacio de valor y no perpetuar un sistema que, diseñado en respuesta a las demandas del pasado, se aleja de la realidad no solo de la enfermedad, de los protagonistas y estructuras del sistema, sino de las diferentes voluntades y cultura de las diferentes generaciones a las que ha de atender, a la vez. Hoy, afortunadamente, las llamadas “tecnologías exponenciales”, permiten recorrer espacios inalcanzables en el pasado.

Los mitos o discursos recurrentes provocan debates equívocos:

- “Mayor porcentaje del PIB para la salud”, como si todo “gasto” en el sistema se tradujera en mejor salud para la población.(Estados Unidos de América es el ejemplo paradigmático: el mayor porcentaje mundial destinado para un claramente mal sistema de salud, además de insuficiencia equidad).
- “Sistema público” (eficiente, justo, igualitario...) como si todo lo público (y, en la mayoría de los discursos, centralizado) fuera una panacea, en contraposición a la coparticipación privada o social sin ánimo de lucro, calificando de “privatización” cualquier tipo de servicio, soporte, actividad complementaria (¿sanidad gris?).
- Funcionarización del personal sanitario, de por vida, con independencia de las transformaciones que a lo largo del tiempo experimenta el conocimiento, los instrumentos de apoyo disponibles, el avance tecnológico, las nuevas demandas o estructuras.
- “Más ladrillo”, sacralizando la rigidez de infraestructuras cuando el mundo se mueve hacia la atención-hospital-Centro Médico a domicilio.
- Honorarios y gestión administrativa al servicio del profesional y no del paciente.
- Autoridades de salud con responsabilidad y dirección del sistema público y prácticamente de espadas, excluyente del mundo de la salud privada.
- Indicadores de gestión economistas, con presupuestos anuales y no de valor en salud.

El mundo de la salud que nos espera (ya estamos en él) es muy diferente. Cinco grandes ejes conductores abren nuevas respuestas:

- El bienestar individual del paciente o usuario (no enfermo, sino persona necesitada de salud a lo largo de su vida).
- La persona-paciente interactuando con el propio sistema de salud.
- La persona-paciente interactuando con su entorno en comunidad.
- El impacto real en la salud de las diferentes mega tendencias que, se quiera o no, llegarán.
- Los nuevos modelos y sistemas de salud resultantes

E) Salud como vector, también, de crecimiento, generación de riqueza, empleo y desarrollo económico inclusivo

Ofrecer y prestar salud de alta calidad, seguridad asistencia y con carácter universal sostenible a lo largo del tiempo, no solo es posible interactuando con la economía, sino un gran baluarte en el desarrollo endógeno e inclusivo.

El mundo de la salud comentado en el apartado anterior, demanda la clusterización de la salud (“todas aquellas actividades, soluciones y jugadores interrelacionados que explican, en un ámbito territorial concreto, la generación y aportación de valor en salud a la población”). Su efecto ha de buscar, desde el principio, el triple valor (salud, social y económico).

Las “grandes banderas” de la transformación económica, del aparato productivo, de la modernización y progreso, del nuevo “Estado de bienestar”... (la digitalización de la economía y de la sociedad y servicios públicos, la industria manufacturera inteligente, la transición verde y ecológica, la energía del futuro, la revolución tecnológica, la economía circular, la economía azul... por no mencionar el envejecimiento activo...) como “nuevos espacios de futuro” y para los que, también, desde esta Comisión para la Reconstrucción se pretende ofrece más de trabajo y solución, ven su vector impulsor y conductor en la salud.

Como veremos más adelante, la apuesta de la Unión Europea pretende movilizar la inmensa mayoría de los recursos para los próximos años (nada menos que hasta el 2058), en este tipo de “industrias” interrelacionadas con las ciencias de la salud y sus renovados programas, UE Health y Horizon Europe, buscan favorecer nuevos proyectos colaborativos inter europeos, con la implicación de las empresas, universidades, centros tecnológicos y de investigación, gobiernos y clusters innovadores para la salud a lo largo de las diferentes regiones europeas.

F) ...más allá de la salud, con un nuevo sistema de seguridad y protección social

Un sistema de protección sostenible, suficiente en su cuantía de protección, público, irregresivo y gestionado por instituciones públicas de calidad, resulta esencial en la potenciación de un Estado Social de Bienestar, al servicio de un desarrollo inclusivo.

Si hemos mencionado la necesario reinención de un sistema de salud tras sus primeros 40 años de recorrido, no podemos sino recordar la imprescindible revisión del sistema de seguridad social. El recientemente aprobado Ingreso Mínimo Vital es una estupenda oportunidad para transitar hacia una Renta Universal, como derecho subjetivo, no asociado a la empleabilidad, que cotemple:

- Una revisión y desmontaje del farragoso y complejo entramado legal preexistente, clarificar sus estados económico, financiero, patrimonial y presupuestario.
- Elaborar un catálogo de prestaciones sociales, derechos y obligaciones.
- Adecuar las entidades y procedimientos gestores a la nueva realidad (eficiencia-eficacia)

- Consolidar un sistema armónico y sostenible de pensiones, aportando la pensión pública esencial y predominante, con la complementariedad privada.
- Incorporar nuevos sistemas de aseguramiento, ahorro, previsión social voluntaria.
- Incorporar nuevas prestaciones de futuro: dependencia, soporte y desarrollo/cuidado comunitario.
- Nuevos jugadores (prestación, financiación, fiscalidad) para el ahorro personal y familiar, privado-comunitario y su canalización inversora al servicio del desarrollo endógeno del país y sus diferentes regiones diferenciadas.
- Nueva gobernanza institucional.

G) Una auténtica cooepetencia público-público, público-privada

Más allá de la colaboración, imprescindible, se trata de avanzar en modelos cooepetitivos (cooperar y cooepetir a la vez) en un sistema de auténtico compromiso y co-protagonismo que garantice un valor compartido.

La complejidad de la tarea, las distintas habilidades, capacidades, recursos y activos, conocimiento, exigibles, además de una necesaria afección ciudadana del impacto de la sociedad con los gobiernos y estrategias país, de largo plazo, obliguen a tejer complicidades y una alianza creíble, fortalecida y que suceda legislaturas y gobiernos temporales.

La cultura y práctica público-privada es un elemento clave en la legitimidad e implementación de la transformación deseada.

H) El respeto a las reglas del juego preexistentes, desde la responsabilidades y competencia de las partes

Al principio de este escrito apelaba al valor de las reglas de una Ley de Sociedad negociada en 1986, respetuosa con un espíritu y organización territorial. El Estado de las Autonomías (entonces ya hipotecado por el 23-F y la LOAPA) se abría camino hacia un proceso colaborativo, desconcentrado (en algunos casos simplemente descentralizado) que posibilitaba transitar hacia un sistema sanitario participativo.

Hoy, cuando surgen demasiadas alarmas que parecen llamar a “simplificar y coordinar la complejidad” con el fácil atajo ineficiente de la centralización, pretendiendo rellenar un “casarón vacío” en el actual Ministerio de Sanidad, no solo pensemos en la magnitud del cambio aquí descrito, o en la multi variedad de iniciativas y jugadores exigibles, sino también, en el proceso político en curso a lo largo del Estado, caracterizado por una voluntad demandante de diferentes niveeles de autogobierno, distintos modelos de relación, distintas vocaciones y voluntades insitutcionales. Observemos, también, este reclamo a lo largo de Europa y del mundo. Simplemente, por no complicar este documento, revisemos la apuesta del nuevo programa de la Unión Europea para la salud que pretende ser la primera respuesta al COVID, reforzando elementos débiles en su organiación sanitaria: **“Resulta necesaria una mejor coordinación y cooperación entre los Estados Miembros de la UE en tiempos y situaciones de crisis. El nuevo programa de salud de la UE trabajará con los Estados**

Miembros respetando el reparto de competencias en materia de política de salud establecido en el artículo 168 del Tratado de funcionamiento de la Unión Europea, utilizando los mecanismos de cooperación existentes... ha de complementar y apoyar las políticas nacionales de salud, respetando plenamente las responsabilidades de los Estados Miembros y sus políticas de salud y la organización y prestación de servicios sanitarios y atención médica”.

Tomemos buena nota. El Tratado=Constitución y Estatutos de Autonomía, Estados Miembro=Comunidades Autónomas, en este caso.

I) Las principales reformas pendientes. Reforzando el sistema de salud

La pandemia ha puesto de manifiesto una serie de barreras/obstáculos/limitaciones en los sistemas de salud, a la vez que el valor y fortaleza del mismo, apuntando algunas áreas de actuación que posibilitan reforzar, en este caso, tanto el sistema nacional de salud, como la gestión/pago europeo a los diferentes Estados Miembro y sus diferenciados sistemas de salud.

Conviene resaltar una serie de características clave que han emergido en este proceso y que habrían de ser reconsideradas cara a las propuestas de actuación:

1. **Deficiencias** en la red y sistemas de alarmas sanitarias (global, europeo, español), lentitud en la comunicación de recomendaciones, planes de respuesta generada.
2. **Carencia** de un **observatorio** y **sistema de información** sobre indicadores críticos, relevantes para la coordinación en la toma de decisiones.
3. **Equivocada** decisión del **Gobierno español** para dirigir un **“Mando Único”** desde áreas de responsabilidad inadecuadas para garantizar la inmediatez desde el conocimiento, capacitación y gestión real de los sistemas de salud, unidades de emergencias, dirección política de la Comunidades Autónomas y conexión directa con los problemas “locales” esenciales para la intervención sanitaria, intervención socio-sanitaria y ciudades comunitarios, movilidad próxima, control y gestión del distanciamiento físico y confinamiento progresivo, diferenciación de tejidos económicos y flujos poblacionales (intracomunidad, interterritorial limítrofe).
4. Del punto anterior, es destacable el uso dado a un Ministerio descapitalizado, desentrenado, alejado del sistema de salud real en cada Comunidad Autónoma.
5. Equivocada gestión centralizada de compras de EPI’s, tests y pruebas diagnósticas, infraestructuras, comunicación e información de valor.
6. **Flexibilidad**. La situación de emergencia ha posibilitado una modificación flexible de múltiples “corsés” que, en condiciones ordinarias, han dificultado la toma de decisiones: aplicación extraordinaria de créditos presupuestarios, movilización de recursos esenciales, políticas simplificadas de compras públicas esenciales, construcción de infraestructuras críticas, contratación de personal sanitario y de servicios, modificación de la organización, sistemas y funciones del personal, estructura sanitaria, modificación exprés de protocolos y guías asistenciales, reorganización de hospitales, centros médicos, unidades de atención según

prioridades, acelerar la implantación de sistemas y tecnologías de la información, aproximación a alianzas estratégicas con “nuevos jugadores” necesarios para el sistema de salud (empresas de tecnologías exponenciales, centros de matemática aplicada, especialidades en nuevas profesiones, reasignación de funciones), mejor aproximación a los servicios socio-sanitarios y comunitarios... nuevas infraestructuras sanitarias y acreditación de unidades de evaluación y validación tecnológica y terapéutica.

7. **Comunicación** e **interrelación** directa entre diferentes sistemas de salud cooperando en sus necesidades y derechos.
8. Ampliación del “espectro sanitario” hacia otras industrias y actores que potencian la realidad clusterizada de la salud en los territorios concretos en que actúan.
9. Respuesta, mayoritariamente responsable, de la población afectada por la dureza de las medidas tomadas.
10. Acierto en las principales medidas de choque, extra-salud, facilitadoras de un espacio mitigador de las consecuencias económicas, inmediatas, de la pandemia y el lockdown: Ingreso mínimo vital, ERTES, medidas de aplazamiento y suspensión de plazos judiciales, tramitación fiscal, aplazamientos, líneas exprés de acceso a una financiación de la liquidez y necesidades mínimas exigibles.

De este conjunto de actuaciones y valoraciones se deducen las principales recomendaciones a incorporar en el apartado III de este documento: Propuestas, iniciativas y recomendaciones.

II. Europa y salud: una oportunidad

Aún pendiente de las aprobaciones definitivas, la Unión Europea y sus diferentes instituciones han puesto en marcha una intensa línea de propuestas y mecanismos de pago que suponen, sobre todo, una extraordinaria oportunidad para reforzar tanto el sistema de salud, como los diferentes campos de recuperación económica, empleo y demandas sociales.

El “todo lo que sea necesario” del BCE y de la Comisaria Ursula *von der Leyen*, con el impulso del “nuevo instrumento de recuperación, Next Generation EU”, inyecta un presupuesto extraordinario apoyando a los Estados Miembros en sus inversiones, reformas, relanzamiento económico en base empresarial (solventía, proyectos inversores colaborativos y un instrumento especial de inversiones estratégicas con apoyo especial a la digitalización, la transición a la economía verde, las cadenas de valor europeas y clusters estratégicos de especial impacto microeconómico y regional). La combinación de transferencias directas y el endeudamiento a tipos de interés bajos, cero o negativos y por un larguísimo periodo para los próximos 30/40 años, abre una extraordinaria ventana de oportunidad para abordar una verdadera transformación.

Adicionalmente, por fin, Europa pone su mirada en la creación de un Programa de Sanidad “EU 4Health” que si bien ha de centrarse en la seguridad sanitaria y preparación prospectiva de futuras crisis sanitarias con aplicación concreta en cuestiones transfronterizas, “pandémico-europeas”, supone trascender de la perdida Dirección General de Salud en un marco administrativo marginal. Un buen complemento en su conexión (más allá de los casi 100.000 millones de euros asignados) con el horizonte Europa, que abre una extraordinaria vía para reforzar la investigación en salud, también, en el marco de las múltiples iniciativas transformadoras del “mundo de la salud del futuro” aquí expuestas. Este estímulo permite una interacción con las tecnologías y digitalización imprescindibles para “una mejor y distinta salud”, de la nutrición-alimentación y potenciación de cadenas de valor y clusterización vinculadas con la salud. Ventana de oportunidad para proyectos e inversiones colaborativas con departamentos y sistemas de salud, universidades, centros tecnológicos, empresas, nuevas áreas de conocimiento y nuevos jugadores, esenciales para el refuerzo y cambio deseado.

Es, por tanto, un buen momento para promover la alineación de las políticas industriales, económicas y presupuestarias, desde plataformas tecnológicas y de innovación, para una especialización inteligente de las diferentes regiones europeas, desde las capacidades y tejidos industriales, empresariales y de salud reales en cada espacio diferenciado, para dar un verdadero salto en beneficio de las próximas generaciones.

Evitar el parcheo y despilfarro para cambiar déficits heredados y, por el contrario, consturir un futuro diferente, sería el camino a seguir. Más Europa pero, sobre todo, mejor Europa.

Confiemos en que en esta ocasión, se abandonen las malas prácticas de acudir a los Foros Europeos, a “Cumbres de fines de semana”, sin los acuerdos previos, compartidos,

entre los actores implicados y esta Cámara y no esperar a conocer, a través de la prensa, las decisiones del gobierno de turno.

Hoy aquí, la “salud de la próxima generación” tiene una gran oportunidad para apoyarse en un marco innovador facilitador del proceso transformador requerido.

III. Propuestas, iniciativas y recomendaciones

1. **Plantear las medidas de refuerzo de la sanidad en un marco amplio y holístico, integral e integrado.**
 - 1.1. En línea con los objetivos de esta Comisión, a la búsqueda de respuesta a los desafíos como consecuencia de la COVID-19, pero no como un parche o atajo temporal, de inmediatez, sino como NECESIDAD y OPORTUNIDAD de Reforzar y Repensar el sistema, en red y nodal, de salud desde su desconcentración y autonomía territorial actual.
 - 1.2. Dicho refuerzo requiere la incardinación de la SALUD como vector para el desarrollo económico y social inclusivo, coadyuvante de la reactivación económica y de la redefinición y reconfiguración de una estrategia industrial, soportada en la innovación, inversiones estratégicas, potenciación de clusters estratégicos adecuados al tejido económico y competitivo real de cada región y comunidad económica, potenciados por la digitalización inteligente, la adecuación tecnológica al servicio de las personas y una transición realista y progresiva hacia las economías verdes y manufactureras.
 - 1.3. Desde el respeto y refuerzo de mejora a los diferentes “sistemas autonómicos de salud”, reforzar sus capacidades para una adecuada reconfiguración de un “Observatorio Interterritorial de Salud Pública”, dotándolo de un sistema online de alertas sanitarias, epidemias, infecciones y diagnóstico ante detección de incidencias sanitarias. Dicho observatorio facilitará el funcionamiento de un sistema de indicadores relevantes de salud y de recursos sanitarios de emergencia. El observatorio formará parte de la Red Europea de Alertas a redefinir por la Unión Europea.
 - 1.4. En colaboración con el tejido industrial del país, así como con la red ciencia, tecnología, innovación y universidades, se dotará de recursos para:
 - a) Identificación y acreditación de Centros/Universidades de Referencia para el diseño, control, aplicación de sistemas de información, diagnóstico, trazabilidad y control de procedimientos y programas sanitarios.
 - b) Validación de pruebas diagnósticas, equipos de protección personal, trazabilidad de infecciones y transmisión de enfermedades.
 - c) Dotación de “reservas estratégicas”, en materia de EPI’s, infraestructura y equipamiento de atención.
 - 1.5. Movilizar recursos hacia las Comunidades Autónomas para la adecuación y dotación de infraestructuras COVID-NO COVID para la fase (de temporalidad desconocida) de CONVIVENCIA.
 - 1.6. Facilitar el marco normativo adecuado para el estado de urgencia y alarma (tanto para el COVID, como para otras situaciones de emergencia) para facilitar a los gobiernos autonómicos la flexibilización organizativa, de funciones y

contrataciones y reasignación de personal a las diferentes unidades de atención, adecuando las necesidades y demandas requeridas. Gestión plena desde los gobiernos autonómicos y sus sistemas de salud.

2. Posicionarse ante el programa EU 4Health, así como ante la UE en la totalidad de políticas y medidas de financiación, transferencia, soporte, para la aplicación de los fondos a proyectos colaborativos (investigación, innovación, digitalización, infraestructura y emprendimiento) público-privados, con presencia compartida entre agentes de diferentes Estados Miembro, con la "garantía" (validación, impulso y control, así como dirección) de las Comunidades Autónomas en las actividades de refuerzo a los sistemas de salud, adecuados a las estrategias marco de cada uno de los gobiernos autonómicos.
3. Habilitar, desde el gobierno, los programas y complementos presupuestarios necesarios para potenciar y acelerar los proyectos de refuerzo propuestos y que obtengan el respaldo de la Unión Europea.
4. Promover, desde la participación de todos los agentes identificados, un proceso real de transformación de la salud, sistemas y modelos, reforzamiento de la salud, con la mirada puesta en la salud de futuro, en sentido holístico, para un horizonte de 15/20 años, marcando las áreas de necesidad y oportunidad, en el marco objetivo de un desarrollo inclusivo.
 - Potenciando el real acceso a la salud, con carácter universal.
 - Un sistema integrado con especial coordinación entre sus diferentes planes: asistencia y cuidado sanitario, asistencia y cuidado sociosanitario, activos y cuidados para la salud desde el ámbito y servicios comunitarios.
 - Soportado en las 5P's esenciales: predictivo, preventivo personalizada, participativo y permanente (desde antes de nacer, hasta después de morir).
 - Potenciador del modelo y principios competenciales, institucionales y desde la realidad actual, ya inspiradores tanto de la Ley general de sanidad, como de la apuesta por un modelo de Estado autonómico.
 - Garante de su sostenibilidad.
 - Parte conductora de un sistema comprehensivo, directamente vinculado con un sistema de prevención, protector y prestador de la seguridad social y el bienestar.
 - Un sistema de salud, integrador de la participación pública-pública y público-privado, tejiendo las alianzas, compromisos y roles a desempeñar para cada uno, bajo un marco general desde la "Autoridad de la Salud".
 - Redefinir la necesaria reforma y modernización de la administración pública y gobernanza, hacia una estrategia completa, no departamental, rompiendo los silos existentes.

- Redefinición de la “salud pública”, sus funciones de observación, vigilancia, control de las infecciones, enfermedades, alteraciones generales de la salud, programas poblacionales preventivos y participativos.
- Sistemas compartidos de información, desde la propiedad, privacidad y seguridad, del paciente, gestión y aplicación estadística y de indicadores de salud.
- Generar una Red de Alertas, Centros de Información con modos en todas y cada una de las Comunidades Autónomas, con la dotación de infraestructura, equipos humanos y tecnológicos adecuados, bajo la dirección de los gobiernos territoriales, como parte nodal y esencial de un sistema de observación, alarma e intervención de urgencia y emergencia europea.
- Laboratorios y centros especializados, acreditados para la intervención en salud (medicina personalizada, genómica)
- Mecanismos compartidos para la evaluación tecnológica, asignando áreas de especialización e información distribuida compartida,
- Un nuevo sistema y modelo de relaciones laborales y profesionales, sustituto del Régimen Estatutario actual que suprima rigideces del sistema:
 - Facilitador de la incorporación de nuevos “profesionales en salud”, ampliando el espacio limitador de nuevas áreas de impacto en la salud (enfermería, promotores y monitores en salud comunitaria, microbiología, bio estadística, genómica, ciencias exactas, ingeniería, bio medicina, biología, cuidadores profesionales) y la expansión del rol y empoderamiento de las profesiones, ya existentes, a desempeñar funciones de máximo valor en salud (enfermería, farmacia).
 - Poner a las personas atendibles (población y pacientes) en el centro del sistema, adecuando gestión, procedimiento y servicios a la realidad de la demanda y no a los horarios y tiempos de la estructura administrativa.
 - Revisar y reordenar los programas educativos, régimen de formación en Hospitales Clínicos universitarios, centros de atención primaria y unidades especializadas, integrados de forma debida con universidades públicas y privadas, centro de investigación, debidamente acreditados con criterios de excelencia.
- 5. Garantizar, en todo momento, el pasaporte universal sanitario de la población, desde la salvaguarda de anonimato, seguridad personal y confidencialidad, así como la propiedad de su propia hoja clínica.

Acelerar su plena digitalización, a la vez que los sistemas adecuados que hagan posible compartir su información, a efectos de generar un lugar y mejor valor en salud, con los diferentes agentes implicados.

IV. Observaciones y comentarios finales

Seguimos inmersos en la respuesta prioritaria a la pandemia del COVID-19, en el marco de la estrategia de contención y su tránsito hasta la inmunidad, parcial o total, en el momento de disponer de las medidas farmacológicas, terapéuticas y/o vacuna adecuadas. Hasta entonces resulta imprescindible CONVIVIR con el COVID-19, avanzando hacia la mayor normalidad posible.

CONVIVIR de esta forma supone seguir reforzando los elementos clave que hemos aprendido y recorrido, mejorando los sistemas de diagnóstico, identificación de focos de contagio y su trazabilidad, los modelos de cuidado y atención domiciliaria o no hospitalaria, los servicios de intervención crítica hospitalaria y la demanda sanitaria NO COVID. Reforzar la salud, en este escenario, significa intensificar el uso de la tecnología aplicada a la salud, el apoyo a investigación farmacológica de rigor, incrementar el apoyo cuidado social y comunitario, invertir en la adecuación de infraestructura sanitaria y sociosanitaria con espacios diferenciados, reestructurar y reorganizar plantillas de profesionales, compra y suministro de EPI's, etc.

Este refuerzo debe venir (seguir) acompañado de aislamiento, confinamiento, parcial y progresivo de personas vulnerables e infectadas y/o enfermas, regulando una vuelta plena al mundo del trabajo y empleo. Esto es el primer destino de recursos y esfuerzos necesarios.

A la vez, hemos de formularnos unas preguntas clave: ¿Queremos en verdad convertir esta desgracia, también, en una OPORTUNIDAD para reactivar la economía y acometer una verdadera reconstrucción, transformación o reimaginación del modelo de crecimiento y desarrollo económico, del mundo del empleo y sus relaciones laborales y hacerlo en el marco de un desarrollo inclusivo, mitigador de la desigualdad? ¿Queremos aprovechar el impulso europeo para intervenir, también, en una transformación de la propia Unión Europea y nuestro rol dentro de ella? ¿Podemos dar los pasos necesarios, también, para reforzar un Estado autonómico hacia nuevas etapas y voluntades de autogobierno?

Estamos ante una gran oportunidad para dar un salto hacia una estrategia económica-industrial-tecnológica, al servicio de la sociedad, que aborde una transición hacia la economía y energía verdes, hacia la digitalización industrial, económica y de la sociedad 5.0, hacia la economía azul del agua, mares, servicios e industrias asociadas, hacia la logística, movilidad y transporte del futuro, hacia la manufactura inteligente y las bio-ciencias para la salud en sentido amplio. Es momento de juntar piezas, elevar la mirada, observar el futuro que viene y conquistarlo.

Podemos reforzar los sistemas de salud cocreando un mundo mejor, poniendo en valor el camino hacia un nuevo espacio de salud, alineando su capacidad tractora con un modelo de desarrollo inclusivo, necesario y deseable, además de sostenible.

Aprovechemos el tiempo generado con las medidas de emergencia, rescate, las ingentes cantidades de recursos al servicio de las más vulnerables, de las empresas que han visto

paralizada o limitada su capacidad de trabajo y relancemos una estrategia, desde las raíces reales, provocando la clusterización natural de nuestras economías territoriales en su conectividad gloKalizada, en un nuevo escenario en el que la globalización del pasado se regionaliza y requiere ajustes de proximidad, también. Canalicemos los fondos europeos ofrecidos y el endeudamiento casi perpetuo del Estado y el resto de economías hacia la I+D+i orientada y dirigida a estas revoluciones pendientes, y planteemos a Europa afrontar las oportunidades de la salud, con mayúsculas, del futuro. Este sería, sin duda, el mejor posicionamiento a mantener, defender, impulsar en y para la Unión Europea. Alinear las políticas que aquí se definan a la base propuesta por la UE beneficiaría ambas partes.

Aprovechemos el paso dado con el ingreso mínimo vital para la revisión y acompañamiento esencial e imprescindible, un sistema reforzado, integral e integrado, de prevención, protección y seguridad social. Es una extraordinaria base sobre la que avanzar a una Renta Universal, paso a paso, y sostenible, que posibilite, también, la superación de la empleabilidad, dando paso a la necesaria reformulación de la nueva combinación, de la mano, de tecnología-trabajo, que requerirá mucho más que releer las normas laborales vigentes. Nueva economía, nueva salud, nueva sociedad y nuevas relaciones laborales se incorporan y exigen una regulación ad hoc, negociada, pactada, al servicio de un bien compartido.

Y tras todo esto, antes de entrar en el cierre económico-financiero-fiscal exigido, con una nueva arquitectura, justa y equitativa, no podemos olvidar la inevitabilidad de una valiente y profunda modernización y reforma de la Administración no solo en el ámbito de la salud. No deben perpetuarse unas estructuras de gobierno decimonónicas. No es socialmente justo mantener una sociedad dual: quienes tienen y tendrán empleo y beneficios asociados de por vida por trabajar en la Administración Pública y quienes no disfrutan de él, buscándose su trabajo día a día. El cambio esperable en un horizonte totalmente distinto obliga (y facilita) a repensar, de verdad, las estructuras de gobierno, las áreas de gobernanza, sus instrumentos de gestión, evaluación y control, sus mecanismos, condiciones de acceso y de salida, sus estructuras departamentales. Sanidad-salud, también requieren nuevas figuras, instrumentos, regímenes estatutarios y condiciones laborales. Han de incorporarse nuevas profesiones y profesionales asociables a ese nuevo horizonte de la salud del futuro, todos con una educación y formación especializada, ad hoc, que fortalezca sus capacidades de respuesta. También esto será “reforzar la salud”.

Y vuelta al inicio de mi exposición. No se empecinen en devolver al Paseo del Prado competencias que no le corresponden. Fortalezcan, en el marco europeo y desde el input de los gobiernos autonómicos las necesarias actividades que harán funcionar mejor el sistema y no al revés. No solamente no desmonten lo que funciona, sino que ha de fortalecerse. Una apuesta de este tipo tiene horizonte inacabable. No pongan obstáculos a demandas de autogobierno, no jueguen a falsas coordinaciones impuestas y no suplan funciones y medidas confortables y deseables por espacios de los que la realidad, el tiempo y la voluntad ciudadana les hace alejarse. No cierren las puertas a una imprescindible y real colaboración público-privada para recorrer este camino.

Señorías. La sociedad espera un mensaje y hechos confiables y motivadores hacia un esfuerzo, corresponsabilidad e incluso sacrificios que los lleven a alguna parte. A un mundo mejor. Ayudarles a reducir su incertidumbre, temor e inquietud. Animarlos, con hechos, a recorrer un camino de ilusión.

Sin duda, un largo recorrido. Pero ¿qué otra cosa cabría esperar de una Comisión especial para la Reconstrucción Social-Económica desde un Congreso de Diputados con todos los partidos y representantes democráticamente elegidos? **Es el momento de hablar del COVID en términos de oportunidad. En memoria, homenaje de todos los fallecidos, en solidaridad con sus familias y amigos.**

Señorías, tienen ustedes propuestas que desarrollan mi exposición. Les agradecería las tomen en consideración y establezcan los instrumentos adecuados para trabajarlos y hacerlos realidad.

Muchas gracias.