

**COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN  
SOCIAL Y ECONÓMICA  
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS**

**PROPUESTAS PARA LA RECONSTRUCCION  
DEL  
SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

**RAFAEL MATESANZ**

Fundador y Ex director de la  
**ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTES**  
Ex director del INSALUD. Asesor de la OMS.

## **INDICE DEL DOCUMENTO:**

- **ANTECEDENTES**
  - Una década perdida
  - Recursos humanos
  - Otras partidas
  - Salud pública y atención primaria
  - Gobernanza – El ministerio de sanidad
  - Investigación – Investigación sanitaria
  - Repercusión de la pandemia Covid-19
  
- **PROPUESTAS PARA LA RECONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**
  - Gobernanza: El Ministerio de Sanidad
  - Recursos humanos
  - Atención Primaria y comunitaria
  - Salud pública
  - Investigación I+D+I, fármacos y vacunas
  - Transformación digital
  - Coordinación de servicios sanitarios y sociales
  - Política farmacéutica, industria biosanitaria y reserva estratégica
  - Adecuar la financiación sanitaria a las necesidades reales
  - Modelo de atención sanitaria
  
- **DESARROLLO DE LAS PROPUESTAS**
  
- **CONCLUSIONES**

**"Los chinos utilizan dos pinceladas para escribir la palabra crisis. Una pincelada significa "peligro", la otra "oportunidad". En una crisis toma conciencia del peligro, pero reconoce la oportunidad", John F. Kennedy**

**El objeto de la Comisión es la “recepción de propuestas, la celebración de debates y la elaboración de conclusiones sobre las medidas a adoptar para la reconstrucción, en este caso del sistema nacional de salud, tras la crisis del coronavirus”. En este sentido, y dejando aparte la gestión sanitaria de la crisis y la opinión de cada uno sobre la misma, para entender lo que ha ocurrido y la repercusión que sobre el SNS hayan podido tener los últimos meses de intensa prueba de esfuerzo en la lucha contra la Covid-19, es necesario retrotraernos a la situación previa y al cómo y por qué habíamos llegado a ella.**

## **ANTECEDENTES**

**Antes que nada, decir que las 4 décadas de vida del Sistema Nacional de Salud son una clara historia de éxito. Se ha pasado de un sistema meramente asistencial, fragmentado y basado mayoritariamente en las cuotas de los trabajadores o en la beneficencia, con escasos centros de excelencia situados en muy pocas ciudades, a un sistema descentralizado, público y universal, articulado sobre la base de la Ley General de Sanidad de 1986, financiado vía impuestos, con una medicina de excelencia en las 17 CCAA impensable hace unas décadas. España ha aumentado en más de 9 años la esperanza de vida, ya entre las primeras del mundo, ha reducido a la cuarta parte la mortalidad infantil o a la mitad la mortalidad ajustada por edad. Ejemplos como el liderazgo mundial de la ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTES en donación de órganos durante 28 años, o nuestro sistema de Médicos Internos y Residentes (MIR), constituyen referencias internacionales de calidad. Nadie tiene que buscar en el extranjero ningún tratamiento establecido porque no exista en España, dejando aparte las terapias experimentales aún no contrastadas.**

**Sin embargo, ya desde hace años empezó a haber indicios cada vez más evidentes de que la joya del estado del bienestar mostraba signos preocupantes de fatiga. Y lo que es más grave, sin que por parte de quienes tenían en sus manos la posibilidad de enderezarlo (no solo responsables sanitarios sino muy fundamentalmente los económicos) se percibieran signos claros de voluntad o capacidad de hacerlo. Fueron bastantes las voces, incluido quien esto escribe, que insistieron en este deterioro y la necesidad de solucionarlo, algo que en las actuales circunstancias se ha vuelto inaplazable.**

Lo cierto es que la sanidad no está desde hace muchos años en lo alto de la agenda política. Basta recordar su virtual ausencia en cualquier debate de las sucesivas elecciones pasadas para ver de qué estamos hablando.

Si uno quiere ver el vaso medio lleno podemos decir que nuestra sanidad es la tercera más eficiente del mundo y la primera en Europa años luz por encima de la norteamericana. El problema es que la eficiencia pone en relación los resultados alcanzados con el dinero empleado para ello y este puesto, sensiblemente mejorado en la última década por la reducción del presupuesto inherente a la crisis del 2008, obedece en gran medida a lo relativamente poco que gastamos, sobre todo en sueldos de los profesionales, a niveles estos de Europa del Este, aunque con prestaciones y precios de Europa del Oeste.

### **UNA DÉCADA PERDIDA**

El gasto sanitario se redujo durante el periodo 2009 – 2014 en más de 7.100 millones €, pasando de superar los 73.000 en 2009 a menos de 66.000 un lustro después. Ello significa un descenso de prácticamente un 10%, que en términos reales cuando se tiene en cuenta la inflación y el aumento de costes, asciende a un 17%.

Es decir, en 5 años la crisis se llevó por delante más de 1 de cada 6€ de lo que gastábamos en sanidad, y solo en 2017 alcanzamos más o menos las cifras brutas del 2009 llegando de nuevo a los 73.000 millones. Si hablamos del gasto sanitario por persona, pasamos de 1577€ en 2009 a 1419 en 2014, recuperando a duras penas los niveles previos absolutos en la segunda mitad de la década sin contar inflación o los factores tendentes a aumentar el gasto, hasta ser de 1617€ en 2018, en el puesto 25º del mundo. En porcentaje del PIB, la sanidad española ha perdido medio punto en la última década, pasando de 6,77% a 6,24%, lo que nos ubica en el puesto 27º del mundo. Con estas cifras, se comprende que la expresión de “la mejor sanidad del mundo” con la que a veces se refiere a nuestro sistema nacional de salud, no puede ser más que una ensoñación o la expresión de un deseo, pero difícilmente una realidad. Solo las muy escasas retribuciones de unos profesionales de primer nivel mantienen la calidad del sistema con tan bajos costes.

Según Eurostat, dedicamos a sanidad (pública + privada) el 8,9% de nuestro PIB frente a la media del 9,8% para la UE, y a más que considerable distancia de los que encabezan el ranking, mientras que el gasto del sector público fue como decíamos de tan sólo un 6,24% en 2018 (Francia está en el 8% y Dinamarca en el 8,1% y además, con unos PIB per cápita sensiblemente superiores).

Este gasto público representa el 71% del gasto sanitario total frente a un 79% del conjunto de la UE. Los pagos directos por fármacos (copagos

de medicamentos y otros productos sanitarios) representaron un 24% del gasto sanitario total en 2017, un porcentaje muy por encima de la media de la UE, que se encuentra en el 16%. Estas cifras son en gran medida consecuencia de las medidas adoptadas para paliar el impacto económico de la crisis del 2008.

## **RECURSOS HUMANOS**

En mayor o menor medida, los recortes han alcanzado todas las partidas. Gran parte han ido al capítulo de personal que cayó en más de 3200 millones €, un 10,3%, a expensas tanto de la reducción de plantillas como de la paralización de nuevas contrataciones y reducción de salarios principalmente en sus partes variables y pagas extras y por supuesto en términos tanto absolutos como relativos.

Durante los años de crisis no solo no se ha creado empleo sanitario, sino que se ha destruido en cifras que según distintas estimaciones van de los 14.000 a los 45.000 según como se contabilice. Ello ha traído como consecuencia un envejecimiento progresivo de médicos, enfermería y demás personal y un bloqueo selectivo de la contratación de jóvenes que pone en riesgo el relevo generacional sobre todo en sectores muy especializados.

Escasez, mala retribución y serios problemas de inestabilidad laboral, están en la base de gran parte de los males de nuestra sanidad. El porcentaje de sanitarios con un contrato temporal, que en 2012 era de un 27%, en 2017 lejos de mejorar, había ascendido al 30%, lo que contribuye muy poco a la estabilidad del sector. A nadie puede extrañar que, ante estas perspectivas, muchos jóvenes, sobre todo de especialidades con mucha demanda como la pediatría o la anestesia, elijan la sanidad privada como primera opción, algo impensable hace no mucho y que desde luego no augura nada bueno al sector público.

Como resultado lógico de esta situación, muchos de nuestros mejores jóvenes se han visto obligados a emigrar a otros países. Según la Organización Médica Colegial, en 5 años se expidieron más de 15.000 certificados de idoneidad para médicos, de los que el 70% eran para trabajar en el extranjero. En el caso de la enfermería se ha estimado en al menos 8.000 los emigrados a la Unión Europea y en países como el Reino Unido representan más del 60% de los trabajadores sanitarios españoles. Como consecuencia de la globalización, los puestos de trabajo inestables y mal remunerados que nuestros jóvenes lógicamente no quieren, pasan a ser ocupados por sanitarios de otros países habitualmente no tan bien formados como los españoles. La consecuencia es que aparte el déficit

cuantitativo, la calidad de nuestro sistema sanitario puede resentirse seriamente por el déficit selectivo de personal bien preparado (que formamos y pagamos nosotros) en puestos clave, si no mejoran tanto la oferta de empleo en el sector público como las condiciones del mismo y se hacen atractivas para nuestros jóvenes.

La preocupación por el considerable número de profesionales que van a llegar a la jubilación en los próximos años frente a una mala coordinación en la formación de nuevos médicos y enfermeras que incluso ha sido resaltada por la Comisión Europea en su último informe, constituye otro nubarrón en el horizonte de la sanidad española de no fácil solución a corto y medio plazo con carencias cada vez más acentuadas de determinados especialistas.

## **OTRAS PARTIDAS**

La inversión sanitaria en obras y equipos cayó en el mismo período un 7,5%, aunque en algunas CCAA superó el 20% dejando paralizado cualquier proyecto de renovación. Otras partidas en distintos organismos sufrieron recortes iguales o mayores: por ejemplo, la que destinamos en la ONT a la formación de profesionales se redujo en un 20% en 2013 sin que se haya recuperado posteriormente.

Todas estas estrecheces dejan cicatrices. La reducción de inversiones ha frenado en seco la apertura de nuevos centros, paralizado sine die algunos hospitales a los que la crisis les pilló en fase de construcción o bien ha inducido la adopción de fórmulas público-privadas con la consiguiente polémica de privatización por medio. Por otra parte, la obsolescencia se ha adueñado del parque tecnológico español ante las dificultades de renovación. La patronal FENIN cifró en 1400 millones € las necesidades para los siguientes 4 años, sin contar nuevos centros o reemplazo de tecnologías obsoletas, aportando la información de que el 70 por ciento de los TAC, el 69 por ciento de los ecógrafos y el 81 por ciento de los equipos de soporte vital superaban a finales de 2016, los cinco años de antigüedad, cuando se considera óptimo que el 60% de estos aparatos tengan menos de 5 años.

Un termómetro bastante fidedigno de insuficiencia presupuestaria son las listas de espera quirúrgicas (también las médicas y de pruebas diagnósticas, pero éstas son más complejas de evaluar y comparar). No muchos meses antes de la pandemia se publicaron las cifras de demora quirúrgica constatándose máximos históricos totales y en muchas comunidades tanto en número como en tiempos de espera. No es difícil imaginar como estarán cuando esté todo de nuevo en marcha tras unos cuantos meses de inactividad absoluta por el Covid-19. Salvo alguna

acción puntual, el volumen de la espera quirúrgica y sobre todo el tiempo medio de demora son inversamente proporcionales a los recursos que se destinan a este fin y en un sistema de cobertura universal como el nuestro, el tiempo que espera un enfermo para ser atendido es claramente una forma de copago, tanto mayor cuanto más prolongada sea la espera: un problema de insuficiencia de recursos muchas veces sumado a una gestión claramente ineficaz de los mismos

## **SALUD PÚBLICA Y ATENCIÓN PRIMARIA**

Si nos referimos a la salud pública, algo hoy especialmente relevante, en el período 2010-2014, el gasto total del Sistema Nacional de Salud en salud pública pasó de 2.264 millones € a 1.875, una reducción de cerca de un 20% o lo que es lo mismo 1 punto porcentual (del 2,94 al 1,95%). Luego se produjo un crecimiento moderado hasta 2023 millones € (1,98%) sin recuperar por tanto los niveles previos a la anterior crisis.

La atención primaria, concebida para ser la base del sistema, con un modelo que en tiempos fue rompedor y que hoy pocos dudan que necesita una reconsideración global, vivía ya momentos convulsos en muchas comunidades motivados fundamentalmente por una sobrecarga progresiva de trabajo a la que durante muchos años tan solo se le han puesto algunos parches. La evolución temporal de la ratio media de personas asignadas a profesionales de primaria en el conjunto del estado fue descendente, tanto para médicos como enfermeras entre los años 2004 a 2012, para estabilizarse a partir de ahí como consecuencia de la crisis y sin signos de recuperación posterior pese a que la población sobre la que se actúa es cada vez mayor, con más enfermedades crónicas y seguramente más demandante. Esta situación, ampliamente sobrepasada por la crisis es sin duda una de las que requiere una más rápida solución de cara a eventuales futuras oleadas dado que la estrategia diseñada para el rastreo y la detección de nuevos casos se hace pivotar sobre la atención primaria.

La *Estadística de Gasto Sanitario Público* correspondiente al año 2018 es la última referencia oficial. La inversión total en primaria de las 17 autonomías fue ese año de 9.176 millones de euros, un 13,9% de su gasto sanitario total. Ese mismo ejercicio, las comunidades se gastaron en hospitales y asistencia especializada 41.395 millones de euros, un 62,8% de la inversión sanitaria global

A un sistema crónicamente infrafinanciado y con recortes adicionales, se une el encarecimiento de la demanda asistencial condicionada por el envejecimiento, el aumento de la población, la introducción de medicinas y tecnologías más caras y las exigencias crecientes de una sociedad cada vez más desarrollada y consciente de sus derechos. Además, la mala financiación de la dependencia hace recaer muchas de sus demandas sobre el sistema sanitario.

## **GOBERNANZA. EL MINISTERIO DE SANIDAD**

Frente a ello, una lamentable ausencia de liderazgo del Ministerio de Sanidad con un papel que se ha ido haciendo cada vez más irrelevante: nueve ministros en los últimos 10 años, algunos de ellos de los que es difícil encontrar huella alguna. Esta escasa permanencia en el cargo y el hecho de que muchos de ellos no provengan del campo sanitario y necesiten por tanto un periodo de adaptación hace que el tiempo en que España ha tenido un ministro pleno conocedor del tema haya sido más bien escaso durante las últimas dos décadas, precisamente desde que se completaron las transferencias a las comunidades. Ello da una idea de la situación y muestra el escaso concepto en que los sucesivos gobiernos han tenido esta cartera. Sin embargo, los escasos momentos en que este liderazgo se ha producido no han hecho sino reafirmar la necesidad del mismo. Hace falta una autoridad sanitaria con su papel rector y coordinador de la sanidad, que por desgracia no puede decirse que hayamos tenido.

Las soluciones vicariantes planteadas por las comunidades han sido tan diversas como inconexas, pero con un factor común salvo excepciones: el carácter continuista con un sistema concebido el siglo pasado, pero inadecuado para atender los retos del siglo XXI. Tampoco los presupuestos posteriores a la crisis han permitido una inyección económica que pudiera dar solución ni de lejos a todos estos temas.

Desde que en el 2002 se completaron las transferencias sanitarias, la estructura del Ministerio de Sanidad no ha hecho más que reducirse sin que ello haya traído como consecuencia una agilización de la misma. A una lógica transferencia de gran parte del personal a las autonomías al disolverse el Insalud se ha unido la política de no reposición de personal, mantenida a lo largo de los años y que ha traído como consecuencia la reducción y el envejecimiento de la estructura ministerial, así como la pérdida de las competencias sociales y de consumo que sin duda han contribuido a su debilidad actual ya que la dotación funcional general para abastecer estos ministerios ni mucho menos se ha multiplicado por tres. Por otra parte, su estructura orgánica no se ha modificado en sus aspectos básicos desde las transferencias pese a que las circunstancias obviamente han cambiado bastante.

En estas circunstancias, y dejando aparte la opinión que cada cual pueda tener sobre la gestión de la pandemia, no muy afortunada a la vista de los resultados, lo cierto es que el sistema nacional de salud no estaba en su mejor momento ni en las mejores condiciones ni para detectarla a tiempo ni para afrontar una prueba de esfuerzo de las dimensiones de la que estamos sufriendo.

En todo caso, a la hora de valorar la respuesta del SNS desde el punto de vista asistencial, hay que decir que para colapsar un sistema sanitario, es suficiente con que el 1% de la población enferme en un intervalo corto de tiempo que podemos establecer en unos pocos meses. Cada año el sistema responde con dificultades a situaciones de stress como son las epidemias de gripe, pero es imposible que ningún sistema esté dimensionado para responder sin problemas a una situación como la que hemos vivido. Otra cosa es que unas menores estrecheces y un mayor fondo de armario nos hubieran permitido afrontarla con muchas más garantías de éxito.

## **INVESTIGACIÓN - INVESTIGACIÓN SANITARIA**

Con respecto a la investigación, los buenos propósitos explicitados a principios de siglo para elevar la inversión en investigación de un 1 a un 2% del PIB (que es más o menos la media de la zona euro: 2,03%), se encuentran a distancias abismales con solo un 1,19%. El estado no ha podido o no ha sabido conseguir este aumento progresivo, que llegó hasta el 1,5% en 2008 para luego desplomarse con las vacas flacas, que era precisamente cuando más falta hacía. Estamos prácticamente donde estábamos hace 15 años, con un retroceso en inversión pública del -12,6% desde 2009 según datos del INE y del Eurostat, frente a un aumento del 17,5% en la zona euro, con cifras del 29,2% en Reino Unido y 35,7% en Alemania. Las diferencias que ya eran grandes se están haciendo abismales y el sector privado no ha ayudado demasiado, lejos de las cifras de los países de nuestro entorno.

El desastre se entiende mejor con algunas cifras. Entre 2010 y 2014 se perdieron 27.000 puestos de trabajo entre científicos y técnicos. El Informe sobre la Ciencia y la Tecnología en España, eleva esta cifra hasta cerca de 90.000, al sumar los 61.900 que deberían haberse creado de haberse mantenido el crecimiento pre-crisis. La Red de Asociaciones de Investigadores y Científicos Españoles en el Exterior afirma que hay entre 15.000 y 20.000 investigadores españoles fuera de nuestras fronteras. Una verdadera sangría de talento e ilusiones para nuestra juventud que además hipoteca gravemente nuestro futuro como país. Como ejemplo sintomático, las solicitudes de patentes entre 2008 y 2014 disminuyeron un 60%.

## **REPERCUSIÓN DE LA PANDEMIA COVID-19**

A estas estrecheces hay que añadir los evidentes daños causados por la pandemia Covid-19 al SNS. El más grave es el que afecta a los profesionales sanitarios, con más de 50.000 infectados, de los que un porcentaje importante siguen enfermos o han fallecido, aparte el desgaste físico y psicológico que afecta a la práctica totalidad del sistema. Cualquier medida a corto, medio y largo plazo debe pasar por medidas que apuesten por la recuperación del mayor capital que tiene el SNS: sus profesionales. Los sistemas de salud de las CCAA deberán escuchar más a sus trabajadores, incrementar su número y su motivación, eliminar la precariedad y gestionarlos y retribuirlos mejor.

Otro aspecto relevante de la epidemia por coronavirus es el de los daños colaterales que la crisis está generando sobre enfermos no infectados por el virus, pero que lógicamente presentan patologías de todo tipo, y que no están pudiendo ser atendidas como lo hubieran sido en condiciones normales. Es la simple consecuencia de la avalancha de casos de Covid-19 en los hospitales y centro de salud de los países más afectados por la pandemia.

El fenómeno afecta en mayor o menor medida a cualquier enfermo, desde la anulación de consultas, pruebas diagnósticas o intervenciones quirúrgicas, a la infravaloración de síntomas potencialmente graves de personas que evitan a toda costa acudir a urgencias o a su centro de salud por temor al contagio. Hay patologías como el infarto de miocardio en las que el descenso de casos atendidos, estimado en un 40-50% tanto en España como en Italia como país también muy golpeado por la pandemia, es fácil de constatar sin que haya ninguna razón aparente para que la incidencia real haya disminuido. Algo parecido está ocurriendo con los ictus y según algunos informes con otras muchas patologías. Todo hace pensar que en los próximos meses van a aflorar estos casos “aplazados”, muchos de ellos con lesiones que pueden ser irreversibles como consecuencia de la espera.

Un ejemplo de entre los sectores más afectados por la crisis y que a su vez constituye un termómetro bastante exacto del grado de presión sobre los hospitales, es la donación y el trasplante de órganos. Las razones son bastante obvias: las donaciones se materializan en las UVI y éstas llegaron a tener todos sus efectivos materiales y personales dedicados al coronavirus y eventualmente a alguna urgencia vital que pudiera producirse. Los datos hechos públicos por la ONT son demoledores. De unas cifras previas de 50-60 donantes y 120-130 trasplantes a la semana, se pasa a principios de abril a tan solo 2 donantes y 3 trasplantes en toda España. Afortunadamente la menor presión hospitalaria secundaria al progresivo control de la pandemia ha permitido ir recuperando la actividad,

aunque todavía se encuentra en valores de alrededor de la mitad de las cifras normales. La ONT en colaboración con las CCAA ha elaborado un Plan Estratégico para conseguir la reanudación progresiva de la actividad trasplantadora, adaptándose a las nuevas circunstancias, que bien pudiera servir como modelo para otras especialidades que deberán reconsiderar su práctica diaria mientras se recupera el terreno perdido durante la fase más dura de la crisis.

Un panorama no muy esperanzador. Sin embargo, las crisis representan siempre una fuente de oportunidades y en este caso no se trata de volver a la situación previa, sino de dar un salto cualitativo que garantice su supervivencia para las próximas décadas. El inmovilismo no puede ser nunca una opción.

## **PROPUESTAS PARA LA RECONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

Vamos primero a enumerar y posteriormente a desarrollar las propuestas a aplicar para la reconstrucción del SNS de acuerdo con los puntos acordados por los grupos políticos para el grupo de trabajo sanitario de la Comisión. El esquema sería el siguiente:

- **Gobernanza**
  - Aumento del presupuesto sanitario público hasta la media de la Unión Europea. Objetivo: llegar al 7,5% desde el 6,24% actual. Significaría unos 15.000 millones de euros
  - Lucha frente a las desigualdades, con un fondo de cohesión de al menos un 3% de la financiación total del SNS: unos 2.200 millones de euros
  - Homogeneización gasto sanitario/CCAA: Reducir desigualdades.
  - Reforzamiento del Ministerio de Sanidad. Creación de estructuras coordinadoras temáticas, dirigidas por profesionales de prestigio y capacidad de liderazgo, similares a la ONT.
  - Recuperación del Instituto de Salud Carlos III
  - Aplicación de la Ley General de Salud Pública 33/2011, y de su desarrollo reglamentario, con la consiguiente creación de una Agencia Nacional de Salud Pública
  - Impulso de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, de 2003
  - Profesionalización de los cargos directivos

- Papel más resolutivo del Consejo Interterritorial, con una dirección compartida del Sistema Nacional de Salud en cooperación con las CCAA
- Desarrollo de un sistema de información mucho más completo y ágil que el actual.
- Revisión de la estrategia nacional de salud mental.
  
- **Recursos humanos**
  - La prioridad para levantar el SNS es reconquistar la confianza de los profesionales sanitarios.
  - Política retributiva:
    - Homologación salarial progresiva con los países de nuestro entorno.
    - Homogeneización entre CCAA.
    - Cambio del modelo retributivo, más ligado a objetivos negociados
  - Creación especialidades de Urgencias e Infecciosas
  - Reordenación de las profesiones sanitarias en donde se aproveche todo el potencial de la enfermería. Las enfermeras son clave y su papel debe ser fundamental para el cambio del SNS
  - Reconsideración del Modelo MIR
  - Importancia de la formación continuada no dependiente de la industria farmacéutica.
  - Estabilidad laboral, poniendo fin a la interinidad en el SNS
  - Evitar fuga de sanitarios a otros países
  - Empoderamiento de los profesionales. Mayor capacidad de autogestión y autoorganización, con menos interferencias políticas
  - Meritocracia en la selección de personal. No mera antigüedad.
  
- **Atención Primaria y comunitaria**
  - Reconsideración global de la atención primaria, colocándola en el centro del sistema, con un refuerzo tanto cuantitativo como cualitativo.
  - Incremento progresivo del presupuesto hasta situarla a corto plazo en el 20% y a medio plazo en el 25% del gasto sanitario desde el 13,9% actual
  - Subrayar el enfoque comunitario de la especialidad de la Medicina de Familia y la atención domiciliaria. Papel central en la salud pública.
  - Potenciar al máximo la telemedicina, tanto para mejorar el funcionamiento de la primaria como para una mejor coordinación con el hospital.

- **Mejorar la capacidad de resolución, con una mayor orientación al cuidado de la cronicidad y una reducción del hospitalocentrismo, modificando así el eje actual del SNS.**
- **Orientación a la cronicidad, responsable del 76% de los actos médicos tanto en primaria como en hospitales.**
- **En suma, creación de una atención primaria potente, con mayor capacidad de resolución de patologías, conectada con su comunidad y que lidere el espacio socio-sanitario, con unas estructuras directivas diferenciadas y diseñadas para la atención de domicilios, residencias de mayores y atención continuada.**
  
- **Salud pública**
  - **Aplicación de la Ley General de Salud Pública 33/2011, y de su desarrollo reglamentario.**
  - **Creación de una Agencia Nacional de Salud Pública.**
  - **Refuerzo significativo de la red de vigilancia epidemiológica**
  - **Desarrollo de una Estrategia Nacional de Salud Pública con especial hincapié en la modernización de la red de vigilancia epidemiológica y la preparación de un plan de acción para futuras pandemias**
  - **La salud pública empoderada que salga de esta crisis deberá estar estrechamente conectada con la atención primaria, que una vez más, debe situarse en el centro del sistema**
  
- **Investigación I+D+I, fármacos y vacunas**
  - **Recuperación para Sanidad del Instituto de Salud Carlos III, corrigiendo una situación que como ha puesto de manifiesto la presente crisis, no tiene ningún sentido dado el carácter fundamental para el SNS de muchos de los organismos situados en el Instituto.**
  - **Situación actual caracterizada por problemas de inversión y de cortoplacismo que se debería combatir garantizando estabilidad laboral y salarios dignos para los investigadores, junto con presupuestos plurianuales que garanticen líneas de investigación estables.**
  - **Definición de líneas estratégicas con financiación adecuada y evaluación rigurosa de los resultados**
  - **Incrementar progresivamente el presupuesto dedicado a investigación hasta un 2% del PIB, lo que nos pondría en la media europea.**
  - **Solo una voluntad política explicitada por un pacto de estado entre todos los partidos podría garantizar una priorización sostenida del sector que sentara las bases de un nuevo modelo productivo.**

- **Coordinación de servicios sanitarios y sociales**
  - Necesidad de crear un Sistema Nacional Sociosanitario en el que la sanidad y los servicios sociales compartan políticas activas
  - Unificación del mando sociosanitario en el plano estatal y autonómico
  - Involucrar a la atención primaria en el cuidado de las residencias, tanto desde el punto de vista preventivo como asistencial
  
- **Política farmacéutica, industria biosanitaria y reserva estratégica**
  - Necesidad de una industria farmacéutica estatal que pueda producir fármacos, vacunas u otros productos sanitarios de valor estratégico en momentos como éste, o cuando haya peligro de desabastecimiento
  - Renovación del modelo de fijación de precios de los medicamentos para que se acerquen al coste real de fabricación e investigación y no sean precios abusivos.
  - Creación de una reserva estratégica estatal y autonómica en prevención de futuras pandemias
  
- **Modelo de atención sanitaria**
  - Mantenimiento del esquema general del modelo
  - Reducción progresiva del hospitalocentrismo imperante en la actualidad, buscando una visión más equilibrada entre atención primaria, salud pública y hospitalaria
  - Necesidad de que los posibles incrementos no se dediquen de forma exclusiva o prioritaria a potenciar de forma mimética los mismos campos de actuación de ahora. Atención de las líneas prioritarias.

# DESARROLLO DE LAS PROPUESTAS

Hay que partir de la base que la posibilidad de que tras la crisis, el SNS se quede como está ahora, **NO DEBE SER UNA OPCIÓN**. Si no evoluciona, las evidentes carencias que ya se habían señalado, pero que el COVID-19 ha aflorado, acabarán deteriorando el sistema hasta llegar a una situación irreversible. Vamos a comentar las distintas líneas en las que se han estructurado las distintas reformas.

## **GOBERNANZA. EL MINISTERIO DE SANIDAD:**

Ante todo, dejar constancia de que las medidas a adoptar van a ser difícilmente alcanzables en general, pero en este apartado de la gobernanza en particular, si no se llega a un acuerdo entre todas las fuerzas políticas que saque a la sanidad de la batalla diaria, y permita plantear unos objetivos comunes a todas las CCAA.

Para articular esta gobernanza es indispensable un fortalecimiento y agilización de la estructura del Ministerio de Sanidad. Se echa en falta sobre todo la existencia de un liderazgo del Sistema Nacional de Salud, que debe pasar por:

- Presencia de profesionales expertos y de prestigio al frente del Ministerio
- Creación de estructuras coordinadoras temáticas dirigidas por profesionales de prestigio y capacidad de liderazgo, similares a la ONT que aporten valor a la gestión diaria de las CCAA.
- Profesionalización de cargos directivos
- Papel más resolutivo del Consejo Interterritorial, al menos en determinados temas básicos en los que se alcance un consenso entre un porcentaje importante de las CCAA.

Con estas directrices, sería necesario aparte dotar al SNS de un mayor presupuesto que debería llegar al menos a la media de la Unión Europea, a un 7,5% del PIB desde el 6,24% actual, una reconsideración del papel del ministerio como agente inductor y guía del cambio organizativo necesario en todo el sistema y una mejor dotación del mismo. Para ello se le debería dotar de una nueva estructura y presupuestos adecuados, en especial unos fondos de cohesión realmente significativos que deberían alcanzar al menos un 3% del presupuesto del SNS, unos 2.200 millones €.

**Este ministerio debería conseguir marcar las grandes directrices sanitarias consensuadas con las CCAA, para lograr una dirección compartida del SNS. Ello pasaría por una reconsideración de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, de 2003. Un punto fundamental sería avanzar hacia la homogeneización del gasto sanitario entre las distintas comunidades, hoy día con muy marcadas desigualdades que llegan a ser hasta del 30% en € per cápita entre los extremos. Y por supuesto el desarrollo de un sistema de información mucho más completo y ágil que el actual, que tanto se ha echado de menos durante la pandemia y que es imprescindible para tomar decisiones.**

**Un aspecto fundamental en el que parece haber bastante acuerdo es en la aplicación de la Ley General de Salud Pública 33/2011, y de su desarrollo reglamentario, con la consiguiente creación de una Agencia Nacional de Salud Pública. De igual manera va a ser precisa una revisión de la estrategia nacional de salud mental, sobre todo a la vista de los estragos que en este campo en concreto ha causado y está causando tanto la pandemia en si, como las medidas adaptadas para combatirla.**

## **RECURSOS HUMANOS**

**Es uno de los aspectos fundamentales para reconstruir el SNS. Los profesionales sanitarios han mostrado en toda España una gran capacidad de reacción y autoorganización ante la pandemia, además de haber sufrido en primerísima línea las mayores embestidas de la misma. Los más de 50.000 sanitarios infectados hasta ahora y un buen número de fallecidos son una buena prueba de ello, aparte de las notables secuelas físicas y psicológicas que se irán haciendo cada vez más patentes en los próximos meses. Un punto fundamental por tanto va a ser reconquistar la confianza de los profesionales sanitarios, francamente deteriorada por los numerosos fallos habidos durante la gestión de la pandemia.**

**Para ello va a ser básico atender una serie de demandas que ya existían antes de la pandemia, pero que se han acrecentado durante la misma. Es preciso proceder a una equiparación gradual a los niveles retributivos de sus homólogos de Europa Occidental, hoy francamente alejados de los españoles y causa de una fuga de médicos y enfermeras jóvenes a otros países.**

**Junto a ello, hay que promover de una forma decidida la estabilidad laboral, tantas veces demorada, incorporando la meritocracia en la selección de personal y reduciendo al máximo o eliminando la interinidad.**

**Algunas de las figuras profesionales que se han mostrado fundamentales en la lucha contra el virus deben ser reconocidas y potenciadas con miras al futuro. Es el caso de los médicos de urgencias y enfermedades infecciosas, dos colectivos clave en la lucha contra el COVID-19 y que sin embargo llevan luchando sin éxito por conseguir su especialidad desde hace muchos años. Estas dos especialidades deben ser reconocidas lo que haría posible la formación de nuevos especialistas de una forma reglada.**

**Un capítulo especial merece la enfermería. Siempre han sido claves en el funcionamiento del SNS, pero la crisis les ha hecho mucho más visibles y necesarias. Además de la necesaria equiparación salarial con sus homólogas de los países vecinos, es precisa una reordenación de las profesiones sanitarias en donde se aproveche todo el potencial de las enfermeras y otras profesiones y se les reconozca como uno de los agentes más importantes del cambio en el SNS.**

**Otra de las reformas pendientes es la reconsideración de nuestro sistema MIR, uno de los orgullos del SNS, pero cuya reforma, eternamente aplazada es ya una necesidad.**

**Todas estas líneas de acción deben converger en un empoderamiento de los profesionales, que tan importante ha sido en la lucha contra la pandemia. Hay que avanzar en la autogestión y la autoorganización de los profesionales con menos interferencias políticas en la gestión del día a día. Su formación continuada es fundamental para el buen desarrollo del SNS y debe ser financiada a cargo de fondos públicos, independientes de la industria farmacéutica o tecnológica, para de esta forma mantenerse al margen de intereses que pueden no coincidir con los del sistema.**

## **ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA**

**La reconsideración global de la atención primaria es una de las asignaturas pendientes de nuestro SNS desde hace muchos años. Documentos ha habido muchos, entre ellos el más reciente pivotado por el Ministerio de Sanidad y aprobado por el Consejo de Ministros en abril del pasado año. Las directrices de aquel documento pueden ser suscritas en líneas generales por el sistema, pero con independencia del modelo que se pueda adoptar, hay una serie de puntos irrenunciables sin los cuales todo cambio se quedaría en palabras:**

**El primero y fundamental es el de la financiación. Si en este momento la atención primaria representa tan solo el 13,9% del gasto sanitario total,**

**es preciso que este porcentaje suba de manera inmediata hasta el 20%, dada la urgencia de la situación creada por la pandemia y sus posibles rebrotes, y de forma progresiva hasta el 25% si realmente queremos reforzarla y atribuirle un papel central y más extenso tanto en la sanidad en general como en el control de epidemias en particular. Y tan importante es contar con más recursos como aplicarlos correctamente, no destinarlos a hacer más de lo mismo. Hay que proceder a una reconsideración global de la atención primaria con un giro copernicano de su situación actual.**

**Es necesario por supuesto un refuerzo cuantitativo, pero también cualitativo, mejorando su capacidad resolutive para reducir significativamente la dependencia de la población de los hospitales. Al mismo tiempo, y con la dotación necesaria, es preciso subrayar el enfoque comunitario de la especialidad de la Medicina de Familia y la atención domiciliaria.**

**De igual manera, se debe orientar la atención primaria hacia el reto de la cronicidad, una situación en la que se ven 3 de cada 4 españoles de más de 65 años y que está relacionada con el 76% de las actuaciones médicas tanto en primaria como en especializada. Debe liderar igualmente el espacio sociosanitario, encargándose de la atención médica de las residencias que tanto se ha echado en falta en esta pandemia.**

**Con respecto a la salud pública, la atención primaria debe jugar un papel central, en íntimo contacto con las estructuras ya existentes, pero con una formación y unos recursos suficientes como para que dispongamos de un sistema de vigilancia epidemiológica eficiente que prevenga mejor un nuevo rebrote de la pandemia.**

**Para todas estas misiones la implantación y el desarrollo de la telemedicina, que permita además una conexión ágil con los hospitales, es absolutamente imprescindible.**

**Se trata en suma de crear una atención primaria potente, conectada con su comunidad y que lidere el espacio socio-sanitario, con unas estructuras directivas diferenciadas, y diseñadas para la toma de control de domicilios, residencias de mayores y atención continuada. Con ello se pretende reducir el hospitalocentrismo y hacer que el eje real del SNS se desvíe hacia la atención primaria, no considerada como el centro de salud, sino la comunidad, para que la prevención y promoción de la salud sean las protagonistas de la concepción de la sanidad de estos tiempos**

## **SALUD PÚBLICA**

En el apartado de Salud Pública, es ineludible desarrollar y en su caso revisar si fuera preciso la Ley General de Salud Pública 33/2011, que quedó en suspenso con la anterior crisis y que probablemente habría servido para afrontar mejor la situación actual. Como puntos fundamentales hay que señalar la creación de una Agencia Nacional de Salud Pública, un refuerzo significativo de la red de vigilancia y el desarrollo de una estrategia nacional con especial hincapié en la vigilancia epidemiológica y la preparación de un plan de acción para futuras pandemias. Así mismo es necesario incorporar la salud en todas las políticas y la evaluación del impacto en salud. Todo ello dentro de un proyecto de salud global en el marco de la Unión Europea y de la OMS. Un aspecto importante en salud pública sería la recuperación del Instituto de Salud Carlos III para el Ministerio de Sanidad, dado que en él radican una serie de estructuras dedicadas a epidemiología, laboratorios de referencia o la propia escuela nacional de sanidad que no tienen ningún sentido fuera de este ministerio.

## **INVESTIGACIÓN I+D+I, FÁRMACOS Y VACUNAS**

Dado que la situación actual de la investigación biomédica en España se caracteriza sobre todo por problemas de inversión y de cortoplacismo, habría que asegurar la estabilidad laboral y salarios dignos para los investigadores, junto con presupuestos plurianuales que garanticen líneas de investigación estables. Sería preciso definir las líneas estratégicas prioritarias, garantizando una financiación adecuada y una evaluación rigurosa de los resultados.

En cuanto a la disponibilidad presupuestaria hay un objetivo marcado hace ya dos décadas y nunca alcanzado, que supondría alcanzar para la investigación en general, el 2% del PIB ya que en la actualidad estamos en alrededor del 1,2%. En éste como en tantos otros aspectos sería necesaria una voluntad política explicitada por un pacto de estado entre todos los partidos que garantizara una priorización sostenida del sector con miras a generar un nuevo modelo productivo.

Con respecto a la producción de fármacos estratégicos y vacunas, parece imprescindible contar con una industria estatal capaz de proporcionar en un plazo corto los medicamentos necesarios que puedan faltar, tanto en una situación de pandemia como en circunstancias que puedan alterar la producción mundial por problemas en el origen.

## **TRANSFORMACIÓN DIGITAL**

**Se trata de un aspecto clave en una nueva etapa de distanciamiento social. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la telemedicina como la prestación de servicios de atención médica por parte de todos los profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y comunicación (TIC) cuando la distancia es un factor importante. En España existen numerosas iniciativas en distintas comunidades por parte de las administraciones y de sociedades científicas, no siempre bien coordinadas ni planificadas.**

**Aprovechando el impulso que ha representado la crisis del coronavirus en la utilización de estas tecnologías, es preciso una estrategia estatal que coordine estas iniciativas y permita sacar mejor partido de las mismas.**

## **COORDINACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES**

**Conseguir una buena coordinación entre lo social y lo sanitario viene siendo un objetivo explicitado por las distintas autoridades desde hace décadas, aunque hasta ahora con un éxito limitado. La reciente división entre el Ministerio de Sanidad y el de Servicios Sociales no ha enviado ciertamente un mensaje en esta línea.**

**La línea que parece más aconsejable es la creación de un Sistema Nacional Sociosanitario en el que la sanidad y los servicios sociales compartan políticas activas, con unificación del mando sociosanitario en el plano estatal y autonómico, aunque se mantengan los presupuestos diferenciados ya que por el momento el grado de financiación de estas dos patas del estado de bienestar es muy distinto.**

**Un punto fundamental para la articulación de esta coordinación sería involucrar a la nueva atención primaria a la que antes nos referíamos en el cuidado de las residencias, tanto desde el punto de vista preventivo como asistencial. Parece la opción más razonable para que la catástrofe acontecida durante la actual pandemia no se vuelva a repetir, pero para ello es preciso un refuerzo importante de la atención primaria como decíamos antes.**

## **POLÍTICA FARMACÉUTICA, INDUSTRIA BIOSANITARIA Y RESERVA ESTRATÉGICA.**

**Con respecto a la producción de fármacos estratégicos, vacunas u otros productos sanitarios, parece imprescindible contar con una industria estatal capaz de proporcionar en un plazo corto los medicamentos y productos sanitarios necesarios que puedan faltar, tanto en una situación de pandemia como en circunstancias que puedan alterar la producción mundial por problemas en el origen, con el consiguiente peligro de desabastecimiento.**

**En este sentido, una enseñanza clara de la presente pandemia es la creación de una reserva estratégica estatal y autonómica, preferiblemente en conexión con la Unión Europea, en prevención de futuros brotes u otras epidemias similares.**

**Desde el punto de vista económico se hace imprescindible renovar el modelo de fijación de precios de los medicamentos para que se acerquen al coste real de fabricación e investigación y no sean precios abusivos. El exceso de gasto anual por precios abusivos en España se calcula en más de 8.000 millones de euros**

## **MODELO DE ATENCIÓN SANITARIA**

**Aunque éste es un punto en el que puede haber grandes discusiones acerca de si es preciso introducir cambios drásticos respecto al modelo actual, creo que el esquema general desarrollado durante los últimos 40 años sigue siendo perfectamente válido con las medidas correctoras y de refuerzo que hemos ido exponiendo y con la financiación adecuada. En este sentido, es necesario que se marquen unas líneas prioritarias, de manera que los posibles incrementos no se dediquen de forma exclusiva a potenciar de forma mimética los mismos campos de actuación que hasta ahora.**

**Como filosofía general, hay que lograr una reducción progresiva de la dependencia hospitalaria imperante en la actualidad, buscando una visión más equilibrada entre atención primaria, salud pública y hospitalaria, con una atención más basada en la telemedicina y enfocada al problema de la cronicidad. Ello significaría un cambio muy significativo, pero que no debe significar el desmantelamiento de lo mucho que se ha conseguido hasta ahora.**

# **CONCLUSIONES**

**Las enormes convulsiones que para la sociedad española en general y nuestro sistema nacional de salud en particular ha representado la pandemia de COVID-19, con todas sus connotaciones negativas, representan sin embargo una gran oportunidad para un replanteamiento global del sistema. Que “TODO SIGA IGUAL” no puede ni debe ser una opción.**

**Es preciso inyectar al sistema una cantidad de recursos que nos permita recuperar todo el impulso perdido a lo largo del presente siglo y aprovechar para introducir los cambios necesarios para adecuarlo a los nuevos tiempos. A lo largo de este documento se enumeran los aspectos básicos que consideramos fundamentales para esta reconstrucción.**

**La base de la misma debe ser la reconquista de la confianza de los profesionales, que a lo largo de la crisis han demostrado una gran capacidad de autoorganizarse y de responder con gran flexibilidad a situaciones de stress y sobrecarga difícilmente imaginables. El sistema debe responder ahora mejorando sensiblemente su situación laboral, sus condiciones de trabajo y sobre todo, reconociendo su capacidad de gestionar el sistema de una manera eficiente reduciendo al máximo las injerencias políticas.**

**Para conseguir llevar a cabo con éxito todos estos puntos, sobre todo en un sistema descentralizado como el español, en el que casi todos los partidos representados en el Parlamento acaban teniendo competencias de gestión, se antoja como muy necesario un amplio acuerdo entre todas las fuerzas políticas. Sólo de esta forma se podrían garantizar tanto los recursos necesarios como el seguimiento de las líneas generales de acción previamente consensuadas con los gobiernos autonómicos.**