

## Fedea Policy Papers - 2020/08

Informes del Grupo de Trabajo Mixto Covid-19

### Informe sobre las Reformas e Innovaciones que requiere el Sistema de Sanidad español (IRISS)

Javier Vega de Seoane (Presidente DKV Seguros), coordinador, José Luis Bonet (Presidente de la Cámara de España), Alicia Coronil (Economista jefe de Singular Bank), Manel del Castillo (Director gerente del hospital Sant Joan de Deu de Barcelona), Pere Ibern (Investigador Principal, Centre de Recerca en Economia i Salut, Universitat Pompeu Fabra), Víctor Madera (Presidente de Quirón Salud), Julio Mayol (Profesor titular de Cirugía de la UCM y director médico del Hospital Clínico San Carlos), Pedro Sainz de Baranda (Ex-Presidente Ejecutivo de Otis Elevator Company, Consejero independiente de Naturgy y Gestamp. Socio fundador de Sainberg Investments), Antoni Trilla (Hospital Clinic - Universidad de Barcelona)

Junio de 2020

**fedea**

*Las opiniones recogidas en este documento son las de sus autores  
y no coinciden necesariamente con las de Fedea*

# **Informe sobre las Reformas e Innovaciones que requiere el Sistema de Sanidad español (IRISS)**

**Junio de 2020**

## **Comisión de Sanidad del Grupo de Trabajo Mixto Covid-19**

Javier Vega de Seoane (Presidente DKV Seguros), coordinador

José Luis Bonet (Presidente de la Cámara de España)

Alicia Coronil (Economista jefe de Singular Bank)

Manel del Castillo (Director gerente del hospital Sant Joan de Deu de Barcelona)

Pere Ibern (Investigador Principal, Centre de Recerca en Economia i Salut,  
Universitat Pompeu Fabra)

Víctor Madera (Presidente de Quirón Salud)

Julio Mayol (Profesor titular de Cirugía de la UCM y director médico del  
Hospital Clínico San Carlos)

Pedro Sainz de Baranda (Ex-Presidente Ejecutivo de Otis Elevator Company. Consejero  
independiente de Naturgy y Gestamp. Socio fundador de Sainberg Investments).

Antoni Trilla (Hospital Clinic - Universidad de Barcelona)

## **ÍNDICE**

1. Introducción
2. La salud y el sistema sanitario en España.
3. La pandemia de COVID-19. Descripción, características e impacto.
4. La respuesta sanitaria a la pandemia en España. Atención Primaria y Hospitales.
5. Las medidas tomadas y el impacto en la salud poblacional. La experiencia de distintos países
6. Los tratamientos y la vacuna para la Covid-19. Estado actual y previsiones.
7. Las políticas de salud pública y el sistema de salud
8. La reforma necesaria del sistema sanitario para afrontar posibles futuras pandemias y dar respuesta a las necesidades de salud de la población.

## **1. Introducción**

Este documento ha sido preparado por la comisión de sanidad del Grupo de Trabajo Mixto Covid-19, organizado a iniciativa de FEDEA con el objetivo de analizar el impacto que la pandemia del COVID-19 está teniendo sobre la sociedad y la economía española, y proponer un plan de reformas que nos permitan abrir un periodo de recuperación sólido e integrador. Un conjunto de medidas cuyo propósito es ofrecer soluciones a la crisis sin precedente que afrontamos, y corregir los problemas estructurales que sufría nuestro país tanto a nivel macroeconómico, sectorial y del diseño de nuestro Estado de Bienestar, como en el caso de la sanidad.

El Grupo integra a una amplia representación de la sociedad civil española con el objetivo de contribuir al diseño de la recuperación socioeconómica de nuestro país, combinando las aportaciones de especialistas académicos con la perspectiva de quienes tienen responsabilidades en diferentes ámbitos de nuestro tejido productivo y asistencial, ya que sobre ellos recae especialmente la misión de combatir la pandemia y relajar nuestra economía, abriendo un nuevo periodo de prosperidad que permita garantizar la sostenibilidad de nuestro Estado de Bienestar.

El presente Informe, sobre las Reformas e Innovaciones que requiere el Sistema de Sanidad español (IRISS) ha sido elaborado por un grupo de gestores y expertos, que incluye a personas con importantes responsabilidades en la sanidad pública y privada. Se ha considerado clave analizar no sólo las deficiencias en la detección y prevención de esta crisis sanitaria, sino también las buenas prácticas que se han desarrollado a raíz de la pandemia, en la que ha sido clave la flexibilización de la gestión y la colaboración público-privada, entre otros elementos. Asimismo, esta pandemia y sus graves consecuencias constituyen un catalizador para realizar las reformas de nuestro sistema sanitario, que ya eran necesarias antes de la interrupción del COVID-19. En concreto, no sólo debemos reforzar nuestro sistema de salud público para prevenir y gestionar futuras pandemias o riesgos de salud pública, sino también garantizar un sistema sanitario más eficiente y sostenible ante retos que ya teníamos que afrontar como el envejecimiento de la población, con mayores índices de cronicidad y necesidades asistenciales, y la adaptación tecnológica, entre otros. Un escenario que hace necesario apostar por la autonomía en la gestión, la tecnología, el trabajo en red, la mayor coordinación del sistema sanitario y la colaboración público-privada.

Esta pandemia nos ha enseñado que la prevención, la planificación y la visión de largo plazo son piedras angulares, ya que no sólo habrían evitado la pérdida de vidas, sino también un menor coste emocional y económico. España afronta un reto sin precedentes en tiempos de paz, que puede materializarse en una destrucción de un gran número de puestos de trabajos y de empresas, y una contracción del PIB este año que podría superar el 10%. En este contexto, el incremento del gasto en el sistema

público de salud debería considerarse una inversión, para evitar que esta situación pueda repetirse a futuro, cuyo retorno será enorme en términos socioeconómicos y emocionales.

Del mismo modo, consideramos entre las reformas clave crear una Agencia Independiente de evaluación de resultados y tecnologías sanitarias que dinamice el sistema, generalice las mejores prácticas nacionales e internacionales y promueva la mejora continua del sistema sanitario español. Adicionalmente, es necesario flexibilizar la gestión, impulsar la calidad del servicio esencial y la eficiencia en costes, para garantizar su sostenibilidad futura ante la situación presupuestaria de España.

Hagamos de la urgencia y necesidad virtud; esta pandemia debe constituir un catalizador para poner en marcha cuanto antes las reformas demandadas por el sistema de salud y sanitario de España antes de que tuviéramos que afrontar esta dura experiencia personal y como país.

## **2. La salud y el sistema sanitario en España.**

La población española posee la mayor esperanza de vida de la Unión Europea. En 2017 se situó en 83,4 años, 2,5 años por encima de la media europea. Este progreso es fruto de múltiples factores determinantes, entre ellos nuestro sistema sanitario, destacando que la diferencias en longevidad y salud entre la población española son menos relevantes que en otros países de la UE.

Los avances en los tratamientos médicos han supuesto una reducción notable de la mortalidad en las últimas dos décadas. Durante estos años, la esperanza de vida en España ha aumentado en 4 años, entre otros factores por una mayor supervivencia en enfermedades cardiovasculares y cáncer.

En 2017 el gasto en salud ascendió a 2.371 € por habitante, de los que un 71% de su total fueron financiados públicamente y un 29% de forma privada. En concreto, en España ascendió a un 8,9% de su Producto Interior Bruto (PIB), frente al 9,8% de media en la Unión Europea.

Los ciudadanos españoles disponen de acceso a los servicios de salud financiados públicamente por la vía fiscal. El Sistema Nacional de Salud (SNS) ofrece un nivel de cobertura amplio, lo que reduce las barreras financieras, sociales y geográficas de acceso a la asistencia. A su vez, el nivel de descentralización de los servicios es otra de sus características, ya que se concreta en 17 sistemas de salud que gestionan los recursos asistenciales en las Comunidades Autónomas (CCAA).

Las listas de espera en el SNS siguen siendo un problema persistente. A finales de 2019, 704.997 personas estaban pendientes de tener fecha para una intervención quirúrgica, un 5% más que el año anterior. En concreto, un 1,5% de la población española engrosaba la lista de espera de intervenciones quirúrgicas, y un 6,5% las de pendientes de consulta y pruebas diagnósticas.

La atención primaria representa la pieza clave de los servicios de salud. Sin embargo, la coordinación entre distintos niveles asistenciales es un reto organizativo pendiente de alcanzar, especialmente para poder mejorar la atención de enfermedades crónicas. En concreto, por ejemplo, un 60% de la población mayor de 65 años en nuestro país señala que padece al menos una de ellas.

La atención a la dependencia para personas con limitaciones para llevar a cabo actividades cotidianas se ha desarrollado como un sistema específico, de pequeña cuantía (en torno al 0,85% del PIB) y que aún está en proceso de consolidación tanto en términos de servicios como financieramente. La presente pandemia ha mostrado que la atención a las necesidades de salud de las personas dependientes ha de realizarse con una mayor integración con los servicios de salud.

Específicamente en lo que respecta al sector residencial, hay deficiencias en la información sobre su actividad, oferta y motivos de atención. De hecho, no disponemos de información precisa sobre cuántos acceden al servicio (los datos varían de una fuente a otra), cuánto cuesta (cuanto contribuyen al gasto asociado), qué características tienen los servicios que reciben, como los valoran y su efectividad.

Paralelamente, en España un 18,6% de la población contrata de forma voluntaria un seguro de salud privado que puede considerarse mayoritariamente como duplicado de la cobertura obligatoria. En zonas urbanas de elevada densidad demográfica esta cifra de seguro voluntario puede llegar a representar una tercera parte de la población. El seguro privado permite no sólo ampliar el acceso a hospitales y servicios privados, en un tiempo adecuado y con calidad de servicio, sino que contribuye a descongestionar las listas de espera del sistema público. El gasto sanitario privado además de representar un 29% del gasto sanitario total, genera el 2,6% del PIB español, ofrece empleo a más de 265.000 personas, atiende a más del 24% de urgencias y realiza un 30,9% de las intervenciones quirúrgicas anuales de nuestro país. Su complementariedad con el sector público ha aliviado de manera importante a este, potenciándolo, y ahorrando a las arcas públicas en torno a 10.000 millones de euros al año ante la existencia de 8,5 millones de pólizas de seguros privados.

Durante esta pandemia, la coordinación de la sanidad privada con las distintas consejerías de salud ha funcionado perfectamente, particularmente en las comunidades que más lo han necesitado, como Cataluña y Madrid, donde los hospitales privados han atendido alrededor del 30% de los pacientes ingresados por COVID-19. Todo ello supone una relevante contribución a la sociedad española mediante su labor asistencial en el día a día y su aportación socioeconómica, que algunos sectores no han puesto en valor.

En conclusión, el sistema de salud español en su conjunto muestra un nivel elevado de calidad y de resultados en salud a un coste comparativamente menor que otros países. Los factores que determinan esta situación son múltiples, destacando entre ellos unos costes relativos laborales de los profesionales inferiores a los de las economías de nuestro entorno. La Ley General de Sanidad aprobada en 1986 creó un marco

institucional vigente hasta la actualidad, que ha sido capaz de estructurar apropiadamente las necesidades y expectativas de la población. Sin embargo, la disrupción de la pandemia ha puesto a prueba este contexto, pero también la organización y la financiación del sistema. Un evento sin precedentes en el que se han puesto de manifiesto no sólo sus capacidades, sino también sus limitaciones en la estructura institucional de la sanidad y de la salud pública. Por ello, ante esta situación es necesario desarrollar reformas ante los nuevos retos que deberemos afrontar como sociedad.

### **3. La pandemia de COVID-19. Descripción, características e impacto.**

A fecha de 7 de junio de 2020, la pandemia de COVID-19 ha afectado en el mundo a 6,9 millones de personas y ha provocado un total de 399.854 pérdidas de vidas humanas. En España hay 241.130 infectados y 27.135 fallecidos a fecha del 6 junio (5.016 infectados y 575 muertos por millón de habitantes, respectivamente). Si bien es cierto que el INE ha publicado que en nuestro país fallecieron 48.000 personas más que en el mismo periodo de 2019.

En la medida que no existe un tratamiento específico ni una vacuna para hacer frente a esta enfermedad, la prevención de su transmisión es crucial tanto desde el punto de vista de la salud física y emocional, como por sus importantes implicaciones socioeconómicas. Por ello, las autoridades sanitarias han solicitado a la población medidas de distanciamiento social, que se han transformado en el momento más crítico de la pandemia en la adopción de medidas de confinamiento de la población a nivel global, si bien con diferentes grados de profundidad. Esta estrategia ha provocado la paralización de la actividad socioeconómica, y en nuestro país ha llegado incluso a suponer que durante dos semanas sólo se permitiera el funcionamiento de los sectores considerados esenciales. Por tanto, la pandemia, más allá del impacto en la salud, en la mortalidad y en su coste emocional, está generando una profunda crisis socioeconómica. En concreto, España, junto a Italia, Francia y el Reino Unido, según la Comisión Europea y la OCDE afrontará la mayor contracción del PIB entre las economías de la Eurozona.

### **4. La respuesta sanitaria a la pandemia en España. Atención Primaria y Hospitales.**

Durante los momentos más críticos de la pandemia en España se han detectado una serie de problemas, que deben de abordarse no sólo para hacer frente a nuevos rebrotes, sino también de cara a los retos que nuestro sistema sanitario debe de afrontar a futuro.

Los problemas detectados en **Atención Primaria** han sido:

- Cierre de los Centros de Salud.

- Teleasistencia desbordada, aunque se habilitaron números de teléfono, que en la mayoría de los casos comunicaban continuamente.
- Falta de capacidad diagnóstica (PCR,).
- Falta de equipos de protección (EPIs).
- Sobrecarga asistencial por la gestión de pacientes sospechosos, positivos con síntomas leves pero confinados en su domicilio, positivos con síntomas leves dados de alta desde las urgencias de los hospitales, seguimiento de pacientes curados dados de alta desde hospitales.
- Derivación de profesionales de Atención Primaria a otros dispositivos asistenciales

Los problemas detectados en el sistema de **Urgencias Extrahospitalarias:**

- Saturación del sistema de llamadas.
- Grandes y crecientes necesidades de transporte desde domicilios y entre hospitales que ocasionaban lentitud en la respuesta.
- Falta de capacidad diagnóstica (PCR).

Los problemas detectados en los **Hospitales:**

- Respuesta inicial controlada por Salud Pública que restringía las pruebas a realizar a aquellos pacientes que cumplían las condiciones de caso probable (casos importados), lo que provocó retrasos en la respuesta inicial.
- Lentitud de la puesta en marcha de programas de preparación, ya diseñados para la pandemia H1N1.
- Ausencia de interoperabilidad (técnica, semántica y organizativa) entre niveles asistenciales, entre hospitales y entre sistemas de salud regionales,
- Ausencia de garantía de suministros de bienes clave (dispositivos de monitorización, gases, respiradores, equipos de protección).
- Falta o carencia de personal y equipos de protección (EPIs).

En las **residencias sociosanitarias:**

- Falta de planes, información, recursos y profesionales adecuados (hasta muy tarde), y los que había estaban mal conectados con el sistema sanitario.

Pero a su vez ha dado lugar al **desarrollo de buenas prácticas** que por su relevancia deben ser destacadas:

- Creación de Comités de Emergencia o Comités de Crisis en los hospitales.
- Creación de mandos únicos en las CCAA.
- Integración del sistema público y privado bajo un único mando.
- Aportación de profesionales y de recursos de calidad por parte de la sanidad privada.
- Normalización de la información capturada (a nivel de comunidad, aunque habría que resaltar el problema de interoperabilidad del sistema globalmente).

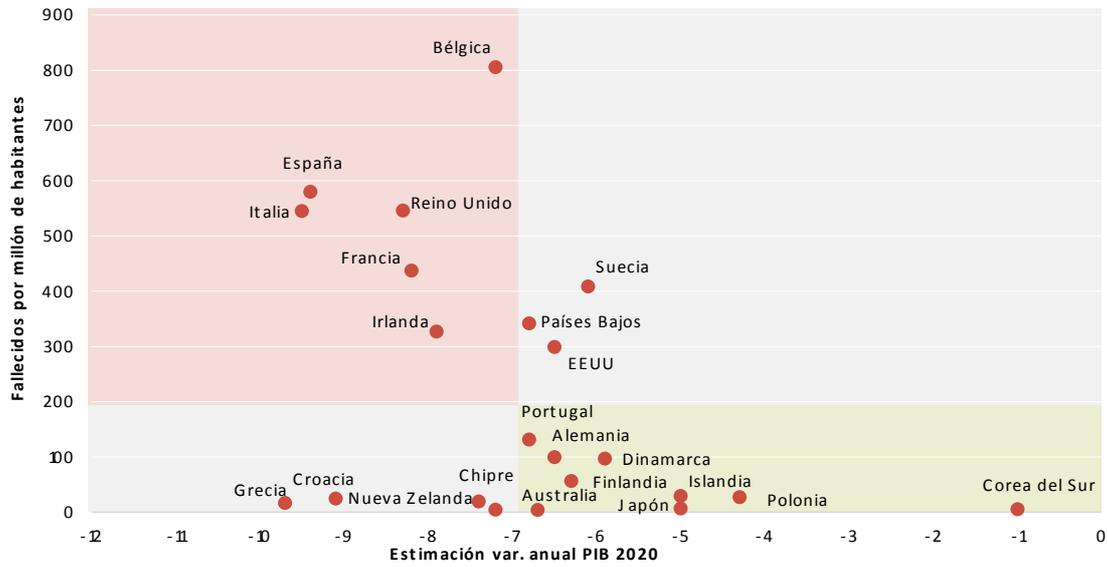
- Puesta en marcha de hospitales de campaña.
- Creación de hoteles sanitarios.
- Habilitación de hoteles para profesionales.
- Coordinación de UCIS desde un mando único.
- Flexibilidad en la contratación de profesionales necesarios por aumento de demanda.
- Creación de equipos asistenciales multidisciplinarios (ruptura de la organización vertical de los servicios asistenciales).
- Extensión de los equipos geriátricos a las residencias sociosanitarias, (si bien se hizo tarde).
- Puesta en marcha de sistemas de teleasistencia/telemedicina.
- Flexibilización de la Ley de contratos para la adquisición de bienes.
- Rápida respuesta del sistema de investigación (ensayos clínicos, registros de pacientes).
- Actuación inmediata de las sociedades científicas generando guías para la asistencia en sus especialidades.
- Apoyo de la industria farmacéutica tanto a la asistencia como a la investigación clínica.
- Robustez de proveedores de bienes clave (energía, agua, comunicaciones).

##### **5. Las medidas tomadas y el impacto en la salud poblacional. La experiencia de distintos países**

La aparición de la COVID-19 en China y su posterior extensión hasta convertirse en una pandemia han puesto de manifiesto la necesidad de que los países estén preparados para afrontar nuevos riesgos que trascienden a los tradicionales. En concreto, debemos preparar a nuestra sociedad, tejido empresarial y Estado de Bienestar para hacer frente a crisis sanitarias y climáticas, en las que como se ha demostrado a raíz de la propagación del coronavirus a nivel mundial, es esencial actuar con anticipación, coordinación, transparencia, colaboración y tomar como referencia las buenas prácticas tanto nacionales como internacionales.

**Fallecidos por millón de habitantes vs crecimiento económico estimado 2020**

27 de mayo

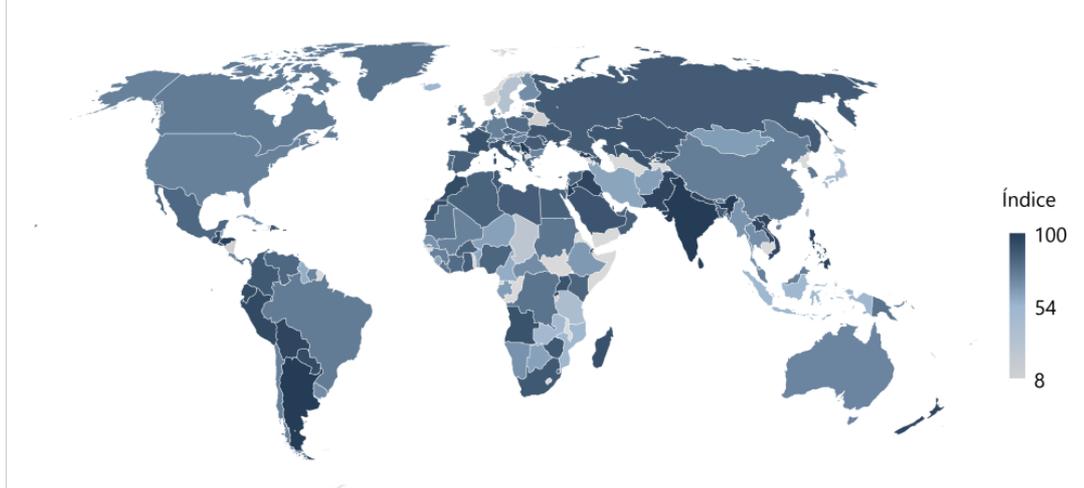


Fuente: Singular Bank a partir de Oxford Covid-19 Response Tracker, Comisión Europea y FMI, 2020

Esta crisis sanitaria no sólo supondrá un elevado coste socioeconómico, sino también emocional ante la pérdida de vidas humanas y el impacto que tendrá en la salud de los españoles. Si bien, es cierto que las medidas de confinamiento han llegado a afectar a más de un 50% de la población mundial y las restricciones de pasajeros y cierre de fronteras se han aplicado en más de 140 países, se ha producido una divergencia en la eficiencia en la detección y control de la pandemia entre las principales economías avanzadas.

**Índice de medidas de contención Gobiernos ante el Covid-19**

Puntos, 1 de abril

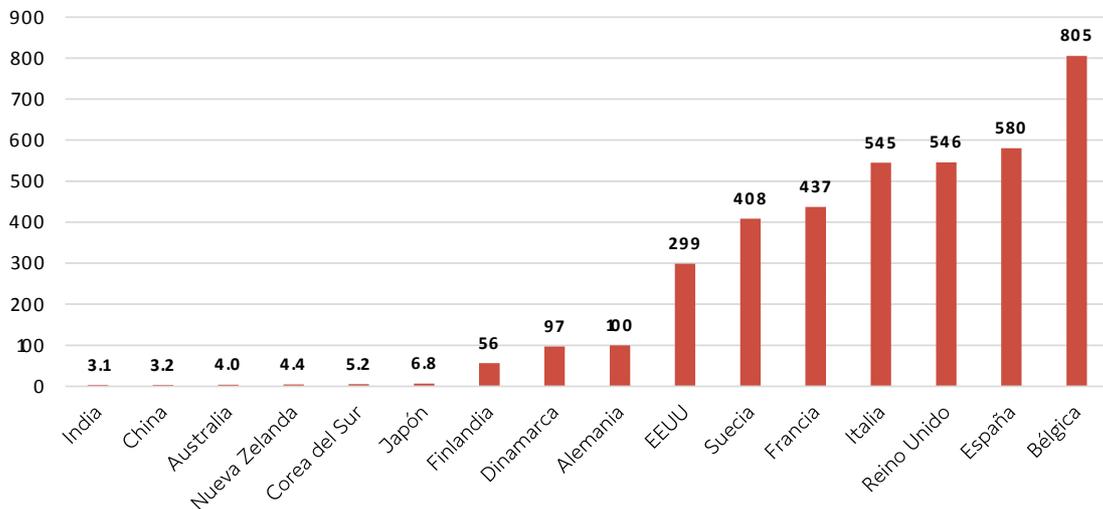


Fuente: Singular Bank, elaboración propia a partir de Oxford Coronavirus Response Tracker,

En entre los países que han logrado tener un menor número de casos de contagio y de pérdidas humanas, debemos destacar a Alemania y a Corea del Sur, quienes han desarrollado medidas de aislamiento social con un menor grado de severidad.

### Fallecidos por millón de habitantes

27 de mayo



Fuente: Singular Bank a partir de Oxford Coronavirus Response Tracker, 2020

En el caso de Alemania, la mayor economía de la Eurozona en términos de población y PIB, la piedra angular de su estrategia fue la detención y contención temprana de los posibles casos de contagio entre la población alemana. Para ello, el Gobierno desde el 7 de febrero publicó una serie de recomendaciones sobre higiene, salud pública y aislamiento personal en caso de presentar síntomas gripales o respiratorios. Paralelamente, el centro Robert Koch-Institute (RKI), organismo científico federal, identificó y monitorizó todos los casos y brotes del COVID-19 manteniendo una comunicación permanente con los diferentes niveles de Administración, la comunidad científica y la sociedad, apoyándose en las evidencias científicas. Todo ello unido a la constante labor de comunicación realizada a través de ruedas de prensa y la creación de un portal web sobre el COVID-19 el Ministerio de Sanidad y del Centro Federal de Salud, con información relativa a las medidas que debía adoptar la población para su prevención, detección, tratamiento y aislamiento.

Paralelamente, las autoridades sanitarias locales desarrollaron protocolos de aislamiento y cuarentena tanto para las personas que habían desarrollado la enfermedad como las que habían estado en contacto con ellas, realizando las pruebas diagnósticas y su seguimiento hasta confirmar un resultado negativo. Al mismo tiempo se pedía a los ciudadanos que habían viajado recientemente a países con casos de coronavirus que informaran a sus centros de salud. Asimismo, se han ampliado progresivamente los criterios para realizar pruebas diagnósticas a la población, aunque presentas en síntomas leves.

Finalmente, para impulsar y reforzar la detección de los casos y posibles brotes de contagio el Ministerio de Sanidad y el Servicio Público de Salud alemán han reforzado

los medios tecnológicos y también la dotación de personal de vigilancia epidemiológica. Para ello, se han creado unidades de rastreo formado por 5 personas por cada 20.000 habitantes, lo que ha requerido transferir funcionarios públicos de otros ámbitos de la Administración a estas unidades especiales.

Por su parte, en Corea del Sur, apoyándose en su experiencia previa en anteriores crisis sanitarias (SARS, MERS), desde el día 27 de enero, con únicamente 4 casos conocidos en el país, se impulsó un plan de realización de pruebas diagnósticas en una muestra amplia de empresas para verificar cuál era el posible grado de propagación del virus en la población. En concreto, el éxito en su medida de contención se basó en la realización de un número significativo de pruebas diarias en una fase muy temprana del brote del COVID-19 (en torno a 20.000 diarias), que ha permitido desarrollar medidas de confinamiento menos severas que en el caso de España, Francia e Italia.

Estas pruebas permitieron a su vez llevar a cabo un extenso seguimiento y localización de la población surcoreana, rastreando no sólo los movimientos de los pacientes contagiados con el virus, sino también el de las personas con las que habían tenido algún tipo de contacto.

Paralelamente, el Gobierno de Corea del Sur desarrolló e impulsó, con colaboración del sector privado, la creación de aplicaciones de rastreo de pacientes por GPS en tiempo real y evitar que no cumplieran el periodo de cuarentena.

Estas experiencias demuestran cómo la anticipación, la rapidez, la información, la transparencia y el rastreo, combinado la realización de pruebas diagnósticas y el uso de nuevas tecnologías, han sido clave para lograr una mejor detección y contención de la propagación del COVID-19, plasmándose en un menor número de casos de contagio y tasa de letalidad. Al mismo tiempo que los efectos derivados de esta crisis sanitaria en la economía, el empleo, en las relaciones sociales y en el estado emocional de la población han podido minimizarse. Unas buenas prácticas que también se han desarrollado en otros países con claros resultados positivos como es el caso de Nueva Zelanda, Taiwán, Finlandia, Dinamarca e Islandia. Hemos mostrado dos ejemplos de grandes países como Alemania, con una población de 83 millones de habitantes, y de Corea del Sur, con 51 millones de habitantes, que realizan un gasto en sanidad de un 11% del PIB y un 8,1% del PIB, respectivamente. En Francia, con un gasto sanitario similar al de Alemania, han obtenido resultados más negativos. De ahí que podamos concluir que las medidas de prevención y planificación son esenciales en la gestión de la pandemia, y que no existe una correlación entre la severidad del confinamiento con los ratios de mortalidad ni con los niveles de recesión económica.

## **6. Los tratamientos y la vacuna para la COVID-19. Estado actual y previsiones.**

En el momento actual, la epidemia se ha controlado con una estrategia basada en las medidas no farmacológicas, principalmente a través de protección personal

(mascarillas y pantallas faciales, higiene de manos, etiqueta respiratoria, etc.) y de distanciamiento social (restricción de movilidad, confinamiento, etc.).

No disponemos de estrategias farmacológicas de profilaxis de la enfermedad de efectividad o seguridad demostrada. Los múltiples tratamientos farmacológicos empleados (antibióticos, antivíricos, inmunomoduladores, antiinflamatorios, sueroterapia, otros) lo han sido sin evidencias científicas sólidas al respecto de su utilidad real, con resultados preliminares diversos aún en fase de análisis riguroso sobre su efectividad y seguridad. Un punto importante para la estrategia de control futura es saber qué tratamiento será más efectivo en cada paciente (leve, grave, crítico) y en qué momento debe emplearse. Los ensayos clínicos en curso y la investigación biomédica básica y clínica, muy notables en calidad y cantidad en nuestro país, permitirán responder a estas preguntas y/o descubrir nuevas estrategias de tratamiento en un plazo más corto (meses).

La investigación para obtener una vacuna o vacunas frente al SARS-CoV-2 está progresando a una velocidad sin precedentes. Hay más de 150 candidatos, varios de ellos ya en fases clínicas de desarrollo. Se estima que podríamos disponer de una vacuna o varias vacunas seguras en un plazo de 18-24 meses, frente al plazo habitual de entre 10 y 12 años. Todo ello en un contexto en el que no es razonable esperar que la vacuna o vacunas disponibles vayan a ser efectivas al 100%, desconocemos si será necesaria una sola o varias dosis, y si éstas deberán repetirse cada año o cada varios años. Tan importante como el progreso de la investigación es el del desarrollo y producción masiva de centenares de millones de dosis de la vacuna o vacunas frente al COVID-19 para proteger a los grupos de mayor riesgo, a los profesionales sanitarios y/o a toda la población en general, al mismo tiempo que es clave analizar cómo se garantizará su acceso de forma equitativa.

La evolución del virus en los próximos meses o años es imprevisible y deberá de ser seguida de forma diaria. El virus sigue entre nosotros y el porcentaje de la población española inmune es aún bajo (5-10%), una ratio que se sitúa en niveles muy por debajo del necesario para alcanzar la inmunidad de grupo (60-80%).

Es probable que exista un cierto grado de estacionalidad y una evolución temporal “en dientes de sierra”, con brotes localizados y/o periodos de aumento de la incidencia acumulada de la enfermedad, que a su vez pueden requerir la adopción de medidas de control, idealmente muy localizadas y de corta duración (“microcirugía”), en contraposición a medidas de mayor alcance, sólo indicadas en caso de presentarse una situación de alto riesgo (transmisión descontrolada) y/o alto riesgo de saturación del sistema sanitario asistencial.

Durante todo este periodo de tiempo, hasta disponer de tratamientos seguros y efectivos, es vital seguir una estrategia preventiva efectiva y proporcionada, tanto individual como colectiva. Cabe esperar que en el corto-medio plazo dispondremos de tratamientos que frenarán la progresión de la enfermedad a las fases más graves y reducirán la mortalidad asociada. En este escenario, probablemente habrá que investigar y emplear fármacos antivíricos junto a inmunomoduladores y otros fármacos ahora en estudio. La existencia de un tratamiento eficaz y seguro, con independencia de la vacuna, puede reducir el riesgo real y percibido, y ayudar a reestablecer más rápidamente la normalidad de la actividad diaria, social y de la

economía, especialmente de los sectores que se han visto más afectados con la pandemia y la adopción de medidas de confinamiento.

## **6. Las políticas de salud pública y el sistema de salud.**

Desde que las autoridades chinas alertaran el 31 de diciembre de 2019 de la detección en la ciudad de Wuhan de casos de una “neumonía de origen desconocido”, la pandemia del COVID 19 se ha convertido en la de mayor seguimiento mediático de la historia. La comunidad científica global reaccionó con gran rapidez. Así, el 10 de enero investigadores chinos publicaron la secuenciación genética del virus y el 13 de enero el CDC estadounidense anunció que el genoma completo estaba publicado en la base de datos GenBank. Por su parte, el 16 de enero investigadores alemanes anunciaron el desarrollo de un protocolo de ensayo para detectar el virus, que publicó inmediatamente la OMS. A finales de febrero estaban ya fabricando un millón y medio de pruebas diagnósticas por semana.

A pesar de ello, desde marzo asistimos en Italia y España a cómo los hospitales se desbordaban por la enorme afluencia de pacientes con COVID-19.

En el caso de Italia, el día 21 de febrero se reportó el primer fallecido por COVID 19, con un total de 20 casos detectados en el país, superando en más de mil personas la cifra de contagios a finales de ese mes. Sin embargo, un interesante análisis recientemente publicado de las muestras de sangre de donantes sanos en la zona metropolitana de Milán la semana del 24 de febrero concluye que en dicha semana aproximadamente un 4,6% de la población de esta zona estaba ya contagiada. En concreto, solamente en Milán la cifra ascendía a 150.000 personas afectadas de COVID-19 en la semana del 24 de febrero. Por tanto, estos datos sugieren claramente que la infección se estaba propagando rápidamente entre la población antes de que se observase un aumento significativo en los casos con síntomas graves.

En España no detectamos ningún caso en la Península hasta el 25 de febrero. Desafortunadamente no se ha realizado un estudio similar de la evolución temporal de la pandemia analizando esas “cápsulas del tiempo” que son las donaciones de sangre durante ese espacio temporal, de vital importancia para entender la penetración real del virus. Aun así, todo indica que en Madrid a primeros de marzo ya habría decenas de miles de personas contagiadas, si no centenares de miles de casos sin detectar. De hecho, después de confinar a la población el 14 de marzo, el estudio de seroprevalencia hecho por el Ministerio de Sanidad sugiere que el 11.3% de la población de Madrid ha pasado la enfermedad, en torno a, unas 755.000 personas, si bien cuando se adoptaron las medidas sólo se habían detectado unos 2.000 casos.

Ante esta pandemia nuestro país siguió una estrategia de contención según las recomendaciones oficiales internacionales de la OMS y el European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), basada en la detección de casos importados, la realización de pruebas PCR a los mismos, y el aislamiento y seguimiento de contactos. Esta estrategia falló abiertamente en el caso del COVID-19, ya que hacer pruebas

únicamente a casos importados sospechosos y con síntomas que acuden a recibir asistencia sanitaria limitó la detección especialmente de los asintomáticos, que representan un porcentaje importante de infectados que no desarrollan síntomas (25-50%). Un hecho especialmente relevante, ya que hay muchos contagiados con sintomatología leve que no acuden al centro de asistencia al considerar que unos síntomas equiparables a los de la gripe no lo hacen necesario, al mismo tiempo que en los pacientes con síntomas más graves suele haber un plazo más largo desde la infección hasta la aparición de los mismos entre 7 y 14 días. Por ello, esta propagación “silenciosa” del virus hizo que la estrategia de contención inicial seguida en España fracasase.

En contraste, nuestro país sí había hecho frente de forma eficaz a otras amenazas sanitarias provenientes de enfermedades infecciosas de alta transmisibilidad (Ébola, Fiebre Hemorrágica del Congo Crimea) en los últimos años siguiendo la misma estrategia detectar los casos importados (Ébola) o autóctonos (FHCC) y evitar la transmisión local. Ante esta pandemia, no se había considerado ni previsto la posibilidad de una introducción tan rápida ni con la dinámica de transmisión exhibida por el coronavirus en los grandes núcleos urbanos de nuestro país. El éxito en la estrategia de contención de anteriores infecciones, la información parcial e inexacta inicial y la ausencia de experiencias previas en epidemias por coronavirus (España no sufrió casos de SARS ni MERS) han podido contribuir adicionalmente a introducir un sesgo cognitivo que hizo creer que la contención inicial era posible, hasta que el sistema se vio desbordado por la realidad.

La Salud Pública en España y probablemente también en Europa, ha sido siempre la parte más olvidada e infradotada del sistema sanitario. En “tiempos de paz”, salvo las epidemias de gripe estacional (una enfermedad más previsible, para la que existe una buena red de vigilancia epidemiológica y frente a la que tenemos una vacuna de efectividad variable y tratamientos antivirales, pero que cada año satura el sistema sanitario en mayor o menor grado durante semanas), los servicios que presta Salud Pública no se perciben como especialmente necesarios. En este contexto, la Salud Pública sólo representa un 1,1% del gasto sanitario total, que incluye además el presupuesto destinado a las campañas de vacunación sistemática y la compra de vacunas.

Nuestro Sistema de Salud Pública, incluyendo las actividades de vigilancia epidemiológica y la capacidad de hacer frente a amenazas derivadas de enfermedades transmisibles, sufría de falta de inversión, tanto en su dotación de recursos humanos, especialmente de personal cualificado, como de recursos materiales (incluyendo los laboratorios de referencia) e informáticos. El resultado ha sido su desbordamiento primero y posterior colapso parcial del sistema, especialmente en las CCAA donde la epidemia ha golpeado con más fuerza, con dificultades al inicio e imposibilidad posteriormente para efectuar la correcta declaración y seguimiento de casos de contagio y de sus contactos. Durante esta pandemia, la disponibilidad de los datos epidemiológicos necesarios ha sido insuficiente e imprecisa, a lo que ha contribuido la

falta de uniformidad en el cumplimiento de los criterios para la recogida de la información, la insuficiente capacidad de análisis de los orígenes de la epidemia y la falta de sistemas interoperativos que permitiesen automatizar parte de esta recogida en las algunas CCAA.

En este contexto, las nuevas tecnologías aplicadas al sistema sanitario serán sin duda un instrumento que ayudará a la detección precoz, prevención y control, mejor y más rápido diagnóstico y análisis de factores pronósticos y para la toma de decisiones. Así, por ejemplo, la Inteligencia Artificial (IA) puede ayudar a desarrollar sistemas de seguimiento automáticos que busquen datos en medios de comunicación social y registros de salud pública para detectar posibles brotes epidémicos. Todo ello considerando que la IA nunca sustituirá completamente a las herramientas más clásicas de vigilancia epidemiológica. La propia aplicación de la IA al *big-data* sanitario puede ayudar a desarrollar, validar y comprobar la utilidad de algoritmos diagnósticos, de tratamiento o pronósticos, que mejoren los resultados clínicos. Las Apps de ayuda a la detección de casos sospechosos y seguimiento de sus contactos potenciales (*contact tracing*) se están empleando ya en varios países, si bien es cierto que tienen algunas limitaciones técnicas, éticas y jurídicas (protección de datos) que deben analizarse y valorarse especialmente en el marco europeo para definir los estándares de su uso. Las nuevas tecnologías diagnósticas aplicadas a las enfermedades infecciosas, como la amplificación isotérmica, la técnica CRISPR y la *Next Generation Sequency* (NGS) permitirán diagnósticos más sensibles y específicos con un tiempo de respuesta menor.

La Ley General de Salud Pública incluye la creación del Centro Estatal de Salud Pública, a partir del Instituto de Salud Carlos III, junto a otros centros en red de las Comunidades Autónomas, como centro científico-técnico de apoyo a las políticas de salud y al Sistema Nacional de Salud, un desarrollo legislativo que no se ha realizado hasta la fecha. Por tanto, esta pandemia debe representar un punto de inflexión y un catalizador para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, entendiendo que la especificidad y singularidad de las funciones del actual Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias deben mantenerse dentro de esta nueva estructura.

Adicionalmente, la respuesta de la Unión Europea ha sido francamente mejorable. La descoordinación en la respuesta inicial y probablemente en la salida de la crisis sanitaria puede provocar graves interrupciones en el ritmo de recuperación de la economía europea.

## **7. La reforma necesaria del sistema sanitario para afrontar posibles futuras pandemias y dar respuesta a las necesidades de salud de la población.**

El Sistema Nacional de Salud (SNS) español ha demostrado una notable flexibilidad y capacidad de respuesta ante la irrupción de la crisis de la Covid-19, que ha sido posible gracias a la calidad de la red de hospitales y de atención primaria, y muy especialmente al alto nivel e implicación de sus profesionales.

Esta buena respuesta del sistema sanitario podría llevarnos a la errónea conclusión de que éste funciona a la perfección y no es necesario llevar a cabo reformas. Una realidad que debe ser contextualizada principalmente por 2 hechos como reflejo de la necesidad de realizar las reformas pendientes antes de que se produjera esta pandemia, en concreto:

- En primer lugar, la flexibilidad que ha demostrado el sistema ha sido posible gracias a que bajo el estado de alarma se ha podido trabajar en condiciones de total excepcionalidad, incorporando, aunque de forma transitoria, una mayor capacidad de gestión de los centros que han podido trabajar sin las rigideces del sistema administrativo.
- En segundo lugar, el SNS debe hacer frente desde hace años a una serie de retos estructurales que condicionan su funcionamiento como el envejecimiento de la población, el incremento de la cronicidad o el crecimiento del coste de las nuevas terapias. Mientras que los países de nuestro entorno han ido abordando estos retos incorporando reformas estructurales, España se encuentra desde hace varias décadas en una situación de parálisis preocupante. Ahora más que nunca son imprescindibles realizar estas reformas no sólo para hacer frente a estos retos, sino también para prepararnos ante una posible segunda oleada de COVID-19. Paradójicamente, sin el estado de alarma, el sistema podría encontrarse con menos herramientas de gestión para hacer frente a una segunda ola de casos de contagios. En este escenario, la sociedad española, si bien parcialmente ha podido entender que el sistema se haya visto desbordado al inicio de la pandemia, no perdonaría que no estuviera preparado para dar respuesta a un segundo brote de la pandemia.

Por todo ello, es imprescindible dotar al SNS de los instrumentos que permitan, sin acudir a situaciones de excepcionalidad, dar respuesta a las necesidades urgentes asociadas al COVID-19. Adicionalmente, estas medidas permitirían reforzar uno de los pilares clave de nuestro Estado de Bienestar ante los retos demográficos, asistenciales y tecnológicos del medio y largo plazo a los que debe dar respuesta a medio y largo plazo.

Desde este informe IRISS queremos señalar cuáles serían las reformas clave a abordar tanto de forma coyuntural para hacer frente a la evolución de la pandemia, y de forma estructural para modernizar nuestro sistema sanitario y garantizar su sostenibilidad presente y futura.

## **REFORMAS CONYUNTURALES. COMO HACER FRENTE A UN REBROTE DE LA PANDEMIA**

### **Reforzar la Salud pública y comunitaria.**

La salud pública, aquella parte del sistema sanitario que se ocupa de la salud de la población en general, no ha recibido la atención necesaria y deseable, contando siempre con una escasez importante de medios y de visibilidad política y social.

Para hacer frente de forma solvente a un segundo brote de la pandemia será necesario dotar de recursos y profesionales suficientes los dispositivos de salud pública y de Atención primaria, para que sean capaces de identificar de forma precoz los casos positivos y tomar las medidas necesarias de aislamiento que permitan evitar rebrotes generalizados.

Algunas condiciones necesarias para desarrollar este nuevo marco son las siguientes:

- Coordinación eficaz con el *European Center for Disease Prevention and Control* (ECDC) cuyo papel debe también ser revisado también a fondo en el seno de la UE.
- Crear una estructura en red, presente en todas las CCAA e integrada en los servicios y agencias de Salud Pública de las mismas.
- Dotarse de personal especializado y de los recursos materiales e informáticos comunes necesarios para una recogida y transmisión rápida de la información epidemiológica, su análisis, interpretación, modelización y comunicación técnica con las autoridades sanitarias.
- Potenciar las redes de vigilancia epidemiológica. La participación activa del sistema público de atención primaria y del sistema público de atención especializada en la vigilancia epidemiológica es esencial. El modelo de vigilancia actual de la gripe es adecuado como referencia, pero debe reforzarse y ampliarse.
- Mejorar sustancialmente la capacidad de realizar un diagnóstico de laboratorio rápido, que incluya microorganismos no habituales en aquellas situaciones en las que se considere necesario. La existencia de un laboratorio central de referencia es conveniente, pero debe descentralizarse la capacidad diagnóstica rápida (los avances tecnológicos lo permiten, garantizando la bioseguridad necesaria).
- Impulsar la red de Unidades de Aislamiento de Alto Nivel (UAAN) existente y el trabajo coordinado de la misma.
- Aumentar el peso específico de España en materia de Salud Pública tanto en los organismos europeos (ECDC) como internacionales (OMS).

Por ello, es urgente disponer de planes de preparación para afrontar la evolución de esta pandemia y otras crisis sanitarias que puedan producirse a futuro. El análisis final de las distintas estrategias que han seguido diferentes países y sus resultados debe ser riguroso y aportar soluciones prácticas a nuestro Sistema de Salud ante los riesgos que afrontamos y sus consecuencias no sólo en de pérdida de vidas humanas y coste emocional, sino también en términos socioeconómicos y de sostenibilidad del Estado de Bienestar.

#### **Dotación de recursos ante emergencias.**

El sistema debe dotarse de una reserva estratégica de equipos de protección individual, pruebas diagnósticas, equipamientos de electromedicina y suministros médicos para poder hacer frente a nuevas situaciones como las que hemos vivido.

Los hospitales deberán disponer de planes de contingencia para la ampliación rápida de recursos de urgencias, plantas de hospitalización y UCI.

Más allá de la respuesta a la actual situación, el incremento del riesgo de nuevas crisis sanitarias ligado a la globalización hace necesaria una reflexión sobre la conveniencia de disponer de mecanismos que garanticen la producción propia de algunos materiales necesarios en situaciones similares.

## **REFORMAS ESTRUCTURALES EN EL SECTOR SANITARIO. UNA GESTIÓN PÚBLICA MODERNA**

### **Flexibilización de la gestión**

La gran mayoría de las instituciones sanitarias públicas de nuestro país no tienen personalidad jurídica propia y se gestionan dentro del marco de la administración pública con un nivel de autonomía similar a una oficina administrativa. Este modelo fue diseñado en el siglo XIX, cuando el Estado tenía por función dictar leyes y normas, pero en el siglo XXI su papel ha cambiado, ganando importancia la prestación de servicios como la educación o la sanidad. Este entorno administrativo, diseñado para garantizar la seguridad jurídica, y no para garantizar su eficacia, ha sido progresivamente reformado en la mayoría de los países europeos, evolucionando hacia una nueva gestión pública empresarial orientada a dar respuestas a las necesidades de los ciudadanos.

En este sentido, en nuestro entorno, numerosos estudios indican una mayor eficiencia (21%) de los hospitales con personalidad jurídica respecto a los que carecen de ella.

Por tanto, es necesario avanzar en la creación de estructuras de gestión pública específicas en el entorno sanitario (organismo público o empresa pública sanitaria) que garanticen la máxima capacidad de gestión al menos en tres áreas:

- **Gestión del presupuesto.** Evitando las rigideces de las partidas presupuestarias que no aportan valor a la gestión del centro sanitario, y dificultan su capacidad de adaptación y flexibilidad requerida en entorno cambiante.
- **Gestión de los ingresos.** Introduciendo incentivos para facturar los servicios sanitarios prestados a ciudadanos no cubiertos por el SNS, y evitar que en España se dejen de facturar cientos de millones de euros a pacientes extranjeros comunitarios, lo que conlleva asumir costes adicionales que podrían destinarse a reforzar otras áreas del sistema
- **Gestión de los recursos humanos.** Eliminación de las limitaciones que los centros asistenciales tienen en seleccionar, incentivar o desvincular a los profesionales, dificultando la capacidad de atraer y retener el talento. Por ello, es necesario fomentar la autonomía y reconocimiento de los profesionales, diseñando un modelo de relación laboral más flexible y una equiparación retributiva progresiva con los países de la UE, basada en resultados de salud.

En conclusión, es urgente dotar a las instituciones de personalidad jurídica propia, órganos de gobierno y dirección profesionalizada y autonomía de gestión. Todo ello vinculado al establecimiento de instrumentos de control y auditoría similares a los del sector privado para impulsar la eficacia de su labor.

### **Innovación. Incorporación de las buenas prácticas.**

La epidemia de la COVID-19 ha incorporado en semanas algunas innovaciones organizativas que llevaban años pendientes de su implantación. Entre ellas, destacan que los servicios se han reorganizado en función de las necesidades de los pacientes y no en base a otras consideraciones de tipo corporativo. Además, se han tomado decisiones de forma descentralizada, poniendo de relieve la importancia de la autonomía de gestión de las unidades asistenciales y el liderazgo conjunto de mandos intermedios y gestores.

Adicionalmente, la pandemia ha obligado a dar un salto en la transformación digital de las organizaciones, implantándose de forma generalizada la atención no presencial y la telemedicina.

Otro elemento clave ha sido la colaboración con el sector privado. Ésta no solo ha funcionado, sino que se ha demostrado imprescindible en las grandes ciudades para hacer frente al incremento de la demanda. Un conjunto de respuestas y buenas prácticas que han aportado un innegable valor a la asistencia, por lo que deberían incorporarse a la práctica diaria del funcionamiento del sistema una vez acabe la excepcionalidad de la pandemia.

### **Atención a la dependencia y atención residencial a la dependencia**

La pandemia ha evidenciado que el sistema de atención a la dependencia de carácter residencial no estaba preparado para una crisis sanitaria, ni para ajustar la reacción de forma precisa a lo que cada residencia requería en cada momento.

En esta línea sugerimos la necesidad de coordinación con el sistema de salud y un sistema de auditoría anual o bianual que permita detectar las principales deficiencias, que la presente crisis ha revelado como determinantes.

### **Agencia Independiente de evaluación de resultados y tecnologías sanitarias.**

Durante la pandemia se ha puesto de manifiesto la urgencia de disponer de una agencia de carácter nacional que fomente la transparencia y la comparación de resultados entre CCAA, permita elaborar informes de evaluación vinculantes para la introducción de nuevas terapias de alto coste y promueva la generalización de las mejores prácticas en el sistema.

Los principios en torno a los cuales deberían construirse y regirse esta agencia son:

- la independencia de los poderes políticos
- la transparencia en los resultados

-la coordinación y gestión compartida con las CCAA

-la visión internacional

A su vez, la agencia debería estar presidida por una persona de reconocido prestigio con un mandato cuya duración sea superior al ciclo político, y que sólo pueda ser cesado por causas definidas en sus estatutos.

### **REFORMAS EN EL ENTORNO PUBLICO.**

Existe una cierta unanimidad entre los analistas que los servicios públicos saldrán reforzados de esta crisis. La sociedad ha descubierto su vulnerabilidad, y de su corresponsabilidad para controlar una pandemia. Los servicios públicos se perciben tras esta crisis sanitaria como necesarios, pero también que es urgente mejorar su funcionamiento, y reforzar la coordinación y la cooperación con el sector privado y la sociedad civil.

Durante esta crisis se han desarrollado ejemplos de cooperación extraordinarios: han aflorado multitud de iniciativas colectivas, como la alianza para la construcción de respiradores o la recaudación de fondos para la investigación cooperativa de tratamientos contra el virus. Pero también ha puesto de manifiesto que algunos países, no tienen los instrumentos para vertebrar esta cooperación. Por un lado, como es el caso de nuestro país, existen barreras, principalmente de tipo ideológico, entre lo público y lo privado, que hacen perder parte de la energía y la capacidad para desarrollar iniciativas público-privada. Por otro lado, un Estado moderno ha de estar abierto a la colaboración con la sociedad civil y debe evolucionar hacia modelos inspirados en el concepto de “redarquía”, que busca la cooperación en red, que potencie la inteligencia colectiva y permitan dar respuesta ágiles y eficaces a los retos que tenemos que afrontar.

Este evento sin precedentes constituye un catalizador para realizar las reformas y transformaciones pendientes desde hace años, que debería materializarse en la consecución del propósito común que ha surgido a raíz de esta crisis sanitaria: reforzar nuestro Sistema Sanitario y nuestro sistema de Salud Pública. En este contexto, la sociedad española debe impulsar un necesario marco de reformas estructurales para lograr fortalecer y adaptar nuestro Sistema Sanitario a los retos futuros que afrontaremos. Todo ello sin olvidar que es vital garantizar su sostenibilidad, ya que constituye una de las piedras angulares de nuestro Estado de Bienestar. Por tanto, es nuestra obligación hacerlo no sólo para dar respuesta a esta pandemia, sino también para asegurar un adecuado equilibrio intergeneracional presente y futuro.