



*Francesc Moreu Orobítg*

**UN NUEVO  
MODELO DE SALUD  
PARA UNA  
NUEVA SOCIEDAD**

Una aportación a un  
debate necesario

*Título original: "Un nuevo modelo de salud para una nueva sociedad"*

©Francesc Moreu Orobítg

[francesc.moreu@gmail.com](mailto:francesc.moreu@gmail.com)

Fotografía: Clara Rodríguez González

Edición: Josep Filella Prades

Agosto 2020

Actualización: Noviembre 2020



## **Francesc Moreu Orobítg**

Ingeniero Industrial

Ha sido gerente de los hospitales Sant Pau, General de Valencia y Bellvitge y de la Región Centro del Servei Català de la Salut, así como del Insalud y Asesor Ejecutivo del Ministro de Sanidad. Consejero Delegado del Instituto de Diagnóstico por la Imagen (IDI) de Catalunya y Presidente y Consejero Delegado del Instituto Catalán de Oncología ICO), así como Presidente del Consejo asesor de Planificación de Catalunya.

También desempeñó el cargo de Gerente de Consultoria i Gestió del Consorci de Salut i Social de Catalunya. Consultor en España y en la mayoría de los países de Centro y Sudamérica. Ha dictado cursos de gestión hospitalaria en multitud de instituciones, tanto en España como en Sudamérica y es director, desde hace 27 años, del curso "El Jefe de Servicio como Product Manager" de la School of Mangement de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona y profesor invitado en diversos países del Cono Sur y muy en particular, en la Escuela de Salud pública de la Universidad de Chile.

Ha colaborado en diversos medios de comunicación y es director del proyecto de investigación sobre "El Hospital Reinventado".

*Francesc Moreu Orobitg*

**UN NUEVO  
MODELO DE SALUD  
PARA UNA  
NUEVA SOCIEDAD**

Una aportación a un debate  
necesario

*“Hay una opinión generalizada entre los ciudadanos y los profesionales, sobre la necesidad de adecuar el modelo de Salud a las nuevas realidades sociales.*

*Lo que a continuación sigue es una aportación más a este necesario debate, basado en casi 40 años de mi experiencia en este sector, vividos con pasión y ahora con añoranza.”*

*Francesc Moreu Orobitg*

<b>Índice</b>	<b>pág.</b>
RESUMEN EJECUTIVO	07
LOS PUNTOS DE PARTIDA	
- Introducción	21
- Diagnóstico de partida	21
- Los retos del modelo de salud	23
- Los principios informadores del nuevo modelo	26
LAS PROPUESTAS DEL MODELO	
- ¿A quién van dirigidas?	29
- Estructura de las propuestas	29
FASE 1: VUELTA A LA NORMALIDAD	
P1 Recuperación de la normalidad tras la C-19 y plan de contingencias de futuro	31
FASE 2: NUEVO MODELO: PROPUESTAS ESTRATÉGICAS	
P2 Revisar el contrato social y el rol nuclear de la salud en el mismo	37
P3 Dar carta de naturaleza a un nuevo concepto de salud	41
P4 De un modelo de sanidad a uno de salud	44
P5 Ciudadanos protagonistas como pacientes, propietarios y sociedad	47
P6 Marketing social inspirador de nuevos valores	50
P7 De un modelo federal a otro confederal	54
P8 La industria farmacéutica y la biotecnología	58
P9 Más financiación y diferente	62
PROPUESTAS OPERATIVAS	
P10 Los profesionales	68
P11 Provisión pública sujeta al derecho privado	73
P12 Transformación digital; Salud 4.0.	78
P13 Una nueva visión de la Salud Pública	81
P14 El continuum sanitario y social	85
P15 La reforma de la reforma de la APS	89
P16 La reinención del hospital	93
P17 “I+D” para algunos, innovación para todos	98
P18 La docencia curricular en los dispositivos sanitarios	103
P19 La salud en la UE; repercusiones para España	107
ANEXO 1	
Traducción de las propuestas generales a las CC.AA.	
- CATALUNYA	111
Acrónimos	118

# **RESUMEN EJECUTIVO**

# LAS IDEAS FUERZA DE LA PROPUESTA

## LOS PUNTOS DE PARTIDA

- a. Este documento es una aportación más a un debate necesario que exige pluralidad y va dirigida a aquellos que tienen la capacidad de cambiar las cosas.
- b. La necesidad de un Nuevo Modelo no es consecuencia de la pandemia de la Covid ni siquiera de las crisis del 2008, su necesidad viene de antes; la crisis del modelo es sistémica.
- c. El modelo español es un buen modelo para una sociedad del ayer pero hoy no es capaz de dar respuesta a la de mañana; el modelo de salud es un submodelo del modelo social y si este cambia debe cambiar aquel y cuando esto no ocurre, como en el caso español, se produce una crisis.
- d. La sociedad de hoy es una sociedad postcapitalista, que no lo niega pero lo humaniza, en la que los ciudadanos como tales y como sociedad quieren estar en el centro, teniendo voz no solo ex post sino ex antes de las cuestiones que les afectan, en un entorno de democracia deliberativa en el que se prime el esfuerzo en un marco de solidaridad hacia aquel que, pese su esfuerzo, no pueda subvenir su bienestar.
- e. En este entorno el modelo de salud debe responder en base a un derecho de ciudadanía a un concepto de salud holístico, sin que nadie se quede fuera de sus

beneficios, ni en lo tocante a sus necesidades y sus expectativas, optimizando los resultados de salud y asegurando la sostenibilidad del modelo.

- f. El modelo de Salud español participa de los problemas genéricos de los países a los que nos podemos homologar, más unos propios del modelo español. A la cronicidad y el envejecimiento, la medicina del deseo y la presión de los avances tecnológicos hard y soft entre los primeros, deben sumarse el todo para todos, la provisión pública, la política de la gestión de los profesionales, la existencia de 17 modelos, el coste cuasi cero a la hora de la utilización de los servicios, un modelo fragmentado más “sanitario que de Salud” y una financiación insuficiente generadora de inequidad territorial con problemas añadidos por los recortes de la década pasada.

Pese a ello los resultados de salud son buenos y la satisfacción de los ciudadanos alta.

- g. No se trata de plantear un “modelo Covid” por mucho que la pandemia, coyunturalmente, haya trastocado de manera significativa el modelo actual. Si hay que comprender que lecciones aprendidas de su gestión (incluido a nivel macro los relativos a la cogobernanza y la lealtad institucional) deben perdurar y formar parte del nuevo modelo de Salud. Aunque debe recuperarse la normalidad antes de abordar los cambios profundos que el modelo requiere, también lo es que algunas de las medidas de superación de la crisis Covid pueden ser simultáneas a los cambios estructurales. En cualquier caso lo urgente no debe hacer olvidar lo importante.

h. Si bien como ya se ha comentado el modelo actual tiene muchas cosas a conservar, lo cierto es que no podemos limitarnos a reajustes sobre el statu quo actual y atrevernos a planteamientos disruptivos desde una perspectiva amplia del concepto Salud.

En estos términos las propuestas de este documento se estructuran alrededor de 10 grandes ejes.

## **LAS PROPUESTAS**

### **a. UN NUEVO CONCEPTO DE SALUD HOLÍSTICO Y COMPARTIDO QUE PRECISA DE UN MODELO DE SALUD Y NO DE SANIDAD, COMO ELEMENTO NUCLEAR DE UN CONTRATO SOCIAL ACORDE A UNOS NUEVOS VALORES.**

El primero de ellos sitúa la Salud con carácter nuclear dentro del conjunto de prestaciones que propician el bienestar de los ciudadanos desde una óptica de Sociedad del Bienestar superando el concepto tradicional del Estado de Bienestar (Estado todo el necesario y Mercado todo el posible) y reformula el concepto Salud a propiciar desde una perspectiva holística (concordante con la visión de Salud compartida de la UE) que busca un equilibrio entre riesgos, recursos y responsabilidad individual de las personas sobre su salud.

Ello nos lleva a apostar por un modelo de Salud, superando el convencional modelo de Sanidad que implica, desde reforzar el Ministerio recuperando competencias perdidas esta legislatura, como sustituir

las actuales Consejerías de salud verticales por unas transversales y cuyo planteamiento clave es integrar en una sola, desde la perspectiva de un modelo de “human centricity” la Ley General Sanidad, la General de Salud Pública y la de la Dependencia, dando carta de naturaleza así a un modelo de Salud 4.0 que revise los roles del aseguramiento, los prestadores y los ciudadanos para mejorar los resultados de salud, asegurar la sostenibilidad del modelo, la satisfacción de los ciudadanos y la aportación directa e indirecta a la creación de riqueza.

A su vez dada la dependencia con la UE deberían aumentarse los mecanismos de adscripción a la misma.

## **b. LOS CIUDADANOS EN SUS TRES DIMENSIONES, CENTRO DEL MODELO**

En el ya citado entorno de democracia participativa, con los ciudadanos en el centro, debe dárseles su lugar tanto como Sociedad (audiencia en la definición de prioridades en los planes de Salud), como en su rol de propietarios (teniendo su lugar en la gobernanza de las instituciones) y por supuesto como “clientes”, participando en las decisiones clínicas que les afecten y respetando su autonomía como personas y facilitando su libre elección informada.

### **c. PROFESIONALES AGGIORNADOS**

Los profesionales, pieza clave del modelo, deben ver dignificadas sus condiciones laborales y profesionales así como las políticas que potencien tanto sus motivaciones trascendentes como las intrínsecas (entre ellas un rediseño de la carrera profesional) y extrínsecas. Debe abordarse una planificación de necesidades acorde a un nuevo reparto de competencias entre los miembros de equipos cada vez más multidisciplinarios (en particular con la enfermería) y revisarse los criterios de troncalidad (especialistas y expertos), incorporando nuevas profesiones a los equipos asistenciales y de soporte

Se les debe dotar en la fase curricular de nuevas actitudes y aptitudes para su relación con los pacientes, el trabajo en equipo y la transformación digital, reformular los principios éticos y deontológicos convencionales, reforzando estos últimos, acordes a los nuevos valores sociales que haga cómodo su desempeño profesional y se les debe reconocer (como la gestión de la pandemia ha puesto de evidencia) que ellos son los verdaderos gestores del “negocio” a través de la gestión de “su” clínica.

### **d. UNA NUEVA ARQUITECTURA DEL SNS**

Pasar de un modelo “cuasi” federal a un modelo confederal en la arquitectura del estado de las Autonomías (convirtiendo de facto el Consejo Interterritorial en verdadero Ministerio de Salud) tanto en lo tocante a los aspectos regulatorios como en las

garantías de los contenidos de la póliza pública básica, los derechos y deberes de los ciudadanos y la equidad entre ellos y los territorios, manteniendo la gestión lo más cerca posible de donde los ciudadanos viven y trabajan.

Los “confederados” deciden cuales son las funciones que reservan al gobierno central, entre ellas la coordinación ante situaciones excepcionales y los mecanismos de cogobernanza apropiados para ello, que debe recogerse en una versión adaptada a este modelo de la Ley de Cohesión y Calidad del sistema nacional de Salud.

Al tiempo que determinados dispositivos (Instituto Carlos III) deben considerarse participados por 17 socios (las CCAA) deberían crearse Agencias de tipo estatal como la de calidad, resultados o evaluación tecnológica que sustituyan a la proliferación de ellas en las ya citadas CCAA.

#### **e. EL CLUSTER SALUD**

Dar carta de naturaleza al clúster salud como responsabilidad del Ministerio de Salud y de las Consejerías de las CCAA incorporando en este clúster el sector privado de aseguramiento, las mutuas de accidentes profesionales, y la provisión privada así como la industria farmacéutica, la de equipamientos e instrumental para el sector y el cada vez más pujante ámbito de la biotecnología.

## **f. MAS FINANCIACIÓN Y DIFERENTE**

La subfinanciación tanto del modelo de Salud como de la Ley de dependencia es crónica (la Salud se financia por los impuestos más un déficit crónico sistémico), no es finalista y está basada en la economía cíclica. Desde el 2010 ha sufrido grandes recortes de manera que en el 2020 los presupuestos agregados de todas las CCAA eran prácticamente idénticos al del citado año 2010 y la participación en el PIB (Salud más dependencia) esta aproximadamente un 2,5% por debajo de los países de la UE con los que nos podemos comparar.

La financiación en estos rubros debería ser finalista asociada a la estructura etaria de la población, su patrón epidemiológico, los contenidos de la póliza pública y las promesas de valor respecto la misma, lo que la desvincularía de la economía cíclica y reduciría las diferencias entre CCAA.

El objetivo voluntarista de un incremento de un 1% del PIB solo sería posible a medio plazo por la vía fiscal o la aportación de los ciudadanos en el contexto de una Sociedad del Bienestar y en cualquier caso, por el incremento de la productividad (macro, meso y micro) en la prestación de los servicios. De todos modos un primer paso en esta dirección debería ser el revertir los recortes y aflorar los déficits de los últimos 8 años.

Optar a fondos provenientes de la UE para proyectos de transformación digital y renovación tecnológica con partenariado con el sector privado.

## **g. PROVISIÓN PÚBLICA BAJO EL DERECHO PRIVADO**

Salvo en alguna Comunidad, la provisión de servicios es pública y está sujeta al derecho público que solo permite administrar pero no gestionar y por ello manteniendo la titularidad pública deberían situarse dichos dispositivos bajo el derecho privado lo que facilitaría la gestión al dotar a dichos dispositivos de personalidad jurídica propia con una gobernanza adecuada, con personal sujeto al estatuto de los trabajadores, sustituyendo la intervención previa por la auditoria a posteriori y que en general permitiese una empresarialización de su funcionamiento sin poner en cuestión para ello su carácter público.

La puesta en marcha de mercados regulados o planificados con mecanismos de competencia y sistemas de compra de servicios por resultados, junto a un networking bidireccional publico/privado en igualdad de condiciones, serían elementos adicionales de estímulo en la búsqueda de la eficacia y la eficiencia.

## **h. EMPRESARIALIZACIÓN DE LA PROVISIÓN; LA REFORMA DE LA REFORMA DE LA APS, LA REINVENCIÓN DE LOS HOSPITALES Y LA GESTIÓN INTEGRAL DEL TERRITORIO, EN UN ENTORNO DE SALUD 4.0**

La APS ha sido uno de los grandes éxitos de la reforma de los años 80 que está a punto de morir de éxito. No se trata de un nivel asistencial sino de una

estrategia (es un miembro más del equipo asistencial de un territorio) y como tal debe contemplarse la reforma de la reforma de la APS que no debe interpretarse como una contrarreforma sino como una adecuación a los nuevos valores sociales y a los avances tecnológicos del curar y cuidar; el aumento de su cartera de servicios y de su capacidad de resolución, su papel protagonista en la atención a los crónicos a todo nivel, su responsabilidad en los aspectos sanitarios de la atención a la dependencia, su incorporación activa en el continuum asistencial a lo largo de los procesos asistenciales, su conversación permanente con la salud pública, junto a la empresarialización de su gestión son sus claves que deben completarse con la adecuación de los recursos que precisa, su peso específico en los presupuestos y porque no, su vinculación a la aseguradora para disminuir el riesgo y la siniestralidad, fomentando a su vez creación de EAP asociativos.

Los hospitales deben a su vez reinventar su rol y su modus operandi, haciendo protagonistas a los profesionales que son (como se ha demostrado en la gestión de la pandemia) los verdaderos gestores del “negocio”, situar a los gestores de la “empresa” como facilitadores y organizar el funcionamiento diario sobre las necesidades y expectativas de los pacientes en el contexto de un continuum al que aportan prácticas de valor a lo largo de todo el proceso asistencial.

Unos y otros junto a la salud mental (que como la MF es una especialidad más), la salud pública, una atención sociosanitaria reformulada, vinculada al cambio de modelo residencial orientado a un modelo

de familia/hogar, y el soporte a la autonomía de las personas, constituyen el conjunto de dispositivos al servicio de las personas gestionadas desde un solo lugar en base a consignaciones capitolativas ajustadas a riesgo y que evalúan en función de su outcomes.

La transformación digital es un soporte indispensable para este proceso de empresarialización, no como utility, sino como base a un cambio de modelo de “negocio”, en lo tocante a la relación con los pacientes y en facilitar la desburocratización y facilitar así el trabajo diario de los profesionales o avanzar en la salud digital o el hospital 4.0

## **i. LA SALUD PÚBLICA PROTAGONISTA**

La Salud Pública debe pasar, de ser la pariente pobre del modelo, a protagonista en aquellos aspectos que atañen a los condicionantes de salud de amplio espectro, es decir, no solo en los aspectos de la vigilancia epidemiológica o las alertas sanitarias sino en todo lo que implica el concepto “salud compartida” que encaja perfectamente con la definición de su ámbito de competencias del preámbulo de la Ley General De Salud Pública.

A nivel macro debe darse carta de naturaleza a una agencia de Salud Pública con un estatus y una gobernanza independiente del poder político al tiempo. En el nivel meso reforzar, en un contexto de gobernanza compartida con las CCAA, las responsabilidades ante las alertas sanitarias y asumir protagonismo en las estrategias de los planes de

salud territoriales y su integración en uno estatal (salud en todas las políticas públicas) y a nivel micro integrarse con los otros dispositivos asistenciales de un territorio en la visión epidemiológica de la población.

#### **j. UN REEQUILIBRIO ENTRE LA UNIVERSIDAD Y LOS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES, I+D PARA ALGUNOS, INNOVACION PARA TODOS**

El modelo Bolonia prima el in company training frente a la academia convencional a fin y efecto de mejorar la conexión entre la formación universitaria y las necesidades, en este caso, del modelo de salud. Ello implica un deslizamiento del centro de gravedad del continuum curricular hacia los dispositivos sanitarios lo que permite un empoderamiento de los mismos en su relación con la universidad; el repensar que dispositivos son más adecuados en esta fase curricular, la responsabilización de los centros en la formación práctica, la revisión de los encargos universitarios y la compensación de los costes adicionales de esta docencia son sus punto clave.

El estímulo de estos últimos años para el I+D en el ámbito asistencial ha sido un éxito en general pero con ciertos tics que habría que corregir. El I+D es para muchos profesionales un elemento de prestigio que anteponen a la labor asistencial y que la administración potencia al tiempo que han proliferado Institutos de Investigación en todo el país que trabajan en los mismas líneas con escasa conexión.

Mientras la Innovación, la “i” pequeña vinculada al trabajo de cada día y a los procesos asistenciales, propia del método científico de la actuación clínica no ha tenido el mismo estímulo cuando esta innovación ha sido la que ha resuelto muchos de los problemas asistenciales y organizativos con los que han tenido que enfrentarse los dispositivos asistenciales a causa del covid y que han sido los propios profesionales los que han sido sus autores.

La investigación epidemiológica ha demostrado su necesidad, la básica no tiene la suficiente conexión con la universidad y la clínica, la propia de los dispositivos asistenciales, debe racionalizarse metodológicamente como empresarializarse para la explotación de los hallazgos, de la que no deben quedar al margen las instituciones donde estos hallazgos se producen, mientras que es la innovación la que debe promocionarse para todos los profesionales y trabajadores de las instituciones.

# **LAS PUNTOS DE PARTIDA**

# LOS PUNTOS DE PARTIDA

## INTRODUCCIÓN

Este proyecto de un nuevo Modelo de Salud para una nueva Sociedad viene a sumarse a las distintas y excelentes propuestas que desde diversos ámbitos se han formulado y en particular trata de conectar, como no podía ser de otra manera, con las recomendaciones de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados en su grupo de trabajo de Sanidad y Salud Pública.

Si bien coincide en muchas de las actuaciones que promueven todas ellas, las sitúa en un marco conceptual distinto y aporta un enfoque más omnicomprendivo que la vincula mejor con la reconstrucción como un todo, enlazando las medidas siempre pospuestas de salida de crisis sistémica anterior al 2008 con las necesarias para superar las repercusiones de la Covid-19, sin proponer por ello un “modelo Covid-19” para la sanidad española y teniendo siempre de referencia los emergentes nuevos valores sociales.

## DIAGNÓSTICO DE PARTIDA

El modelo de Salud español es un excelente modelo que ha dado resultados satisfactorios desde su instauración a mediados de los años 80. La Ley General de Sanidad, la reforma de la Atención Primaria de Salud y las transferencias de las competencias del INSALUD a las CC.AA. son los principales hitos de un modelo que resta intacto desde hace casi 20 años ya que las novedades que se han ido aportando a lo largo del tiempo lo han sido en

términos de ajustes pero no alterando la esencia del modelo. La única iniciativa significativa al mismo fue la Ley de la Dependencia del 2006 y en realidad aún está por desplegar en toda su extensión.

La falta de concordancia entre el modelo de Salud y el modelo social no es distinto del de las otras prestaciones que configuran el Estado de Bienestar, afectado además gravemente por la crisis del 2008 que en absoluto puede darse por superada y aunque así fuese, no resolvería la problemática del modelo de Salud pues sus raíces son estructurales y existentes desde antes del 2008, ya que en contra de lo acaecido en otros países de nuestro entorno, no se ha hecho nada por ajustar el citado Estado de Bienestar a las nuevas externalidades.

Se trataría pues de diseñar un modelo que respondiese de manera más equitativa, eficaz y eficiente al triple desafío de ajustar mejor el citado modelo a las necesidades y expectativas de las personas, de optimizar los resultados de salud a lo largo de toda la cadena del valor del proceso de asistencia/atención y de hacerlo todo ello optimizando los recursos, asegurando así la sostenibilidad y la alineación del modelo con los objetivos de la agenda 2030.

Tal vez pueda pensarse que un proyecto de esta naturaleza, en un entorno de geometría tan variable, tiene pocas opciones de traducirse en algo concreto y más cuando la mayoría de sus premisas han sido mil veces dichas pero no llevadas a la práctica, pero baste para desterrar esta idea el ejemplo del llamado informe Abril Martorell que si bien fue descalificado tan pronto se hizo público, lo cierto es que en buena medida todo lo que ocurrió en este sector a partir de su aparición en julio de 1991, ha sido influenciado por las recomendaciones que

se hicieron en aquel tan denostado informe y aplicadas en mayor o menor medida por parte de las CC.AA.

Cuando se estaba planteando la hipótesis de partida del proyecto apareció de manera repentina la pandemia de la Covid-19 que desde nuestro punto de vista reforzó la necesidad del mismo, no como una externalidad oportunista sino porque los aspectos del modelo que desde la perspectiva del autor justificaban su actualización, se están poniendo de evidencia con toda crudeza en la citada crisis. Si bien el 2008 significó un cambio sustantivo en el modelo de sociedad, su traducción práctica no se había acabado de producir y ahora, con el nuevo punto de ruptura social, más allá de la repercusión sanitaria de la pandemia, obligará a que en el 2020 se consolide el cambio iniciado en el 2008, dando carta de naturaleza a un nuevo modelo de sociedad con traducción directa en el modelo de Salud ya que este no es más que un submodelo de aquel.

No debe confundirse el recuperar las consecuencias del impacto de la pandemia con las transformaciones que el modelo de salud precisa desde hace años. Deberían abordarse primero las consecuencias de la misma y prepararse para minimizar el impacto de futuros rebrotes o nuevas catástrofes en el futuro para después centrarse en un nuevo modelo de Salud aunque es cierto que en algunos casos, las medidas para la fase de recuperación deberán ser coincidentes con las del nuevo modelo

## LOS RETOS DEL MODELO DE SALUD

El modelo de salud actual ha respondido adecuadamente a los objetivos para los que fue concebido en el 86 pero en estos momentos precisa de determinados ajustes (no de

ajustes finos del de partida, sino disruptivos respecto aquel) para adecuarse a la realidad social a la que debe servir.

Los aspectos relevantes que justifican esta hipótesis de partida pueden resumirse en los siguientes:

- a. Las personas quieren ser el centro del modelo de salud, desplazando dicho centro de gravedad de la mirada estrictamente profesional de tratar enfermos, a la de tratar personas en su perspectiva holística teniendo en cuenta tanto sus necesidades como sus expectativas y teniendo voz en todas aquellas decisiones que les afectan.
- b. Este planteamiento holístico trae como consecuencia: La demanda de un verdadero modelo de SALUD y no únicamente de Sanidad (actuar no solo en el 20% de los determinantes de salud por mucho que a ellos se dedique el 80% de los recursos, sino en el 100% de los citados determinantes) lo que implica entre otros, acabar con la fragmentación entre el modelo de Salud y el modelo de soporte a la autonomía de las personas y dentro del modelo de Salud, la no separación de niveles (APS, AE, SM) y el fortalecimiento del continuum asistencial.
- c. La demanda creciente de la entrega de prácticas de valor (subordinando las individuales a las colectivas) que propicien los resultados de salud a lo largo de toda la cadena del valor de la atención, incluyendo aquí la prevención, promoción, pronóstico, diagnóstico, tratamiento y reacomodo al medio, tanto en lo que corresponde a la respuesta a las necesidades como a las expectativas.

- d. La disrupción que significa en el modelo de Salud actual los avances técnicos y científicos (hard y soft) sobre el curar y el cuidar y muy en particular. todo lo que gira alrededor de la transformación/salud digital con repercusiones no solo en la práctica clínica sino también en la relación con los pacientes y en definitiva, con el modelo de negocio.
- e. El reconocimiento de la importancia creciente desde el punto de vista económico del clúster salud y de manera muy importante dentro del ámbito de la Bio e infotecnología.
- f. Las cada vez más evidentes posibilidades de incorporar elementos de gestión empresarial, no solo a los dispositivos sanitarios como un todo sino también a la gestión clínica (la de los líderes clínicos del curar y el cuidar) y la gestión "de la clínica", la de todos los clínicos.
- g. La aceptación de la realidad de que la existencia de 17 sistemas de Salud que pretenden ser cada uno de ellos autosuficientes sin al menos un mecanismo de respuesta eficaz ante problemas globales excepcionales, debe ser revisado tal vez no solo en esta eventualidad sino también en el funcionamiento basal del Sistema Nacional de Salud.
- h. La necesidad de asegurar la sostenibilidad del sistema y financiarlo adecuadamente acorde a las promesas de valor del mismo a los ciudadanos.

A todos estos aspectos que pueden ser considerados como sistémicos, deben añadirse los derivados de la crisis 2008 que tras los efectos de la pandemia aún tienen una mayor significación.

- i. Los recortes habidos desde el 2008 han precarizado las infraestructuras y han ralentizado no solamente la incorporación de nuevas tecnologías sino, lo que es más grave, la simple reposición de las que ya han acabado su vida útil/económica o tecnológica.
- j. Se ha agravado la precarización de las condiciones laborales de los profesionales/trabajadores del sector cuya actualización no puede demorarse más.
- k. Se han alargado las listas de espera tanto de consultas y pruebas diagnósticas como de intervenciones y donde este alargamiento es más grave, es en el ámbito de la Dependencia con más de 250.000 personas con un recurso socio sanitario asignado que no puede hacerse efectivo por problemas presupuestarios.

## LOS PRINCIPIOS INFORMADORES DEL NUEVO MODELO

Se opta por trabajar sobre los Principios Informadores del Modelo en vez de definir objetivos cuantitativos del mismo en lo relativo a indicadores de cobertura, salud/enfermedad, calidad de vida, sostenibilidad, opinión de los ciudadanos, etc. por entender que estos objetivos deben ser fijados por quienes tienen las capacidades política y de gestión para ello, tanto a nivel Ministerial como

de las CC.AA., por lo que las propuestas deben centrarse en las líneas de trabajo que puedan posibilitarlos sean estos los que sean.

En función de ello, los principios que informan la propuesta de un nuevo Modelo de Salud son los siguientes:

- A. UNIVERSAL EN BASE AL DERECHO DE CIUDADANÍA.
- B. DE UN MODELO DE SANIDAD A OTRO DE SALUD CON VISIÓN INTEGRAL DEL CLÚSTER SALUD
- C. CENTRADO EN LAS PERSONAS, SUS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS
- D. MÁS PROTAGONISMO DE LA GESTIÓN CLÍNICA Y LOS PROFESIONALES.
- E. TRANSFORMACIÓN DIGITAL; SALUD 4.0
- F. ARQUITECTURA INSTITUCIONAL; DE UN MODELO FEDERAL A OTRO CONFEDERAL
- G. SALUD EN EL CONTEXTO DE UNA SOCIEDAD DE BIENESTAR HOMOLOGABLE CON LAS OTRAS PRESTACIONES DEL MISMO
- H. MEJORAR EFICACIA, EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA
- I. MÁS Y MEJOR FINANCIACIÓN SOSTENIBLE
- J. MODELO PREPARADO PARA AFRONTAR CATÁSTROFES SANITARIAS COMO LA COVID-19

# **LAS PROPUESTAS DEL MODELO**

# LAS PROPUESTAS DEL MODELO

## ¿A QUIÉN VAN DIRIGIDAS?

Las propuestas que a continuación se exponen (19 PROPUESTAS y 103 SUGERENCIAS DE ACTUACIÓN) van dirigidas a todos aquellos (Gobierno, CC.AA., gestores, líderes clínicos y profesionales) que tienen capacidad para cambiar las cosas.

Son propuestas para que reflexionen sobre ellas y les ayude a tomar las mejores decisiones en sus ámbitos de competencia con el propósito de mejorar el Modelo de Salud al servicio de los ciudadanos.

Por esto la parte sustantiva de las propuestas está relacionada con su base conceptual, consecuencia del diagnóstico de cada una de ellas, mientras que las sugerencias de actuación son apenas, “sugerencias”, en ningún caso limitativas y solamente pretenden ayudar a quienes realmente deben definirlas.

## ESTRUCTURA DE LAS PROPUESTAS

Las propuestas para la implantación del modelo se estructuran en dos fases; la primera es relativa a la vuelta a la normalidad tras la crisis y se orienta a superar sus efectos y preparar el sistema para un rebrote o una nueva catástrofe.

La segunda está dedicada a las propuestas para el cambio de modelo una vez recuperada la normalidad, si bien lógicamente hay toda una serie de las mismas que cabalgan entre las dos fases. Deberá distinguirse con claridad una fase de la otra.

# **FASE I**

## **VUELTA A LA NORMALIDAD**

**PROPUESTA 1**  
**RECUPERACIÓN DE LA NORMALIDAD**  
**TRAS LA COVID-19 Y PLAN DE**  
**CONTINGENCIAS FUTURAS**

*“Primero recuperar la  
normalidad”*

## PROPUESTA 1

### ➤ **RECUPERACIÓN DE LA NORMALIDAD TRAS LA COVID-19 Y PLAN DE CONTINGENCIAS FUTURAS**

#### DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

La pandemia de la Covid-19 ha dejado en el ámbito de la Salud (no contemplamos aquí su repercusión económica y social) una serie de lecciones aprendidas que han de servir de base, no solamente para estar preparados para un posible rebrote sino también para otras catástrofes como la que ha representado el citado virus que se puedan producir en el futuro.

El colapso de las instituciones hospitalarias y muy en particular de sus camas de UCI, la dificultad de tener sistemas de protección de los profesionales en su atención a los pacientes, el abandono sanitario de los dispositivos socio sanitarios y de las residencias, la falta de test diagnósticos en sus diversas modalidades y el colapso de los laboratorios que han de procesar algunos de ellos, junto con la dificultad de asegurar la trazabilidad de los contagios y el retraso en comprender la naturaleza del problema, son algunos de sus aspectos operativos sobre los cuales hay que plantear estrategias claras ante su posible repetición junto, a otro nivel, la clarificación competencial de su abordaje para evitar que el prurito competencial impida la racionalidad de las actuaciones.

## FORMULACIÓN CONCEPTUAL DE LA PROPUESTA

Si bien constitucionalmente hay recursos legales (entre otros el estado de alarma) para abordar este tipo de situaciones debe definirse una sistemática ordinaria de plan de contingencias, desde la perspectiva operativa, para poder dar una respuesta rápida a la emergencia de la que se trate, que van desde el reforzamiento de la autoridad del Ministerio a través de los diversos ámbitos de responsabilidad de la Salud Pública, tanto a nivel estatal como en coordinación a través del Consejo Interterritorial con las CC.AA., hasta definir unas reservas estratégicas nacionales de equipamientos, materiales y medicamentos para poder afrontar las consecuencias de la emergencia.

Un task force con una gobernanza establecida apoyado por un reforzamiento de la Salud Pública, tanto a nivel estatal como autonómico, con traducción a nivel de los dispositivos sanitarios es imprescindible.

Dada la excepcionalidad de las consecuencias de la Covid-19, las actuaciones para paliar sus efectos se deben circunscribir a facilitar la vuelta a la normalidad del sistema sanitario lo más pronto posible (y no tratar de hacer un sistema sanitario para la Covid-19) con una especial atención a las repercusiones sobre el personal sanitario (tal vez podría incluirse aquí la devolución de los recortes salariales de la crisis del 2008), el impacto en los presupuestos de sanidad de las CC.AA. (de momento unos 14.000 millones adicionales sobre los presupuestos 2020) y las afectaciones a los pacientes que han visto su prueba

diagnóstica, su visita (y muy en particular la normalización del seguimiento a los pacientes crónicos) o su intervención, diferida (unos 300.000).

Se debe pues separar el abordar un nuevo modelo de salud para una nueva sociedad que debía abordarse en cualquier caso, de aprender de las lecciones de la Covid-19, paliar sus efectos y estar preparado para nuevas emergencias.

## SUGERENCIAS PARA SU PUESTA EN PRÁCTICA

1. Estructurar un plan de contingencias coordinado por el Ministerio a nivel estatal con su traducción a las CC.AA.

Dicho plan deberá contener precisiones sobre la identificación de contagios, su objetivación con los test adecuados y dotar de suficientes recursos el seguimiento de la trazabilidad. Estandarizar el rol de la APS y la Salud Pública en la anterior. Atención especial a la atención sanitaria en las residencias sociales. Todo ello escrito y pautado.

2. Establecer planes flexibles para la adecuación de camas hospitalarias, de UCI y de profesionales para responder adecuadamente a diferentes escenarios de necesidad en función de la evolución de los rebrotes.
3. Establecer reservas estratégicas tanto a nivel nacional como de las CC.AA. coordinadas con él. Central de compras estatal para los ítems estratégicos definidos.
4. Mecanismos ágiles para hacer llegar a las CC.AA. los recursos económicos extras para paliar el sobre coste de la pandemia (fondos de reconstrucción).

**5.** Planes de actuación para recuperar las listas de espera en consultas, pruebas e intervenciones derivadas de la atención a pacientes Covid-19.

**FASE II**  
**NUEVO MODELO**  
**PROPUESTAS ESTRATÉGICAS**

## **PROPUESTA 2**

**REVISAR EL CONTRATO SOCIAL Y EL ROL  
NUCLEAR DE LA SALUD EN EL MISMO**

*“De estado de  
bienestar a sociedad  
del bienestar”*

## PROPUESTA 2

- **REVISAR EL CONTRATO SOCIAL Y EL ROL NUCLEAR DE LA SALUD EN EL MISMO**

## DIAGNÓSTICO

El modelo de Estado de Bienestar español se configuró en base a los modelos europeos, tratando de colocar a todos los ciudadanos en igualdad de condiciones al inicio de la carrera de la vida, proporcionándoles educación universal pública y gratuita y protegiéndoles después ante los infortunios por la pérdida de la salud, el puesto de trabajo o la finalización de su vida laboral.

En el 2006 se añadió la “cuarta pata” de la dependencia y muy recientemente se puso en marcha la renta mínima básica.

La explosión de este Estado de Bienestar se produjo a partir del 82 (con más de diez años de retraso respecto a Europa), y sigue teniendo una participación en el PIB menor que la de aquellos países a los cuales nos podemos comparar y además el peso específico del soporte a la pérdida del puesto de trabajo es mucho mayor (población cubierta) que la de los citados países. La responsabilidad del Bienestar recae en el Estado.

## FORMULACIÓN CONCEPTUAL DE LA PROPUESTA

Situar el modelo de Salud en consonancia con el conjunto de prestaciones que protegen el bienestar de

las personas, no en una lógica de estado de bienestar sino en un modelo de sociedad del bienestar que consonante con los valores sociales haga protagonista a las personas y a su esfuerzo, potencie la solidaridad y preserve la equidad para aquellos que pese a intentarlo, no les sea posible subvenir su propio bienestar y que en el caso de la Salud debería llevarnos a propiciar la citada equidad como valor supremo, la eficacia, la efectividad y la eficiencia con énfasis particular en reducir la brecha entre eficacia y efectividad.

Ello conlleva pasar la responsabilidad tradicional sobre este bienestar del Estado a un nuevo equilibrio entre las personas, el mercado y el estado como garante de la equidad (mercado todo el posible, y estado todo el necesario) centrando la equidad en el aseguramiento (universal y público) y la accesibilidad, mientras que acepta el networking público/privado en la prestación en igualdad de condiciones.

## SUGERENCIAS PARA SU PUESTA EN PRÁCTICA

6. Asegurar la igualdad de tratamiento al conjunto de prestaciones incluidas en el contrato social de la Sociedad del Bienestar y desde esta perspectiva, podría estudiarse la homologación de salud, pensiones, educación y servicios sociales a un modelo universal mixto de aseguramiento público (riesgos corrientes coste /efectivos y catastróficos) y aseguramiento privado obligatorio para lo menos coste/efectivo con un mecanismo de reaseguro

público para los que no pudiesen acudir al mercado para cubrir este tramo, lo que se traduciría en un incremento de la cohesión social y un reforzamiento de la solidaridad

## PROPUESTA 3

DAR CARTA DE NATURALEZA A UN  
NUEVO CONCEPTO DE SALUD

*“Nuevo concepto de  
salud “holístico y  
compartido”*

### PROPUESTA 3

#### ✓ **DAR CARTA DE NATURALEZA A UN NUEVO CONCEPTO DE SALUD**

#### DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL

El concepto de salud de la OMS no se corresponde con la realidad social de hoy día. El concepto de salud, además de sus requerimientos objetivos, está vinculado a la escala de valores sociales y no puede ser definido únicamente por los profesionales sino que en su formulación debe tenerse en cuenta la percepción de los ciudadanos acorde a estos valores sociales. Ello obliga a reformular el concepto de salud alejándose tanto de la visión ideal que planteaba la OMS como de las posibilidades que hoy ofrecen las respuestas a la “medicina del deseo”

#### FORMULACIÓN CONCEPTUAL DE LA PROPUESTA

Pasar de un concepto de salud convencional (el de la OMS) a uno más acorde con la realidad actual que lo relacione desde una perspectiva holística con el equilibrio de las personas con el entorno, a partir de los riesgos a los que están sometidas estas, versus los recursos que la sociedad destine de forma colectiva a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, entendido este a partir de la responsabilidad individual sobre sus estilos de vida y sus comportamientos en la utilización de los servicios de salud.

Este planteamiento está en consonancia con la línea de pensamiento de la UE que habla del concepto de “Salud Compartida” que suma las dimensiones medioambientales, económicas, sociales y de seguridad en la salud pública.

## SUGERENCIAS PARA SU PUESTA EN PRÁCTICA

### 7. Ver PROPUESTA 6

**PROPUESTA 4**  
**DE UN MODELO DE SANIDAD A OTRO DE**  
**SALUD**

*“De Sanidad a Salud*  
*4.0”*

## PROPUESTA 4

### ➤ **DE UN MODELO DE SANIDAD A OTRO DE SALUD**

#### DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

El Ministerio continua manteniendo la etiqueta de Ministerio de Sanidad y si bien la mayoría de las Consejerías de las CC.AA. han cambiado de Consejerías de Sanidad a Consejerías de Salud, la verdad es que ha sido apenas un cambio estético pero realmente continúan siendo Consejerías de sanidad y de los sanitarios en vez de Salud, pues su capacidad de intervención sobre el 80% de los determinantes de la salud es muy escasa y por ello se centran en el 20% de los mismos aunque estos consumen el 80% de los recursos totales destinados a la salud.

En otro orden de cosas y teniendo en cuenta el continuum Salud/Autonomía/Dependencia, en la mayoría de las CC.AA. hay una desconexión evidente (ver las lecciones aprendidas de la Covid-19) entre los ámbitos sanitarios y sociosanitarios cuando ambos están bajo el paraguas del concepto salud.

#### FORMULACIÓN CONCEPTUAL DE LA PROPUESTA

Pasar de un modelo basado en la “sanidad” a un modelo centrado en la “salud” lo que implica un cambio radical de paradigma con diversas repercusiones que van desde la necesaria revisión de la ley general de sanidad y la actualización de la ley de dependencia, refundiéndolas en una sola, a partir de los criterios de la “human centricity”, asegurando así el continuum salud/autonomía, al desarrollo normativo de la Ley

General de Salud pública que pese haberse promulgado hace casi una década sigue en el limbo, y a la imprescindible conversión del Ministerio y de las Consejerías, hoy de “sanidad” por mucho que su etiqueta sea de “Salud”, de Consejerías “verticales” a “transversales” con capacidad de actuación sobre el 80/20 de los determinantes de salud y no olvidando que su rol de autoridades y potestas lo es tanto para lo público como para lo privado, tanto en el aseguramiento como en la provisión.

## SUGERENCIAS PARA SU PUESTA EN PRÁCTICA

8. Revisión de la Ley General de Sanidad.
9. Cumplimiento en su formulación actual de la Ley de Dependencia.
10. Integración de las dos en un modelo de “Human centricity”.
11. Desarrollo de la Ley General de Salud Pública. (ver Propuesta 13)
12. Paso de Consejerías verticales a transversales.
- 13.** Buscar para todo ello, dado que se trata de un problema de estado, el consenso tanto de las fuerzas políticas como de las sociedades científicas, profesionales y sociales implicadas.

# PROPUESTA 5

LOS CIUDADANOS PROTAGONISTAS  
COMO PACIENTES, PROPIETARIOS Y  
SOCIEDAD

*“Un modelo centrado  
en las personas”*

## PROPUESTA 5

### ➤ **LOS CIUDADANOS PROTAGONISTAS COMO PACIENTES, PROPIETARIOS Y SOCIEDAD**

#### DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN.

Si bien el sistema de salud ha progresado dando protagonismo a los pacientes en la realidad este protagonismo es más teórico que real.

Los ciudadanos quieren asumir, en un modelo social que se orienta no a la democracia participativa convencional sino a la democracia deliberativa plena, su triple rol en el ámbito de la Salud como clientes/usuarios, como propietarios y como sociedad en un escenario de empoderamiento tanto individual como colectivo que no puede reducirse a aceptar su protagonismo “ex-post” sino que esencialmente debe poder ejercitarse “ex-ante”.

#### FORMULACIÓN CONCEPTUAL DE LA PROPUESTA

Su voz (como sociedad) debe ser escuchada tanto a la hora de establecer las estrategias del Plan de Salud como para implicarlos en las prioridades en el direccionamiento de recursos escasos y así dar cobertura social a los profesionales en los racionamientos, como también en la gobernanza de los dispositivos de provisión, para así actuar de contrapeso a sus demandas como clientes.

Cientes con los que hay que contar, tanto a la hora del diseño de los procesos por los que transitan como en qué manera pueden ejercer su autonomía y como su

voz es parte de las decisiones clínicas que les afectan y se les debe proporcionar la información transparente y veraz para que puedan ejercer con conocimiento de causa su aspiración a la libre elección.

## SUGERENCIAS PARA SU PUESTA EN PRÁCTICA

14. Participación a la hora de la fijación de prioridades en el Plan de Salud.
15. Participación en los órganos de gobierno de los dispositivos de provisión a través de los entes locales.
16. Obligación por parte de las CC.AA. de facilitar anualmente a los ciudadanos los indicadores de calidad real y aparente de cada dispositivo para facilitar la libre elección.
17. Consentimiento informado como base de la dialéctica de participación con firma del paciente y el profesional en el mismo acto.
18. Entrega al ingreso de la trayectoria clínica del proceso causante del ingreso.
19. En los procesos clínicos, además de los indicadores técnicos, incorporar los de las expectativas de los pacientes.
- 20.** Potenciar las respuestas a las necesidades de segunda generación de los ciudadanos.

**PROPUESTA 6**  
**MARKETING SOCIAL INSPIRADOR DE**  
**NUEVOS VALORES**

*“Nueva sociedad con  
nuevos valores”*

## DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

Los mensajes habituales de los estamentos políticos hacia los ciudadanos en lo tocante a la sanidad son para evidenciar la bondad del servicio público que prestan y para minimizar el impacto de los aspectos negativos, resaltando los éxitos y ocultando las carencias y muchas veces, animando a la utilización.

Los mecanismos utilizados para estimular comportamientos y estilos de vida saludables son poco eficaces y los encaminados a desanimar la utilización de los recursos públicos cuando estos son innecesarios son prácticamente nulos y se sigue predicando un concepto de salud poco realista.

No hay realismo institucional ante la dicotomía entre la limitación de recursos y los “recortes” y el hacer conscientes a los ciudadanos de las limitaciones del todo para todos, lo que anima a los ciudadanos a unas exigencias ante los profesionales que son los que deben explicar a los ciudadanos la “realidad de la vida” ante la ocultación de dicha realidad por quien debería tratar de hacerla evidente.

Uno de los elementos claves de salida de la crisis del 2008 y de su réplica del 2020 es la adopción por parte de la sociedad de una nueva escala de valores que precisa de un apoyo institucional para su permeabilización.

## FORMULACIÓN CONCEPTUAL DE LA PROPUESTA

El Marketing social (a nivel macro, meso y micro) que debería acompañar todo ello y con independencia de actuar como inspirador de determinados comportamientos de responsabilidad individual sobre la protección de la salud, debería también enfocarse según las estrategias del Demarketing para evitar la utilización innecesaria de los servicios y sobre todo para hacer conscientes a los ciudadanos de la limitación de los recursos a que se puede aspirar con los que se dispone y dar una cobertura social a las actuaciones de los profesionales del curar y el cuidar en racionamiento de actuaciones en su difícil equilibrio de abogados de los pacientes pero también de la sociedad.

La responsabilidad de los ciudadanos en un uso juicioso de los dispositivos sanitarios en esta fase de la pandemia hace pensar como posible, pese a un entorno del todo para todos sin restricciones en la utilización de los recursos, una contención de la demanda para hacerla más homologable a la de los países de nuestro entorno.

## SUGERENCIAS PARA SU PUESTA EN PRÁCTICA

- 21 Incorporar desde la educación primaria y de manera circular en todo el curriculum, la formación para la salud.
- 22 Utilizar el Marketing social y el Demarketing en todas sus facetas (legal, de ayuda sustitutiva, consejo profesional, incentivo/desincentivo,

propaganda/publicidad, líderes sociales, etc.) para en base a lluvia fina traspasar mensajes.

- 23 Decir la verdad sobre las posibilidades reales de la cartera de prestaciones y sus condicionantes.
- 24 Introducir el concepto de la salud en todas las políticas públicas pero sin estigmatizar la actividad privada.
- 25 No volverse loco ante la situación emocional derivada de la formidable actuación de los profesionales en la pandemia a la hora de plantear soluciones al modelo.
- 26 Hacer de la Salud un pacto de Estado y no un elemento de confrontación.

**PROPUESTA 7**  
**DE UN MODELO FEDERAL A OTRO**  
**CONFEDERAL**

*“Una nueva  
arquitectura del SNS”*”

## PROPUESTA 7

### ➤ **DE UN MODELO FEDERAL A OTRO CONFEDERAL**

#### DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL

En el único ámbito en el que el Estado es verdaderamente federal es en el ámbito de la Salud (las CC.AA. gestionan el 92% de los recursos), siendo las competencias del Ministerio de Sanidad residuales en casi todos los campos excepto en el medicamento y la sanidad exterior con una capacidad de Alta Inspección muy discutible.

No existe pues una estructuración ni encaje inteligente entre las competencias autonómicas y estatales como ha puesto de evidencia la gestión de la pandemia, (con acusaciones constantes de recentralización) ni existe una Política de Salud estatal como integración de las autonómicas (en realidad no existe ni en estas) y el Consejo Interterritorial más que un verdadero órgano de coordinación lo es en realidad de confrontación política.

No se trata de cuestionar la acertada estrategia de acercar la solución de los problemas donde estos se producen, ni de recentralizar competencias sino de evitar que en vez de un Sistema Nacional de Salud haya 17.

## FORMULACIÓN CONCEPTUAL DE LA PROPUESTA

Revisar desde la perspectiva de la arquitectura del estado de las autonomías, el modelo de Sanidad actual partiendo del modelo “cuasi federal” actual en lo tocante a la gestión pero fortaleciendo uno “confederal” en lo tocante a los aspectos regulatorios y a la política de salud, así como en relación a la garantía de contenidos de la póliza Pública y derechos y deberes de los ciudadanos respecto a la misma, sin olvidar los relativos a la equidad entre territorio y personas (no trabas a la circulación de los profesionales, portabilidad de carrera profesional, sistemas de información que compartan estándares y dialoguen entre sí, alianzas entre CC.AA. para compartir servicios, etc.) haciendo de facto para ello al Consejo Interterritorial como el verdadero ministerio de salud con independencia de los aspectos que los “confederados” atribuyan al Ministerio, no siendo de menor relevancia todos aquellos que aseguren la coordinación ante situaciones excepcionales tal como se prevé en el RDL que modifica la ley de cohesión y calidad del sistema nacional Salud de 15 de junio.

## SUGERENCIAS PARA SU PUESTA EN PRÁCTICA

- 27 Revisión de la Ley de Cohesión y Calidad de Sistema Nacional de Salud.
- 28 Reformulación del Consejo Interterritorial de Salud.
- 29 Agencias estatales como la de Salud Pública o el Carlos III participados por “17 socios”.
- 30 Plan de Salud Estatal como integración de los autonómicos entendidos no como un instrumento

de los Departamentos de Salud sino como la expresión gubernamental de “salud en todas las políticas”.

- 31 Centro coordinador de alertas y emergencias sanitarias estatal con capacidad de gobernanza supra autonómico.
- 32 Recuperar por parte del Ministerio las competencias perdidas en esta legislatura (servicios sociales y dependencia).
- 33 Valorar el situar bajo la responsabilidad del Ministerio las Mutuas de accidentes laborales y las compañías de aseguramiento privado de salud.
- 34 Considerar situar tanto a nivel ministerial como de las CC.AA. al sector privado de provisión como un instrumento más al servicio de las políticas de salud y por lo tanto coordinadas con las estrategias de los Planes de Salud.
- 35 Potenciar el observatorio de resultados de salud estatal.

**PROPUESTA 8**  
**LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA Y LA**  
**BIOTECNOLOGÍA**

*“El clúster Salud”*

## PROPUESTA 8

### ➤ **LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA Y LA BIOTECNOLOGÍA**

#### DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

El sector farmacéutico es de una gran trascendencia en el ámbito de la Salud y su industria no puede ser tratada como un simple proveedor, no solo por su peso específico en los presupuestos sanitarios (alrededor del 35% del presupuesto APS+Hospitales+Dispensación ambulatoria) sino también por su importancia estratégica en un país tanto en la creación de empleo cualificado como en el peso específico en el I+D, tanto el propio como el que financia a la investigación clínica, tanto hospitalaria como de la APS.

La política del medicamento debe ser abordada desde todas las anillas de la cadena del valor (incluidas las oficinas de farmacia) con objetivos que vayan más allá de la simple contención del incremento del gasto.

El emergente sector de la biotecnología, considerada hoy institucionalmente solamente como una resultante de spin off del I+D hospitalario, adquiere una trascendencia significativa y en muchos casos en resonancia con la política farmacéutica (pero no únicamente con ella) y que cuando se combina con la infotecnología marca una línea de futuro en la mejora de la atención sanitaria que no puede ser

menospreciada sino que debe ser esponsorizada por los poderes públicos.

## FORMULACIÓN CONCEPTUAL DE LA PROPUESTA

Considerar a la industria farmacéutica como un socio al que se involucra en los resultados de salud a alcanzar vía mecanismos de riesgo compartido y revisar el rol de los farmacéuticos y de las oficinas de farmacia como participantes de los equipos de salud pública.

Plantear participación en el modelo de business angels o venture capital en los spin off surgidos de la provisión pública.

## SUGERENCIAS PARA SU PUESTA EN PRÁCTICA

- 36 Ajustar el lugar de la industria farmacéutica en el modelo definiendo políticas claras no solo sobre registro y financiación sino también sobre genéricos, biosimilares y fármacos “hijos” de la nanotecnología, sin olvidar las actuaciones sobre todas las anillas de la cadena del valor del medicamento.
- 37 El clúster de la biotecnología es otro de los emergentes en el mundo y muy en particular en nuestro país con trascendencia económica además de que la combinación de la biotecnología con las tecnologías de la información cambiará en un próximo futuro la manera de tratar las enfermedades. Salud no puede estar al margen de esta realidad y más cuando la materia prima para

su desarrollo que es el conocimiento y los pacientes forman parte de él.

- 38 No dejar al margen de este interés el sector tecnológico vinculado a los equipamientos e instrumental para el sector.

**PROPUESTA 9**  
**MAS FINANCIACIÓN Y DIFERENTE**

*“Más y mejor  
financiación”*

## PROPUESTA 9

### ➤ **MÁS FINANCIACIÓN Y DIFERENTE**

#### DIAGNÒSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL

El mecanismo actual de financiación es a través de la LOFCA y está al criterio de cada CC.AA. la cantidad de recursos que se destina a la Salud, lo que implica notables diferencias entre CC.AA. no solo entre las de régimen foral y los del modelo común sino también entre estas. Está además vinculado a las posibilidades que permite la economía cíclica lo que provoca en un modelo de baja elasticidad, tensiones presupuestarias fuertes en las ondas bajas de ciclo económico no solo en la crisis del 2008 sino incluso en la de ciclo corto como la de 82/86 o la del 92/96.

A todo ello se suma un infrafinanciación estructural en un modelo del todo para todos que obliga, para sostener el sistema, a un bajo nivel salarial de los profesionales médicos y de enfermería difícilmente sostenible en cualquier caso y más en la etapa post Covid-19.

El modelo pues se financia con los impuestos más un déficit cronificado sistémico.

El modelo de Salud español suma pues a las causas generales de tensiones sobre los costes de la mayoría de los países del mundo (envejecimiento, cronicidad, "medicina del deseo", cambios en los patrones epidemiológicos y presión de los avances tecnológicos hard y soft) los autóctonos derivados de los ya citados

de la infrafinanciación basada en la ya citada economía cíclica, a los que hay que añadir el todo para todos, el prácticamente coste cero a la hora de la utilización de los servicios (lo que genera una sobre demanda, (casi 10 contactos persona año con el sistema público, el doble de los países de la UE considerados como homólogos), la provisión mayoritariamente pública, sujeta al derecho público que dificulta la gestión y la existencia de 17 sistemas de Salud que compiten entre sí.

Como consecuencia de todo ello en el 2008 (al final de la onda expansiva del periodo 1996/2008) el déficit acumulado de todas las CC.AA. era ya de 15.000 millones de euros y desde el 2008 al 2019 ha ido creciendo al ritmo de unos 4.000 millones anuales para compensar los recortes presupuestarios de este periodo ya que los presupuestos agregados de las CC.AA. a 2019 solo se situaban al mismo nivel que los de 2008 (aprox. 70.000 millones de euros) mientras que los déficits acumulados para compensar los recortes ascendían a más de 40.000 millones.

La participación en el PIB de la sanidad pública es según estudios recientes del 6,5% y la privada del 1,8 mientras que en los 15 países de la UE homologables al nuestro es del 7,5 en lo público y prácticamente igual en lo que atañe al sector privado.

Otra cosa es en lo tocante a la financiación de la Ley de Dependencia, cuya participación en el PIB, notablemente insuficiente, es inferior al 1,5% con flagrantes incumplimientos por parte, sobre todo, del estado en un sistema de financiación compartido con las CC.AA.

Un tema siempre soslayado pero que ahora cobra un nuevo protagonismo ante la gravedad de la crisis es el de la posible aportación de los ciudadanos a la hora de la utilización de los servicios en sus variadas posibilidades como ocurre en muchos de los países de la UE con los que nos podemos comparar.

## FORMULACIÓN CONCEPTUAL DE LA PROPUESTA

Replantearse en función de todo ello la sistemática de financiación del modelo de salud/dependencia vinculada no a la economía cíclica sino a la estructural, teniendo en cada Comunidad Autónoma carácter finalista y cuyos importes serán consecuencia del volumen de población, su estructura etaria, el patrón epidemiológico, la cartera de prestaciones básica y las garantías explícitas de las mismas, siendo estas dos últimas iguales para todas las CC.AA. El objetivo es la equidad entre CC.AA. y la garantía de cobertura de las promesas de valor en el ámbito de la salud a los ciudadanos y la sostenibilidad del sistema. Adecuar el Fondo de Cohesión a esta visión.

La variable de ajuste debería ser el contenido de la póliza pública definida en función de lo indicado en la Propuesta 2.

## SUGERENCIAS PARA SU PUESTA EN PRÁCTICA

39 En cualquier caso deberían incorporarse en los presupuestos de las CC.AA. los déficits acumulados recuperándose así los recortes producidos como consecuencia de la crisis del 2008 dando cumplimiento en otro orden de cosas

en lo previsto en la Ley de Dependencia. Este no es un punto y final, muy al contrario ya que el objetivo sería acercarnos al % del PIB destinado a salud por los países de la UE a los que nos podamos homologar.

- 40 El objetivo a medio plazo (4 años) sería llegar al nivel de nuestros homólogos en la UE lo que implica el incremento de un 1% de su participación en el PIB (en términos antes de las repercusiones de la Covid-19) y en cualquier caso unos recursos adicionales de 30.000 millones de euros.
- 41 Con independencia de cumplir con los compromisos de la Ley de Dependencia, la participación en el PIB de esta ley debería pasar al 2,5% y con la base pública debería estimularse los planes complementarios privados en función de lo indicado en la Propuesta 2.
- 42 De esta manera en un plazo de 4 años la participación en el PIB de la salud/dependencia pasaría a ser del 10% del PIB frente al aprox. 7,3 % actual.
- 43 Revisar los mecanismos de compensación de atenciones entre CC.AA. y ciudadanos extranjeros.

**FASE II**  
**NUEVO MODELO**  
PROPUESTAS OPERATIVAS

**PROPUESTA 10**  
**LOS PROFESIONALES**

*“Profesionales  
aggiornados”*

## PROPUESTA 10

### ➤ **LOS PROFESIONALES**

#### DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

España cuenta con excelentes profesionales de alto nivel dedicados en un gran porcentaje en exclusividad a la actividad pública. El sector público está afrontando en los puestos de liderazgo clínico una renovación generacional y digiriendo un proceso de feminización acelerado.

Si bien el número de médicos por 1000 habitantes se sitúa entre los más altos de Europa (mal distribuidos por especialidades) en enfermería ocurre a la inversa.

De todos modos este elevado número de médicos (aprox. uno por 300 habitantes) debe valorarse en función de una demanda que es el doble de la europea lo que a nivel de comparación sitúa el parque de médicos en uno cada 500/600 habitantes lo que lleva a la queja de excesiva carga de trabajo.

Sus niveles salariales (médicos y enfermeras) no se compadecen con lo que aportan a la sociedad si bien su estatus de estatutario/funcionario asociado a la plaza para toda la vida es lo que más valoran de su relación laboral.

La libre circulación de profesionales entre CC.AA. existe teóricamente pero en la práctica existen barreras

de acceso importantes en algunos casos por lengua y en todos por la no portabilidad de las carreras profesionales.

En lo que respecta a la formación curricular sus contenidos no responden a las exigencias de las demandas sociales ni a las competencias que exige la profesión para ello.

## FORMULACIÓN CONCEPTUAL DE LA PROPUESTA

Deben revisarse las estrategias sobre la planificación de las necesidades profesionales tanto en número y especialidad y por lo tanto de sus competencias, como el mantenimiento no solo de su interés en el qué y en el cómo de su profesión, sino también en por qué, lo que implica el desarrollo integral de su intelecto profesional.

El ajuste de sus códigos éticos y deontológicos a las nuevas realidades científicas y sociales así como el renovar su profesionalismo en el marco empresarial sin poner en cuestión las bases de su profesión, proletarizando su actividad o convirtiéndolos en técnicos de alta cualificación es urgente.

Como también lo es el renovar los motivos para implicarse en base a las motivaciones trascendentes no solo en la búsqueda de su excelencia profesional sino hacerla compatible con la de la empresa en la que trabajan, asumiendo sus responsabilidades de gestión como gestores reales del negocio que son, dándoles facilidades para ello en lo tocante a la organización de su trabajo diario, desburocratizando su trabajo y liberándoles de toda actividad no vinculada al núcleo duro de su función.

La dignificación de las condiciones laborales y económicas de los profesionales no puede demorarse más, equiparándolas a las de otros profesionales de similar cualificación en otros sectores de actividad, repensando la imprescindible carrera profesional en base a otros parámetros que distinga el progreso en esta carrera vinculada a su excelencia profesional, de los incentivos vinculados a la DPO que deben serlo en función de la puesta de esta excelencia profesional al servicio de los objetivos de su institución.

Hay que reajustar la relación médico/enfermería empoderando a esta en su rol de gestora de cuidados y pacientes, prestigiándola socialmente y dando carta de naturaleza a los técnicos asistenciales para cubrir las tareas que estos profesionales dejaran de hacer al potenciar su rol.

En el equipo asistencial con una actividad más autónoma en la prescripción y procedimientos potenciando a su vez el trabajo multidisciplinario en equipo.

No debe descuidarse la incorporación de nuevos perfiles profesionales tanto en la asistencia como en la investigación, en función de este propósito de propiciar salud y no solo sanidad.

La crisis de la Covid-19 nos ha dejado como ejemplo la reconsideración de la estrategia de especialización frente a la visión troncal y holística de la atención médica que ya estaba en el ambiente con la dicotomía “especialistas o expertos” y que venía reforzada con la filosofía de profesionales híbridos asociado a la estrategia “hospital 4.0”.

## SUGERENCIAS PARA SU PUESTA EN PRÁCTICA

- 44 Infundir en la formación curricular valores éticos y deontológicos acorde a los valores de la sociedad a la que han de servir (abogados del paciente y de la sociedad), las competencias necesarias para ejercer su profesión y para sentirse cómodos en el entorno empresarial en que deberán desarrollar su profesión.
- 45 Incrementar los niveles salariales priorizando los aspectos variables vinculados a los niveles de excelencia profesional y al cumplimiento de los objetivos institucionales.
- 46 Potenciar la gestión de personas poniendo en marcha políticas de motivación y su conversión en implicación y compromiso al nivel de los profesionales a los que van destinadas.
- 47 Dar carta de naturaleza a los profesionales como los verdaderos gestores del negocio que son incorporándolos en los órganos de decisión empresarial.
- 48 Renovar totalmente la carrera profesional y prestigiarla socialmente.
- 49 Apostar por el experto sobre el especialista en base a la troncalidad.
- 50 Dar prioridad al incremento de la plantilla de enfermería, potenciar sus competencias y crear la figura del técnico asistencial.

**PROPUESTA 11**  
**LA PROVISIÓN PÚBLICA SUJETA AL**  
**DERECHO PRIVADO**

*“Propiedad pública  
que se pueda  
gestionar”*

## PROPUESTA 11

### ➤ **LA PROVISIÓN PÚBLICA SUJETA AL DERECHO PRIVADO**

#### DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL

La inmensa mayoría de la APS y, salvo en alguna Comunidad la atención especializada, está sujeta al derecho público y el derecho público está concebido para limitar el riesgo y sin riesgo no es posible gestionar, solo administrar.

No existe además separación entre la autoridades y potestas, la función de “aseguramiento público” y la provisión lo que impide la puesta en marcha de escenarios de mercado regulado o planificado, existiendo además una confusión clara entre los aspectos políticos y los de gestión que hace que los gestores sean seleccionados de “entre los nuestros” y que por lo tanto tengan una visión “politécnica” de su función en la que los aspectos “poli” muchas veces pasan por delante de los técnicos.

La sujeción al derecho público dificulta la puesta en marcha de una política de gestión de personas acorde a quienes deben ser los destinatarios de las mismas y la sujeción a criterios de derecho público dificulta tanto la gestión del “capítulo II” como de las inversiones, alargando además los circuitos de decisión en la gestión a todo nivel con el requisito de la intervención previa en vez de la auditoria a posteriori.

No hay que olvidar que la única manera de legitimar la función de garante de la equidad del sector público entre los ciudadanos es la empresarialización de su funcionamiento y se debe evitar que la asimilación de los profesionales de la salud a “funcionario” los deslegitimice a sus ojos.

## FORMULACIÓN CONCEPTUAL DE LA PROPUESTA

Debería plantearse, manteniendo la titularidad pública, el situar la citada provisión bajo el derecho privado que permitiese de verdad operar bajo un modelo de mercado regulado/planificado en base a la separación efectiva de las funciones regulatorias y de autoridad sanitaria de las de aseguramiento y provisión y con ciertas restricciones, la libre elección, al menos en los aspectos terciarios, entre dispositivos públicos y/o privados bajo el criterio el “dinero sigue al paciente”, mutatis mutandis del cheque escolar, lo que obligaría de verdad a pasar de un modelo semi-empresarial como el actual, en lo que atañe a la gestión, a uno de segunda generación en la que se sitúe el “negocio” por delante de la empresa .

Ello permitiría además la personalidad jurídica de los hospitales, lo que facilitaría la gobernanza por parte de los “propietarios”, los ciudadanos, y facilitaría acabar con el citado rol poli-técnico de los gestores que se reduciría como es lógico, exclusivamente a los aspectos técnicos de su función.

Obviamente en este modelo los dispositivos públicos podrían acceder a las prestaciones privadas y a las de la póliza complementaria en salud al igual que los

privados a los de la póliza básica haciendo así efectivo, a nivel de provisión, el networking público/privado citado en base a cumplir los compromisos con la aseguradora pública, mantener la lista de espera única, no incurrir en la selección adversa, respetar las exigencias de la acreditación y la homologación y no llevar a cabo en las prácticas privadas en hospitales públicos el dumping en sus tarifas.

No sería un tema menor de la adscripción al derecho privado la posibilidad de la puesta en marcha de una política realista de amortizaciones que tuviese un impacto positivo en las inversiones de reposición.

## SUGERENCIAS PARA SU PUESTA EN PRÁCTICA

- 51 Separar las funciones reguladoras de las de aseguramiento y provisión.
- 52 Dotar a la provisión de personalidad jurídica propia extensiva a los hospitales.
- 53 Estos dispositivos con personalidad jurídica propia tendrán una gobernanza en la que estén presentes “sus propietarios” y Consejeros dominicales de reconocido prestigio.
- 54 El marco jurídico de dichos dispositivos será el derecho privado.
- 55 Ello no afectara en lo tocante a los RR.HH. a aquellos que tengan una plaza de funcionario o estatutario pero las nuevas incorporaciones lo serán bajo el régimen laboral.

- 56 Existirá un escenario de transición en que se estimulará a dichos funcionarios o estatutarios a optar por una plaza laboral.
- 57 Los mecanismos de relación entre la función aseguradora y la provisión se estructurarán sobre modelos de compartir el riesgo.

**PROPUESTA 12**  
**LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL**  
**SALUD 4.0**

*“Salud 4.0”*

## PROPUESTA 12

### ➤ **LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL; SALUD 4.0**

#### DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

La transformación digital debe dejar de ser un objetivo estratégico de cualquier plan estratégico que se precie y convertirse en una realidad.

Hoy por hoy la transformación digital es considerada más un instrumento que una estrategia del modelo de negocio y se plantea sin un referente conceptual claro como una tercera fase de un proceso de mejora de la información, en vez de situarlo en el contexto del “Hospital 4.0”, traducción al sector de los principios de la “Industria 4.0”, que no solo contribuya a la mejora de la eficiencia y la productividad sino también de la eficacia y a los resultados de salud.

#### FORMULACIÓN CONCEPTUAL DE LA PROPUESTA

A todos los niveles debe apoyarse el conocimiento y luego dotarlo de los recursos precisos/posibles respecto a las posibilidades que abren los avances tecnológicos en el campo de la salud digital situándolo como un cambio en el paradigma del modelo de negocio tanto en lo relativo a la producción de los servicios como en la relación sistema/profesionales/pacientes en la línea tanto de mejorar la calidad de vida de los pacientes como en la

de simplificar y hacer más fácil el trabajo de los profesionales. Desde la IoT, el Big Data y la inteligencia artificial pasando por la impresión 3D, la robótica, el 5G o Wearables varios, deben ser tratados no como una moda sino como un cambio sustantivo e imprescindible en este modelo de Salud 4.0

## SUGERENCIAS PARA LA PUESTA EN PRÁCTICA

- 58 En lo tocante al modelo de negocio definir técnicamente en el Consejo Interterritorial las líneas maestras de la oferta de Salud Digital a los ciudadanos incluidos en la póliza pública.
- 59 Establecer un plan director de actuaciones concretas en cada CA en esta dirección.
- 60 Definir una línea presupuestaria concreta en el capítulo de las inversiones para financiar los proyectos.

**PROPUESTA 13**  
**UNA NUEVA VISIÓN DE LA SALUD**  
**PÚBLICA**

*“Salud pública  
protagonista”*

## PROPUESTA 13

### ➤ **UNA NUEVA VISIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**

#### DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

La Salud Pública es hoy la pariente pobre del modelo pero en un modelo de Salud que no de sanidad, en base al nuevo concepto de Salud descrito, es central en el mismo. A las tradicionales actuaciones sobre las personas y sobre el medio se deben añadir las derivadas en términos de la UE, de la “salud compartida”

Desde hace tiempo los profesionales de la Salud Pública no encontraban su “lugar en el sol” y por esto, equivocadamente en nuestra opinión, trataron de encontrar refugio en la gestión sin fortuna o en una concepción de los Planes de Salud muy poco operativa.

En otro orden de cosas desde la política sanitaria las preocupaciones giraban alrededor de la provisión de servicios y la salud pública solo tenía un cierto protagonismo ante infecciones alimentarias pues ni el VIH, ni el SARS ni la gripe A le dieron protagonismo. Esta es la causa de la vida lánguida de las Agencias de Salud Pública con pocas competencias y nunca desarrolladas en su plenitud y con poca conexión con Agencias de Seguridad alimentaria, por ejemplo, y aún menos con el resto de condicionantes de la Salud.

La pandemia de la Covid-19 ha significado un punto de ruptura en esta situación y ha renovado su trascendencia y protagonismo.

## FORMULACIÓN CONCEPTUAL DE LA PROPUESTA

Hacemos nuestro lo que indica el preámbulo de la Ley General de Salud Pública al definir su ámbito de actuación, en la que sitúa sus actuaciones “en el entorno familiar, la educación, los bienes materiales, las desigualdades sociales y económicas, el acceso al trabajo y su calidad, el diseño y servicios de las ciudades y barrios, la calidad del aire que se respira, el agua que se bebe, de los alimentos que comemos, los animales con los que convivimos, el ejercicio físico que se realiza, el entorno social y medioambiental de las personas pues todo ello determina la salud”

La visión poblacional, la epidemiología y la Salud Pública han de renovar su importancia en el nuevo modelo de Salud tanto a nivel asistencial como de I+D+i y esta visión poblacional ha de llevarnos a explotar las posibilidades de la gestión integrada de todos los dispositivos de salud en un determinado territorio, pasando de un modelo fraccionado que gira alrededor del individuo, la demanda y la asistencia a otro que razona en términos de comunidad pero sin subsumir al individuo en el anonimato comunitario, que pretende poner de evidencia la necesidad y que opta por la atención más allá de la asistencia.

El ya citado desarrollo de la Ley General de Salud Pública es una de sus medidas desde la concepción más clásica de su razón de ser que ahora hace preciso

abrir el zoom en función no solo de los nuevos valores sociales sino también de los nuevos desafíos de los cuales las pandemias y el cambio climático no es uno menor en base a la hoja de ruta de “salud en todas las políticas”

## SUGERENCIAS PARA SU PUESTA EN PRÁCTICA

- 61 Desarrollar la Ley General de Salud Pública.
- 62 Dotar a la Agencia de Salud Pública de un estatus y una gobernanza con suficiente independencia del poder político (véase NICE en UK o CDC en USA.
- 63 Prestigiar las actividades de Salud Pública.
- 64 Para que pueda cumplir adecuadamente con sus funciones debe situarse en el contexto de lo propuesto en las Propuestas 2 y 3.
- 65 Sus funciones principales deben girar alrededor no solo de las que le son propias sino que debe coordinarse de manera efectiva con todos aquellos con los que comparte responsabilidades y la cobertura jurídica de liderazgo ante contingencias graves.

**PROPUESTA 14**  
**EL CONTINUUM SANITARIO Y SOCIAL**

*“Salud y  
Dependencia”*

## PROPUESTA 14

### ➤ **EL CONTINUUM SANITARIO Y SOCIAL**

#### DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

La atención sociosanitaria tiene diversas manifestaciones en las diferentes CC.AA. si bien tienen unos ámbitos de atención comunes: subagudos, convalecencia, cuidados paliativos, larga estancia y centros de día. Analizando los mismos hay algunos de ellos de raíz más sanitaria (los tres primeros) y otros de extracción social (los otros dos exceptuando los crónicos complejos).

Debería desaparecer la atención socio sanitaria estructural que dificulta el continuum asistencial, incorporando los aspectos sanitarios de su portafolio en el ámbito hospitalario dando lugar a un hospital dual (agudos y crónicos, teniendo en cuenta que a corto plazo la APS debe atender como ya hemos dicho, la descompensación de los citados crónicos a domicilio).

La diferencia entre un centro de larga estancia (excluidos los crónicos complejos) con las residencias asistidas estriba solo en el mix de dependencia de unas y otras por lo que deberían unificarse bajo el paraguas social, con un refuerzo (vía APS) del soporte sanitario, al tiempo que estas residencias deberían ser menos “hospitalarias” y más un recordatorio del “hogar” sin olvidar que deberían ser el nivel más alto y el referente del soporte a la autonomía de las personas.

Los mecanismos de pago propician la tendencia de los hospitales de agudos de remitir, cada vez más pronto, pacientes convalecientes con todavía carga hospitalaria, a estos centros que no están preparados para ello, por mucho que sus profesionales estén encantados de recibir (sin medios) a este tipo de pacientes.

Los centros de larga estancia con precios por estancia de un 20% de un centro de agudos no pueden prestar la correcta atención sanitaria a dichos pacientes.

La salud mental y la atención a las adicciones continúa manteniendo una discriminación pretendidamente positiva cuando debería reforzarse la consideración de la psiquiatría como una especialidad más, favoreciendo la integración social de sus pacientes y potenciando la conexión de la Salud Mental con la APS.

## FORMULACIÓN CONCEPTUAL DE LA PROPUESTA

El espacio sociosanitario que debe dejar de ser un estructural y pasar a ser un nexo de conexión virtual entre salud y autonomía, de la misma manera que Salud Mental, ha de dejar de ser objeto de discriminación positiva e integrarse en esta visión holística de la Salud en un contexto ya expresado de una gestión integrada de todos los dispositivos de provisión en un determinado territorio para así tener más presente la visión poblacional y territorial, en el que la idea comunidad subsume al individuo sin difuminarlo, la identificación de la necesidad prima sobre la atención a la demanda y la atención supera la simple asistencia, prestando dicha atención

favoreciendo el continuum y donde sea más coste efectiva.

El espacio sociosanitario está formado por un conjunto de prestaciones parte de las cuales pueden ser ubicadas en función de su contenido en el ámbito sanitario (subagudos, convalecencia, cuidados paliativos y larga estancia compleja), mientras que las de mayor contenido social (la larga estancia convencional) pueden incorporarse a los recursos de soporte a la autonomía de las personas en su vida diaria.

La integración de ambos ámbitos en un modelo de Salud cubre las necesidades de las personas tanto en el ámbito de la fragilidad en los recursos sanitarios como las necesidades sanitarias en el ámbito residencial.

## SUGERENCIAS PARA SU PUESTA EN PRÁCTICA

- 66 Situar convalecencia, subagudos y paliativos en el ámbito sanitario con un paradigma de atención centrado en el cuidar y larga estancia en el social con un fuerte soporte de la APS.
- 67 Incorporar la salud mental como una especialidad más en la atención de agudos y tratarla como tal.
- 68 Reformular la larga estancia en un modelo menos residencial y más familiar/hogar entroncado con la pirámide de soporte a la autonomía en sus diversos niveles

## **PROPUESTA 15**

**LA REFORMA DE LA REFORMA DE LA  
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

*“Reforma de la  
reforma de la APS”*

## PROPUESTA 15

### ➤ **LA REFORMA DE LA REFORMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

#### DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

Uno de los grandes éxitos del modelo actual es la APS, que como consecuencia de ello está a punto de morir de éxito.

La APS es un ejemplo claro de la hipótesis de partida de este proyecto de investigación pues desde su puesta en marcha a mitad de los años 80 no ha sufrido prácticamente ningún cambio significativo en su paradigma, mientras que el estado del arte del curar y cuidar y la sociedad a la que ha de servir ha cambiado de forma manifiesta, haciendo necesaria una “reforma de la reforma de la APS” para mantener su lugar clave en el modelo.

Si bien se ha repetido hasta la saciedad la importancia de la APS en el modelo, lo cierto es que si esta prioridad se mide por el peso específico de la APS en el presupuesto de sanidad, esta continua siendo igual que antes de la reforma (aprox. el 15%)

#### FORMULACIÓN CONCEPTUAL DE LA PROPUESTA

Como estrategia que es no debe ser considerada como un nivel y debe integrarse en pie de igualdad con las otras especialidades médicas en los equipos

multidisciplinarios que atiendan de manera holística a los ciudadanos a lo largo de toda su peripecia vital.

Dicha integración, para asegurar el coste eficacia de las actuaciones y el continuum asistencial exigido por los ciudadanos, debe hacerse efectiva no solo dentro del ámbito sanitario (deben hacerse cargo por ejemplo, como drivers de la atención a los pacientes crónicos en su descompensación a domicilio, así como a los largos supervivientes que deben estar incluidos en los procesos asistenciales que no pueden ser solo descritos en el ámbito hospitalario) sino en el contexto de la salud con los dispositivos sociosanitario y de atención a la dependencia (de cuya atención sanitaria se deben responsabilizar) lo que puede incluso llevar a ubicar los servicios sociales municipales en lo tocante a la salud en el mismo espacio físico que la APS sustituyendo a los trabajadores sociales hoy adscritos a la APS.

La salud pública, en lo tocante a las actuaciones sobre las personas, debe ser también su responsabilidad en conexión con la agencia de salud pública en lo que respecta a las actuaciones sobre el medio.

No sería desdeñable, en otro orden de cosas, analizar la conveniencia de la vinculación de la APS a la función aseguradora a fin y efecto de potenciar todas las actividades que disminuyan el riesgo y consecuentemente la siniestralidad y poder controlar adecuadamente las derivaciones.

Su vocación comunitaria le debe llevar a fortalecer su relación con la Salud Pública y ser la primera referencia en pandemias como la de la Covid-19 y

responsabilizarse de la primera atención sanitaria en las residencias sociales.

Todo ello debe llevar a la revisión de los ratios de ciudadanos/MF/ENF y a la orientación de la enfermería hacia la atención domiciliaria y comunitaria.

## SUGERENCIAS PARA SU PUESTA EN PRÁCTICA

- 69 Incorporar nuevos perfiles profesionales a la APS (psicólogos, nutricionistas, podólogos, rehabilitadores, etc.)
- 70 Incrementar la capacidad de resolución en base a nuevas prestaciones en su portafolio y a la tecnificación soft de la consulta dentro de las competencias de los médicos de familia.
- 71 Fomentar la constitución de APS de base asociativa.
- 72 Mejorar el soporte administrativo a los MF para que se puedan concentrar en su función.
- 73 Incorporar de manera virtual la IT en los contratos de gestión de la APS.
- 74 Incorporar en los contratos de gestión las consignaciones económicas para la compra de productos intermedios y la primera consulta a los especialistas.
- 75 Descompensaciones de crónicos y seguimiento de grandes supervivientes oncológicos en la APS.
- 76 Orientar el trabajo de enfermería hacia la atención domiciliaria y comunitaria.

**PROPUESTA 16**  
**LA REINVENCIÓN DEL HOSPITAL**

*“El hospital  
reinventado”*

## PROPUESTA 16

### ➤ **LA REINVENCIÓN DEL HOSPITAL**

#### DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

Los hospitales de hoy giran alrededor del cliente interno, practican marketing de producto, y se organizan alrededor de Servicios con las figuras potentes de los Jefes de Servicio al frente.

La alineación de los objetivos institucionales con los de los servicios se articula a través de los compromisos de desempeño que hablan de asistencia, docencia e investigación con el propósito fundamental de cumplir los presupuestos administrando adecuadamente los recursos.

Con pocas variaciones el modelo de organización y gestión permanece inalterable desde hace treinta años en base a la organización empresarial de primera generación y si bien es verdad que se han producido cambios notables en este modelo, lo han sido en una línea continuista y no disruptiva como exigía el cambio del modelo social y los avances en el estado del arte del curar y el cuidar.

Consumen entre el 45 y el 50% de los presupuestos y son la piedra angular del sistema sanitario.

## FORMULACIÓN CONCEPTUAL DE LA PROPUESTA.

El modelo de Salud no es más que un submodelo del modelo de sociedad, por lo que cuando cambian los valores sociales el modelo de Salud debe ajustarse a esta nueva escala de valores. Y cuando cambia el modelo de Salud cambia el rol del hospital en el mismo y mutatis mutandis el de los Servicios así como el de sus responsables. Ello, aunado a las tendencias actuales en el management, obliga a una reinención del hospital en red, centrado en el negocio y situando la gestión de la empresa al servicio del negocio.

La reinención disruptiva debe plantearse esencialmente en lo que atañe a un modelo asistencial centrado en los pacientes, el protagonismo de los profesionales en la gestión y en una relación más simétrica con los citados pacientes así como la revisión del concepto de Servicio convencional para asegurar el continuum asistencial y su consiguiente gestión por el criterio de las cadenas de valor, convirtiéndolo en una corporación científica de desarrollo del conocimiento, dejando la organización del trabajo diario a unidades funcionales en base al liderazgo clínico y estructuradas por procesos que deben verse como un todo, no solo en el ámbito hospitalario sino completadas con el “ex antes” y el “ex post” fuera de él.

Elemento trascendente de cambio el reconsiderar la conversión de los hospitales en grandes ambulatorios consecuente a la integración de los especialistas dando una segunda vida a los ambulatorios reconvertidos en centros de diagnóstico y tratamiento.

## SUGERENCIAS PARA SU PUESTA EN PRÁCTICA

- 77 Empresarialización de segunda generación que considera el hospital como un negocio empresa que opera en el campo de los servicios.
- 78 La tipología de este hospital reinventado es la del “hospital mall”.
- 79 La base de la organización son las unidades asistenciales (institutos, unidades funcionales o unidades de gestión clínica con líderes clínicos al frente) pasando los Servicios a corporaciones científicas que gestionan el conocimiento.
- 80 Los responsables de estas unidades asistenciales adoptan el rol de “product managers” que lideran socios.
- 81 Se invierten los organigramas dando protagonismo a los verdaderos gestores que son los que curan y cuidan.
- 82 El acento en el gobierno clínico pasa de la gestión clínica a la gestión “de la” clínica.
- 83 La política de calidad en el contexto de una empresa de servicios es la estrategia básica.
- 84 La transformación digital se sitúa en el entorno de la estrategia hospital 4.0
- 85 Hospital en red con otros, con la APS y la atención socio-sanitaria.
- 86 La enfermería se potencia cuantitativamente y cualitativamente.

87 En la línea de lo ya expuesto, las lecciones aprendidas del abordaje de la crisis de la Covid-19 en el ámbito hospitalario no debe quedar al margen en este análisis; el reforzamiento del trabajo en equipo, inter y multidisciplinario, el reequilibrio entre calidad y calidez y la potenciación de las motivaciones trascendentes sobre las intrínsecas y extrínsecas, y tanto en este ámbito como en el de la APS, facilitar la organización del trabajo diario en base a los criterios clínicos rebasando el marco convencional de la gestión clínica que se convierte en el catalizador de la implementación de la cultura de la gestión “de la” clínica.

Desde el punto de vista estructural reconsiderar la creación de centros de diagnóstico y tratamiento en red con los hospitales cerca de donde los ciudadanos viven y trabajan.

**PROPUESTA 17**  
**I+D PARA ALGUNOS, INNOVACIÓN PARA**  
**TODOS**

*“Potenciar la  
innovación”*

## PROPUESTA 17

### ➤ **I+D PARA ALGUNOS, INNOVACIÓN PARA TODOS**

#### DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

La estrategia de animar el I+D en el ámbito asistencial y muy en particular en el hospitalario ha sido un éxito en general pero con claros oscuros notables.

La investigación se ha convertido para los profesionales en un elemento de prestigio y la persecución del impact factor ha hecho olvidar que la asistencia es la razón de ser de su profesión. A esta confusión ha contribuido que los criterios a valorar en muchas de las carreras profesionales estén vinculados a este tipo de actividad

Pese a los esfuerzos de dotar de racionalidad la multiplicidad de Institutos de Investigación creados a lo largo y lo ancho del estado, el trabajo en red de dichos institutos es muy limitado y la investigación para curriculum o duplicada o triplicada sigue siendo mayoritaria y muchas con unas bases metodológicas mejorables.

Tampoco han sido fáciles las alianzas con la universidad donde esta investigación básica para generar conocimiento debería llevarse a cabo mayoritariamente, ni tampoco lo ha sido la traducción de este conocimiento a los resultados de salud y mucho menos a la empresarialización de los hallazgos.

La financiación de esta actividad es otro de los puntos débiles al no distinguirse claramente de los recursos asistenciales, ni pese a los avances en la Compliance en lo relativo a los ensayos clínicos.

Pese a todo ha tenido un impacto positivo en la mejora de la asistencia y a despertar vocaciones en este ámbito, pero que sería necesario reorientar.

## FORMULACIÓN CONCEPTUAL DE LA PROPUESTA

Poner el énfasis en la innovación como obligación de todos los clínicos, dentro del método científico de la actuación clínica, extendiéndola a procesos, procedimientos y técnicas.

Racionalizar el I+D circunscribiéndolo a equipos profesionalizados en red, a partir de la idea de que el perfil asistencial no es coincidente, por definición, con el docente e investigador sobre todo cuando estamos en la investigación básica que se orienta a la búsqueda del conocimiento.

Dar la importancia que le corresponde a la investigación clínica, la epidemiológica y al de servicios de salud, hoy de segunda división, frente a la de prestigio e impact factor.

Integrar todo ello en planes estratégicos de I+D+i (nacional y de CC.AA. en el I+D, por centro en la innovación) para evitar la perdigonada de la investigación con el mero objetivo curricular, focalizándola desde la perspectiva translacional a los resultados de salud que es lo que demanda su kick off

a partir de una pregunta clínica y empresarializando sus hallazgos cuando sea preciso.

Reformular la relación con la industria farmacéutica tanto en lo tocante a los ensayos clínicos como en el papel de la citada industria en esponsorizar la gestión del conocimiento profesional pasando en buena medida la relación clínico/farma a industria farmacéutica/institución sanitaria, potenciando el networking entre ambas, mejorando la financiación pública y reduciendo la burocracia.

## SUGERENCIAS PARA SU PUESTA EN PRÁCTICA

- 88 Incorporar en el Plan de Salud estatal el plan estratégico nacional de I+D con un presupuesto definido y los criterios competitivos para acceder a él.
- 89 Definir con claridad el % de tiempo contratado para dedicarlo a la Investigación entendido no como un crédito personal sino como colectivo.
- 90 Mismo énfasis y rigor en la gestión del I+D+i que el empleado en la asistencia.
- 91 Desglose de los presupuestos de las unidades asistenciales tanto en ingresos como en gastos entre asistencia, docencia e investigación.
- 92 La relación con los financiadores ya sea la industria farmacéutica o de otras fuentes es siempre con la institución sanitaria así como la titularidad de los hallazgos poniendo en marcha mecanismos de incentivación para no desanimar por ello la investigación. (En el 2019 de los 600M aprox. que

la industria farmacéutica ha dedicado a esponsorizar la participación en congresos, formación de profesionales y ensayos clínicos, 500 han ido directos a los profesionales y 100 a las instituciones).

- 93 Potenciar la esponsorización de la innovación a cualquier nivel y en cualquier ámbito profesional.
- 94 Establecer criterios de acreditación estrictos para la creación de Institutos de Investigación en el ámbito de un hospital y muy en particular para los de origen de interés de los profesionales paralelos a los institucionales. Revitalizar el criterio de redes (CIBER y RETICs).
- 95 Fomentar la colaboración público/privada.

# PROPUESTA 18

LA DOCENCIA CURRICULAR EN LOS  
DISPOSITIVOS SANITARIOS

*“Unos dispositivos  
universitarios  
diferentes”*

## PROPUESTA 18

### ➤ **LA DOCENCIA CURRICULAR EN LOS DISPOSITIVOS SANITARIOS**

#### DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

La relación entre la Universidad y los hospitales no ha sido fácil. Los hospitales y los profesionales están encantados de poner la etiqueta de hospital universitario o de profesor asociado y ya no digamos de titular o catedrático, en sus tarjetas de presentación, quizá sin parar mientes de que los costes de la docencia curricular los asumen los dispositivos asistenciales sin dotación económica para ello por parte de la universidad que considera que paga con creces estos costes por el hecho de poder presumir de esta consideración de universitario.

Además los profesionales con encargo universitario son pocos mientras que los alumnos deben ser atendidos por todos los profesionales del staff sin reconocimiento alguno, lo que origina más de un conflicto.

Existe además un mal planteamiento sobre cuáles son los dispositivos asistenciales idóneos para la docencia curricular y de quienes deben ser los que la gestionen en los centros.

#### FORMULACIÓN CONCEPTUAL DE LA PROPUESTA

Repensar la tipificación de dispositivo universitario (pregrado) incorporando para esta fase curricular, con

mayor intensidad, a la APS y a los hospitales de primer nivel, pues son los más aptos para esta función, dejando los terciarios para la especialización compleja.

El modelo Bolonia que prima el in company training frente a la academia, debe contribuir a un cambio en la posición relativa de los dispositivos de salud y la universidad a favor de aquellos. Las direcciones de los centros deben responsabilizarse de las prácticas curriculares, debe solucionarse la generalización del encargo universitario en todos aquellos que participan en las mismas y debe encontrarse la fórmula para que la universidad abone a los centros universitarios el coste adicional de tal actividad y las actividades de postgrado deben ser acreditadas por las direcciones de los centros.

## SUGERENCIA PARA SU PUESTA EN PRÁCTICA

- 96 Dedicar a la docencia práctica curricular la APS y los hospitales de primer y segundo nivel.
- 97 Al igual que en su día se hizo para incorporar a todos los miembros de los staffs de estos hospitales a la formación MIR, definir un plus salarial para ello.
- 98 La dirección de esta asistencia práctica recaerá en la direcciones de los centros asistenciales y a través de ellos a los Servicios concernidos.
- 99 Los encargos universitarios tienen su contraprestación en las actividades académicas

que deben desarrollarse fuera de las horas asistenciales contratadas.

100 Las actividades postgrado deberán ser acreditadas por las direcciones de los centros.

101 Al igual que en la Investigación, el coste de la docencia deberá ser consignado aparte del asistencial.

**PROPUESTA 19**  
**LA SALUD EN LA U.E. - REPERCUSIONES**  
**PARA ESPAÑA Y LA UE**

*“España y la U.E.”*

## PROPUESTA 19

- **LA SALUD EN LA U.E.; REPERCUSIONES PARA ESPAÑA Y LA U.E.**

### DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

Una de las enseñanzas de la tan repetida pandemia es la globalización de la misma que ha aflorado una nueva sensibilidad frente a la Salud como un bien superior en los ciudadanos así como la convicción de que los problemas globales requieren gobernanza global de aplicación local.

### FORMULACIÓN CONCEPTUAL DE LA PROPUESTA

España pertenece a la Unión Europea y si bien existe en el cartapacio de la UE la figura de un comisario de sanidad y de política de consumidores, lo cierto es que las competencias en sanidad recaen en cada país aunque en algunos aspectos existen competencias europeas con o sin agencias reguladoras; medicamentos, salud pública, seguridad alimentaria, etc., entre las primeras y movilidad de pacientes y profesionales entre las segundas.

Tras la pandemia la necesidad de reforzamiento de la UE en todos los ámbitos es muy evidente y, muy probablemente hará avanzar la legislación comunitaria en el ámbito de la salud para hacer de la misma un signo de identidad de la UE.

## SUGERENCIAS PARA LA PUESTA EN PRÁCTICA

- 102 La UE debería pasar de las simples recomendaciones en materia de salud a los estados miembros en estas circunstancias excepcionales, a normas de obligado cumplimiento, evitando así la disparidad de criterios en un espacio de libre circulación de personas
- 103 España debe reforzar su coordinación con todas las instancias internacionales ya sea de la UE, la OMS, etc., procurando colocar profesionales de prestigio reconocido en instancias de gobernanza y gestión de las instituciones, incrementado su peso específico en las mismas.

# ANEXO

# **ANEXO I:**

## **LA TRADUCCIÓN DE LAS PROPUESTAS GENERALES A LAS CC.AA.**

### **CATALUNYA**

#### **1-INTRODUCCIÓN**

Todas las Propuestas relacionadas en el documento anterior, son, en lo relativo a su Formulación Conceptual, de aplicación a todas las CC.AA., si bien su traducción en actuaciones concretas debe tener en cuenta las características de cada una de ellas.

Como ejemplo de ello se desarrolla en este anexo (a propósito de un caso) una propuesta concreta para la C.A. de Catalunya.

#### **LAS PECULIARIDADES DE CATALUNYA**

Catalunya ha desarrollado un modelo particular (el llamado modelo catalán) que hunde sus raíces en la Mancomunitat de Catalunya y que tras la dictadura de Primo de Rivera tuvo su continuidad en la Generalitat Republicana y en el Estatut del 32.

Tras la guerra civil y la pérdida de la autonomía se impone el modelo estatal hasta que con el

advenimiento de la democracia se recuperan en el 81 las competencias en materia de sanidad.

Sus principales rasgos diferenciales respecto al modelo estatal son los siguientes:

- a. Es heredero de la iniciativa de la sociedad civil de principios de siglo basado tanto en lo relativo al aseguramiento como en la provisión.
- b. Desde el aseguramiento presenta un sector mutualista significativo y una considerable doble cobertura (alrededor del 23%)
- c. En lo tocante a la provisión cuenta con un potente sector privado reconocido tanto dentro como fuera del país.
- d. Su aportación al I+D+i está muy por encima del promedio de España que medido en factor de impacto representa el 2,5 mundial, el 7,7 % europeo lo que implica un 30% superior al español.
- e. Cuenta con un sector farmacéutico y de biotecnología potente, configurando un clúster de desarrollo económico reconocido en Europa.
- f. Como consecuencia de la traducción de la LGS a la realidad catalana con la aparición de la LIOSC en 1991 se puso en marcha un modelo de mercado regulado o planificado separando las funciones de regulación (la Consejería), el aseguramiento (el Catsby) y la provisión (el ICS y multitud de otros proveedores agrupados en el SISCAT) .
- g. Esta multiplicidad de proveedores tiene como consecuencia que solo el 16% de la atención hospitalaria esté sujeta al derecho público (el resto

son Consorcios, Empresas Públicas o entidades sin ánimo de lucro) mientras que en la APS el 78% si está vinculado a este tipo de gobernanza que se reduce al 13% en el ámbito sociosanitario y al 8% en la salud mental.

- h. La excelente distribución territorial de la provisión sumado a las causas mundiales de incremento de la demanda más las propias del modelo español ya referida, hacen que la demanda en Catalunya, con el elemento catalizador del nivel de educación y renta sea superior al estado español y a los países de la UE con los que nos podemos comparar.
- i. El coste per cápita de la póliza pública está al nivel promedio español pero si se tiene en cuenta la población con doble cobertura y el consumo que esta hace en el sector público el disponible real por persona que utiliza al 100% el sector público se sitúa detrás del País Vasco y Navarra con el añadido de que cuenta con una importante provisión hospitalaria no ICS con un coste inferior al de dicho proveedor.
- j. El peso específico del sector salud público en Catalunya es notablemente inferior al promedio del estado debido por un lado a lo indicado en el punto anterior y por otro a que el PIB de la CA es el 19% del estatal mientras que la población representa solo el 16,5% de la española.

En el caso del sector privado y contrario a lo que ocurre con el público, la situación es a la inversa por lo que sumados uno y otro el total está en el promedio del español.

k. Por iniciativa propia y bajo la excusa de directrices de la UE se ha producido estos últimos años una fuerte erosión de las capacidades de gestión de los Consorcios asimilándolos cada vez más al sector público puro y duro, poniendo en cuestión de esta manera el “modelo catalán”.

A ello se ha sumado desde el 2016 una tendencia a la “publicación” y la “demonización” tanto de los Consorcios y empresas públicas como de la concertación con el sector privado.

l. Desde el punto de vista de los indicadores de salud estos se hallan en el tercer cuartil del promedio estatal y si bien desde el punto de vista de la esperanza de vida esta se halla en los primeros lugares, esto cambia cuando hablamos de esperanza de vida con calidad de vida.

En general el patrón epidemiológico se corresponde con una sociedad moderna con un elevado % de envejecimiento con notables posibilidades de mejora en la prevención y promoción así como en la responsabilización de los ciudadanos en su estado de salud.

Los indicadores de calidad y de eficiencia se corresponden con el promedio estatal y la satisfacción de los ciudadanos en su sistema de salud es alta si bien las listas de espera y las consecuencias de los recortes de los últimos años son los aspectos más criticados.

m. La comparación con otros países de la UE homologables con Catalunya (Austria, Dinamarca, Finlandia, Noruega, Suecia e incluso Holanda) no

presenta elementos significativos discordantes en lo relativo a resultados de salud e indicadores de proceso si bien el coste per cápita de la póliza Pública es en todos ellos mayor en consonancia de su PIB per cápita.

- n. En lo tocante a las repercusiones de la pandemia Covid-19, en su primera oleada, debe significarse los estragos causados en las residencias de gente mayor en una mayor proporción que la mayoría de las CC.AA. y en lo que respecta a los rebrotes de junio/julio problemas severos en la trazabilidad de los contagios y vacilaciones en las medidas necesarias para atajarlos.

## SUGERENCIAS DE ACTUACIÓN ADICIONALES CATALUNYA

Nota: Sugerencias adicionales

- 1- Potenciar el “modelo catalán” eliminando todas las trabas que impiden aprovecharse de sus fortalezas, Revertir la tendencia a “publicar” la provisión. Potenciar el networking público/privado.
- 2- Llevar a la práctica las previsiones congeladas de la Ley del ICS en todos sus extremos (Personalidad jurídica, gobernanza, capacidad consorcial, régimen de personal, gestión financiera, etc.).
- 3- Revisión de la LLOSC en la línea de lo propuesto para la LGS+Ley Dependencia.
- 4- Desarrollo en la línea de lo propuesto de la Agencia de salud pública de Catalunya.
- 5- Pasar de una Consejería de salud vertical a una transversal unificándola con la de Servicios Sociales.
- 6- Recuperar el protagonismo de Catalunya en el Consejo Interterritorial.
- 7- Consejería de todos en el clúster salud (público y privado en aseguramiento y provisión, industria farmacéutica, biotecnología, tecnologías médicas, etc.).
- 8- Desarrollar el Catsalut como una verdadera aseguradora Pública (las listas de espera son suyas, el dinero sigue al cliente, trabaja para los

ciudadanos y no para los proveedores, propiciar la libre elección en el terciarismo, la APS está adscrita al Catsalut, del sistema de compra; capitativo +actividad+ mejorar la gestión del riesgo, etc.

- 9- Presencia de la salud en todas las políticas públicas en base a la hoja de ruta de un Plan de del gobierno y no de la consejería.
- 10- Con independencia de la actualización del sistema de financiación estatal genérico para todas las CC.AA. en los términos indicados en la propuesta, dotar a Catalunya por parte de su gobierno, del plus necesario para ajustarlo a las características de su oferta territorial y del nivel de demanda de su población.

## Acrónimos

AE:	Atención Especializada
APS:	Atención Primaria de la Salud
CA:	Comunidad Autónoma
Catsalut:	Servei Català de la Salut
CC.AA.:	Comunidades Autónomas
CDC in USA:	Centers for Disease Control and Prevention (USA)
CIBER:	Centro de Investigación Biomédica en Red
COVID-19	Coronavirus disease 2019
DPO	Dirección por Objetivos
ENF	Enfermera de Familia
I+D	Investigación y Desarrollo
I+D+i	Investigación, Desarrollo e Innovación
ICS	Instituto Catalán de la Salud
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud
IoT	Internet of Things
IT	Incapacidad (laboral) Temporal
LGS	Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad
LOFCA	Ley Orgánica 8/1980 de 22/09 de Financiación de las CC.AA.
LOSC	Ley de Ordenación Sanitaria de Catalunya (Ley 15/1990, de 9 de julio)
MF	Médico de Familia
MK	Márketing
NICE in UK	The National Institute for Health and Care Excellence (UK)
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIB	Producto Interior Bruto
RDL	Real Decreto Ley
RETICs	Redes temáticas de investigación cooperativa en salud
SARS	Síndrome agudo respiratorio severo
SISCAT	Sistema sanitario integral de utilización pública de Catalunya
SM	Salud Mental
SNS	Servicio Nacional de Salud
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UE	Unión Europea
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

