

DIÁLOGOS
EN LA INTERFAZ
DE LA **ECONOMÍA** Y LA **SALUD**
A PROPÓSITO DE LA **COVID-19**

Guillem López-Casasnovas - Director y editor
Juan Ernesto del Llano Señarís - Editor

DIÁLOGOS EN LA
INTERFAZ DE LA
ECONOMÍA Y LA SALUD
A PROPÓSITO DE LA
PANDEMIA DE LA COVID-19

DIÁLOGOS EN LA INTERFAZ DE LA ECONOMÍA Y LA SALUD A PROPÓSITO DE LA PANDEMIA DE LA COVID-19

Guillem López-Casasnovas
DIRECTOR Y EDITOR

Juan E. del Llano Señarís
EDITOR



**Diálogos en la interfaz de la economía y la salud
a propósito de la COVID-19**

Guillem López-Casasnovas (director y editor)

Juan E. del Llano Señarís (editor)

ISBN: 978-84-7360-762-9

Depósito legal: M-24757-2020

P3 ES2009070692

Materias: MBPM. Administración y gestión médicas. KCQ. Economía de la salud

Formato: 170 × 240 mm

Páginas: 242

© 2020 Libroacadémico, S.L.

Tel.: 91 550 02 60

Fax: 91 550 02 61

info@libroacademico.com

Parte de la imagen de portada se ha realizado utilizando recursos de Freepik.com

ÍNDICE

Autores	9
Presentación del libro	11
Introducción del director	15
Planteamiento de las preguntas	24
Ámbito de la economía	27
Los expertos	29
Primera pregunta	39
Segunda pregunta	55
Tercera pregunta	69
Cuarta pregunta	79
Quinta pregunta	89
Relato de opiniones	99
Reflexión final del editor	107

Ámbito de la salud	111
Introducción	113
Los expertos	115
Primera pregunta	127
Segunda pregunta	145
Tercera pregunta	161
Cuarta pregunta	177
Quinta pregunta	191
Relato de opiniones	205
Reflexión final del editor	219
Epílogo	225
Sus señorías y la COVID-19 [Beatriz González López-Valcárcel]	227
Reflexión final: Apuntes desde la interfaz [Guillem López-Casasnovas y Juan E. del Llano Señarís]	235

AUTORES

DESDE LA ECONOMÍA

Guillem López-Casasnovas
(DIRECTOR Y EDITOR)

Joaquín Almunia

Andreu Mas-Colell

Carmen Herrero

Daniel Lacalle

José Sánchez Maldonado

Núria Mas

Berta Rivera

Elena Salgado

Miguel Sebastián

Pedro Luis Uriarte

EPÍLOGO

Beatriz González López-Valcárcel

DESDE LA SALUD

Juan E. del Llano Señarís
(EDITOR)

Josep Figueras

Iván Planas

Julián García Vargas

Enrique Castellón

Boi Ruiz

María Jesús Lamas

Rocío Mosquera

Jesús María Fernández

Juan Abarca

Ildefonso Hernández

PRESENTACIÓN

Marta Moreno Mínguez

Directora Corporativa de Relaciones Institucionales
Grupo Novartis

La pandemia por la COVID-19 ha sacudido al sistema sanitario y a la economía como nunca antes hubiéramos imaginado. Esta crisis de salud pública ha puesto de relieve los efectos de la falta de acceso universal a los servicios sanitarios, a la vez que ha cuestionado buena parte del funcionamiento de los sistemas sanitarios públicos y los presupuestos que se han aplicado a sanidad, así como la importancia de tener una adecuada planificación sanitaria.

El sistema, que ya requería de una transformación profunda, se ha visto tocado, pero no hundido, gracias al esfuerzo colectivo de todos: gestores, legisladores, autoridades sanitarias, profesionales sanitarios, pacientes, colectivos sociales y también empresas y ciudadanos que han contribuido con gran generosidad. Esta situación fuerza a la reflexión sobre cómo debemos hacer evolucionar nuestro sistema sanitario en relación a distintos aspectos de la gobernanza económica, sanitaria y pública, para ser capaces de afrontar retos futuros.

La investigación farmacéutica se ofrece, tanto en el presente como en el futuro, como el mejor de los talentos del mundo globalizado y el gran motor del cambio en la evolución humana. En este punto debemos analizar cómo conciliar los incentivos micro de la economía industrial y los macro de la salud pública y la economía global, para que los problemas de salud reciban

atención y sea factible el acceso de los pacientes a los tratamientos que se derivan de la investigación.

Esta crisis sanitaria también ha puesto en evidencia que no se pueden desemparejar la economía y la salud, sino que la economía necesita entornos de salud pública confiables y que los sistemas de salud requieren una economía que genere renta y riqueza para financiarlos. La cuestión es cómo compaginamos en la gobernanza colectiva lo que ahora son compartimentos de gasto (proveedores como centros de coste del presupuesto público) y responsabilidades de ingreso (en creación de puestos de trabajo, valor añadido, etc.).

Tras varias conversaciones y lecturas en los medios en estos agitados tiempos que estamos viviendo con la pandemia de la COVID-19, un día tuve la oportunidad de hablar con Guillem y con mi maravilloso equipo de Relaciones Institucionales, y surgió la idea de recoger en un libro, con la ayuda de grandes expertos de nuestro país, un análisis desde el punto de vista económico y sanitario sobre lo aprendido de uno de los periodos más difíciles de nuestra historia. Todos coincidimos en que podía ser algo muy interesante para reflexionar y conectar con el nuevo futuro que queremos, y por supuesto Guillem era la persona adecuada para darle forma a ese fascinante proyecto.

Para que a quien corresponda gestionar el bienestar de los ciudadanos le resulte más efectiva su misión o mandato, hemos recogido en esta publicación opiniones diversas, por ámbitos y responsabilidades, de destacados responsables de la adopción de decisiones en materia de investigación, sanidad y economía. Se trata de un proyecto académico desarrollado por el Centro de Investigación en Economía de la Salud de la Universidad Pompeu Fabra con la colaboración de Novartis, con un alcance exclusivamente técnico y sin que responda a ninguna opción política, que se pone a disposición de la sociedad para promover su mejora, que es el objetivo que desde la empresa que representó siempre pretendemos.

El desarrollo de este estudio ha sido posible gracias a la inestimable ayuda de Guillem López-Casasnovas, fundador del Centro de Investigación en Economía de la Salud de la Universidad Pompeu Fabra, y a todos y cada uno de los autores que han participado. Agradecer también a Mercedes, María y Ana su compromiso, pues sin ellas no habría sido posible llevar a cabo este proyecto. Y, por último, dar las gracias a mi presidente, D. Jesús Ponce, por

su confianza e inspiración para mirar el futuro con optimismo y serenidad. Muchas gracias a todos.

Espero que esta publicación contribuya a aportar un poco de luz al conocimiento de los orígenes, consecuencias e instrumentos para gestionar situaciones críticas como la que estamos viviendo. Este es nuestro objetivo y la razón de este trabajo, mejorar la vida de las personas, mejorar la vida de los pacientes, mejorar la vida de la sociedad.

INTRODUCCIÓN

Guillem López Casasnovas

Director y editor



Es el director y fundador del Centre de Recerca en Economia i la Salut en la Pompeu Fabra (CRES-UPF). Además, es catedrático por esta misma universidad, donde ejerce como profesor de Economía Pública. Codirige el Máster de Gestión Pública (UPF-UAB-UB-EAPC) y hasta el 2013 el Máster en Economía de la Salud y Política Sanitaria en la Barcelona Graduate School of Economics (Barcelona GSE).

Se licenció en Economía y Derecho por la Universidad de Barcelona y obtuvo el doctorado en Economía Pública de la Universidad de York. Ha sido también profesor en la Universidad de Barcelona y en la Graduate Business School de la Universidad de Stanford.

Desde 2005 hasta 2017 ha sido consejero del Banco de España. Ha sido miembro del Consejo Asesor para la Reactivación Económica y el Crecimiento (CAREC) y el CASOST para el sistema de salud de Cataluña. También ha sido miembro hasta 2018 del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad y Política Social (desde 2000) y presidente de la International Health Economics Association. Entre 2007 y 2013 fue asesor de la Organización Mundial de la Salud sobre las desigualdades en salud en la Unión Europea.

En 2008 recibió el Premio Ramon Llull; en 2012, fue investido doctor *honoris causa* por la Universidad Isalud de Buenos Aires y en 2016 recibió el Premio Creu de Sant Jordi por parte de la Generalitat de Cataluña. Es autor de varios libros, entre los que destaca *El bienestar desigual* (2015), galardonado como mejor libro por la Revista Económica de Catalunya. Sus investigaciones se centran, principalmente, en la economía pública, la economía de la salud y la financiación autonómica.

LA REALIDAD DE LOS SISTEMAS ANTE EL CORONAVIRUS

Ciertamente, el desastre de la respuesta a la pandemia del sistema estadounidense ha puesto en valor a nuestros sistemas públicos. Sin embargo, en la comparativa entre Servicios Nacionales de Salud (España, Italia, Reino Unido) y Sistemas de Aseguramiento Sanitario Social (Alemania, Austria, Países Bajos, Francia) los primeros, a la vista de los hechos, no se han ratificado como superiores, en contra de lo que se podría esperar dadas sus mayores capacidades administrativas y de comando único. Su precariedad se ha salvado en el límite, en países como España y Gran Bretaña, por la respuesta de sus profesionales.

Como servicios públicos administrados que son, nuestros Sistemas de Salud han estado muy politizados desde el primer momento. En ello parece haber sido excepción el *National Health Service*, que desde la autonomía de sus gestores hicieron caso omiso de las bravuconadas de su primer ministro —que emulando inicialmente al presidente Trump se hizo merecedor de la frase de Shakespeare en *El rey Lear*: “Es una calamidad de estos tiempos que los dementes guíen a los ciegos”—, y armaron preventivamente sus *stocks* y recursos asistenciales por su cuenta. En España e Italia, la alarma se ha filtrado a conveniencia de los gobiernos en curso, a la vista primero del reconocimiento del problema (la valoración ideológica ha primado) y de la tardanza en las respuestas (las correcciones son más caras de aceptar). Sus gestores son políticos, se han hecho acompañar en su ignorancia y falta de credibilidad competencial (muy explotada por la oposición) por un conjunto de expertos que hasta que se agravó el estado de las cosas resultaban muy débiles por proximidad política de quienes les nombraron y, en algún caso, sin fuerza académica suficiente para conducir o reconducir las actuaciones. Algún debate entre clínicos y epidemiólogos, con ciertas dosis corporativas competenciales, ha emergido puntualmente complicando los mensajes. Cuando la respuesta que se tenía que dar ya fue evidente, el

funcionamiento de nuestros Sistemas de Salud, con descentralización territorial más que funcional entre áreas asistenciales, se estresó al límite, forzó una coordinación muy compleja, resuelta en su acepción vertical, jerárquica (de 'yo digo y tú haces'), contradictoria con las distintas lecturas políticas de cada Gobierno autónomico. Aun así, montar una respuesta administrativa coherente entre ministerios (Salud, Ejército, Orden Público, Economía) comportó al principio dosis de improvisación; no solo en determinar las acciones, sino incluso a la hora de cuantificar los resultados (mortalidad desde áreas sociosanitarias y hospitalarias). Finalmente, las acciones impuestas han chocado con las disposiciones presupuestarias que han impedido compras conjuntas significativas y ágiles al no entender estas de trámites burocráticos. Por lo demás, hospitales y residencias asistidas, como servicios administrados, funcionan como centros presupuestarios, con ajustes al día en personal, escasos reservorios —que se han tenido que proveer forzando al máximo las costuras con médicos jubilados, sin graduaciones completadas y una carencia enorme de enfermeros y de trabajadores asistenciales para nuestros mayores—. Sin tesorería propia ni fondos de contingencia y sin responsabilización funcional completa, más allá de identificar pacientes tratados en la medida que aparecían en dispositivos asistenciales improvisados, se perdía la idea de afiliación y aseguramiento integral de contingencias (complicaciones y comorbilidades asociadas). Ello debería suponer para el futuro un aprendizaje general respecto de experiencias organizativas y de gobernanza más exitosas, aunque lo probable sea que salvada la situación y hechos los reconocimientos, se vuelva al estado de cosas inicial.

Sin embargo, la comparativa de las realidades de nuestro sistema en la respuesta al virus respecto de los sistemas de seguridad social no permite una criba fácil. Primero, los datos tienen problemas de comparabilidad: registro de defunciones específicas por el virus, claridad en identificar diagnósticos (tanto iniciales —en pruebas practicadas— como finales, o a la vista de las características de la población expuesta). Tampoco sirven para juzgar la calidad de los resultados indicadores tales como los recursos financieros puestos a disposición, el acceso a los servicios o el grado de restricciones impuestas a la libertad individual con los desconfinamientos. Por lo demás, valorar el tiempo tardado en doblegar la curva requiere asegurarse de que no emerge con posterioridad una segunda ola. En cualquier caso, Alemania hoy muestra cómo su tradicional exceso de capacidad (número de camas, de críticos incluidas) que se valoraría como ineficiente en condiciones normales, se ha mostrado como reserva de externalidad de 'opción' po-

sitiva. La capacidad tecnológica en producción y análisis de laboratorio ha sido decisiva para la rapidez del abordaje poblacional, si bien asumiendo el coste de cerrar exportaciones a otros países en mayor dificultad. La organización territorial, con competencias de salud pública asignadas a los *länder* les ha dado flexibilidad, sin declaraciones de estados de alarma ni militares a cargo. El funcionamiento mutuo ha evitado el temor a las correcciones de prueba y error, a ‘aprender haciendo’ y a emular las mejores prácticas desde unidades hospitalarias locales. La coordinación horizontal, de entrada, se ha ofrecido en beneficio mutuo y no impuesta; también para centros de investigación muy vinculados al mundo asistencial.

Al contrario, la centralización hace que, en incertidumbre —esto es, ante posibilidad de errores—, estos se magnifiquen: estrategias que tienen difícil marcha atrás por sus lecturas políticas, que admiten escasas matizaciones, ni pueden evaluar por comparación en ausencia de diferencias. Y los errores potenciales, normales, con la centralización se producen en cascada. Finalmente, la conscripción de libertades es demasiado tentadora para quienes se juegan en ella la última carta para el éxito de sus estrategias.

Coincide, por lo demás, que la cultura del distanciamiento social mapea bastante bien los territorios en los que más probables son los Servicios Autonómicos de Salud, SAS (el Reino Unido es excepción). En los SAS la responsabilidad individual está más incardinada en el día a día. Los nórdicos renunciaron a ella en el pasado en favor de la efectividad de sus dispositivos locales de proximidad. La multiplicidad de fuentes de financiación en un momento dado ha permitido a los SAS el oxígeno que les ha faltado a los sistemas de salud tras los escenarios de consolidación fiscal, a la hora de compaginar copagos y primas complementarias adicionales a los recursos fiscales. Subvenciones locales, primas comunitarias mandatorias y cotizaciones, en su acepción de impuestos afectados, resultan de mejor aceptación para la población que los impuestos generales procedentes del principio de caja única, a efectos de considerar que la contribución la haga otro y no uno mismo, o de que se priorice una forma de gasto desinteresándose del resto de partidas.

En definitiva, resulta controvertido el juzgar la bondad de nuestros sistemas de salud, puestos hoy a prueba con el *stress test* de la COVID-19. Algunos apuntan a que los recortes presupuestarios son los responsables de que España gaste poco en sanidad. Esto es erróneo; los recortes son coyunturales y responden a procesos normales de consolidación fiscal. El problema es estructural de baja financiación del sistema sanitario, desde la interpretación política de qué parte de la recaudación tributaria se ha de dedicar a cada

una de las parcelas del gasto social o, en su falta, el compromiso a articular medidas complementarias de financiación. Como consecuencia de todo ello, se ha instalado en el sector cierta resistencia contra la contención del gasto sanitario público. El modo en el que los profesionales sanitarios han respondido a la pandemia avalaría dicha posición. Otros piensan que más allá de los recursos disponibles, la razón fundamental de nuestros déficits es la gobernanza con la que las instituciones sanitarias desarrollan su actividad: es la rigidez y no la falta de musculatura lo que dificulta adaptaciones flexibles a las diferentes coyunturas. Dicha percepción pone el foco en la diferente genética de los sistemas públicos, ya organizados como servicios nacionales de salud o como sistemas de aseguramiento social sanitario. Por otra parte, las cifras de gasto como indicadores de buen o mal funcionamiento ofrecen a menudo falsas pistas que no permiten resolver por esta vía las bondades relativas a través de simples indicadores cuantitativos.

APRENDIENDO DE LOS ERRORES

Aprendiendo de los errores tras el estallido de la COVID-19 toca ahora instrumentar resortes que los eviten a futuro. Dos palabras surgen en la mayoría de las aproximaciones: saber *agencializar* determinadas decisiones y trabajar desde una nueva gobernanza. *Agencializar* significa poner en manos de una institución formada por expertos independientes, decisiones que es bueno sustraer del debate de política en minúsculas. Una regulación que le otorga autonomía, con expertos propuestos que superen una comisión de nombramientos y que busquen desde el consenso más amplio posible las medidas a tomar. Es su capital humano el que está en juego y ellos mismos son *buffer* para los políticos de parte que cuestionen las decisiones conjuntas. Y esto desde una nueva gobernanza: decisiones institucionales basadas en la prudencia de los que más conocen y han pensado las medidas, con recomendaciones para los políticos de ‘haz, o explica por qué no haces’. Es el pequeño *nudge*, empujón, actuación por defecto que acaba marcando su efectividad.

En la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Parlamento del Estado se recogen estos días recomendaciones para articular una Sanidad y Salud Pública que responda a los retos presentes y futuros de la COVID-19 y sus incontables impactos. En medios científicos y profesionales hay coincidencia sobre la necesidad de una Agencia de Salud Pública independiente que aúne las capacidades científico-técnicas disponibles y

las ponga al servicio de la sociedad. El tema no es nuevo, pues ya se diseñó en el Anteproyecto de la Ley General de Salud Pública. La agencia quedó desdibujada en la ley y, para colmo, desde 2011 en que fue promulgada, no se ha cumplido ni tan solo lo dispuesto, siguiendo la acuñada tradición de un Estado que no cumple las leyes benéficas. Bienvenidas sean las coincidencias ahora de los expertos comparecientes, pero es tiempo de pasar de las palabras a los hechos. Sin duda, es necesario articular toda la inteligencia sanitaria disponible en una agencia acreditada y que dé confianza a la población sobre las referencias científicas que deben informar las políticas de salud en tiempos convulsos derivados de la pérdida de salud y sus consecuencias socioeconómicas.

El logro, en términos de beneficio público de la agencia, será posible si lo que es conveniente para la sociedad es individualmente atractivo para los actores concernidos. Esto viene a cuento porque algunas propuestas hablan de reforzar el Ministerio de Sanidad y agrupar centros dispersos en una institución dependiente del Ministerio con participación de las Comunidades Autónomas. Pero una cosa es reforzar el Ministerio en línea con los cambios estructurales que requiere la Administración Pública para que pueda innovar y evaluar de modo transparente, o para que cumpla su función reguladora de bases adelantándose al desarrollo de campos emergentes, y otra cosa es dotarle de una institución dependiente mal encajada en una estructura del Estado que se quiera federal y un especio de decisiones públicas multinivel. Como bien ha aprendido la OMS, que los Estados sean partícipes de la organización no significa que esta tenga capacidad de decidir y actuar sobre estos.

Las capacidades científicas y técnicas están ahora distribuidas en universidades, centros de investigación y otras instituciones con diversas fórmulas de dependencia administrativa. Se trata de configurar un organismo en red que sea capaz de aportar las directrices técnicas y científicas con celeridad, que tenga flexibilidad para incorporar la mejor inteligencia colectiva disponible. No se necesita mucha estructura física y aún menos que esté residenciado en una gran ciudad, siendo sus recursos científicos más contingentes que permanentes. La agencia debería saber qué hay que hacer y quién lo tiene que hacer, y tanto las personas expertas como las instituciones contribuidoras serían colaboradores acreditados.

La clave está en articular una forma de gobierno que permita la participación de varias Administraciones en la elección de sus órganos de dirección

y una rendición de cuentas periódica a la cámara territorial. ¿Lo sabremos hacer esta vez?

Desde esta perspectiva, véase por ejemplo el texto de Ildelfonso Hernández y el del propio autor en: https://www.upf.edu/documents/3223410/234504796/Policy_Paper2020-10.pdf/f71960ab-1177-44b5-ff0c-121f3d52f475

LA ENCRUCIJADA

La COVID-19 ha puesto patas arriba nuestro sistema sanitario. Se ha respondido el test de estrés que ha supuesto la pandemia con improvisaciones, forcejeos en la coordinación y en el mando político en plaza y una factura por ampliaciones de oferta asistencial de la que no se conoce aún su importe, y que será cargada sin duda a déficit, deuda y financiación europea.

Los hechos han acreditado dos cosas: la importancia de la respuesta de los profesionales, que acaban siempre salvando al sistema, y la relevancia/necesidad de disponer de un fondo de armario productivo y, sobre todo, de conocimiento de economía institucional, pública y de la salud. La Administración española necesita mejorar, y mucho, en rebalancear la carga burocrática peyorativa, ganada a pulso y puesta una vez más en evidencia, que hace que el talento huya de un servicio público muy cooptado por la antigüedad de la guardia administrativa.

Una vez hechas las lamentaciones pertinentes, la cuestión es qué hacemos ahora con nuestro sistema sanitario. Nos dice la Comisión Europea que nos va a ayudar a salir del embrollo, pero que tenemos en general un sistema mal financiado: es insostenible la presión de gasto que soporta el sistema, visto el esfuerzo fiscal que le estamos dedicando, y el resultante es de una infrafinanciación que no se corresponde con los niveles de países similarmente desarrollados de nuestro entorno. Más allá, sin embargo, de hacerlo sostenible financieramente (tal como exige Bruselas, que aparenta por el momento estar dispuesta a tejer los descosidos actuales), tal propósito requiere que se construyan los resortes que lo hagan solvente; esto es que se le dote de capacidad de respuesta ante nuevos envites, de flexibilidad de adaptación para solventar los problemas que ya tenemos en puertas: desde las innovaciones biogenéticas hasta, quizás, nuevas pandemias. De ahí que no sea solo un tema de recursos, sino también de gobernanza.

Ciertamente, un país gasta en su sistema de salud lo que le permite su capacidad económica, y ello se refleja en su capacidad fiscal. La frontera entre curar y, a su vez, cuidar de los sistemas sanitarios modernos no cesa de aumentar, aún con desigual coste efectivo. Pero, en general, una sociedad desarrollada gasta más en todas aquellas formas de atención sentidas como parte del bienestar propio y de cohesión social aceptada para la comunidad. Ello nos deja tres cuestiones. En primer lugar, es seguro que el gasto sanitario total va a crecer en España. La duda radica en la capacidad para que mantenga firme en dicho crecimiento la financiación pública de dicho gasto a través de aumentos continuados de la presión fiscal. El tema de las tasas por servicios (que son copagos como parte de los ingresos públicos) se hace inevitable si no se quiere empeorar nuestro sistema sanitario. E incluso esto se puede plantear como mal menor respecto de la alternativa: excluir de la prestación pública tratamientos que, siendo eficientes, son inasumibles en su totalidad por su coste relativo (una exclusión que equivale a un copago del cien por cien, porque lo que no se da no se prohíbe en sociedades democráticas).

En segundo lugar, el sistema sanitario español necesita resolver el embrolio autonómico. No es lógico mantener un mismo techo competencial para una comunidad de 250.000 habitantes que para una de 8 millones. Con y sin responsabilidad fiscal, no tiene sentido la aspiración de cualquier ente regional a constituir su pequeño Servicio de Salud con ínfulas de autosuficiencia. Pero no por ello han de sufrir centralización comunidades con registro probado de saber dar cobertura a un *pool* de riesgos poblacionales amplio y gestionar un servicio que necesita tener todos sus sensores sobre el territorio. Aquí es ineludible recuperar aquello de nacionalidades y regiones, manteniendo la gestión directa del Sistema Nacional de Salud para aquellas comunidades que técnicamente requieran desconcentración de gasto más que descentralización plena. Y se han de abrir en la financiación territorial espacios fiscales para aquellas Comunidades Autónomas que soportan, por su nivel de desarrollo, una mayor presión de gasto por el lado de la oferta (salarios reales y condiciones laborales con tanta compatibilidad público-privada como la hoy permitida) y, por el lado de la demanda, con una sociedad que aspira naturalmente a menos barreras de acceso, frecuencia elevada con elementos utilitaristas y de mejor calidad percibida.

Y la tercera y última consideración es que no tiene sentido esconder la cabeza debajo del ala. Aunque la ayuda europea disimule a corto plazo los agujeros de la financiación sanitaria pública, tarde o temprano se nos van a

juntar una reconducción de las cuentas públicas y una reforma fiscal, que esperemos no nos pille con una economía aún hundida (lo que la haría irrealizable y contraproducente).

El libro que tiene en sus manos el lector confronta las opiniones de 20 personas relevantes de cada uno de los ámbitos, el económico y el sanitario. El registro de cada uno de ellos avala que tenga interés leer sus pensadas opiniones en torno a cuatro cuestiones cerradas y una abierta, realizadas por los dos editores responsables de este volumen: Juan E. del Llano Señarís, director de la Fundación Gaspar Casal, y quien aquí suscribe, como director del Centre de Recerca en Economia de la Salut de la Universitat Pompeu Fabra, centro que recibió el encargo de Novartis para la preparación de este texto, Guillem López Casasnovas.

La idea es que, tras centrar en cuestiones estimadas como clave por los editores, se recojan sin filtro las opiniones de los distintos autores, cada editor desmenuce por su parte el relato subyacente en las diversas exposiciones y, tras su elaboración, sean estos mismos editores quienes analicen la interfaz de sus opiniones y las enseñanzas y recomendaciones *'to take home'* que el maldito virus nos ha dejado. Todo ello con la esperanza de que el lector lo disfrute y sepamos aprender de errores y aciertos respecto de estas nuevas situaciones económico-sanitarias que han venido desafortunadamente para quedarse, con tanta trascendencia en el bienestar de nuestras sociedades.

PLANTEAMIENTO DE LAS PREGUNTAS

Primera pregunta

La COVID-19 ha puesto en evidencia los efectos de la falta de acceso universal a los servicios sanitarios, a la vez que ha cuestionado buena parte del funcionamiento de los servicios sanitarios regionales, y muy especialmente sus sistemas de información. ¿Cree que esto último ha sido normal dado lo extraordinario del caso, o que parte de sus déficits podrían no haberse producido, o simplemente corregido, a) con más capacidad de traducir en respuestas las necesidades presentadas para reorientar los servicios con mejor *'command & control'* centralmente coordinado, con o sin recentralización; b) con una mayor capacidad de decisión desde los centros, sin tantas ataduras administrativas o presupuestarias; c) desde sistemas de protección social más integrados entre lo sanitario y lo social; d) con más autonomía y responsabilidad ciudadana, y menor dependencia de la oferta? Como es probable que considere dosis distintas de cada opción, haga por favor énfasis en la cadencia que, bajo su criterio, haya sido más determinante en la no consecución de mejores respuestas funcionales y asistenciales.

Segunda pregunta

En los nuevos escenarios post COVID-19, pronúnciese, por favor, sobre si espera para el futuro: a) consolidaciones fiscales que remitan futuros crecimientos del gasto sanitario total a componentes no tributarios de la financiación pública, como por ejemplo copagos; b) si los incrementos de financiación sanitaria pública per cápita han venido para quedarse, por lo que el ajuste deberá venir de la reconducción de otras partidas de gasto público o de aumentos de la presión fiscal; c) si lo que habrá hecho el virus es simplemente acelerar cambios más estructurales de un sistema de salud administrado, como

el español, que va en todo caso a tener dificultad para hacer frente a los retos que deberá confrontar. En los supuestos que considere más probables, le pedimos que dé algunas orientaciones de hacia dónde piensa usted debería evolucionar nuestro sistema sanitario.

Tercera pregunta

En este nuevo contexto, la tecnología se ofrece, tanto en presente como en futuro, como el gran *buffer* de los retos que la evolución humana depare. Se concentra en la biotecnología, en la investigación farmacéutica, etc. el mejor de los talentos del mundo globalizado. La pandemia fuerza aquí la reflexión de cómo puede ello cambiar el régimen de incentivos a la investigación, a las patentes y licencias para que los problemas globales reciban atención y hagan factible el acceso a los tratamientos que se derivan. Los incentivos micro de la economía industrial y los macro de la salud pública y la economía global no podrán ya desemparejarse.

Cuarta pregunta

La crisis del coronavirus ha puesto en evidencia que no existe un *'trade off'* entre economía y salud, sino que la economía necesita entornos de salud pública confiables y que los sistemas de salud requieren una economía que genere renta y riqueza para financiarlos. La cuestión es cómo compaginar la gobernanza colectiva, lo que ahora son compartimentos de gasto (proveedores, como centros de coste del presupuesto público), y responsabilidades de ingreso (en creación de puestos de trabajo, valor añadido, etc.). ¿Cuál sería, desde su experiencia, la mejor manera de integrar dichos ámbitos, hoy separados por competencias territoriales, departamentales y posiciones estatutarias del personal?

Quinta pregunta

Desde su particular “confieso que he vivido”, ¿puede recomendar a quien corresponda gestionar el bienestar de los ciudadanos aquello que crea sustancial para que resulte más efectiva su misión o mandato ante situaciones similares a las que hemos vivido con la COVID-19 o ante un rebrote potencial?



ÁMBITO DE LA
ECONOMÍA

LOS EXPERTOS

JOAQUÍN ALMUNIA

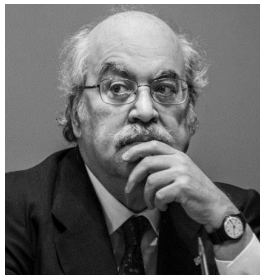


Es profesor asociado de Derecho Laboral y Seguridad Social en la Universidad de Alcalá (Madrid); director de un programa sobre “Redistribución e Igualdad” en la Fundación Argentaria; y fundador y director del grupo de expertos progresivo “Laboratorio de Alternativas”. Es profesor visitante en práctica en la London School of Economics y presidente honorario de la Barcelona Graduate School of Economics.

Licenciado en Derecho y Economía, Universidad de Deusto (Bilbao, España), realizó estudios de posgrado en la École Pratique des Hautes Études (París, 1970-1971) y la Kennedy School of Government de la Universidad de Harvard (1991). Fue el líder del PSOE (1997-2000) y también su líder parlamentario (1994-1997).

Desde diciembre de 1982 hasta marzo de 1991 fue miembro del Gobierno español como ministro de Trabajo y Seguridad Social y ministro de Administración Pública. Desde abril de 2004 hasta octubre de 2014, Joaquín Almunia fue miembro de la Comisión Europea, primer responsable de Asuntos Económicos y Monetarios. Desde febrero de 2010, como vicepresidente y comisionado a cargo de la política de Competencia.

ANDREU MAS-COLELL



Es el fundador de la Graduate School of Economics de Barcelona y catedrático emérito en la Universitat Pompeu Fabra. También es profesor de investigación emérito de la GSE. Actualmente preside el Barcelona Institute of Science and Technology (BIST). Ha sido profesor de Economía en la Universidad de Harvard (1981-1996) y de Economía y Matemáticas en la Universidad de California, Berkeley (1972-1980).

Editor del *Journal of Mathematical Economics* (1985-1988), y de *Econometrica* (1988-1992). El profesor Mas-Colell es *Fellow* de la Econometric Society y fue su presidente en 1993. En 1997 fue elegido *Foreign Associate* de la National Academy of Sciences de EE.UU. y *Foreign Honorary Member* de la American Economic Association. Ha sido *Sloan Fellow* y *Guggenheim Fellow*, miembro de la Ejecutiva de la International Economic Association y presidente de la Asociación Española de Economía y de la European Economic Association (2006). Del 2000 al 2003 fue consejero de Universidades, Investigación y Sociedad de la Información de la Generalitat de Catalunya. Ha sido secretario general del European Research Council desde julio del 2009 a agosto del 2010. En diciembre de 2010 fue nombrado Consejero de Economía y Conocimiento de la Generalitat de Catalunya, hasta enero del 2016.

En 2005 fue elegido miembro del Institut d'Estudis Catalans y en 2008 de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas. Ha sido miembro del Consejo Asesor del Servicio de Estudios de "La Caixa", presidente del Consejo Científico Asesor de Telefónica, Investigación y Desarrollo y miembro de la Junta Directiva del Cercle d'Economia.

CARMEN HERRERO



Es catedrática emérita de la Universidad de Alicante e Investigadora del IVIE. Doctora *honoris causa* por la Universidad de Granada y premio Jaime I de Economía 2017. Fundadora y directora del Programa de Doctorado Internacional Quantitative Economics Doctorate de la Universidad de Alicante.

Sus principales temas de investigación son los relativos a la equidad y a la economía de la salud, con especial énfasis en problemas distributivos, construcción de indicadores, gestión de listas de espera, detección precoz y prevención y su relación con la igualdad de oportunidades.

Ha publicado en *Health Economics*, *Journal of Health Economics*, *Social Sciences and Medicine*, *International Journal of Game Theory*, *Review of Income and Wealth*, *Journal of Mathematical Psychology*, *Mathematical Social Sciences*, *Social Choice and Welfare*, *Economics of Education Review*, *PLOs One*, *Social Indicators Research*.

DANIEL LACALLE



Doctor en Economía y licenciado en Ciencias Económicas y Empresariales, posee el título de Analista Financiero Internacional CIIA (Certified International Investment Analyst), máster en Investigación Económica (UCV) y posgrado (PDD) por el IESE (Universidad de Navarra). Es profesor de Economía Global y Finanzas, además de gestor de fondos de inversión. Su carrera en gestión de carteras e inversión comenzó en Estados Unidos y continuó en Londres, (en Citadel y Ecofin Limited) abarcando la renta variable, renta fija, capital riesgo y materias primas. Economista jefe en Tesis Sociedad de Valores, cogestor del fondo Adriza Global.

Es miembro del Consejo Asesor de la Fundación Rafael del Pino, Profesor en el instituto de Empresa (IE) y en el Instituto de Estudios Bursátiles (IEB) y UNED. Presidente del Instituto Mises Hispano. Es autor de varios *best sellers* traducidos al inglés, chino y portugués, que han vendido más de 100.000 copias en su conjunto.

JOSÉ SÁNCHEZ MALDONADO



Es catedrático de Hacienda Pública y director del Departamento de Hacienda Pública de la Universidad de Málaga, donde se licenció y doctoró en Economía.

Distinguido en diciembre de 2019 como Alumno de Honor de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la misma universidad, ha sido Premio de Andalucía de Investigación en Economía. En octubre de 2012 fue elegido presidente de la Autoridad Portuaria de Málaga. Fue consejero de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo (2013-2015), consejero de Empleo, Empresa y Comercio de la Junta de Andalucía (2015-2017) y rector de la Universidad Internacional de Andalucía (2017-2019).

Como especialista en Hacienda Pública, ha sido profesor en la Escuela Andaluza de Salud Pública, en el Instituto Andaluz de Administración Pública y en el Instituto de Estudios Fiscales del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

Como investigador, es autor de numerosas publicaciones en ámbitos como las balanzas fiscales, la financiación autonómica, el gasto público y las pensiones.

NÚRIA MAS



Profesora ordinaria y directora del Departamento de Economía en el IESE. Es también titular de la Cátedra Jaime Grego de Healthcare Management. Cuenta con un Ph.D. in Economics de la Harvard University y es licenciada en Economía por la Universitat Pompeu Fabra. Antes de incorporarse al IESE, trabajó como asociada en Lehman Brothers International.

Actualmente es miembro del Consejo de Gobierno del Banco de España. Imparte clases de Economía y Economía Sanitaria en los programas MBA y Executive MBA, así como en otros programas de formación para directivos. Además, es directora académica del Encuentro del Sector Sanitario del IESE, que se celebra anualmente.

Perteneció hasta septiembre de 2015 al Consejo Asesor para la Sostenibilidad y el Progreso del Sistema Sanitario de la Generalitat de Cataluña. También ha trabajado como asesora y consultora en el ámbito de la economía sanitaria, para la Comisión Europea y varias instituciones públicas del sector sanitario.

BERTA RIVERA CASTIÑEIRA



Catedrática del Departamento de Economía de la Universidad de A Coruña y directora del Grupo de Investigación en Macroeconomía y Salud.

Ejerce además como evaluadora externa de varias revistas (*European Journal of Health Economics*, *International Journal of Drug Policy*, *Applied Economics*, *Review of Public Economics*, *Gaceta Sanitaria*) y colaboradora del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES).

Su investigación se centra en estado de salud y crecimiento económico, coste social de las enfermedades, transmisión de la salud y equidad intergeneracional.

ELENA SALGADO



Ingeniera industrial por la Escuela Técnica Superior de Ingenieros Industriales (ETSII) de Madrid, especialidad en Energía; también licenciada en Ciencias Económicas por la Universidad Complutense de Madrid y máster en Administración de Empresas por la EOI. Ha ocupado diferentes cargos de responsabilidad tanto en la empresa privada como en la Administración Pública.

Fue ministra de Sanidad y Consumo (2004-2007), ministra de Administraciones Públicas (2007-2009) y ministra de Economía y Hacienda (2009-2011). Ha trabajado más de una década en varias empresas del ámbito de la consultoría y las telecomunicaciones. Ha sido presidenta de Telegate España, consejera delegada en Vallehermoso Telecom y miembro del consejo de Abertis Telecom. Desde 2016 es presidenta ejecutiva de la Asociación Española de Empresas de Consultoría.

MIGUEL SEBASTIÁN

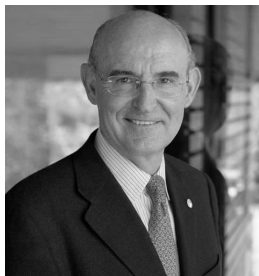


Es doctor en Economía por la Universidad de Minnesota y por la Universidad Complutense donde también se graduó. Actualmente es profesor titular de Fundamentos del Análisis Económico.

Desde finales de 1999 hasta 2003 ejerció como director del Servicio de Estudios del BBVA. En 2006 fue nombrado director de la Oficina Económica del Presidente y, finalmente, en 2008, ministro de Industria, Turismo y Comercio durante el mandato de José

Luis Rodríguez Zapatero (2008-2011). Además, ha sido director adjunto de la revista *Moneda y Crédito* y miembro de los comités científicos de FEDEA y NOMISMA. Ha recibido la Gran Cruz de la Orden del Libertador San Martín (República Argentina, noviembre de 2009) y la Gran Cruz de la Orden de Carlos III (diciembre de 2011).

PEDRO LUIS URIARTE



Licenciado en Ciencias Económicas y en Derecho, por la Universidad de Deusto. Cuenta con una dilatada experiencia en los sectores industrial, financiero, consultoría, I+D+i y Administración Pública, donde fue consejero de Economía y Hacienda en el primer Gobierno Vasco, de 1980 a 1984.

En 1994, fue promovido al máximo cargo ejecutivo de BBV, consejero delegado, y posteriormente a vicepresidente de su Consejo de Administración.

Más tarde fue designado primer consejero delegado del BBVA y vicepresidente de su Consejo de Administración, hasta diciembre de 2001.

Desde el año 2002 es presidente ejecutivo de Economía, Empresa, Estrategia S.L., empresa de consultoría estratégica creada por él mismo.

Compagina este cargo con el de consejero y asesor de distintas empresas, y coopera con diversas actividades empresariales, universitarias y sociales.

En 2007, creó Innobasque Agencia Vasca de la Innovación, de la cual fue su primer presidente, con el objetivo de hacer de Euskadi el referente europeo en innovación.

PRIMERA PREGUNTA

La COVID-19 ha puesto en evidencia los efectos de la falta de acceso universal a los servicios sanitarios, a la vez que ha cuestionado buena parte del funcionamiento de los servicios sanitarios regionales, y muy especialmente sus sistemas de información. ¿Cree que esto último ha sido normal dado lo extraordinario del caso, o que parte de sus déficits podrían no haberse producido, o simplemente corregido, a) con más capacidad de traducir en respuestas las necesidades presentadas para reorientar los servicios con mejor *'command & control'* centralmente coordinado, con o sin recentralización; b) con una mayor capacidad de decisión desde los centros, sin tantas ataduras administrativas o presupuestarias; c) desde sistemas de protección social más integrados entre lo sanitario y lo social; d) con más autonomía y responsabilidad ciudadana, y menor dependencia de la oferta? Como es probable que considere dosis distintas de cada opción, haga por favor énfasis en la cadencia que, bajo su criterio, haya sido más determinante en la no consecución de mejores respuestas funcionales y asistenciales.

Joaquín Almunia (JA)

El sistema sanitario español ha mostrado en la crisis de la COVID-19 sus puntos fuertes, pero también sus debilidades. Entre los primeros, deben señalarse su nivel de cobertura cuasi-universal y la elevada profesionalidad y nivel de compromiso del personal sanitario. Pero ante esta pandemia, esos aspectos positivos no han sido suficientes para ocultar una serie de fragilidades. Algunas de ellas eran suficientemente conocidas, mientras que otras quizás han emergido por primera vez a la luz desde que se creó el Sistema Nacional de Salud (SNS) en la Ley General de Sanidad de 1986.

Ahora hemos sufrido las carencias derivadas de muchos de los recortes presupuestarios introducidos en el periodo 2012-2016, equivalentes según el FMI (WP/20/16, p.17) al 15 % del total del gasto sanitario. Esos recortes parecen afectar de manera más aguda a la red de asistencia primaria, pero también se han dejado sentir en la escasez de equipos de protección personal, de test PCR o de ventiladores.

También se ha echado de menos en muchas Comunidades Autónomas la definición de estrategias para la correcta articulación entre, por un lado, las residencias de tercera edad y de personas dependientes y, por otro, las redes de asistencia sanitaria. Las cifras de fallecimientos en esas residencias, y la precariedad de muchas de ellas para proteger la salud de sus residentes, son motivo de indignación y de reflexión.

Por otra parte, y en un plano más general, los mecanismos de coordinación entre Administración central y CC.AA. requieren ser perfeccionados, a la luz de la experiencia durante la pandemia. También parece necesaria la mayor digitalización del sistema, garantizando una mejor interconexión entre territorios y la reducción de la menor dotación de estos recursos en algunos de ellos.

Por último, la arquitectura descentralizada del SNS no es incompatible con el reforzamiento de algunas áreas de gestión que habrían de ser encomendadas, por razones de eficiencia, al Ministerio de Sanidad: desde la gestión de *stocks* de determinados productos sanitarios, la coordinación de compras en el exterior, la representación del conjunto del SNS en las actividades que se lleven a cabo en el futuro a escala de la UE, o la puesta en marcha de un sistema estadístico para la prevención de futuras pandemias y el seguimiento de su evolución. El espectáculo del baile de cifras sobre el impacto de la COVID-19 no puede repetirse.

Andreu Mas-Colell (AMC)

En mi opinión, cuando se pueda analizar con calma y alguna distancia el desempeño del sistema sanitario español durante la pandemia, se verá que sus comparativamente pobres resultados (medidos por el número de defunciones por millón de habitantes) no han sido consecuencia fundamentalmente de la limitación de capacidad y falta de preparación del sistema, sino de que se reaccionó tarde. No creo que Portugal o Grecia, con un resultado mucho mejor, tuviesen más capacidad en sus sistemas sanitarios.

Dicho esto, es evidente que hay que reforzar estas capacidades y que esta será tarea principal de los próximos años. Esta vez se ha superado la crisis, es decir se ha evitado que el resultado fuese mucho peor, por un sobreesfuerzo del sistema con el que no hay que contar para el próximo embate.

El aumento de capacidad del sistema, que para la próxima vez va a ser importante, tiene un modelo claro: Alemania. Es un país más semejante a España en la organización administrativa y ha tenido mejores resultados que, por ejemplo, el modelo centralizado francés. Es claro por donde debemos ir: a un modelo de cooperación, en la práctica, federal.

También es claro que la UE necesita muscularse más. En particular, será un fracaso europeo si una parte importante del aumento de capacidades no se lleva a cabo a nivel europeo. Por ejemplo, sería lastimoso que la política, necesaria, de constituir reservas estratégicas se resolviese primordialmente al nivel de los Estados miembro.

Carmen Herrero (CH)

En mi opinión, el sistema sanitario español ha estado sobreviviendo bajo mínimos durante estos últimos años, en especial debido a los recortes aplicados tras la crisis financiera. Estos recortes no se han recuperado más que mínimamente, en especial en determinadas Comunidades Autónomas, como es el caso de Madrid. Un sistema que es capaz de atender a la población en estado normal, colapsa cuando se produce una emergencia sanitaria del tipo de la provocada por la COVID-19.

Un fallo fundamental adicional ha sido la falta de control sanitario de las residencias geriátricas, consideradas 'hogares' y no centros sanitarios. A esto se ha añadido la privatización de estos servicios de manera incontrolada.

La dificultad de la respuesta ha puesto de manifiesto la falta de preparación del sistema para contingencias inesperadas: no tener un plan o protocolo establecido de actuación y tener que ‘inventarlo’ sobre la marcha.

Creo que más que control centralizado o autonomía de decisión de los centros, lo que ha fallado es la falta de planes de contingencia, por un lado, y una mala planificación de los geriátricos, por otra.

Daniel Lacalle (DL)

La efectividad de la gestión, claramente, no es una cuestión de gasto sanitario porque países con menor gasto sanitario por cápita como Corea del Sur, Singapur y muchos otros han tenido una mejor gestión con muchos menos muertos que países como por ejemplo Bélgica o España con niveles más altos de gasto sanitario per cápita y mayor gasto público.

Tampoco es una cuestión de acceso a la sanidad universal. Es una cuestión de protocolos y de prevención. De hecho, como decía, países como Bélgica, que es el país líder en número de muertos por millón de habitantes, es uno de los que tiene mayor nivel de gasto sanitario. Consecuentemente, para reducir el impacto de una pandemia de este tipo se debería haber actuado con mucho mayor nivel de responsabilidad y coordinación ciudadana y mayor nivel de transparencia y claridad de protocolos por parte de las autoridades sanitarias en cuanto a mascarillas, gel desinfectante, etc. De la misma manera, los protocolos de quién debería estar confinado y quién no deberían haber estado más claros.

Yo creo que ningún nivel de gasto adicional, en ninguna de las economías desarrolladas, hubiese llevado a reducir o mejorar el impacto sanitario de esta crisis. Como agravante fundamental, hay que tener en cuenta la decisión de muchos gobiernos de ignorar las medidas que estaban tomando los países líderes en la gestión de la pandemia, como los ejemplos que mencionábamos anteriormente de Corea del Sur, Singapur o Taiwán.

José Sánchez Maldonado (JSM)

Los efectos perniciosos que se han originado por la virulencia de la pandemia de la COVID-19 en España ponen de manifiesto la importancia de que en el futuro nos preparemos adecuadamente y con las capacidades

sanitarias apropiadas para poder responder con garantías a los posibles rebrotes del virus, con las máximas garantías de no colapsar el sistema sanitario y que sea necesario acudir de nuevo a unas medidas de confinamiento extremo.

La visión comparada de los efectos de la COVID-19, nos pone de manifiesto el riesgo evidente que supone para el correcto funcionamiento de nuestro sistema sanitario la presencia de una red de centros sociosanitarios que no funcionen de manera óptima, desde el punto de vista sanitario. Por ello, es necesario implementar un sistema sanitario y sociosanitario que permita dar respuesta a amenazas análogas a las que ya hemos soportado, sin necesidad de limitar por completo el resto de la actividad asistencial ni, por supuesto, acudir a la estrategia del confinamiento.

La pandemia ha mostrado que los diferentes niveles de administración conforman un puzle en el que deben encajar todas las piezas. En un estado compuesto como el español, dentro del entorno europeo, y en una sociedad global, ni siquiera el mando único puede ejercerse en solitario. Es necesario que todos los niveles de la Administración trabajen de manera conjunta y estrechamente coordinados para llevar a cabo una política sanitaria eficaz. Por consiguiente, es preciso que seamos capaces de dotarnos de instrumentos que refuercen la confianza y la colaboración mutua de todas las instituciones con competencias en los servicios sanitarios y de protección social. No obstante, considero que en casos de la gravedad de la COVID-19 es necesario un importante ejercicio de coordinación de los niveles superiores gobierno europeo y nacionales para corregir todas las externalidades transfronterizas que, en este mundo globalizado, obviamente se van a producir (movilidad de personas y bienes, e investigación, fundamentalmente).

Reactivar el papel de las autoridades sanitarias y de las políticas sanitarias, a nivel central y autonómico. La merma del perfil del Ministerio de Sanidad es simétrica a la de las Consejerías de las CC.AA.

Las autoridades económicas y de función pública son poderosos actores que, desde la sombra, dictan y condicionan la gestión económica y la del personal. Poca política sanitaria cabe cuando casi todo depende de un tercero que no da la cara por los problemas.

Esta reactivación del papel de las autoridades y de las políticas sanitarias va a precisar de gestión económico-presupuestaria propia y de autonomía en la gestión de la estructura de personal. La nueva Ley de Contratos del Sector Público (LCSP) en España activa los controles de transparencia, ca-

lidad y eficiencia que son necesarios para una adecuada descentralización de la gestión de las instituciones sanitarias, con menos ataduras administrativas y/o presupuestarias. Un buen ejemplo, dentro de España, lo podemos encontrar en la arquitectura de gestión de red de Osakidetza (Servicio Vasco de Salud). Copiar lo que funciona razonablemente bien es una excelente idea.

En este punto, me gustaría señalar que la nueva LCSP hace especial hincapié en una cuestión tan esencial como la innovación, estableciendo una nueva fórmula de contrato que es denominada “asociación para la innovación”. Esta es una de las grandes quejas del sector sanitario con la anterior CLCSP, que no permitía incorporar innovación con la rapidez o celeridad con la que se iba produciendo. Tampoco permitía adecuarlo a la velocidad de la demanda. El hecho de que ahora, a pesar de que desaparece el modelo de contrato de colaboración público-privada, se pueda hacer una asociación para la innovación desde el principio en una relación real de partenariado para desarrollar productos, servicios u obras innovadoras, me parece que es algo esencial.

Es de todos conocida la influencia de los factores socioeconómicos tanto en la utilización de los servicios sanitarios como en el estado de salud de la población, bien es verdad que de forma diferente según colectivos, lo que permite apoyar la propuesta de una mayor coordinación entre los servicios sanitarios y otros servicios sociales. Tenemos unos modelos sistemáticos muy asistenciales desde todas las lógicas, sanitaria y social: este hecho, a mi parecer, ha dificultado mucho todo el caos que hubo cuando empezó el estado de alarma, vinculado con identificar necesidades. Con el confinamiento, la gente no se puede movilizar y tampoco sabemos cómo tiene que funcionar el voluntariado de las entidades. En este contexto, autorizar algo que desconoces es difícil y eso pone de manifiesto la existencia de un gran desconocimiento sobre todas aquellas cuestiones relacionadas con el papel y la forma de actuar de la participación y de la promoción social, con el desarrollo comunitario y con la salud pública. Hay mucho en lo que trabajar para estar preparados cuando venga otra oleada de estas cosas, porque van a ir viniendo, seguro; siempre hay algo que nunca pasa, pero de repente cuando pasa tiende a repetirse. Lo que tenemos que aprender de esto es que tenemos que prepararnos para situaciones sobrevenidas.

La opinión de los profesionales de la salud pública y el análisis comparado nos pone de manifiesto que ni el tipo de sistema ni el nivel del gasto sanitario son, en el corto plazo, lo decisivo frente a la pandemia. Lo decisivo

es planificar y desplegar como primera línea de defensa la epidemiología y la prevención, orientadas a evitar contagios, mediante detección temprana de casos, análisis, rastreo de contactos con encuestas realizadas por personal entrenado y aislamiento avanzado. Todo ello, en la desescalada resulta más factible de implementar.

Núria Mas (NM)

Uno de los elementos clave que la COVID-19 ha puesto de manifiesto con ejemplos como el de EE.UU., es la importancia del acceso universal a la sanidad en situaciones de pandemia, cuando la salud pública se convierte en una emergencia nacional.

La COVID-19 ha hecho evidentes las disparidades socioeconómicas en el impacto de la enfermedad, que ha afectado desproporcionadamente a la población afroamericana y a aquellos con menores ingresos. En EE.UU. hay casi 28 millones de adultos sin seguro médico (un 13,7 % de la población adulta). Esta población no acude fácilmente al médico debido a los altos costes a los que se enfrenta en caso de hacerlo y, cuando lo hace, suele ser cuando la enfermedad está en estado avanzado. En este sentido, España tiene ciertamente ventaja.

A partir de aquí, y, en caso de que se pudiera producir una segunda ola, Los siguientes elementos jugarán un papel importante:

- 1) Una actuación coordinada de comunicación de la información, siempre basada en la evidencia científica, y de la asignación de los recursos hacia donde sean más necesarios. Después, la capacidad de decisión y actuación de los centros y profesionales más cercanos al territorio será crucial. Como se ha visto en la reciente ola de la pandemia, cada zona se ha visto afectada de forma distinta y tiene particularidades diferentes (composición de la población, densidad urbana, etc.) y, por tanto, una misma receta para todas no es óptima. También será muy importante una mayor coordinación europea para acceder al material sanitario y fármacos o vacunas para la COVID.
- 2) La detección precoz y la contención de posibles contagios. Es necesario realizar pruebas diagnósticas a la población y contar con los medios necesarios para hacerlo. También es importante poder contar con un sistema de rastreo que, garantizando la necesaria protección de datos, nos permita identificar a aquellos que han estado en

contacto prolongado con alguien afectado por el virus, para después poder aplicar 'confinamientos quirúrgicos'.

- 3) Una actuación integrada entre primaria, hospitales y los servicios sociales. La mayoría de pacientes interactúan con el sistema a partir de primaria, donde tienen acceso a profesionales que les conocen y en quienes confían. Su papel será más fundamental que nunca para gestionar la pandemia a partir de ahora. La primaria, y en muchos casos (pacientes crónicos, por ejemplo) la asistencia social, son la primera línea de defensa para dar información sobre buenos hábitos y para dar consejos sobre la enfermedad, evitando así que los pacientes lleguen a la sala de urgencias si no es estrictamente necesario. Además, su papel es también clave para reducir las hospitalizaciones evitables y prevenir que pacientes con otras enfermedades crónicas acaben llegando a los hospitales, y así limitar las posibilidades de saturación de los mismos. Finalmente, su papel es fundamental en dos aspectos muy relevantes para la COVID: la prescripción de pruebas diagnósticas a aquellos ciudadanos que presenten síntomas, aunque sean leves, y a la prescripción de la vacuna, ya que la prevención recae fundamentalmente en la primaria.
- 4) Finalmente, los ciudadanos también tenemos un papel muy importante a jugar ante una enfermedad en la que la distancia social, el uso de mascarillas y buenos hábitos de higiene son claves para evitar su propagación.

Berta Rivera (BR)

En la gestión de una pandemia como la vivida a causa de la COVID-19, el análisis de información es fundamental para analizar la evolución y los efectos del virus, y predecir los posibles escenarios de su transmisión. A pesar del intento de ofrecer una respuesta conjunta, con la centralización por parte del Ministerio de Sanidad de la información de todas las Comunidades, la evidencia ha mostrado una mala estructura de generación y transmisión de la información, así como sistemas de gestión de datos muy heterogéneos entre Comunidades.

En las primeras fases de la pandemia, hemos vivido una capacidad de respuesta centralizada, insuficiente en la necesidad de detección precoz de los contagios, el desajuste entre oferta y demanda (reactivos, material

de protección, pruebas diagnósticas) y la dificultad de coordinación para la compra centralizada de dichos materiales. Sin embargo, a pesar de estas deficiencias, el SNS ha presentado una importante capacidad resolutoria en el ámbito asistencial, guiada por el criterio clínico. La mayor capacidad de gestión de los centros ha permitido una mayor flexibilidad y agilidad en los procedimientos, gestión de equipos, organización de pacientes, etc.

Aunque, dada la experiencia previa, se prevé una dotación estratégica de recursos necesarios ante protocolos de contingencia (camas de UCI, respiradores, material de protección), en un entorno de recursos limitados, la viabilidad de recursos ociosos no respondería a criterios de eficiencia. Por lo tanto, ante un límite estructural de recursos, los sistemas de salud deben presentar altas capacidades de resolución en situaciones imprevistas como la actual.

Por lo que respecta a la integración sociosanitaria de los sistemas de protección social, la institucionalización de las personas mayores dependientes ha sido uno de los puntos críticos de esta pandemia. La falta de planificación y la poca coordinación con el sistema sanitario ha quedado de manifiesto, así como la carencia de personal especializado y de material técnico disponible.

La responsabilidad individual es uno de los factores más importantes para hacer frente a una enfermedad de rápida transmisión y alto nivel de contagios como la COVID-19. España ha estado entre los países de nuestro entorno que han aplicado unas medidas de confinamiento más duras, con un fuerte aislamiento social y una suspensión de las actividades consideradas no esenciales. Parece que los primeros confinamientos estrictos han sido necesarios para frenar la tasa de contagios y el colapso asistencial, a pesar del enorme coste económico sufrido. Sin embargo, una vez superada esta fase de gran incertidumbre, la responsabilidad individual se configura como determinante en la evolución de la epidemia, plasmada en normas sociales de comportamientos responsables.

En resumen, la evidencia disponible parece indicar que lo vivido podría haberse mejorado o corregido con una mayor integración entre lo sanitario y lo social; con una mayor capacidad de traducir en respuestas las gestiones centralizadas (compras de material de protección, de detección y terapéutico, así como déficits de información). Por el contrario, la capacidad de decisión por parte de los centros, el liderazgo clínico y la implicación profesional han sido fundamentales para obtener la gran respuesta sanitaria que se ha

observado durante esta pandemia. La autonomía y responsabilidad ciudadana han actuado también como elementos de contención en la transmisión de la enfermedad, aunque quizá sea a partir de ahora, con medidas de confinamiento social más relajadas, cuando apreciemos el grado de responsabilidad individual y conciencia colectiva de nuestra sociedad.

Elena Salgado (ES)

Extraer conclusiones generales, y estructurales, sobre un evento extraordinario es, desde mi punto de vista, un ejercicio arriesgado.

Creo que hará falta, una vez superada la pandemia, hacer una reflexión en profundidad sobre la salud pública global, porque es muy probable que nos enfrentemos de nuevo a una amenaza similar.

Dicho esto, hablando de España, creo que han fallado los controles y la vigilancia epidemiológica en primer lugar. Echando la vista atrás, y sin culpar a nadie, parece difícil entender la inacción de las primeras semanas, cuando los casos se multiplicaban cada día.

Probablemente se tenían pocos datos y fragmentados, pero, además, no se realizaba la integración e interpretación de esa información. Esto ha sido una constante a lo largo de toda la evolución de la pandemia y, en mi opinión, la deficiencia primigenia. Difícilmente se puede ejercer el *'command and control'* si no se cuenta con información precisa y fiable.

Personalmente, no me parece que en este caso hayan sido relevantes las ataduras administrativas o presupuestarias. Ha faltado capacidad de decisión, y ha faltado coordinación.

Y sobre todo ha fallado la previsión. No me refiero únicamente a la preparación de los pasos a seguir ante la aparición de una pandemia —por cierto, esos planes, que comenzaron a hacerse durante la amenaza de la gripe aviar de 2005, deberían estar permanentemente actualizados—, me refiero a la previsión a semanas vista; desde el mismo momento en que aparecieron los primeros casos en Europa, por no hablar de los primeros casos de China, deberían de haberse evaluado los recursos disponibles en todo el territorio español, tanto en materia de protección de personal esencial, como en equipamiento sanitario. Y, conociendo la Administración, hay procedimientos de adquisición urgente y centralizada que sortean sin problemas las limitaciones presupuestarias.

En definitiva, creo que un mejor *'command and control'* certeramente coordinado, basado en datos fiables y correctamente interpretados, hubiera permitido una respuesta más eficaz.

Ese *'command and control'* no es en absoluto incompatible con la autonomía y capacidad de decisión de los centros y de los profesionales sanitarios. De hecho, son los profesionales sanitarios, con las decisiones micro en cada caso, los que han hecho frente a la pandemia.

Una forma de articular la coordinación ante una emergencia y una pandemia sanitaria, sin cuestionar la gestión descentralizada del resto de los servicios sanitarios, sería, en mi opinión, contar con un centro especializado en enfermedades contagiosas con amplios poderes para tomar decisiones para el conjunto del país y con acceso a todos los recursos sanitarios, públicos y privados, en una situación de emergencia. Debería de estar formado por los mejores profesionales, ser independiente del Gobierno central y los autonómicos, y responder ante el Parlamento.

Y, sin duda, la coordinación con otros países de la UE en primer lugar, pero también terceros países, hubiese sido más fácil de contar con ese centro especializado y reconocido internacionalmente.

Miguel Sebastián (MS)

En 2005, el Gobierno de España aprobó un protocolo de actuación en casos de pandemia, siguiendo las recomendaciones que había hecho la OMS a finales de 2004. Me ha sorprendido el desconocimiento, tanto por parte de la Administración central como la autonómica de la existencia de dicho protocolo. Es cierto que dicho protocolo no preveía una pandemia de esta gravedad, pero sí recomendaba actuaciones por el lado del distanciamiento social y la limitación de actos públicos.

La información pública sobre la gravedad de la epidemia, primero en China, después en otros países asiáticos y finalmente Italia, habría posibilitado disponer de varias semanas para reaccionar de forma preventiva y coordinada. El hospital de Wuhan, construido en 10 días y finalizado el 2 de febrero, tras el confinamiento de buena parte de la población de ese país, debió haber activado algún mecanismo de alerta temprana. Es cierto que, en parte, le hubiera correspondido a la OMS activar dicha señal, pero se echa de menos haber dispuesto de una iniciativa para haber convocado un Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para abordar los posibles escenarios de riesgo.

Dada la importancia del contagio procedente del exterior, Sanidad Exterior debería haber tenido una acción más proactiva. En general, Sanidad Exterior se focaliza en los viajes de los españoles a otros países, pero debería reforzarse su papel de control de fronteras en caso de epidemias en otros países. Es importante recordar que las competencias en el control de fronteras corresponden a las autoridades nacionales, pero también resulta llamativa la ausencia de alguna iniciativa europea para hacer recomendaciones de controles o incluso de cierre de las fronteras externas e internas en los momentos iniciales de la epidemia. Solo ha habido iniciativas de este tipo en la desescalada, y no precisamente en la dirección de mantener la seguridad, sino de alentar la vuelta a la normalidad sin medidas de control.

En cuanto al precedente italiano, el 23 de febrero, con más de 100 casos, Italia ponía en cuarentena a varias regiones del norte del país. Lejos de tomarse como un indicador adelantado de lo que podría ocurrir en España, la reacción del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CAES) fue que se trataba de “un problema en una zona concreta” que esperaban que “no fuera más allá” y que, para combatir la epidemia, “España no se está planteando el cierre de fronteras y sí informar cada vez más y mejor”. Se afirmó literalmente que “el control de fronteras, que es una posibilidad, puede tener algún efecto muy marginal al inicio de las epidemias” y que “en el caso de que se detecte la probabilidad de transmisión interna en España, hay preparados protocolos de actuación con las comunidades autónomas y las comunidades científicas”. Lo cierto es que, en enero de 2020, entraron en nuestro país 234.000 visitantes italianos. Y en febrero, una cifra incluso superior: 248.000.

Como resumen, tanto la Unión Europea como las autoridades nacionales de los Estados miembros deben reforzar sus controles de fronteras en caso de epidemias con origen externo, algo a lo que los países europeos no estamos acostumbrados. Y se deben articular mecanismos de alerta temprana en el interior, que faciliten la coordinación con las CC.AA., que son las que tienen las competencias en materia de salud.

Pedro Luis Uriarte (PLU)

Resulta increíble que un agente invisible, que no es ni siquiera un organismo vivo, porque no tiene ADN, haya puesto contra las cuerdas, al borde del KO, al mundo entero y en solo tres meses.

No estoy exagerando, porque, además de los centenares de miles de personas que han ya pagado el precio de su vida, los muchos millones de contagiados y los más de 2.500 millones de personas confinadas, el FMI ha estimado, a principios de abril, que nada menos que 170 países van a entrar en recesión en 2020 y que necesitarán ayudas masivas, que en aquellos momentos ascendían ya a 8 billones de dólares, para paliar las tremendas consecuencias económicas, financieras y sociales (y, en algunos casos, políticas) que ha originado algo que ni siquiera se puede ver con un microscopio convencional.

Estamos, por tanto, al borde de batir el desgraciado récord establecido en la pavorosa crisis de 1929, por cierto, solo diez años después de que la llamada gripe española dejara un reguero de más de 50 millones de muertes en nuestro planeta.

Pero junto a lo muchísimo negativo, a lo que habría que añadir las conductas incívicas, insolidarias e intolerantes que hemos visto (y no quiero meterme en el terreno político para no alargar este escrito mucho), hay que reconocer que también se han producido hechos positivos: por ejemplo, la respuesta de los organismos multinacionales y bancos centrales (en nuestro caso, la Unión Europea y el Banco Central Europeo) que ha sido mucho más rápida y efectiva que la de la grave crisis financiera de 2008. Y, en otro ámbito más cercano, y que todos hemos protagonizado, la sensata reacción de la sociedad civil. O haber practicado, día tras día, la virtud del aplauso, para reconocer el sacrificio de otras personas, muchas de ellas proletarizadas y cuyo trabajo no valorábamos.

Por no hablar de las muchas reuniones y viajes que han desaparecido, cuando muchos cientos de millones de personas se han dado cuenta de que se puede trabajar, más y mejor, en casa, haciendo realidad, de golpe y sin preparación previa, algo que hasta hace pocos meses se consideraba un sueño (o una pesadilla, según se mire) difícil de implantar, el teletrabajo.

Y, además, hemos aprendido, algo impensable: ¡se puede vivir sin la ración diaria de fútbol!

Partiendo de un reconocimiento del enorme esfuerzo que se ha hecho para poder dar respuesta a las dramáticas consecuencias personales, sociales y económicas que ha originado esta pandemia, las carencias más significativas que he percibido han sido las siguientes:

Primera, la falta generalizada de capacidad para medir el alcance de una situación como esta. Es llamativo que los países líderes del mundo, que

gastan anualmente centenares de miles de millones de dólares en servicios de inteligencia (que incluyen, por ejemplo, la monitorización de todas las comunicaciones) no hayan sido capaces de detectar el peligro que suponía este agente patógeno, muy especialmente a partir del momento en que China comunicó oficialmente su existencia, el 31 de diciembre de 2019, a la Organización Mundial de la Salud. En febrero de 2020, las noticias que llegaban de China eran ya alarmantes (de hecho, a mí me avisaron desde ese país que la situación iba a ser gravísima y que pusiera en aviso a las autoridades, y así lo hice, el 23 de enero).

Segundo, se ha observado también, en prácticamente la totalidad de los Gobiernos con representación en Naciones Unidas, la falta de cualificación, en algunos casos absoluta, para dar respuesta a una situación de este alcance y gravedad. Hemos sido testigos de cómo algunos Gobiernos que tienen capacidad para fabricar las más sofisticadas armas de destrucción y que cuentan con silos que albergan miles de bombas atómicas, al parecer no tenían tecnología adecuada para producir una simple mascarilla protectora.

Tercero, ha existido una muy débil capacidad de respuesta en los países occidentales, quizá arrastrados por un cierto complejo de superioridad en relación con China, pues no han tomado en cuenta la extensión de la pandemia en ese país y en otros (Irán, Corea del Sur, Singapur, etc.) para tomar medidas a tiempo. En la Unión Europea hemos podido percibir lo mismo: una especie de complejo de superioridad sobre Italia, el primer país significativo afectado, lo cual ha motivado una falta de reacción a tiempo, de nuevo, generalizada. La capacidad de anticipación, por tanto, ha brillado por su ausencia y eso es crítico en cualquier situación catastrófica.

Cuarto, algo tan decisivo como es la gestión de los datos ('el nuevo oro', como destacó el Foro de Davos, en 2015) ha sido muy pobre en todo Europa, demostrando que en ese fundamental campo estamos ya a años luz de China, Corea del Sur, Singapur, etc. Estos son algunos de los países que cuentan ya con sistemas muy avanzados y sofisticados de monitorización y seguimiento de datos, lo cual posibilita una detección inmediata de focos de contagio y propicia una gestión mucho más profunda y mejor orientada.

Quinto, en general se ha producido una incorrecta evaluación de la capacidad del sistema sanitario, tanto en instalaciones como en medios disponibles, para dar una respuesta coherente y proporcionada a una pandemia de esta dimensión. "El mejor sistema sanitario del mundo", aun reconociendo

su cualificación, carecía del conocimiento suficiente y de la capacidad de gestión necesaria para enfrentarse a una situación de esa profundidad y duración.

Sexto, quizá por condicionamientos políticos o por alguna de las razones anteriores, no se tomaron a tiempo medidas drásticas que podrían haber evitado o paliado el durísimo impacto de la pandemia sobre el sistema sanitario. En el caso de España, eso ha sido evidente, pues si el 1 de marzo se hubiera producido el aislamiento de Madrid y el de algunos otros focos iniciales (por ejemplo, los que se produjeron en Vitoria), la extensión de la pandemia hubiera sido mucho menor y mucho más lenta, con lo que se podrían haber salvado, posiblemente, miles de vidas y parte del impacto brutal que se produjo posteriormente sobre el sistema de salud.

Séptimo, se han observado errores muy graves de gestión con un coste de vidas humanas apreciables. El caso más evidente ha sido el de las residencias de personas de la tercera edad y de dependientes.

Octavo y último, los errores en la comunicación, quizá por la inexperience de quienes tenían que desarrollar esas políticas, han sido notorios y constantes.

Todos conocemos el dicho que señala que “perdiendo, se aprende”. Pues bien, tras la dolorosa experiencia que hemos padecido, habría que completarlo, afirmando que “y sufriendo, también”. Esto permite asumir que, en la próxima catástrofe de esta naturaleza, que con toda seguridad llegará, pues nuestro mundo es vulnerable (otra dolorosa lección que hemos aprendido), muchas de las carencias que antes se han señalado se habrán superado. Preveo, por tanto, un futuro mejor en este campo.

SEGUNDA PREGUNTA

En los nuevos escenarios post COVID-19, pronúnciese, por favor, sobre si espera para el futuro: a) consolidaciones fiscales que remitan futuros crecimientos del gasto sanitario total a componentes no tributarios de la financiación pública, como por ejemplo copagos; b) si los incrementos de financiación sanitaria pública per cápita han venido para quedarse, por lo que el ajuste deberá venir de la reconducción de otras partidas de gasto público o de aumentos de la presión fiscal; c) si lo que habrá hecho el virus es simplemente acelerar cambios más estructurales de un sistema de salud administrado, como el español, que va en todo caso a tener dificultad para hacer frente a los retos que deberá confrontar. En los supuestos que considere más probables, le pedimos que dé algunas orientaciones de hacia dónde piensa usted debería evolucionar nuestro sistema sanitario.

Joaquín Almunia

En el corto plazo, afrontar las consecuencias inmediatas de la pandemia, tanto en el ámbito sanitario como en el económico y social, ha llevado a sus-

penden temporalmente la aplicación de las reglas europeas de disciplina presupuestaria. Pero la presión sobre los ingresos y gastos públicos no acabará el día en que podamos declarar la victoria en la batalla contra la COVID-19.

Pasado el tiempo de las medidas urgentes para hacer frente al doble *shock* de oferta y demanda derivado de las distorsiones en los suministros, la hibernación de amplios sectores productivos y las decisiones de distanciamiento social y confinamiento, es imprescindible aumentar las inversiones públicas y privadas para relanzar la economía, apoyar a los sectores productivos más directamente afectados, atender a las consecuencias sociales de la pérdida de empleos y otras rentas...

También, por supuesto, hay que incrementar el gasto dirigido directamente al refuerzo de los sistemas de salud públicos, acordar la mejora de las condiciones salariales y de trabajo del personal sanitario, el aumento y potenciación de la red asistencial, la financiación de *stocks* de material (equipos de protección, medicamentos, instrumental...) y reforzar las actividades y departamentos de investigación ligada a la salud.

Al mismo tiempo, cabe explorar posibles actuaciones para racionalizar los niveles actuales de gasto en algunas áreas. La AIREF ha publicado recientemente algún informe en materia de la prestación farmacéutica que merece la atención de las autoridades. Y, por último, si se confirma el respaldo del Consejo a la reciente propuesta de la Comisión Europea, el fondo de recuperación llamado New Generation Europe junto con los nuevos presupuestos de la UE para el periodo 2021-2027, proporcionará un importante respaldo a los esfuerzos desarrollados por cada país miembro con cargo a sus propios recursos.

Además, la línea de crédito del MEDE para financiar a coste casi nulo programas de apoyo a los sistemas de salud o a gastos ligados indirectamente a ellos, no debiera ser descartada de entrada.

Andreu Mas-Colell

Parece evidente que el gasto público —y probablemente el privado— en sanidad aumentará y que ello habrá de suponer un aumento de la presión fiscal.

En esta dirección, fórmulas de copago, ya presentes en otros países europeos, serán inevitables y creo que convenientes. El todo gratis no existe. Si es gratis, no es todo (quedan cosas importantes fuera del menú asistencial cubierto). A mi entender, sin embargo, el copago debe ser decididamente social, es decir, condicional en el nivel de renta.

No hay que confundir que el gasto sanitario aumente con que los servicios sanitarios sean cubiertos por funcionarios. Los conciertos con la iniciativa privada son válidos y convenientes. Bien diseñados pueden reforzar a la sanidad pública (compartición de equipos médicos de alta complejidad, por ejemplo).

Un tema muy importante, y con un claro impacto económico, es el de las residencias. No hay duda que deberán regularse y su aspecto médico deberá reforzarse. El coste económico no será trivial. ¿Cómo se cubrirá? Creo que básicamente correrá a cargo de los residentes mismos.

Ello debe hacerse de forma fiscalmente progresiva, es decir condicional en niveles de renta (debe poder llegar a la cobertura completa para los más desaventajados). Y debe contar también con los activos de los residentes. En el mundo al que vamos, los padres pasarán a los hijos todo el capital humano en que hayan invertido (educación) y poca cosa más. Una virtud incidental de propiciar este enfoque sería, por cierto, que aumentaría los incentivos en invertir en educación, lo cual es socialmente beneficioso.

Carmen Herrero

No tengo una opinión clara de cómo se debería financiar el crecimiento del gasto sanitario en el futuro. Lo que sí creo que es importante es concienciar a todos los Gobiernos de la necesidad de: a) incrementar el gasto para que las diferentes administraciones lleguen al gasto per cápita adecuado; b) la necesidad de establecer planes de contingencia claros; c) reforzar la atención primaria y adecuarla a las necesidades futuras; d) concienciar a la población de lo importantes y a la vez costosos que son los servicios sanitarios, incrementando las buenas prácticas en salud desde las escuelas, y notificando a las familias los costes reales del servicio que se les está ofreciendo.

Daniel Lacalle

Nuestro sistema sanitario debería evolucionar hacia un sistema que no fuese de pagador único y gestor único, es decir, que no fuese solamente gestionado y administrado por parte de la Administración Pública.

Creo que los hechos han puesto en evidencia que el sistema de pagador único genera unos cuellos de botella y unas ineficiencias que ningún tipo de prevención, y mucho menos de presupuesto, hubiera solventado. Cualquier ciudadano puede darse cuenta de que, si en los últimos años hubiéramos gastado el doble o el triple en sanidad, no se hubiera reducido el impacto de una pandemia en la que las autoridades sanitarias dicen a la gente, durante días, que no hay ningún tipo de riesgo.

José Sánchez Maldonado

El crecimiento anual del gasto sanitario en los últimos años ha sido inferior al promedio en el conjunto de países de la OCDE. En 2017, el gasto sanitario per cápita era de 2.371 EUR, un 15 % por debajo de la media de la UE de 2.884 EUR. Esto equivale al 8,9 % del PIB, por debajo de la media de la UE del 9,8 %. A la vista de estos datos, podemos colegir que nuestro sistema es de los más baratos y eficientes y no está en peligro, ni por la parte del gasto, que es un 15 % inferior y ha crecido un 34 % menos que la media de los países de la OCDE, ni por la de los ingresos, ya que los ingresos fiscales son un 22 % inferiores y han descendido un 56 % más que la media de países de la OCDE.

No obstante, garantizar la sostenibilidad del sistema de salud en España va a necesitar de la dedicación y el concurso de todos y cada uno de los proveedores del sistema y sus agentes prescriptores, pero también de los usuarios, y requiere actuar en paralelo en varios frentes: i) optimización y priorización del catálogo de prestaciones; ii) mejora de los procesos de compra tanto de *inputs* como de servicios asistenciales por parte del SNS; iii) profundización de las fórmulas de colaboración público-privada con objeto de mejorar la eficiencia en el uso de los recursos y la innovación sanitaria; iv) diseño de esquemas de copago socialmente aceptables y eficientes, u otros incentivos, necesarios para la racionalización del uso de los servicios sanitarios y del consumo farmacéutico; v) asunción por parte de los usuarios de comportamientos voluntarios tendentes a dicho uso racional de los servicios del sistema y a la conducta de hábitos de vida saludables.

Por otra parte, la cuestión sobre la sostenibilidad del sistema sanitario requiere una visión más global que abarque cuatro áreas. En primer lugar, una reflexión colectiva sobre las prioridades del gasto público y el nivel de riqueza común (PIB) que la sociedad está dispuesta a dedicar a la salud. En segundo lugar, una política fiscal eficaz que permita recaudar los recursos necesarios para financiar el conjunto del gasto público (y en particular el gasto sanitario). En este punto, existe un verdadero problema de insostenibilidad fiscal en España. Después de la pandemia y una vez recuperada la economía, habrá que poner en marcha, de una vez por todas, una importante reforma de nuestro sistema fiscal que nos lleve a recaudar un porcentaje de PIB parecido al de los países de nuestro entorno. En tercer lugar, es necesario ahondar en el debate sobre coberturas del sistema (centrándose en el coste-efectividad de las prestaciones incluidas en la cartera de servicios más que en la población cubierta y obviando los debates estériles sobre turismo sanitario o inmigrantes). Y, finalmente, y sin que ello signifique que sea menos importante, continuar con la única política que se ha impuesto hasta el momento: mejorar la gestión del coste de los procesos de asistencia sanitaria.

Como hemos expuesto en otro apartado, en el medio plazo los ajustes tendrán que venir de la mano de una reforma integral del sistema fiscal que lo coloque, a medio plazo, en los estándares de referencia de los países de nuestro entorno.

En el contexto de la desigualdad imperante, quiero hacer algunas reflexiones en cuanto al modelo de financiación autonómica y el gasto sanitario en particular. En la actualidad, nos enfrentamos a una situación con evidentes e importantes diferencias entre comunidades en el gasto sanitario per cápita, especialmente entre las de régimen común y las forales, poniéndose de manifiesto una evidente desigualdad de oportunidades en la prestación de los servicios sanitarios entre los ciudadanos que habitan en las distintas CC.AA. Durante el citado periodo 2009-2018, se ha originado una disminución en la función de Sanidad de las Comunidades Autónomas en 2018 respecto a la etapa anterior a los recortes (año 2009). La realidad que arrojan los datos entre CC.AA. son lo suficientemente indicativas de que habrá que acometer, una vez pasado el problema de la pandemia, una reforma en profundidad del modelo de financiación autonómica que corrija estos desequilibrios territoriales que hemos comentado.

No existe una solución mágica para la sostenibilidad, por lo tanto, pueden existir infinitas combinaciones de intervenciones. Las variables, requisitos y

el modelo de provisión que cada sistema sanitario exija, también condicionarán las intervenciones a incluir en el Plan de Sostenibilidad. En el futuro nos dominará más que nunca la sensación de fragilidad, desconcierto y buena o mala ventura de la que está tocado todo lo humano y desarrollaremos un arte para convivir con esa incertidumbre. Parece claro que habrá que incrementar los recursos asignados a salud pública, y se necesitarán aumentos importantes de los recursos destinados a los servicios primarios de salud.

Reforzar la salud pública debe ser nuestra estrategia prioritaria, porque evita contagios y muertes y protege nuestra segunda línea de defensa, la estructura asistencial, que no deja de ser poderosa, como han demostrado nuestros sanitarios en las peores condiciones. En este contexto de búsqueda de un nuevo modelo para el sistema sanitario surge, como un elemento de referencia, la evidencia de que el aseguramiento sanitario privado está evitando una mayor congestión del mismo.

Por otro lado, el aseguramiento privado puede aportar al sistema su metodología de gestión del riesgo de salud mediante una formulación amplia de su colaboración con este, que permita a los beneficiarios la opción abierta por esta instancia aseguradora dentro de la oferta pública, como ya se hace en diversos países. Entre los actuales bloques constitutivos del conjunto del sistema sanitario español, como ya se ha mencionado, encontramos también el mutualismo administrativo, un modelo genuinamente español, no exento de problemas, pero que protagoniza continuamente una buena práctica de eficiencia en costes y calidad del servicio, y que, debidamente reformado, es susceptible de protagonizar un gran salto hacia delante en la cobertura sanitaria en nuestro país.

En esta línea, algunos estudios proponen la creación de una Agencia Nacional de Salud (ANS) que arbitrara todos los recursos del sistema en beneficio del conjunto de la población (de la que surgen dichos recursos por la vía fiscal o para-fiscal) para asignarlos competitivamente a sendos pilares de aseguramiento del riesgo de salud y prestación de los servicios correspondientes. La ANS sería pues la 'dueña del servicio' sanitario, cuyo aseguramiento y prestación se desarrollaría en virtud de un modelo similar, aunque perfeccionado, al del mutualismo administrativo, más sostenible, eficiente y eficaz que el modelo vigente en el SNS actual.

Núria Mas

En la sanidad, al igual que en la economía y en la sociedad, el coronavirus ha acelerado algunas de las tendencias que venían vislumbrándose hace tiempo y ante las cuales tenemos que reaccionar cuanto antes.

Nuestro sistema se está enfrentando a importantes presiones estructurales. Por un lado, tiene que dar respuesta a las necesidades de una población cada vez más envejecida y, por tanto, muy afectada por enfermedades crónicas. Por otro lado, la innovación en tratamientos y medicamentos nos llevan a una medicina cada vez más personalizada con un elevado coste por tratamiento. A todo esto hay que añadirle una gran explosión de los datos sanitarios y de estilos de vida que abre las puertas a un análisis en profundidad que pueda ayudar a mejorar significativamente los resultados en salud.

A pesar de que las necesidades han variado de forma sustancial, los cambios que se han producido en la mayoría de sistemas han sido solo incrementales. La COVID-19 ha puesto de manifiesto la necesidad imperiosa de cambiar las cosas para poder seguir cubriendo las necesidades de salud de nuestra población.

Por un lado, necesitamos una mayor integración de la atención social con la primaria y la hospitalaria, haciendo posible un seguimiento continuado de los pacientes, con *feed-back* entre una parte del sistema y la otra. La separación de datos y presupuesto entre los cuidados sociales y los sanitarios no tiene ningún sentido en una realidad que requiere cada vez más un tratamiento integrado.

Además, la COVID ha demostrado la importancia de tener, analizar y compartir buenos datos tanto para obtener los mejores resultados posibles para la salud de la población como para mejorar la eficiencia de un sistema.

Finalmente, la pandemia también ha evidenciado la necesidad de aumentar los recursos destinados no solo en sanidad sino también en I+D, ya que España se encuentra en ambos por debajo de lo que le correspondería, en comparación con sus socios europeos de características similares.

Si bien estos recursos adicionales son necesarios, también lo es gastarlos bien, considerando la eficiencia y la salud basada en resultados. Esto requerirá una priorización basada en la evidencia, gastando de la mejor manera posible los recursos disponibles, incorporando los tratamientos que mejores resultados en salud aporten pero también siendo capaces de dejar de hacer aquello que haya demostrado tener alternativas mejores. La priorización tendrá que hacerse no solo dentro del ámbito de la salud, sino tam-

bién entre partidas presupuestarias distintas, apostando por aquellas que permitan al país crecer a largo plazo, aumentando tanto el capital humano como el tecnológico.

Berta Rivera

La fuerte sacudida de la pandemia de la COVID-19 ha puesto de manifiesto el papel de nuestro Sistema Nacional de Salud como herramienta principal que asegura a nuestra sociedad. En estos días, el ministro de Sanidad ha anunciado que el Gobierno aumentará, progresivamente, la inversión en sanidad hasta alcanzar un 7 % del PIB, niveles previos a la crisis económica de 2008.

La crisis de la COVID-19 impondrá niveles de deuda pública y déficit estructural que se mantendrán muy elevados, y que no permitirán cumplir las perspectivas fiscales y las previsiones de equilibrio presupuestario para el año 2022. El aumento de la presión fiscal, para incrementar los ingresos públicos que sostengan un mayor gasto social e intenten frenar los desequilibrios de déficit y deuda, se configura como una realidad inmediata. Se apuntan nuevas figuras tributarias como el impuesto de determinados servicios digitales (tasa Google) y el de transacciones financieras (tasa Tobin). Sin embargo, la capacidad recaudatoria de estas nuevas figuras tributarias es limitada y será insuficiente en la situación actual. Por tanto, se prevén reformas para conseguir incrementos tributarios derivados de las figuras impositivas con más capacidad recaudatoria, como el IRPF en los niveles más altos de rentas, modificación del impuesto de sociedades con un tipo mínimo obligatorio y la imposición sobre el ahorro. También se plantea una armonización fiscal de patrimonio, sucesiones y donaciones en el marco de las competencias de las CC.AA. y no se descarta un margen de actuación en la subida del IVA, que afectaría a todos los consumidores.

Sin embargo, estas reformas muestran una insuficiente capacidad recaudatoria en relación con las necesidades futuras. En este contexto, la mayor financiación pública del gasto sanitario vendrá asociada a una financiación selectiva y el establecimiento de prioridades. El previsible aumento del gasto sanitario per cápita obligará, a corto plazo, a poner el foco en cómo mejorar la asignación de los recursos dentro del sistema sanitario para garantizar que estos se utilizan de forma eficiente.

La alternativa del copago sobre servicios sanitarios o medicamentos, como forma de financiación no impositiva, presenta efectos inciertos sobre la equidad y sobre las barreras de acceso a prestaciones necesarias en función de los topes de aportación. Además, un incremento de la utilización del copago como elemento moderador generaría costes políticos a corto plazo que en esta difícil situación socioeconómica son difíciles de afrontar, sobre todo si tenemos en cuenta que el 80 % del gasto público en recetas es de pensionistas. En este ámbito, el control del gasto podría venir de mejoras en las prescripciones médicas, consumo excesivo de medicamentos o variaciones de la práctica médica no justificadas. No se trata de financiar lo más barato, si no lo más coste-efectivo.

Elena Salgado

Creo que los incrementos de la financiación sanitaria pública per cápita han venido para quedarse, y muchos ciudadanos van a utilizar este parámetro como elemento fundamental para decidir su voto.

La provisión de los servicios sanitarios puede ser pública o privada, pero debe de financiarse con dinero público un sistema de calidad y universalmente accesible y, evidentemente, todas las actuaciones ante una emergencia sanitaria.

En los próximos años va a ser difícil aumentar significativamente la presión fiscal, teniendo en cuenta la disminución de rentas que va a suponer el incremento del desempleo.

Dicho eso, deberán modernizarse algunos impuestos, incrementar la tributación de las rentas de capital, eliminar exenciones y luchar más activamente contra el fraude.

Y, de otro lado, las exigencias de consolidación fiscal a partir de 2022 van a presionar para complementar las aportaciones presupuestarias con ingresos no tributarios como tasas o copago de algunos servicios y, seguramente, habrá que redefinir la cartera de servicios.

Algo que esta crisis ha puesto en evidencia es la necesidad de contar con sistemas de protección social que integren lo sanitario y social. Un mayor control sobre la provisión de servicios por parte del sector privado, con un buen diseño y financiación de la concertación, hubiese probablemente evitado muchos fallecimientos en residencias.

A futuro, nuestro gasto social y sanitario público debiera converger, en términos de PIB, hacia el de los países nórdicos, y los estudios indican que con crecimientos medios del PIB en el entorno del 2 %, y teniendo en cuenta nuestra situación actual y las perspectivas demográficas, es posible.

La pandemia y la respuesta proporcionada por las instituciones sanitarias españolas han puesto de manifiesto las deficiencias estructurales de un sistema enfocado más en la atención hospitalaria que en la prevención y la atención primaria.

El abordaje temprano de los casos leves y/o asintomáticos que hubiera debido hacerse desde los centros de salud y, preferiblemente, de forma telemática, no ha sido posible por la escasez de recursos humanos en ese nivel de atención, y ello ha contribuido a la saturación de los hospitales y unidades de cuidados intensivos a los que llegaban los pacientes en estados avanzados de la enfermedad.

Las decisiones de las autoridades sanitarias, derivando personal desde los centros de salud a los hospitales, han contribuido a agravar esta deficiencia.

Es difícil en ese contexto apelar y confiar únicamente en la responsabilidad individual de los ciudadanos, que ha estado presente en grado sumo, pero que hubiera necesitado del soporte, aunque fuera a distancia, de los profesionales de la atención primaria para resolver dudas o determinar la necesidad de pruebas diagnósticas.

En resumen, necesitamos volver a subrayar la importancia de la prevención, de unos hábitos de vida saludables y de una atención primaria suficientemente dotada que permita detectar y tratar adecuadamente los casos leves en una emergencia sanitaria global.

Y, por supuesto, es preciso contar con reservas estratégicas de material sanitario y vacunas, en su caso, y de elementos para pruebas diagnósticas y capacidad para producirlos.

Miguel Sebastián

La crisis de la COVID-19 ha supuesto una cura de humildad sobre la percepción de nuestro Sistema Nacional de Salud, “uno de los mejores del mundo”. Creo que se han puesto de manifiesto, además de la ausencia de mecanismos de alerta mencionados en el punto anterior, importantes caren-

cias en la atención primaria (AP), que es la puerta de entrada al sistema de salud para la población. Se ha recortado la inversión en AP, tanto en contratación de nuevos profesionales como en medios y en horarios de atención, que eviten la derivación casi inmediata de los pacientes a los hospitales.

También ha puesto de manifiesto problemas de coordinación entre las CC.AA. Aquellas con más saturación de sus capacidades sanitarias no recibieron el apoyo puntual de las que estaban en situación más holgada.

Finalmente, ha quedado en entredicho el papel de la sanidad privada para hacer frente a retos de salud pública de esta magnitud.

Reforzar la AP debe ser una prioridad en los próximos años, y a ello se deberán dedicar una parte relevante de los recursos, nacionales y europeos, de que se disponga a lo largo de 2020-2021. Ello se suma a las necesidades estructurales de un país sujeto a un fuerte proceso de envejecimiento demográfico. Por ello, el gasto en salud deberá ajustarse al alza en los próximos años, lo que obligará a una redefinición de las prioridades de gasto público.

El sistema de copago, más allá de los medicamentos y algunos servicios complementarios, no lo considero viable como mecanismo de financiación general de este gasto adicional.

Pedro Luis Uriarte

Es obvio que se tiene que producir (se va a producir) un claro reforzamiento de los sistemas públicos de salud, que sin duda van a contar en el futuro con mayores medios y muchas más altas dotaciones presupuestarias, al menos en aquellos países que tienen consolidado el estado de bienestar como un derecho inalienable, como es el caso de España. Esto implica que se les va a dedicar una mayor dotación de recursos y plantea, por lo tanto, la duda de cuáles van a ser las fuentes que van a generar los mismos.

Una primera fuente de esos necesarios recursos debería venir de un análisis a fondo de la eficiencia del sector público, con el objetivo de producir, al menos, la misma cantidad y calidad de servicios públicos, con un menor coste. Ese ahorro, que hoy es potencial, se podría dedicar a este necesario objetivo. Debe quedar claro que esta tarea es muy compleja, entre otras razones porque exige un fuerte consenso político, pero la generación de recursos puede ser elevada, porque nunca se ha intentado, ni a nivel estatal, ni autonómico, ni local en ciudades significativas.

Una segunda fuente de recursos debería provenir de un plan de choque para disminuir drásticamente la economía sumergida, una lacra existente en todo el mundo y en especial en España. En la situación agobiante de falta de medios financieros que se va a padecer, es intolerable que puedan seguir existiendo niveles medios de economía sumergida que llegan al 25 % del PIB español, con algunas Comunidades Autónomas significativas instaladas en porcentajes del 17 % (por ejemplo, País Vasco y Madrid), lo cual significa que hay otras que estarán por encima del 30 %.

Tercero, y en paralelo, se tendría que aprobar un plan muy exigente de lucha contra el fraude y la elusión fiscal, apoyado por las medidas legislativas que fueran convenientes y con una dotación de medios suficiente para hacerlo realidad.

Cuarto, inevitablemente se va a producir un aumento de la presión fiscal qué tendrá que ser adecuadamente modulado y orientado, con el objetivo de que produzca ingresos fiscales (es decir, que se eviten ‘fuegos artificiales’ aumentando la presión fiscal nominal en impuestos que no tienen capacidad recaudatoria) y que ese aumento de la carga fiscal sea adecuadamente repartido.

Quinto, con los datos actuales se puede esperar que España reciba una cantidad muy significativa de recursos provenientes de los planes de reconstrucción que la Unión Europea quiere poner en juego (las primeras estimaciones apuntan a que se destinarán a España 70.000 millones de euros) en forma de subvenciones condicionadas. El destino de esas subvenciones, que estarán sometidas a un cierto control, no va a ser el del reforzamiento del sistema sanitario, sino abordar proyectos de transformación, una necesidad imperiosa que tiene planteada la Unión desde hace años y a la cual se le ha prestado poca atención y, por ello, una mínima dedicación de recursos, hasta ahora.

Finalmente, para llegar a todo lo que se necesita es obvio que vamos a convivir con una situación de elevado déficit público, con lo que se puede anticipar sin riesgo a equivocarse que se va a producir un significativo crecimiento del endeudamiento público.

Con ello, el peso de la deuda pública sobre el PIB puede llegar a superar el 115 %, es decir, una cifra de alrededor de 1,3 billones de euros. Esta elevada carga hará imperativa una gestión financiera muy rigurosa en los años venideros, porque España no cuenta con una capacidad de ahorro interno suficientemente contrastada para financiar ese ingente volumen de

deuda, por lo que la dependencia de los mercados exteriores va a introducir una singular y potencialmente peligrosa fragilidad en su situación financiera (recuérdese que la prima de riesgo española llegó a estar en la crisis anterior 650 puntos básicos por encima de la del bono alemán a 10 años).

En definitiva, desde la perspectiva del necesario reforzamiento del sistema sanitario, va a ser fundamental hacer valer su importancia en el reparto de esos significativos recursos, pues las necesidades son muchas y los grupos de presión, en defensa de sus intereses, son muy poderosos y significativos.

Creo sin embargo que, como siempre ocurre cuando se le ve las orejas al lobo, lo mucho que se ha padecido en la dolorosa pandemia que, paso a paso, estamos dejando atrás ha permitido aumentar la sensibilidad política y social sobre la decisiva importancia que tiene contar con un sistema de salud eficiente, bien dotado, adecuadamente organizado y potente, con el imprescindible objetivo de poder superar los desafíos que en el futuro se puedan plantear en el campo de la salud.

El previsible reforzamiento de los sistemas de salud podrá ir a acompañado de:

- a) La preparación de lo que podría considerarse un imprescindible manual (*Mil acciones a desarrollar ante una pandemia*), convenientemente documentado, para dejar claro cómo deben reaccionar las distintas instituciones públicas y el propio sistema de salud en caso de pandemia, porque los errores iniciales de gestión y de planteamiento que se han producido en este caso han sido muy significativos, no solo en España, sino en la generalidad de los países.
- b) Una mayor y mejor valoración de los criterios técnicos y científicos, para que prevalezcan sobre los estrictamente políticos.
- c) La creación de una reserva estratégica de productos sanitarios críticos que permita no depender, en caso de pandemia, de los proveedores del exterior.
- d) Un análisis mucho más fino y ponderado sobre todos aquellos aspectos que se pueden centralizar a nivel estatal y del Ministerio de Sanidad, y aquellos otros que deben seguir siendo gestionados desde las propias Comunidades Autónomas.
- e) La adopción de decisiones políticas mucho más rápidas y mucho más drásticas que las que se han producido en la pandemia de la

COVID-19, pues, como se ha señalado anteriormente, si se hubiera tomado la decisión de cerrar Madrid a principios de marzo 2020 (y alguna otra ciudad significativa), la extensión de la pandemia en España hubiera sido mucho menor.

- f) Una menor tendencia a privatizar componentes críticos del sistema de salud, como son los hospitales.
- g) Un control muchísimo mayor sobre la gestión de las residencias de personas de la tercera edad o dependientes, tanto de carácter público como privado.

TERCERA PREGUNTA

En este nuevo contexto, la tecnología se ofrece, tanto en presente como en futuro, como el gran *buffer* de los retos que la evolución humana depare. Se concentra en la biotecnología, en la investigación farmacéutica, etc. el mejor de los talentos del mundo globalizado. La pandemia fuerza aquí la reflexión de cómo puede ello cambiar el régimen de incentivos a la investigación, a las patentes y licencias para que los problemas globales reciban atención y hagan factible el acceso a los tratamientos que se derivan. Los incentivos micro de la economía industrial y los macro de la salud pública y la economía global no podrán ya desemparejarse.

Joaquín Almunia

Con carácter inmediato, ya se han asignado nuevos recursos destinados a financiar investigaciones orientadas a vacunas y terapias ligadas a la COVID-19. La eliminación de obstáculos para la producción y distribución de lo que se logre investigar en este terreno, incluidos los derivados de la propiedad intelectual, debe ser objeto de un compromiso colectivo de la comunidad internacional, a pesar de la actitud mostrada hasta ahora por

Donald Trump, contraria a compartir los posibles resultados en cuanto a una nueva vacuna que se obtengan en Estados Unidos.

En lo que respecta a la UE, hay que analizar con detalle los datos disponibles sobre el comercio exterior de medicamentos y otros productos sanitarios, desde las importaciones de equipos de protección personal hasta las de cualquier otro tipo de material. La Unión Europea no es autosuficiente en todos esos productos, pero es uno de los mayores productores globales de medicamentos y un exportador muy potente en el sector farmacéutico. Las voces que parecen indicar nuestra dependencia casi total del exterior, y en particular de Asia, para asegurar nuestros suministros ofrecen una visión errónea de la que podrían derivarse decisiones equivocadas. Nuestras importaciones proceden en primer lugar de Estados Unidos, y después de Suiza. Sin duda, el acuerdo post-Brexit con el Reino Unido debiera abordar las garantías para mantener los flujos comerciales hoy existentes entre nuestro antiguo socio y los 27.

Solamente en algunos productos farmacéuticos o de otro tipo —como los equipos de protección personal o los test— tenemos un grado de dependencia elevado respecto de algún país tercero, en particular China e India. Incluso en estos casos, las distorsiones que hemos conocido al comienzo de la pandemia no tienen por qué convertirse en estructurales.

Lo que debe hacerse por parte de la UE es analizar en detalle cuáles son los puntos vulnerables, articular negociaciones para reducir barreras a la importación en esos casos a cambio de garantías para asegurar la estabilidad de suministros, y buscar acuerdos en materia regulatoria.

Andreu Mas-Colell

La financiación pública de la investigación debe aumentar y debe ganar una perspectiva global. Si no por otra razón, porque hemos aprendido que es imposible aislar completamente a un país.

En el tema de la investigación y de las patentes, creo que nos vamos a mover en una dirección informada por dos principios:

- 1) El sector público va a exigir que su financiación se traduzca en propiedad intelectual.
- 2) El derecho de monopolio que representa una patente quedará limitado si conduce a precios contextualmente abusivos.

Carmen Herrero

La pandemia ha puesto de manifiesto que la salida de este tipo de crisis solo puede venir de la mano de la ciencia, de la investigación y de la adaptación tecnológica. No solo de la investigación sanitaria (biotecnológica, farmacéutica, etc.), sino también de la tecnología aplicada al conocimiento de la evolución (controles de movimientos poblacionales, contagios), y a la adaptación de las estructuras sociales a la no presencialidad (docencia *online*, plataformas adaptadas a todos los niveles educativos, consultas no presenciales) y, en general, al teletrabajo. La sociedad va a tener que adaptar sus prioridades en una forma de funcionamiento diferente, y por tanto los incentivos públicos para conseguir la adaptación.

Un tema importante es la conciliación entre derecho a la salud por parte de los ciudadanos y el derecho de las empresas a los beneficios derivados de sus avances tecnológicos. Si no se toman medidas, todo ello derivará en una desigualdad brutal en el acceso a los nuevos remedios o vacunas, o, alternatively, a una quiebra económica muy importante de aquellos países que quieran mantener el estado del bienestar y el acceso universal a los servicios de salud. Será necesaria una conciliación que pasaría probablemente por limitaciones drásticas de los beneficios de las empresas, bien mediante enormes impuestos, o acuerdos internacionales sobre los derechos de uso de los medicamentos.

Daniel Lacalle

Claro, ¿qué es lo que ocurre? La sanidad pública no sabe cuál va a ser la próxima crisis sanitaria ni de dónde va a venir. A lo mejor la próxima crisis sanitaria no viene de una pandemia, sino de cualquier otro tipo de factores. Entonces, ¿qué es lo que nos podemos encontrar? Ahora se va a gastar mucho más en cuestiones relacionadas con crisis víricas y la próxima crisis seguro que no va a ser así.

En un futuro, se tiene que continuar, permitir e incentivar la investigación sin ataduras de objetivos políticos. La única manera en que la tecnología y la ciencia pueda responder correctamente a los retos del futuro no es poniéndose el casco de gurú y pensando que van a predecir el futuro, sino teniendo la capacidad de gestionar y crear las respuestas cuando ocurran, porque no sabemos cómo va a ocurrir.

José Sánchez Maldonado

Es arriesgado y poco realista sostener que para afrontar de forma integral brotes epidémicos o pandemias tan graves como la del SARS COV-2, en el futuro, bastará con potenciar nuestra red actual de alertas y control. Son necesarios laboratorios de microbiología perfectamente dotados y permanentemente actualizados, así como clínicos muy experimentados en diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas que coordinen el ámbito asistencial.

Hay prisa en una Europa que se ha descubierto desprevenida frente a la emergencia desencadenada por el coronavirus y en la que vuelve el debate sobre la importancia de la inversión en investigación y desarrollo, que ha sido en muchos países uno de los capítulos de gasto más descuidados durante la Gran Recesión.

Ahora solo se piden respuestas a la ciencia, y es evidente que las respuestas a esta pandemia solo pueden venir de la ciencia, pero nos hemos encontrado con un sistema muy debilitado. En España, desde la anterior crisis económica ha habido una bajada en inversión en I+D+i. Estamos contando con plantillas muy envejecidas y estamos perdiendo mucho talento.

La mayoría de los países del mundo llevan varias décadas debilitando de forma consciente e inconsciente sus instituciones públicas. El resultado de todos estos vectores ha generado una gran erosión del Estado como actor que es capaz de proveer bienestar a la ciudadanía, y su resultado más llamativo es el resurgimiento de una desigualdad social nunca vista, desde hace muchas décadas, en los países más desarrollados.

Los incentivos micro de la economía industrial y los macro de la salud pública y la economía global no podrán ya desemparejarse. Quisiéramos reflexionar sobre sus males y remedios.

Las relaciones entre la salud y la economía, ya sea como causalidad, bidireccionalidad o correlación, se encuentran sustentadas a través de una copiosa producción teórica y empírica construida desde los enfoques micro y macroeconómico. Bloom, Canning y Sevilla, en su día, estimaron un modelo a partir de la función de producción agregada y relacionaron la educación con la experiencia laboral y la salud. Se estableció el supuesto de que “los trabajadores más sanos son física y mentalmente más enérgicos y robustos, por lo tanto, son más productivos y ganan salarios más altos”. Se corroboró la evidencia micro en el nivel macro, es decir, se determinó los efectos de la salud poblacional sobre el crecimiento económico en la forma de esperanza de vida.

Más que reflexionar sobre sus males y sus remedios, que es importante sin la menor duda, yo me atrevería a apuntar una estrategia no por muy predicada poco obedecida, como es la evaluación económica, entendida esta como el resultado de aplicar desde las técnicas más sofisticadas a la implementación de una nueva tecnología, de un nuevo medicamento, de un proyecto de investigación, hasta el desarrollo de técnicas más elementales que puedan dar respuesta al hecho de que si la casi duplicación (se incrementa más de un 90 %) del gasto público total consolidado entre 2002 y 2018 se ha visto acompañada de unos mejores resultados en salud y en qué proporción, o del fortalecimiento del sistema sanitario para hacer frente a situaciones excepcionales como las provocadas por la COVID-19.

Núria Mas

Hay tres grandes avances relacionados con la tecnología que tendrán un fuerte impacto sobre el futuro de nuestro sistema sanitario: la medicina personalizada, la explosión de datos y conocimiento y la digitalización.

La medicina personalizada ofrece grandes resultados en salud, pero va acompañada de elevados costes por tratamiento. Estos constantes avances clínicos y tecnológicos, junto con el envejecimiento de la población y la cronicación de las enfermedades, están disparando la factura sanitaria. La reciente pandemia ha exacerbado estas presiones financieras y ha puesto en el ojo del huracán la necesidad de invertir en nuestros hospitales y en I+D. ¿Cómo podemos hacer que todo esto sea compatible?

En mi opinión, la respuesta pasa por repensar nuestros sistemas, poniendo el foco en la 'triple meta' de 1) mejorar la salud de la población (omen-tando la prevención, detección precoz y hábitos saludables; 2) mejorar los cuidados: asegurándonos que recibimos los cuidados adecuados (aquellos basados en la evidencia), en el momento y lugar adecuado (reduciendo las hospitalizaciones y fomentando primaria y cuidados domiciliarios, cuando sea posible); 3) fomentar la eficiencia del sistema, utilizando los recursos disponibles de la mejor manera posible.

Para lograrlo son clave los datos, que nos permiten medir, comparar y comprender qué funciona y por qué. Esto requiere necesariamente poder compartirlos entre varios actores de forma segura. Si alguna cosa ha puesto en valor la COVID es precisamente la importancia de ser capaces de tener datos fiables y poderlos analizar adecuadamente.

También lo es promover un enfoque de salud basada en el valor. A la hora de tomar decisiones, hay que mirar más allá de los costes. No se trata de gastar menos, sino de gastar mejor, asignando los recursos según el valor que aportan en términos de salud.

Esto implica una visión integral del sistema, donde proveedores públicos y privados trabajen conjuntamente, con unas reglas del juego que beneficien a todas las partes y, sobre todo, a la población.

Estas reglas son muy importantes también para el desarrollo de conocimiento básico, así como de nuevas tecnologías y tratamientos médicos. Ni el sector público ni el privado pueden hacerlo solos. Tienen que permitir desarrollar un ecosistema de ciencias de la vida que incluya a todos los actores y que sea capaz de retroalimentarse. Así, por ejemplo, es interesante aprender de algunos elementos del sistema israelí o del americano (como el SBA, Small Business Administration), que han permitido combinar una estrategia pública de inversiones en ciencia básica, con especial interés en aquellos que puedan tener un valor de mercado y en salud. En el caso de las SBA americanas, además, hay un programa especial para intentar que alrededor de un 23 % de los contratos del Gobierno vayan a pymes que cumplan una serie de requisitos. Muchas de estas pymes son fruto de *start-ups* que empezaron con financiación pública o que tenía un aval público. De esta manera, el Gobierno junto con *partners* privados contribuye a la creación de ecosistemas basados en el conocimiento y ayuda a crecer a estas *start-ups*.

Berta Rivera

El sistema de patentes actual no contempla de forma adecuada una crisis de salud pública. Parece claro que, ante una emergencia sanitaria como la que estamos viviendo, resulta imprescindible el acceso generalizado de la población a terapias y vacunas. Por lo tanto, la fijación de precios debe actuar de incentivo para el desarrollo de la investigación de nuevos medicamentos, pero sin suponer una limitación del acceso a los cuidados de salud. En este sentido, habrá que buscar un equilibrio entre el papel que desempeñan los incentivos comerciales del sistema de patentes, y un acceso adecuado a los cuidados de salud.

Los aspectos de accesibilidad e impacto social de la innovación en el desarrollo de las políticas públicas de ciencia e innovación han tenido poca relevancia en comparación con la comercialización de los resultados de la

investigación. En el ámbito sanitario, el desarrollo de nuevos medicamentos y tecnologías sanitarias implica una interacción entre el ámbito público y privado. Sin embargo, en múltiples ocasiones los resultados quedan en manos del sector privado, y el sector público, carece de capacidad para influir en su gestión, y en su precio, aun siendo el principal comprador. Un consenso en cuanto al tratamiento de las alternativas existentes respecto a las patentes o licencias, en situaciones de interés público, permitiría reducir la incertidumbre en la aparición de posibles conflictos respecto a sus propietarios.

En esta línea, diferentes instituciones y organizaciones, principalmente de Estados Unidos, han desarrollado un conjunto de políticas y recomendaciones para adoptar de forma voluntaria por parte de universidades y centros de investigación. Aunque el resultado dependerá de las negociaciones con las empresas propietarias de las licencias, la medida ha sido apoyada por un gran número de entidades y ha visibilizado esta necesidad. Un paso adelante en cuanto a la accesibilidad y transparencia de la I+D+i, también ha sido dado por la Comisión Europea, incorporando la ciencia abierta como uno de los ejes de sus políticas de ciencia e innovación. Esta iniciativa se materializa, en su mayor parte, con la publicación libre de los resultados científicos y puesta a disposición de sus datos en repositorios de acceso abiertos.

Un aspecto de gran relevancia en las actividades de transferencia de conocimiento es la transparencia y la rendición de cuentas. La utilización de fondos públicos requiere poner a disposición pública la información necesaria sobre las patentes o licencias obtenidas, el gasto destinado a dicho proceso, los ingresos derivados de las mismas, los sectores a donde van dirigidas, etc. En España, sin embargo, no existe un mecanismo de información y seguimiento de las patentes obtenidas a partir de fondos públicos. En este sentido, se deberían incluir en las políticas públicas de I+D+i en general, y en concreto en ámbitos sanitarios, valoraciones de interés público que visibilicen el rendimiento social de la inversión pública.

Elena Salgado

Las mejoras tecnológicas en el ámbito de la salud, como en el resto, están sesgadas hacia aquellas oportunidades que ofrecen rentabilidad. Ese incentivo micro de la economía industrial privada no va a cambiar y, de hecho, la carrera actual para encontrar una vacuna frente a la COVID-19 está

movilizando una cantidad importante de recursos, científicos y tecnológicos, que seguramente sería difícil reunir desde la iniciativa pública.

De hecho, al menos en España, muchos de los incentivos públicos (fundamentalmente fiscales) que se han puesto en marcha han sido bastante ineficaces para potenciar la investigación aplicada.

Ahora bien, esta pandemia que ha afectado, y mucho, a las zonas más prósperas del planeta deberá producir cambios importantes.

En primer lugar, la consideración de tratamientos y vacunas como un bien global y, por tanto, la exigencia de compartir los avances de las investigaciones desde una fase temprana. Eso permitirá, además, agilizar y globalizar los ensayos clínicos.

En segundo lugar, la patente debería de ser puesta a disposición de un organismo internacional (como la OMS) para garantizar su accesibilidad universal.

En tercer lugar, deberá de coordinarse, por parte de los Estados, una producción suficiente para atender las necesidades de la población. Y, evidentemente, los contratos de suministro deben de garantizar una retribución suficiente al esfuerzo de investigación, desarrollo e innovación por parte de científicos, empresas e instituciones.

Miguel Sebastián

Debemos recuperar la idea de los sectores estratégicos como herramienta de una política industrial del siglo XXI. Así, se debería recuperar como estratégica la industria relacionada con la biotecnología, la farmacia y las tecnologías sanitarias, porque constituye en nuestro país una de las actividades más innovadoras y de mayor crecimiento, por ser un sector que trabaja intensamente por situarse y desplazar las fronteras del conocimiento, empujando tecnologías de producción avanzadas y realizando un importante esfuerzo de investigación, porque es un sector que emplea personal altamente cualificado y porque es un sector exportador.

Ello se debe traducir en que cumpla un papel fundamental en la Estrategia Estatal de Innovación, con programas específicos para la financiación de la inversión en I+D+i y para la creación de nuevas empresas. La recuperación de los jóvenes investigadores desplazados al exterior debe ser una prioridad. La política en materia de patentes debe estar coordinada con la

Unión Europea y se deben reforzar los mecanismos públicos de incentivos a la investigación en los casos relacionados con la salud pública (vacunas, antivirales, test, etc.)

Pedro Luis Uriarte

El impacto brutal que ha tenido la pandemia en la generalidad de los países del mundo, y específicamente en los europeos, creo que ayudará a impulsar una profunda reflexión de la cual se deduzca un apoyo mucho más intenso al desarrollo de ciencia, investigación aplicada, tecnología e innovación en todo lo relativo al campo de la salud, incluidos sus sistemas de gestión.

Si con carácter general esto es cierto, en el caso de España se convierte en crítico, porque es impensable poder garantizar un futuro positivo en un mundo que está cambiando aceleradamente, entre otros campos en el de la tecnología, con niveles de I+D sobre PIB en el entorno del 1,2 %, como los que existen actualmente. En otras palabras y por primera vez, España debería apostar decididamente por impulsar todos los campos que generen conocimiento y, por lo tanto, valor añadido.

Por esta razón, preveo que parte de los ingentes recursos que se están arbitrando y estudiando en estos momentos para, por un lado, corregir las consecuencias dramáticas que ha producido la pandemia y, por otro, para establecer, cara al futuro, mecanismos de defensa mucho más potentes y precisos que permitan superar situaciones como las que se han padecido, se van a dedicar precisamente a fortalecer los campos anteriores: ciencia, investigación aplicada e innovación.

El caso más claro es el relativo a la investigación sobre las vacunas que pueden hacer frente al patógeno que hemos padecido y a los que puedan aparecer en el futuro.

CUARTA PREGUNTA

La crisis del coronavirus ha puesto en evidencia que no existe un *'trade off'* entre economía y salud, sino que la economía necesita entornos de salud pública confiables y que los sistemas de salud requieren una economía que genere renta y riqueza para financiarlos. La cuestión es cómo compaginar la gobernanza colectiva, lo que ahora son compartimentos de gasto (proveedores, como centros de coste del presupuesto público), y responsabilidades de ingreso (en creación de puestos de trabajo, valor añadido, etc.). ¿Cuál sería, desde su experiencia, la mejor manera de integrar dichos ámbitos, hoy separados por competencias territoriales, departamentales y posiciones estatutarias del personal?

Joaquín Almunia

La experiencia de esta pandemia nos está ayudando a entender mejor la relación entre la protección de la salud pública, la asistencia sanitaria y la política económica.

La relevancia de la financiación presupuestaria en materia de sanidad —desde el gasto en materia de personal y el funcionamiento de los servicios, pasando por la prestación farmacéutica hasta las inversiones para modernizar y ampliar en su caso las redes de asistencia primaria y hospitalaria, y para financiar la investigación— exige su consideración como una prioridad durante los próximos años. No solo como demanda imperiosa por parte de los ciudadanos, sino también como una necesidad económica para garantizar la recuperación del crecimiento de manera sostenible.

En cuanto a la estructura de la Administración General del Estado, parece imprescindible el refuerzo de la estructura orgánica y de los medios humanos y materiales del Departamento de Sanidad. Si recientemente algún político se refirió despectivamente a él como “una *maría*”, minusvalorando su importancia, nadie se atrevería a expresar hoy en público similar calificativo. La descentralización política y de gestión de la política de asistencia sanitaria hacia las Comunidades Autónomas no puede implicar un departamento central carente de medios y sometido a una progresiva irrelevancia política y a una penuria económica.

Además, se requiere una interrelación estable entre la protección de la salud, la asistencia sanitaria, los cuidados de las personas mayores o dependientes y el apoyo a la investigación relacionada con todos estos aspectos. Nada de ello debiera estar sujeta, a cambios continuos y mal explicados, ni a escala estatal ni autonómica.

Andreu Mas-Colell

En la realidad compleja de la vida social se soluciona poco integrando. Es evidente que hay autoridades territoriales porque las debe haber, que hay departamentos con responsabilidades específicas porque alguien tiene que responder por los trenes y alguien por los hospitales, y también es del todo lógico que haya variedades de profesionales y de servidores públicos. La salud toca a todos. Por tanto, lo que conviene son autoridades públicas operando con procesos que propicien entenderse y cooperar.

Sobre el papel es más simple una autoridad única. Pero ¿y si en esta escasea la competencia? ¿No es un riesgo excesivo? En nuestra experiencia de la crisis la gestión de los ERTes ha sido centralizada, porque la seguridad

social lo es. Visto los resultados, esta claro que no ha sido óptima (la gestión —retrasos en pagos—, el concepto es excelente).

Carmen Herrero

Es complicado, en un Estado descentralizado como el nuestro. Un primer problema es la enorme diferencia de solvencia económica entre las autonomías, lo que dificulta la posibilidad de gestión eficiente, en especial para las peor financiadas.

Cierta centralización en gasto podría ayudar, pero no sería bien recibida, especialmente en algunas autonomías. Europa podría ayudar si planteara protocolos centralizados a nivel de la Unión y fuera capaz de hacerlo eficientemente.

Daniel Lacalle

Al contrario de lo que parecen indicar las intenciones gubernamentales, la gestión debería ser cada vez menos centralizada. Debería haber cada vez más colaboración público-privada con una mejor y más estrecha coordinación.

En cualquier caso, a mí me parece que la disyuntiva entre economía y salud es una disyuntiva falsa que introduce gente que o no tiene ni idea de economía o ni idea de salud. Lo que se tiene que hacer, como en todos los momentos de crisis, es hacer todo lo posible para preservar el tejido productivo y fortalecer la economía mientras se atiende a una crisis sanitaria.

De nuevo, creo firmemente que tenemos mucho que aprender de los países que hemos ignorado en esta crisis, con una combinación de ignorancia y arrogancia por parte de los países que nos autodenominamos desarrollados. Hemos decidido ignorar los protocolos y las políticas que han llevado a cabo, repito, países como Taiwán, Corea, Singapur, etc. que están mucho más cerca de centros de riesgo vírico y que han gestionado mucho mejor la economía. Por lo tanto, deberíamos aprender de la experiencia. Debemos aprender de esos protocolos, de esas políticas y de esas formas de colaboración a nivel público-privado porque ha demostrado ser, en cuanto a presupuesto, mucho más efectiva y, en cuanto a resultados, mucho mejor.

José Sánchez Maldonado

Es indudable que la pandemia de la COVID-19 se está traduciendo en un *shock* económico de proporciones importantes. La mayoría de los países del mundo han enfocado sus esfuerzos en aplanar la curva de contagio, conteniendo la cantidad de infectados por día, y así evitar un colapso total de los sistemas de salud. Esta política pública sanitaria es deseable, en cuanto a que ayuda a retrasar la velocidad con la cual el virus se propaga y así poder tratar los casos más urgentes con mayores recursos. Pero esta decisión tiene, sin duda, costos enormes para la economía.

Para lograr esto, los gobiernos recomiendan mantener las distancias sociales, cuarentenas y evitar los contactos con el resto de los ciudadanos. No obstante, tal necesaria política tiene consecuencias negativas: aplanar la curva de contagio necesariamente conlleva a exacerbar la curva macroeconómica de recesión. Dicho en simple, si todos mantenemos distancias sociales y respetamos cuarentenas en nuestras casas por semanas o incluso meses, debemos a su vez cerrar escuelas, universidades, centros comerciales y negocios varios. Así, una gran fracción de la población productiva cesa todas sus actividades de sopetón, apagando la economía de forma inmediata. Valga la paradoja: la respuesta sensata, desde una perspectiva de salud pública, lleva a que la economía se apague y colapse casi en su totalidad.

Cuanto más rápido tratamos de aplanar la curva de contagio —a través de cuarentenas o *lockdown* (obligatorias o voluntarias) y evitamos trabajar desde nuestras oficinas, rehusando casi todas las interacciones económicas— más estamos exacerbando la curva de contagio macroeconómico; implosionando la economía y deteriorando todo su tejido productivo. Esta paradoja de las dos curvas presenta un desafío económico y práctico único en su especie para los economistas y para la política pública: ¿cómo tratamos de apagar y suspender toda actividad económica de forma lenta, paulatina y simultáneamente, sin reducirla de sopetón, para que la economía en su totalidad no se nos muera en el intento? Esta disyuntiva de las curvas es el experimento de política pública más importante de las últimas décadas. Probablemente, incluso mucho más complejo e importante que la política macroeconómica durante la crisis financiera.

La economía y su ecosistema productivo parecieran ser mucho más parecidos a un complejo reactor nuclear, que a una simple bombilla que se puede apagar y encender a voluntad. Apagar toda la economía y, lo que es más importante, volver a reactivarla de forma saludable es más parecido

a tratar de apagar y reiniciar un reactor nuclear. Debe hacerse con calma, cautela y siempre asegurándose de que bastantes piezas del tejido productivo puedan sobrevivir intactas a los apagones. Si apagamos la economía entera de sopetón, nuestro reactor nuclear o productivo implosionará en su totalidad, lo que generaría una crisis económica y social de proporciones nunca vistas. Pero, si logramos apagar de forma lenta, racionalizada y sectorizada distintas actividades comerciales, la economía no debería colapsar.

Cerrar toda actividad económica inmediatamente e implementar cuarentenas por semanas es un mazazo brutal para la economía. Es difícil que dicha política pública sea sustentable por más de tres semanas. Prolongar esta situación de *lockdown* solo exacerbará la curva macroeconómica de recesión: muchas empresas, pymes y micronegocios quebrarán, miles de compatriotas perderán sus empleos y, finalmente, no existirá ni ecosistema económico, ni tejido productivo que quede en pie para poder comenzar de nuevo y hacer resurgir el crecimiento económico. Es necesario, hoy más que nunca, un plan de acción industrial para coordinar la reapertura, en el corto plazo, de distintos sectores de la economía de una manera que dicho proceso sea además seguro, sectorizado y compatible con combatir el virus y su propagación. El Gobierno y los privados deberían estar trabajando en conjunto para poder dilucidar cómo operar y reabrir parcialmente ciertos negocios en el corto plazo, de manera que estos puedan seguir siendo viables económicamente y además seguros contra el virus. La opción de implementar cuarentenas obligatorias y cerrar todos los negocios denominados “no esenciales” durante meses es simplemente un suicidio económico nacional, que podría ser incluso hasta más dañino en el largo plazo que la enfermedad de la COVID-19.

Hasta ahora, en nuestras discusiones se habían mantenido separados los problemas de salud pública y los problemas económicos. Esto, lamentablemente, ya no es una opción y debemos empezar a enfrentar de forma seria y sin prejuicios el desafío de política pública que nos impone la llamada disyuntiva de las curvas. Cerrar la economía en su totalidad es una medida de salud pública que conlleva costos sociales y económicos extremos y que merece, por lo tanto, ser reevaluada o rediseñada. No obstante, el desafío económico y moral ya está claro y la insoslayable disyuntiva de las curvas ya es una realidad. Queda solo esperar que nuestros políticos y economistas estén a la altura de este desafío único en la historia de la humanidad y poder así apagar paulatinamente la economía, sin que nos transformemos en Chernóbil.

Núria Mas

Si pensamos en la crisis de la COVID, en vista del fuerte impacto que las necesarias medidas de distancia social han tenido sobre la economía, hay quien podría pensar que abriendo de nuevo la actividad se recuperaría rápidamente. Pero la realidad es mucho más compleja ya que ambos aspectos están estrechamente relacionados: la demanda no podrá recuperar la normalidad hasta que tengamos confianza en que el problema de salud pública está razonablemente 'controlado' y que los riesgos de contagio son bajos o que, si enfermo, me van a poder tratar.

La COVID ha requerido también un fuerte aumento del gasto público, no solo en el ámbito sanitario sino también en el de educación y en la forma de programas para apoyar a las rentas y facilitar la liquidez de los agentes más afectados. Esta política fiscal tan expansiva tiene efectos secundarios en el aumento muy sustancial de la deuda española que, en algunas estimaciones más pesimistas, puede llegar al 120 % del PIB a finales del 2020.

Encauzar esta elevada deuda requerirá un ambicioso plan fiscal en tres dimensiones: 1) optimizar los ingresos, pensando no solo en subir impuestos sino también en disminuir la evasión y en buscar aquellos que generen menos distorsiones; 2) repensar el gasto, priorizando y adoptando un programa de evaluación de políticas públicas, ahora más que nunca tenemos que asegurarnos de que las políticas que se aplican consiguen los objetivos para los que han sido diseñadas; 3) adoptando programas de fomento del capital humano y tecnológico que nos permitan el crecimiento a largo plazo, transformando los sectores que se hayan visto afectados por la pandemia y por la evolución tecnológica. La inversión en educación es clave no solo para los jóvenes estudiantes sino también la formación continuada y, muy especialmente, las políticas activas de empleo que ayuden a aquellos que lo necesiten a prepararse para el mercado laboral del futuro.

Berta Rivera

El derecho a la salud se mueve en una constante fricción con las restricciones económicas, y la sanidad compite por los recursos públicos con otras políticas de gasto, en el marco de un inevitable coste de oportunidad. Los problemas de gestión de la información, la rigidez burocrática, la falta de colaboración entre Administraciones, los déficits en el ámbito de los recursos humanos y la ausencia de mecanismos de evaluación se manifiestan como

prioridades que requieren un importante abordaje estructural ante el incierto escenario al que nos enfrentamos.

La calidad de la gestión y la mejora de los procesos están muy relacionadas con los modelos de gestión y la profesionalización en el ámbito directivo. Es necesario separar los organismos y las actividades de gestión o prestación de servicios, de las de control y regulación. También se necesitan mecanismos que hagan la gestión más flexible, en base a objetivos que puedan ser medidos y evaluados. Asimismo, son necesarios organismos de evaluación profesionales e independientes, con personal técnico y cualificado que garantice la transparencia y actúe como un elemento importante en la toma de decisiones.

Por último, destacar la importancia de realizar reformas en la gestión de recursos humanos. La crisis económica mostró cómo los recortes se tradujeron en una congelación casi indiscriminada de la oferta de empleo público sin una planificación estratégica en recursos humanos. La flexibilidad necesaria para afrontar las nuevas demandas requiere del planteamiento de nuevas fórmulas contractuales y una revisión de los criterios de acceso, evaluación, movilidad, carrera profesional y mecanismos de promoción interna. La definición de puestos de trabajo tendría que estar vinculada de una forma más directa a las necesidades, con una mayor autonomía de los centros asistenciales para seleccionar e incentivar a los profesionales, manteniendo unas bases comunes de garantía. Nuestro sistema sanitario necesita captar y preservar el talento y recuperar la gran inversión en capital humano desaprovechada en los últimos años.

Elena Salgado

Efectivamente no existe ese *'trade-off'*, pero creo que una pandemia no debería poner en cuestión ni nuestro sistema económico ni mucho menos nuestro sistema institucional.

Con una estructura económica, e incluso institucional, similar, ha habido casos de países que han sabido reaccionar de manera eficiente.

Tómese el ejemplo de Alemania: coordinación con los *länder*, decisiones políticas basadas en datos y opinión de los expertos, seguimiento epidemiológico adecuado, con utilización de *big data* e inteligencia artificial, realización de pruebas diagnósticas en gran número y, sobre todo, gestión coordinada de todos los recursos disponibles y prioridad en la obtención de los

recursos sanitarios necesarios, en un marco de construcción de consensos con todas las fuerzas políticas y la ciudadanía en su conjunto.

Lo que creo que se ha demostrado es que ante un problema de salud global (la pandemia), las soluciones de salud pública, locales o regionales, han adolecido de una falta de coordinación (nacional, europea, global).

Creo que nos hubiéramos beneficiado de una actuación más coordinada y decidida por parte de un organismo o institución supranacional. En este sentido, creo que la OMS no ha tenido ni la fuerza ni la capacidad exigible en esta situación, y resulta clamorosa la ausencia de decisiones, más allá de la regulación de fronteras, por parte de la UE o de instituciones como G20.

Miguel Sebastián

Comparto plenamente la idea de que no hay *'trade off'* entre economía y salud. Pero no creo que esta sea una idea plenamente compartida, al menos en lo que se refiere a la pandemia que hemos vivido. Casi todas las medidas necesarias para combatir la extensión del virus han topado con la dificultad del coste económico en el que se incurre.

La cancelación por los organizadores del GSMA, el 13 de febrero, de la celebración del Mobile World Congress (MWC) en Barcelona recibió un aluvión de críticas y se dijo que “no había motivos sanitarios para dicha cancelación”. Por el contrario, se insistió en el coste económico de la suspensión y que se trataba de una “reacción desproporcionada”. Apenas diez días después del anuncio, las regiones de Lombardía y Veneto entraban en cuarentena. El MWC debería haberse celebrado el 24-27 de febrero y, de haberse llevado a cabo, habría supuesto un foco indudable de extensión de la epidemia a escala global.

Las necesarias medidas de distanciamiento social a primeros de marzo encontraron resistencias por el coste económico de la cancelación de eventos: partidos de fútbol, conciertos de música, varios festejos. Algo común a Italia y España, y quizás no tanto en otros países. Solo parecía que la suspensión de clases se podría llevar a cabo sin esas resistencias de tipo económico, aunque la propia Unesco se quejó de dichas cancelaciones. La tardanza en declarar el estado de alarma también se explica por esas resistencias. Y, una vez declarado, la pugna por incluir en las ‘actividades esenciales’ a muchos sectores que no lo eran: el sector financiero o de seguros,

la construcción, notarios y registradores, fábricas de todo tipo e incluso, inicialmente, las peluquerías.

Solo en la Semana Santa se produjo un verdadero confinamiento de la actividad, que contribuyó decisivamente a doblegar la curva de infecciones. En el proceso de desescalada también hemos contemplado el mismo tipo de presiones, que han llevado al modelo de ‘convivir con el virus’, cuyos resultados económicos no están siendo los esperados, y veremos sus implicaciones sanitarias si se generalizan los rebrotes.

Por todo ello, hace falta mucha más pedagogía sobre la relación entre salud y economía a la hora de combatir una pandemia. La economía no solo se ve dañada por el confinamiento. Más bien por el miedo al virus. Los análisis futuros demostrarán si es cierto que los países que han sido más laxos en sus medidas de contención han tenido un mejor *performance* económico. Mi hipótesis es la contraria. En el fondo el debate, como muchas veces en economía, es sobre corto plazo versus largo plazo. Tratar de mejorar los resultados económicos a corto plazo con levantamiento prematuro de restricciones puede tener impactos muy negativos a largo plazo. Todos queremos que haya una ‘V’ económica, pero tratar de forzarla para que ocurra este año, por ejemplo en el sector turístico este verano, es un imposible económico que puede traducirse en un agravamiento del problema sanitario en el otoño.

La otra lección de la pandemia será que aquellos países o empresas que apuesten por nuevos modelos de negocio, nuevas actividades, cambios organizativos, apuesta por las nuevas tecnologías y desarrollo de nuevos productos y servicios serán relativamente beneficiados cuando la economía se recupere.

Pedro Luis Uriarte

Todo ello quedará enmarcado, en mi opinión, en un debate que resulta crítico, el del equilibrio entre lo urgente (es decir, la corrección de las consecuencias que ha tenido la pandemia, que tendrá su reflejo más significativo en términos de un mayor gasto social) y lo necesario, en donde se englobarían todas aquellas actuaciones que permitan desarrollar las necesarias capacidades y competencias, citadas en la pregunta anterior, orientadas a evitar que se puedan producir situaciones como las que se han sufrido a partir de marzo de 2020.

Este debate es crítico y lo vamos a ver próximamente en España cuando, a la vuelta del verano, se inicien las negociaciones para definir, en primer lugar, el techo del gasto presupuestario y, en segundo, cuáles son las líneas fundamentales que van a articular los Presupuestos Generales del Estado y de las distintas Comunidades Autónomas para 2021.

No se trata de un debate técnico y mucho menos tecnocrático, sino de la definición del camino más adecuado para impulsar el entorno productivo más conveniente que permita esa necesaria generación de recursos (a lo cual le añadiría lo que he señalado anteriormente sobre la necesidad de trabajar para lograr una mayor eficiencia del sector público, reducir drásticamente el nivel de economía sumergida que padecemos e impulsar un programa muy exigente de lucha contra el fraude fiscal).

En este campo, lograr un equilibrio entre las distintas posiciones políticas sobre cuál debe ser la orientación futura en términos de presión fiscal resulta absolutamente necesario.

QUINTA PREGUNTA

Desde su particular “confieso que he vivido”, ¿puede recomendar a quien corresponda gestionar el bienestar de los ciudadanos aquello que crea sustancial para que resulte más efectiva su misión o mandato ante situaciones similares a las que hemos vivido con la COVID-19 o ante un rebrote potencial?

Joaquín Almunia

Las estrategias de seguridad, elaboradas tanto a nivel nacional como europeo o multinacional, se habían venido refiriendo a los riesgos inherentes al estallido de una pandemia. Aunque en el último siglo tales riesgos no se habían materializado en el territorio de los países occidentales avanzados, la posibilidad de que eso sucediese estaba recogida en esas estrategias, que tomaban nota de lo sucedido recientemente en algunos países asiáticos y en el continente africano.

Bill Gates nos lo había recordado de manera muy elocuente en varias de sus manifestaciones públicas de los últimos años. Además, su fundación viene liderando una acción investigadora y humanitaria muy ambiciosa, y generosa, de carácter no gubernamental, en este terreno. La falta de reacción ante esas llamadas de atención, procedentes tanto del ámbito público

como de voces pertenecientes a la esfera privada, no puede seguir produciéndose.

Los responsables públicos nacionales, europeos y globales están obligados a responder ante esta pandemia con determinación, sin prejuicios de signo ideológico o de otra naturaleza. Porque el futuro que se abre ante nosotros exige adoptar decisiones estratégicas basadas, por un lado, en la colaboración entre diferentes niveles de responsabilidad política —nacional, europea, global— y, por otro, en la cooperación entre el sector público, las empresas e iniciativas privadas, y una ciudadanía consciente de la necesidad de enfrentar esta clase de riesgos. Cualquier programa público, por ambicioso que sea, no podría traducirse en resultados eficaces sin tener presente ambas condiciones.

Andreu Mas-Colell

Me limito a un único punto. La crisis del coronavirus ha demostrado que el capital humano de que disponemos en el sector sanitario es de excelente calidad. Asegurémonos que continúe siendo así. La competencia por el talento internacional (médicos, enfermeros, fisioterapeutas...), ya significativa, va a aumentar. De hecho, la tradición de trabajar fuera del país ya está bien establecida, así como las correspondientes redes de contratación. Me pregunto si la demanda creciente para cursar grados de Enfermería, por ejemplo, no estará relacionado con este fenómeno.

Carmen Herrero

Desde mi punto de vista, y como ya he comentado antes, me parece esencial:

- 1) Disponer de protocolos de actuación ante posibles *shocks* sanitarios, tener reservas accesibles de material y de personal que sea posible movilizar en tiempo récord.
- 2) Hay que replantearse la gestión de los geriátricos, actualizar los controles, tener prevista su posible medicalización y tener un control estricto de la salud de los ingresados.
- 3) Es necesaria una actuación específica sobre los hogares más vulnerables, para evitar agrandar más la brecha educativa. En este sentido,

es importante que el acceso a internet sea tan obligatorio como la electricidad y, así como se intenta evitar la pobreza energética, se tomen medidas para evitar la pobreza digital.

- 4) Hay que incidir en la educación en salud y en el respeto a los demás.
- 5) Tomar iniciativas que enseñen a la población la importancia del mantenimiento de los servicios sanitarios públicos y la necesidad de hacer buen uso de ellos y concienciar de su coste.

Daniel Lacalle

La valoración número uno a tener en cuenta es que hemos aprendido el fracaso absoluto de la recentralización. En España, el mando único ha sido uno de los factores más decisivos en los malos resultados de la gestión de la pandemia. Además, hemos aprendido también la importancia de tener unas Administraciones más cercanas a los ciudadanos. Creo que en esta crisis las Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos, en general, han tenido un comportamiento ejemplar.

Lo más importante es que se aprenda de los líderes; que no se intente buscar consensos entre países que no están lidiando con el problema. Si tienes problemas con una crisis sanitaria como la vivida, aprende de los países que están lidiando con la crisis. No intentes copiar o seguir los errores de los países que consideras de tu entorno. Un gran error de la Unión Europea ha sido ignorar a los países asiáticos y decidir hacer las cosas por su cuenta.

También hemos aprendido que en este tipo de crisis la idea de que los técnicos de un país son los expertos puede ser un gran problema. En España, han cometido errores muy destacables a la hora de entender los riesgos de ciertas medidas, ya sea por falta de conocimiento de la propia pandemia o por una falta de gestión; hay que hablar más con los expertos de los otros países y no quedarse solo con los nacionales.

José Sánchez Maldonado

Mis deseos son:

- 1) Que exista una mayor coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales, como se argumenta más arriba.

- 2) Comenzar a dar los pasos hacia un nuevo paradigma en la asistencia sanitaria en la que, partiendo de una mejora notable de los servicios de salud pública, propicie una estructura asistencial diferente, que podría concretarse en: centros de asistencia primaria potenciados de modo que puedan dar servicios integrales que posibiliten la salida de los pacientes perfectamente diagnosticados, lo que, en muchos casos, evitaría derivaciones al especialista y/o a los servicios hospitalarios, lo que haría que aquellos centros fueran realmente lo que siempre han debido ser, los *'gatekeepers'* del sistema.

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

- 1) Revitalizar el nodo central de la red del SNS: se precisa un Ministerio de Sanidad con músculo técnico, versatilidad organizativa, capital de conocimiento y recursos económicos para que el SNS funcione como una auténtica red, y gestione de forma virtuosa sus innumerables interacciones y sinergias. Desde enero de 2002, cuando se completaron las transferencias sanitarias a las CC.AA., los sucesivos Gobiernos de España se han ido desentendiendo de la sanidad, y dejando a extinguir la estructura y funciones de su Ministerio de Sanidad. La frase “la sanidad está transferida” ha hecho mucho daño, porque se ha convertido en la coartada de las autoridades económicas y de función pública para justificar el abandono. Sin embargo, “la sanidad es de todos, y a todos nos compete” y el SNS solo podrá responder a los retos actuales y futuros si es capaz de constituirse como una red bien articulada y coordinada.
- 2) El ‘modelo’ de ministerio ha de cambiar (y no solo su tamaño); en la buena gobernanza de sistemas profesionales complejos como el sanitario, pierde importancia la regulación y gana la gestión del conocimiento (menos BOE y más MEDLINE).

El ministerio debe atraer talento y excelencia de especializaciones diversas, con agilidad y flexibilidad, con configuraciones mixtas que integren aportaciones de profesionales y científicos de diversas instituciones; redes nacionales e internacionales... El ministerio ha de ser el soporte institucional para un conjunto de agencias especializadas, construidas con reglas que maximicen el mérito y minimicen la interferencia política, con instrumentos de gestión que permitan autonomía, flexibilidad y agilidad.

- 3) Pero ese nodo central del SNS, que ha de garantizar la conectividad de sus partes, necesita palancas para catalizar cambios y mejoras: la financiación es una de ellas (fondos de cohesión, fondo de garantía asistencial, fondos de coinversión, etc.). Financiación incremental, guiada por una información, conocimiento y talento en el gobierno institucional. La reactivación del papel de las autoridades y de las políticas sanitarias va a precisar de gestión económico-presupuestaria propia, y de autonomía en la gestión de la estructura de personal.
- 4) Reconocer que existen '*trade-offs*' complejos y no-lineales entre distintas vidas y grupos sociales, asociados a toda medida de salud pública, es una idea central de la política económica de las enfermedades que pareciera haber sido olvidada por muchas mentes binarias y 'paladines de la justicia'. La diferencia entre el distanciamiento social, el sentido común y los cierres económicos completos es demasiado dramática como para no tomarla en serio.

Finalmente, esta crisis es un ejemplo fundamental de que la mayoría de los problemas apremiantes a los que nos enfrentamos son de naturaleza global: una nueva pandemia, el cambio climático o los problemas causados por las desigualdades son cuestiones que no deben abordarse independientemente por cada país. El mundo debería fortalecer sus instituciones internacionales, como las Naciones Unidas, la Organización Mundial del Comercio y la Organización Mundial de la Salud. Los problemas globales solo se resolverán con la cooperación entre todos los países. Los economistas debemos hacer un esfuerzo serio en el diseño de dicho marco de instituciones, con el objetivo de alcanzar un desarrollo sostenible.

Berta Rivera

La pandemia de la COVID-19 ha puesto en evidencia la fragilidad de nuestro entorno, que puede cambiar de forma repentina, por lo que las preferencias de gran parte de la población han resultado alteradas. La cooperación a partir de iniciativas colectivas, en diversos ámbitos sanitarios, sociales y económicos, ha revelado que la colaboración de la sociedad civil ha aportado soluciones rápidas y eficientes, eliminando barreras organizativas y modelos rígidos de funcionamiento. Desde el ámbito público sería deseable que se impulsase la generación de instrumentos para articular esta cooperación que ha surgido de forma espontánea.

El momento actual requiere, inevitablemente, de reformas estructurales pendientes desde hace años en el sistema sanitario. Las rigideces organizativas que impedían modificar procesos y procedimientos han desaparecido en los momentos de necesidad, las decisiones se han descentralizado y se han tomado con criterios de gestión clínica y colaboración entre equipos. Esta capacidad de respuesta debería aprovecharse para situaciones ordinarias y disminuir las barreras regulatorias que limitan la mejor utilización de los recursos existentes. Este argumento se extiende de igual forma a la colaboración entre el Gobierno central y las CC.AA.

El envejecimiento de la población también es una cuestión que debemos afrontar, replanteando el modelo de cuidados de nuestros mayores. Los planes de actuación deberían recoger la posibilidad de implementar un nuevo modelo que garantice un entorno seguro, con personal técnico cualificado y más coordinado con la asistencia sanitaria a través de la figura del geriatra. El modelo de institucionalización debería complementarse con un modelo de cuidados en el hogar, centrado en la persona y apoyado por cuidadores profesionales.

Que estemos preparados para afrontar nuevas crisis sanitarias requiere mejorar las capacidades de la salud pública en su contribución a la información epidemiológica, la vigilancia de la salud y las actuaciones preventivas para evitar situaciones como las actuales de colapso de los servicios sanitarios. En el marco del refuerzo de la salud pública, debería avanzarse en el desarrollo de la Ley General de Salud Pública y la creación de la Agencia Estatal de Salud Pública, que facilite la coordinación y el intercambio científico-técnico.

La rendición de cuentas y la transparencia en el ámbito público son cada vez más indispensables en la búsqueda de la eficiencia y la equidad, objetivos intrínsecos del sector público. En situaciones como la sufrida, la información es fundamental, y los procesos de toma de decisiones deben ser transparentes y basados en los datos y evidencias disponibles.

Pero las reformas estructurales no son únicamente necesarias en el ámbito sanitario. Las necesidades de financiación del sector público y la estabilidad económica y presupuestaria requerirán de un plan de ajuste fiscal que no debe limitarse a cambios puntuales. Por el lado de los ingresos, las modificaciones de las diferentes figuras tributarias deben abordarse en el marco de una reforma de la estructura fiscal, procurando que el aumento de la capacidad recaudatoria genere las menores consecuencias sobre el empleo

y el crecimiento económico. Por el lado de los gastos, la eficiencia en los servicios públicos tiene un importante margen de mejora. La modernización de los servicios y la introducción de incentivos, y la evaluación de resultados siguen pendientes en muchos ámbitos de las Administraciones Públicas.

Elena Salgado

Es necesario aprender las lecciones de esta crisis y prepararse para el futuro mediante la elaboración de planes preventivos en forma coordinada internacionalmente y que deben hacerse públicos.

Muy probablemente, la siguiente amenaza no se ajustará exactamente a los planes y habrá que adecuarlos, pero la hoja de ruta servirá para mantener a toda la ciudadanía educada e informada sobre cómo actuar.

Los planes preventivos deben ser aprobados por cada Parlamento, pero si la amenaza se materializa, son los expertos los que deben informar sobre las decisiones a tomar.

Y, en el caso de España, además, es necesario desde ya reforzar la atención primaria y coordinar mejor las políticas sociales con las sanitarias, en el contexto de un incremento sustancial del gasto sanitario público.

Miguel Sebastián

- 1) Aprender de la experiencia de otros países, aunque nos parezcan lejanos y distintos.
- 2) Reforzar con personal matemático y estadístico, no solo sanitario, los centros de alerta y emergencia sanitaria.
- 3) Establecer mecanismos de coordinación con las CC.AA. y con los estados miembros de la UE.
- 4) Introducir el control de fronteras como unas de las primeras variables a considerar en caso de brotes epidémicos externos, aprendiendo de los casos exitosos como han sido Vietnam, Tailandia, Túnez o Nueva Zelanda.
- 5) Dotarse de reservas estratégicas de material sanitario, y de flexibilidad industrial para reorientar rápidamente la capacidad de producción nacional de ese material en caso de necesidad.

- 6) Evitar 'legislar en caliente', como pueden ser los diseños estructurales de ingresos mínimos vitales, una regulación prematura del teletrabajo que acabe dificultándolo, o un reforzamiento de las medidas proteccionistas al amparo de las necesarias respuestas nacionales al reto de la pandemia.

Pedro Luis Uriarte

Recogiendo algunas de las ideas que he apuntado anteriormente y algunas cuestiones de otra naturaleza, singularmente las de carácter global, señalaría las siguientes:

Primera: Hasta el Gobierno más incompetente del mundo va a tener preparado un indispensable manual, con el título *Mil pasos a dar cuando se produzca una pandemia*.

Segundo: Se crearán reservas estratégicas de productos sanitarios esenciales. Porque ha sido increíble ver que, salvo honrosas excepciones, ningún país del mundo estaba preparado para una situación así, ¡a pesar de que la habían visto, en vivo y en directo, en China!

Tercero: Se van a consolidar cambios sociales muy significativos, todos ellos apoyados por las gigantescas oportunidades que abre ya el desarrollo tecnológico (comercio electrónico, educación a distancia, videoconferencias, teletrabajo, etc.).

Cuarto: Como me temo que, como ya nos ocurre cuando vamos a embarcar en un avión, corremos el riesgo de que el precioso ámbito de nuestra privacidad se reduzca mucho, hay que saber utilizar, inteligentemente y en clave positiva, las capacidades de control que ofrece la tecnología, para que no interfieran en las libertades individuales, uno de los derechos irrenunciables de las sociedades occidentales.

Quinto: La política presupuestaria de todas las instituciones públicas va a cambiar. Volvemos al 2008 y, como entonces, vamos a ver un debate muy intenso, político, social y mediático, centrado en dos cuestiones de máxima importancia: cuál es la mejor fórmula para generar más ingresos públicos y, en segundo lugar, a qué destinar los mismos.

Sexto: Entiendo que va a ser inevitable asumir una mayor presión fiscal, mediante el retoque de los tipos nominales de algunos de los impuestos existentes actualmente y la aparición de otros nuevos que se anunciarán,

casi con toda seguridad, como temporales, para así facilitar el proceso de su aceptación.

Séptimo: Por ello, el partido político que haga promesas de bajadas de impuestos, o estará engañando o eso significará que sus posibilidades de gobernar son absolutamente nulas. La recaudación se está ya derrumbando y va a ser necesario aumentar el gasto público astronómicamente. Eso se traducirá, previsiblemente, en más impuestos, menos bonificaciones (la Comunidad Autónoma de Madrid va a ver cómo desaparece su 'paraíso fiscal comparativo'), mucho más endeudamiento, que algún día habrá que pagar, y duras políticas de reducción de costos (por ejemplo, en sueldos de funcionarios y en empleos temporales).

Octavo: La banca tendrá una ocasión de oro para superar la crisis reputacional que todavía padece, haciendo realidad lo que han manifestado algunos banqueros, es decir que, a diferencia de lo que ocurrió de 2008 a 2015, "la banca es parte de la solución, no del problema".

Noveno: Como en todas las crisis, va a haber ganadores y perdedores. Entre los países, España va a estar entre los que van a pagar un precio más alto, en forma de paro y de aumento de la desigualdad, porque su economía está muy apoyada en dos sectores que van a padecer muy especialmente las consecuencias de esta crisis, el turismo y la construcción.

Décimo: Como consecuencia de las ingentes cantidades de ayuda que se han ido arbitrando por los diferentes Gobiernos y Bancos Centrales, el endeudamiento mundial ha crecido astronómicamente, hasta superar de largo tres veces el PIB mundial. Esto plantea un complejo escenario financiero futuro e introduce situaciones de fragilidad potencial en todas las economías y singularmente en los equilibrios globales. Será necesario, por lo tanto, lograr una mayor coordinación en las actuaciones de los Bancos Centrales y avanzar en la definición de los parámetros de una nueva gobernanza mundial, mucho más efectiva y coordinada que la que existe actualmente.

Undécimo: La Unión Europea, que ha venido padeciendo las consecuencias de una falta clamorosa de liderazgo, tendrá que resolver de una vez el dilema que acosaba a Hamlet siglos pasados: ¿ser o no ser? Afortunadamente, en esta ocasión y a diferencia de lo que ocurrió en la crisis anterior o en la débil respuesta dada a la crisis migratoria que padecemos hace pocos años, parece que por fin se ha optado por el "ser", aunque faltan todavía pasos trascendentales que lo confirmen.

Duodécimo: China le ha ganado la carrera de la COVID-19 a Estados Unidos en todo, como ya lo venía haciendo en inteligencia artificial, redes 5G, coche eléctrico autónomo, etc. En consecuencia, y tomando como referencia los análisis publicados por Fondo Monetario Internacional, el crecimiento de la economía China en 2020 y 2021 va a superar de forma abrumadora al de los principales países occidentales. Por lo tanto, es previsible que siga creciendo la tensión entre estos dos países, en su lucha por el liderazgo global, y que todo ello nos sitúe al borde de un grave conflicto.

Decimotercero: Por primera vez desde la Primera Guerra Mundial alguien está desafiando la posición de liderazgo americana, con una mano que podría ser ganadora en esta singular partida de póker. Por ello, habrá que afrontar un necesario y complejo debate estratégico sobre cuál debe ser la relación futura de la Unión Europea con el país que quizá esté llamado a liderar el mundo a mediados de este siglo. Este es un debate también crítico para España, cuyas relaciones con China son claramente insuficientes, tanto en términos políticos, como económicos.

Decimocuarto y último: Como vengo defendiendo desde hace más de una década, necesitamos hoy, imperativamente, afrontar un exigente proyecto de transformación, un auténtico '*big bang*'. El mundo ha cambiado decisivamente y, tras esta crisis, va a cambiar aún más y a velocidad acelerada. ¡No podemos quedarnos atrás!

RELATO DE OPINIONES

PRIMERA PREGUNTA

Entre los consultados es obvio que nadie se muestra satisfecho con la situación vivida por los malos resultados desde la cadena inicial de respuestas, tanto de instituciones internacionales, gestión de datos, anticipación de fases y rigidez de los protocolos de actuación, con unos confinamientos finales tibios primero y extremos después. La musculatura de actuaciones sanitarias iba posiblemente mermada por los procesos de consolidación fiscal sufridos, con inversiones postergadas debilitantes. Aunque, como reiteran AMC y DL abiertamente, no se ha tratado de un elemento exclusivo de falta de recursos, de capacidad de decisión (añade ES), sino además no haber sabido prever correctamente la afectación del virus pese a protocolos existentes desde el 2005 de preservación de fronteras, con abierta crítica por “iniciativas de desescalada, y no precisamente en la dirección de mantener la seguridad, sino de alentar la vuelta a la normalidad sin medidas de control” (MS), con aspectos de aseguramiento social más que económicos como en el caso de las personas mayores (JSM). En todo caso, como enfatiza ES, era muy complejo ante un evento extraordinario de dimensiones desconocidas articular una respuesta desde la ordinariedad, a lo que también se apunta B R, quien añade que la evidencia ha mostrado una mala estructura de generación y transmisión de la información, así como sistemas

de gestión de datos, por lo que el reto estriba hoy en qué aprendemos de los errores padecidos para confrontar rebrotes y pandemias futuras.

Para DL no se trata de más gasto público, sino de más inteligencia en las decisiones, claridad en las actuaciones protocolizadas y, sobre todo, de responsabilizar al ciudadano sobre este tipo de situaciones. Todo por el ciudadano sin el ciudadano sería a su juicio una prescripción errónea. NM enfatiza en el aprendizaje de su particular “confieso que he vivido” la importancia de los déficits evidenciados por todos aquellos sistemas que no garantizan el acceso universal a la asistencia sanitaria. Y para los sistemas universalistas, la relevancia de la coordinación y la identificación de *target groups* particularmente frágiles por composición etaria, grupal, densidad poblacional, a favor desconfinamientos ‘quirúrgicos’ (selectivos) que aminoren los impactos generales sobre la economía.

Entre las medidas concretas, PLU reclama que lo que fueron en un primer momento carencias de coordinación europeas se compensen hoy con actuaciones de la UE y BCE con mayor vigor que con la anterior crisis financiera. A ello contribuiría que ni los países más poderosos hayan sabido parar el golpe pandémico y que las instituciones internacionales, tras los primeros errores de gestión “con coste de vidas humanas” hayan “aprendido perdiendo”, por lo que “el futuro no puede ser sino mejor que el pasado”, ni que sea como apunta jocosamente, al “saber vivir sin fútbol”. Para JA, los recortes presupuestarios y la falta de equipamientos están en el lado oscuro del registro personal, solo compensados por la profesionalidad de nuestros sanitarios, comprometidos con un sistema “cuasi universal”. El peor resultado se observa en la falta de articulación del espacio sociosanitario, causante de “reflexión e indignación”, siendo su apuesta la que se concreta en la interconexión digital de los territorios, superando el debate descentralización-recentralización con mayor capacidad de compra por parte del Ministerio (sin especificar aquí el alcance de la sustitución de la prestación asistencial autonómica).

En el tema de aumento de recursos ante recortes presupuestarios pasados desde un eje de mayor responsabilidad estatal, quizás se dirima el argumento de AMC versus CH. Esta última concreta los males padecidos en los recortes de gasto público que dejaron bajo mínimos nuestro sistema sanitario. Si las CC.AA. ya andaban ‘justitas’ en situación ‘normal’, la anormalidad de la experiencia vivida les ha dejado en el peor lugar. CH alude a la privatización de servicios las causas de daños colaterales, en especial en residencias de tercera edad (hogares alejados de servicios sanitarios), sin protocolos y

con improvisaciones. Y en el eje centralización o no prefiere planificación a centralización, sin mayor detalle de contenidos. AMC sí opina en favor de la descentralización “a lo *länder* alemán”, ya que si la coordinación centralizada debía tener papel relevante, este debiera ir de la mano de la UE, velando por la suficiencia conjunta de reservas estratégicas.

Finalmente, más duro se muestra en sus afirmaciones JSM. Observa problemas de capacidades “físicas” del sistema sanitario en las respuestas dadas y contra “las ataduras administrativas y presupuestarias”. En su valoración, afirma que “las autoridades económicas y de la función pública son actores poderosos que desde la sombra dictan y condicionan la gestión económica y de personal”, de modo que “poca política sanitaria cabe cuando casi todo depende de un tercero que no da la cara por los problemas”. JSM aboga pues por una gestión económica y presupuestaria propia de los centros, y mayor autonomía de gestión de la estructura de personal. Y entre las medidas de futuro, concreta la llamada “asociación por la innovación” de la Ley de Contratos del Sector Público, frente a una mal definida colaboración público-privada para encarar futuros retos con mayores capacidades de respuesta asistencial.

SEGUNDA PREGUNTA

JA es de la opinión de que el relanzamiento económico ha de proceder de las inversiones con todos los condicionantes que marque la ayuda de la UE, una vez han quedado en suspenso las reglas europeas ante el doble *shock* de oferta y demanda vivido. AMC anticipa incrementos de presión fiscal generales y copagos “inevitables” en servicios sanitarios, sociales, y condicionados al nivel de renta. Sin embargo, la canalización de dichos recursos no debería ser ‘absorbida’ por la gestión pública administrativa directa, sino profundizando en la vía de la concertación, reforzando con aportaciones de los usuarios la mayor presencia médica en residencias asistidas, gratuitamente solo para los grupos de renta inferior. CH reconoce en su texto que no tiene una opción clara al respecto de las alternativas formuladas sobre cómo financiar los servicios sanitarios necesarios, aunque sí cree que es una cuestión de aumento de recursos a disposición del sistema en “niveles adecuados” para poder preparar planes de contingencia claros y reforzar la atención primaria, concienciar a la población en favor de buenas prácticas de salud desde las escuelas y dando información a las familias del

coste real de los servicios (la llamada ‘factura sombra’ que se intentó con anterioridad). Tanto CH como BR aducen que los recortes son causantes de buena parte del desbarajuste vivido. ES ve tan claro el clamor de mayores recursos para el sistema como duda dónde esta mayor presión fiscal debería incidir en la nueva crisis económica. Argumenta sobre gravar las rentas del capital, tasas y copagos, modificar la cartera de servicios (se entiende que seleccionar y priorizar desde el coste efectividad) y, sobre todo, otorgar una mayor atención a la integración sociosanitaria y a la prevención y promoción de estilos de vida saludables. En las antípodas, DL opina que no es cuestión de más recursos para gasto público y aún menos de mayor presión fiscal, sino de romper la identificación entre financiador y proveedor único, contra los cuellos de botella generadores de ineficiencias gestoras. Sin resolver esto último, más recursos empeoran y no mejoran la solución del problema. NM se mueve en las aguas de la mejora de la gestión con más integración asistencial, priorización social, compartir datos y más recursos, pero en este caso no solo asistenciales sino también para I+D, aunque no especifica las fuentes concretas de financiación. Finalmente, en el terreno de las propuestas, BR parte de la constatación de que necesitábamos la fuerte sacudida de la pandemia para convencernos del papel de nuestro Sistema Nacional de Salud como herramienta principal que asegura a nuestra sociedad y la protege contra eventos catastróficos, de modo que la tan apelada sostenibilidad del SNS, referida a la capacidad del presupuesto público para hacer frente a las necesidades de gasto del sistema, se vuelve ahora más imprescindible que nunca, como parte de un inexcusable contrato social. Sin embargo, más allá de excluir el copago, no señala medida alguna para la nueva financiación requerida, para apelar a mayores cotas de coste efectividad en el gasto.

PLU considera “obvio” el aumento necesario de recursos, aunque exige mejorar la eficiencia en el gasto primero, como previa a la subida de impuestos debe ser la lucha contra el fraude fiscal y la economía sumergida. Alerta de un aumento de la deuda pública, ya lejos de la capacidad de ahorro interno y de una subida de tipos nominales (sin efecto recaudatorio) y de la conveniencia de adecuar de una vez por todas la carga fiscal. Espera mucho de las subvenciones europeas, condicionadas en su aplicación, a efectos de que el *statu quo* no las fagocite a interés propio.

JSM anticipa los incrementos de gasto sanitario necesarios (los cifra en un 15 %, esto es entorno a unos 500 euros per cápita año adicionales), a los que cabría añadir un alícuota para la financiación de la dependencia. Dicho

lo anterior, requiere del sistema más y mejores medidas de gestión y priorización como antídoto a “un copago socialmente aceptable y eficiente” que liga a más responsabilidad individual. Sorprende que JSM para su plan de sostenibilidad sanitaria general se muestre decididamente a favor del “aseguramiento privado que evite la congestión del público, permita aprender al público de su metodología de gestión del riesgo de salud, en colaboración amplia que permita a los beneficiarios la elección abierta de instancia aseguradora dentro de la oferta pública, como se hace ya en diversos países”. JSM se muestra con ello a favor de reformar y extender el mutualismo administrativo al conjunto de la ciudadanía.

Finalmente, MS estima que la crisis de la COVID-19 ha supuesto una cura de humildad sobre la percepción de nuestro Sistema Nacional de Salud, “uno de los mejores del mundo”. Cree que se han puesto de manifiesto la ausencia de mecanismos de alerta e importantes carencias en la atención primaria que evitaran la derivación casi inmediata de los pacientes a los hospitales. También opina MS que ha quedado en entredicho el papel de la sanidad privada para hacer frente a retos de salud pública y concluye que el gasto en salud deberá ajustarse al alza en los próximos años a través de una redefinición de las prioridades de gasto público, sin que contemple el copago como mecanismo de financiación general de este gasto adicional.

En general, la discordancia entre lo que los autores estiman deseable y a lo que ellos mismos asignan una probabilidad de ocurrencia es manifiesta.

TERCERA PREGUNTA

El acuerdo es casi unánime entre los consultados. La pandemia ha demostrado que la generación de conocimiento y las nuevas tecnologías son factores clave para su solución (innovación biomédica, sistemas avanzados de diagnóstico, aplicaciones de identificación y seguimiento de la enfermedad, gestión de *big data*), enfatizando que las capacidades científicas y tecnológicas disponibles se constituyen en elementos indispensables de los futuros escenarios económicos, formativos y sociales (BR).

Más financiación pública para la investigación, “adaptada a las necesidades” (CH) a cambio de más propiedad intelectual y presencia pública en patentes (AMC), sin vinculaciones políticas (DL), mayormente aplicada (PLU) con un ‘core’ a semejanza de la estrategia innovadora israelí, con fuerte

colaboración público-privada (NM) y liderazgo biotecnológico europeo (JA), hoy reforzado por la relación bidireccional entre economía y salud, ya sin vuelta atrás (SM).

Más discutidos son los peajes de este proceso: el mayor apoyo público se ha de reflejar después en precios sociales, patentes que recuperen inversión y virtualidad de acceso a nuevas vacunas, conciliando el derecho a la salud con las ganancias empresariales, evitando la desigualdad de acceder a las innovaciones e impuestos sobre beneficios monopolísticos extraordinarios o acuerdos internacionales sobre derechos de uso y precios de fármacos (CH), tratándose de ‘bienes globales’ para los que se han de alinear los incentivos microfinancieros de mercados con los objetivos macro de gobernanza (ES) y precios basados en el valor (NM). Sin embargo, DL piensa que este punto no lo resuelve la planificación, al requerir toda respuesta efectiva una capacidad de ajuste que esta no puede dar. Por último, JSM reclama recuperar la idea de los sectores estratégicos como herramienta de una política industrial moderna, y en especial la industria relacionada con la biotecnología, la farmacia y las tecnologías sanitarias, “porque constituye en nuestro país una de las actividades más innovadoras y de mayor crecimiento, por ser un sector que trabaja intensamente por situarse y desplazar las fronteras del conocimiento, empujando tecnologías de producción avanzadas y realizando un importante esfuerzo de investigación; porque es un sector que emplea personal altamente cualificado y porque es un sector exportador”.

CUARTA PREGUNTA

Esta cuestión es suscrita por JSM, quien afirma que comparte “plenamente la idea de que no hay *‘trade off’* entre economía y salud, cosa que muchos no comparten aludiendo al coste económico de la suspensión de la actividad y que se trataba de una “reacción desproporcionada”. (...) “Hace falta mucha más pedagogía sobre la relación entre salud y economía a la hora de combatir una pandemia. Tratar de mejorar los resultados económicos a corto plazo con levantamiento prematuro de restricciones, puede tener impactos muy negativos a largo plazo”. AMC opina que identificar responsabilidades no es sinónimo de ‘integración’. La intersectorialidad asociada a la salud ciertamente obliga a una consideración global (‘toca a todos’) pero esta cooperación no equivale a una ‘autoridad única’: aun con apariencia de mayor sencillez, supone esta una estrategia mucho más arriesgada.

Pese a ello, JA cree que sin muscular más y mejor el actual Ministerio de Sanidad la estabilidad requerida en las políticas sanitarias es imposible. Esto no funciona como un interruptor “con medidas sanitarias que abren y cierran a gusto y marginalmente la economía”. Se trata más de “gestionar el reactor de una central nuclear” sin que ocuya el conjunto de la economía y el tejido productivo. “Hasta ahora se habían mantenido separados los problemas económicos y los problemas de salud. Esto ya no es una opción” (JSM). NM cree que solo desde la confianza en las instituciones se puede transaccionar en alguna medida la preservación de la salud con la economía. Para DL no existe ‘*trade off*’ entre economía y salud, ya que es la primera la que permite abordar los cuidados de la segunda. En su gestión, no se opone a la descentralización, pero identifica en esta una mayor participación privada. Por su parte, CH no cuestiona la descentralización, pero sí detecta para su operatividad graves problemas de insuficiencia en algunas CC.AA. que impide, a su juicio, una gestión eficiente. Alemania, de nuevo, sería el *benchmark* (ES). PLU duda de la capacidad de distinguir entre medidas urgentes y necesarias, y busca en entornos más globales su resolución: desde la coordinación europea (protocolos más centralizados) (CH) o, como ES, desde el reforzamiento de los organismos internacionales, y en particular de la OMS tanto en financiación como en capacidad de decisión. BR acaba focalizando en el sistema de patentes actual un problema más que una solución, al no contemplar de forma adecuada una crisis de salud pública como la actual.

QUINTA PREGUNTA

En el apartado de medidas complementarias se detecta claramente la deriva más técnica que política: priorizar siempre según coste efectividad, pensar más en términos de resultados que de recursos, de salud más que de sanidad y sin temor a la externalización si se acompaña de traslado de riesgo, más y mejor gestión de los recursos (NM). DL reclama ‘aprender de los errores de la descentralización, salvando de la gestión de la crisis a las administraciones de proximidad (“comportamiento ejemplar” de CC.AA. y Ayuntamientos) y saber aprender de quienes ejercen efectivamente el liderazgo. En este sentido, apunta a que los técnicos nacionales no son los expertos que han de liderar. Basta mirar qué hacen otros países que saben más, con expertos que analizan en claves más globales. JA aboga por estrategias público-privadas y recuperar las autoridades nacionales (“es mala

señal que Gates diga lo que no dicen los responsables nacionales” y que defina aquel mejor las estrategias). AMC apuesta por reforzar y mantener el capital humano que se ha mostrado decisivo en la coyuntura vivida, y más formación para el trabajo en red, y contra la brecha digital de los hogares, más educación: ‘internet para todos’, contra ‘la pobreza digital’ —como con la energética— (CH). ES piensa que hace falta prepararse para los rebrotes planificando las capacidades asistenciales con especial atención al primer nivel de resolución. Añade PLU que “hasta el gobierno más ineficiente del mundo obliga a tener preparado un indispensable manual titulado *Mil pasos a dar para cuando se produzca la pandemia*”. Para ello, en el frontispicio del debate en España se encuentra el conflicto presupuestario, denunciando “los paraísos fiscales comparativos”, anticipando un fuerte impacto próximo en las retribuciones de funcionarios y considerando que “la banca dispondrá de una oportunidad de oro” para recuperar su maltrecha reputación y que en la creciente tensión entre China y Estados Unidos, la Unión Europea cuenta con su particular “ser o no ser” definitorio. JSM lista su desiderátum particular para una mejor coordinación asistencial, sociosanitaria, ante los nuevos paradigmas tecnológico-sanitarios; un nuevo papel para el ministerio (“más MEDLINE y menos BOE”), recuperando el talento perdido, más meritocracia que clientelismo político e implantación de una estrategia de desarrollo sostenible. MS requiere, por su parte, aprender de la experiencia de otros países, aunque nos parezcan lejanos y distintos. Reforzar con personal matemático y estadístico, no solo sanitario, los centros de alerta y emergencia sanitaria. Y evitar “legislar en caliente”, como pueden ser los diseños estructurales de ingresos mínimos vitales, una regulación prematura del teletrabajo que acabe dificultándolo, o un reforzamiento de las medidas proteccionistas al amparo de las necesarias respuestas nacionales al reto de la pandemia.

Y en el terreno de lo que ha venido para quedarse, PLU habla de la consolidación de un cambio social con efectos sobre las libertades individuales que los sistemas democráticos no pueden obviar. En conclusión, el momento actual requiere, inevitablemente, de reformas estructurales pendientes desde hace años en el sistema sanitario (BR).

REFLEXIÓN FINAL DEL EDITOR

El coronavirus ha forzado hoy una cura de humildad: en tiempos en que la ciencia se muestra dispuesta a hacer perenne la raza humana, con biogenética, medicina hiperpersonalizada y medicamentos antienviejecimiento, aparece la pandemia. Supuestamente transmitida desde la miseria de los mercados de abastecimiento de comida de pobre, la COVID-19 lo está contaminando todo; también el bolsillo de los ricos todopoderosos que muestran así su fragilidad. Vuelve el miedo, y no por la eternidad prometida, sino por el contagio de algo que se pensaba que era poco más que una gripe.

La muchedumbre personal de las relaciones humanas, el negocio mercantil de bienes que se intercambian, la circulación de viajeros, las cadenas logísticas se rompen con el miedo del vecino, de la contraparte, la proximidad, del abrazo y el apretón de manos. Y pensamos que son los otros los causantes sin vernos nosotros mismos como transmisores. Nos refugiamos en la red digital desde el aislamiento, en el trabajo telemático, pero seguimos recibiendo un ruido que no nos deja tranquilos. La economía se hunde y las perspectivas de una rápida recuperación se desvanecen. Todas las revisiones de las predicciones hechas por organismos internacionales se revisan a la baja y la recesión se hace presente en múltiples países.

Permanece en todo caso la duda de cuándo se pueda recuperar... pero ¿qué?, ¿seguir haciendo más de lo mismo? ¿Mejorará el medioambiente con

el hundimiento de tantos de viajes sin sentido? ¿Se reestructurará la economía con una nueva huella verde?

Y aparecen los descosidos...

La solvencia de un sistema se demuestra cuando un factor externo le estresa y a la vista de cómo aquel responde. El test de estrés se ha hecho en algunos ámbitos, como en el caso de los bancos, para probar su robustez. El coronavirus lo hace ahora sobre nuestro sistema de protección social. Es así cuando se ve la capacidad de respuesta de este y cuando se suele poner en valor su virtud, particularmente si se la compara con respecto a otros sistemas. Es la constatación del cobijo que da hoy en Europa el estado de bienestar, por ejemplo, en comparación con el americano, y no digamos ya respecto de aquellos países que no tienen, como algunos asiáticos.

Así, el sector sanitario responde con profesionales públicos que no se esconden, a pesar de sus tasas de contagio en primera línea, garantizando la logística bajo responsabilidad administrativa, sustraída del mercado (embargados si es necesario, como en Francia), con pruebas a disposición sin tasas que frenen el uso y propaguen más los contagios, con tratamientos médicos sin condicionantes económicos, y con bajas de enfermedad cubiertas por prestaciones de Seguridad Social. ¿Se imaginan la situación en los sistemas sanitarios privados? ¿Quién se preocupa de los suministros?, ¿qué pasa si no se puede pagar el test?, ¿cómo te arreglas si tienes que hacer cuarentena —día que no trabajas, día que no comes como en el caso de los sin papeles y muchos autónomos— y tienes que esperar del voluntariado el altruismo del tratamiento?

Reconocido lo anterior, nuestro sistema muestra descosidos. El presupuesto sanitario público, bajo el lastre de la financiación, no permite márgenes de actuaciones rápidas y adaptables a las circunstancias nuevas, la infrafinanciación no permite trabajar sobre reservas —tampoco el cortoplacismo presupuestario ayuda—, y la conciliación laboral y familiar dificulta determinadas actuaciones preventivas. Todo esto viene a cuento de reivindicar la importancia de contar con buenos estudiosos y analistas de la actividad pública al servicio de los ciudadanos, de mostrar que hay vida inteligente fuera del sector privado.

Este es otro descosido de nuestro sistema: más de la mitad de la renta y riqueza del país viene interferida por la mano visible de las instituciones

públicas y, aun así, buena parte del talento de nuestros jóvenes se orienta hacia el estudio de la prestancia de la mano invisible de la asignación privada. Y eso cuando tenemos hoy, más que nunca, pruebas evidentes de la importancia social de la primera respecto de la segunda, ante la precariedad de la economía en su conjunto y de la fragilidad de los mercados en los embates de las crisis en particular.

Inversión preventiva, gasto reactivo

Cada vez que el país confronta una desgracia, surgen las voces quejándose de falta de esfuerzo preventivo para evitarla o hacerlo tarde, o nunca estar a la altura de las circunstancias. Es la tormenta Gloria, es el accidente de la petroquímica, es el cauce del Ebro, es el coronavirus... Referido este clamor a los políticos, es fácil derivar afirmaciones gruesas, que dejan bastante mal a quienes se dedican a la cosa pública y alejan, aún más, los que no quieren arriesgar su capital en un compromiso ciudadano. Y es que solo una sociedad desarrollada tiene capacidad para dar salida a aquella situación: gastar hoy para prevenir problemas del mañana.

En la mayoría de los países, la parte reactiva de tapar agujeros siempre va delante de la preventiva. Asimismo, parar máquinas en un determinado momento para financiar gasto corriente reparador y al mismo tiempo invertir para evitar problemas futuros, no hay tesorería pública que lo aguante. Si a esto le añadimos que muchos de los que deberían hacer este esfuerzo de gasto ya no estarán cuando puedan aparecer los beneficios, ya sea por muerte política natural o porque la financiación de aquel gasto con un aumento de presión fiscal les ha dado una muerte prematura, no puede sorprender la baja prioridad para ese tipo de políticas de beneficios futuros. De lo contrario sabemos que no siempre invertir en prevención ahorra gasto futuro. Así, es conocido que a la sanidad la prevención mejora ciertamente la salud, pero no necesariamente la de las arcas públicas: se vive más y con más exigencia de lo que se puede esperar del sistema sanitario.

Estos días los gobiernos reciben fuerte de las quejas de todos: “Cómo puede ser que no lo hubieran previsto”, “Es que no aprenden del pasado”, “Se veía venir que esto pasaría de nuevo”, etc. Es curioso que muchos de los que se quejan y reclaman estas actuaciones no estén dispuestos a renunciar a ningún gasto de hoy para el posible beneficio futuro (bastante que sí lo hacemos con nuestras cuentas), y que poco estamos dispuestos

a aumentar la fiscalidad para hacerles frente. ¿Tiene lógica, por tanto, que aquel político cortoplacista antes descrito renuncie a algún gasto corriente por algo que tiene asignada una determinada probabilidad de ocurrencia incierta? ¿Dónde están en estas circunstancias los fondos de reserva para contingencias y de inversión a largo plazo?

Sería bueno, pues, que todos los que quisiéramos un sector público a la altura del nivel de nuestro desarrollo económico y social, antes al menos de que este se deteriore más, defendiéramos una mejor financiación que pueda hacer frente a las necesidades tal como las vive población.

ÁMBITO DE LA **SALUD**

INTRODUCCIÓN

Juan E. del Llano Señarís

Editor



Licenciado en Medicina y Cirugía (1981) y doctor en Medicina (1990) por la Universidad Complutense de Madrid. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública (MIR 1982-1985, Hospital Universitario La Paz). M. Sc. Community Health, Usher Institute, University of Edinburgh (1985-1986). European Healthcare Leadership Programme, INSEAD (1999-2000). Programa de Alta Dirección de Instituciones Sanitarias, IESE, Universidad de Navarra (2004). Advanced Health Leadership Forum, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, y University of California, Berkeley (2005). Salzburg Global Seminar, edición 2015 (session 540: "Aging Societies: Advancing Innovation and Equity") y 1994 (session 317: "Non-Governmental Organizations in Democratic Societies: Roles, Responsibilities and Obligations").

Desde 1998 es director de la Fundación Gaspar Casal. Desde 1989 es director académico y profesor de Salud Pública y Gestión Clínica del Máster de Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, Fundación Gaspar Casal y Universitat Pompeu Fabra (anterior al 2000, ICADE-UPCO). Presidente de la Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, desde 2003. Editor asociado de *Gestión Clínica y Sanitaria*, desde 1999. Investigador asociado del Centro de Investigación en Economía y Salud

Desde 1998 es director de la Fundación Gaspar Casal. Desde 1989 es director académico y profesor de Salud Pública y Gestión Clínica del Máster de Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, Fundación Gaspar Casal y Universitat Pompeu Fabra (anterior al 2000, ICADE-UPCO). Presidente de la Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, desde 2003. Editor asociado de *Gestión Clínica y Sanitaria*, desde 1999. Investigador asociado del Centro de Investigación en Economía y Salud

(CRES), Universitat Pompeu Fabra, desde 2000. Evaluador del Área de Biomedicina, Agencia Nacional de Evaluación y Prospectiva. Profesor ayudante doctor, Agencia Nacional de Evaluación, Calidad y Acreditación (PAD: 2012-7582).

Ha sido asesor de la Subdirección General de Atención Hospitalaria del Instituto Nacional de la Salud (1987); vicepresidente ejecutivo de la Asamblea de Madrid de la Cruz Roja Española (1988); socio director de Análisis y Diseños Operativos en Salud, S.A. (1989-1996) y gerente senior de Nuevos Clientes de MSD (1997).

LOS EXPERTOS

JOSEP FIGUERAS



Director y cofundador del Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios y Políticas. Además de en la OMS, ha prestado servicios en importantes agencias multilaterales como la Comisión Europea o el Banco Mundial y ha trabajado como asesor de política y sistemas en más de cuarenta países dentro de la región europea y más allá. Es miembro de varios consejos de gobierno, de asesoramiento y editoriales, incluyendo la Junta de Gobierno del Foro Europeo de Salud Gastein. Es miembro honorario de la Facultad de Salud Pública del Reino Unido, recibió la Medalla Andrija Stampar por excelencia en Salud Pública y un doctorado *honoris causa* de la Universidad Semmelweis; asimismo, ha sido galardonado en tres ocasiones con el Premio EHMA a la mejor publicación anual. Actualmente es profesor visitante en el *Imperial College London* y examinador externo en universidades de Londres, Maastricht y Cork. Fue director del Máster en Gestión de Servicios Sanitarios y profesor de la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Comenzó su carrera como especialista en medicina Familiar y Comunitaria en España

y tiene un doctorado por la *London School of Economics* y la *London School of Hygiene and Tropical Medicine*.

Su investigación se centra en el análisis comparativo de sistemas sanitarios y políticas, y es editor de varias series de publicaciones en este campo, incluida la serie del Observatorio Europeo publicada por *Open University Press* y por *Cambridge University Press* (desde 2019). En el 2020, el Observatorio Europeo ha desarrollado una plataforma para monitorear la respuesta de los sistemas sanitarios en los Estados miembros de la Región Europea y América del Norte. Monitor de respuesta del sistema sanitario a la COVID-19.

IVÁN PLANAS



Director del Área de Recursos Económicos del CatSalut (Servei Català de la Salut). Su ámbito de responsabilidad incluye el presupuesto, contabilidad, contratación, facturación e infraestructuras y patrimonio de los servicios sanitarios. Es también profesor asociado del Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra, y profesor del Máster en Gestión Pública (UPF-UAB-UB) de la Escuela de Administración Pública de Catalunya, y del Máster en Hacienda Autonómica y Local (UB).

Licenciado en Ciencias Económicas y Empresariales por la Universidad Pompeu Fabra (UPF) de Barcelona. Máster en Economía Pública por la Universidad de York, en el Reino Unido; diplomado en Gestión Hospitalaria del Hospital Clínico de Barcelona. También es graduado del curso de Ejecutivos Advanced Health Leadership Forum, conjunto entre la Universidad de California en Berkeley y la Universidad Pompeu Fabra.

Anteriormente fue director general de Análisis y Seguimiento de las Finanzas Públicas del Departamento de Economía y Conocimiento de la Generalitat de Catalunya, gerente de Empresas Públicas y Consorcios del Servei Català de la Salut, e investigador del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES) de la UPF.

Ha participado en diferentes proyectos europeos de investigación en el ámbito de la economía pública, la evaluación de políticas públicas y economía y gestión sanitaria. Es autor de diferentes artículos y publicaciones en la misma materia.

JULIÁN GARCÍA VARGAS



Economista y político español. Licenciado en Ciencias económicas por la Universidad Complutense de Madrid.

Experiencia profesional:

- Funcionario del Cuerpo Superior de Administradores Civiles del Estado, ejerció como inspector de Hacienda.
- Subinspector de Política Financiera.
- Presidente del Instituto de Crédito Oficial (ICO) entre 1983 y 1986.
- Ministro de Sanidad y Consumo entre 1986 y 1983.
- Ministro de Defensa entre 1991 y 1995.
- Enviado especial de la Unión Europea para la supervisión de los acuerdos de paz de Dayton entre 1995 y 1996.
- Posee la Gran Cruz del Mérito Militar de España, la Cruz de la Guardia Civil, la Gran Cruz del Mérito Aeronáutico y la Gran Cruz del Mérito de la R.F. de Alemania.
- Actualmente es consejero de empresas privadas, vicepresidente de la Confederación de Fundaciones y presidente de la Asociación Española de Tecnologías de Defensa, Seguridad, Aeronáutica y Espacio (TEDAE), además de patrono de la Fundación Española del Instituto Weizmann de Israel.

ENRIQUE CASTELLÓN



Profesor en la ENS y consejero de Cross Road Biotech, S.G.E.C.R., S.A. Especialista en Medicina Interna (UCM) y licenciado en Ciencias Económicas y Empresariales (UAM). MPH y MSc Health Policy & Management por Harvard University.

Fue director general del Servicio Galego de Saúde, viceconsejero de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid y subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo. En ese periodo, fue presidente ejecutivo del Instituto Nacional de Consumo y de la Agencia Española del Medicamento, que fue creada entonces. También ocupó la presidencia del Patronato del Instituto de Salud Carlos III, poniendo en marcha el CNIO y el CNIC.

Posteriormente fue profesor en la Escuela Nacional de Administración Pública y consultor en diversos proyectos en el ámbito de la salud pública del Banco Interamericano de Desarrollo.

Fundó y presidió, entre 2004 y 2019, Cross Road Biotech, una Sociedad Gestora de Fondos de Capital Riesgo centrada en la inversión en etapas tempranas de empresas biotecnológicas.

Actualmente es vicepresidente del Colegio de Médicos de A Coruña y miembro del Consello Asesor de la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia, además de pertenecer a los patronatos de diversas fundaciones dedicadas a la promoción de la I+D+i en España.

ROCÍO MOSQUERA ÁLVAREZ



Ha dedicado prácticamente toda su vida profesional a la gestión del sistema sanitario público de Galicia. Especialista en cirugía general e inspectora médico, inició su trayectoria de gestión en la gerencia de Atención Primaria de Santiago, desempeñando después la subdirección de Atención Hospitalaria, la gerencia del Servicio Gallego de Salud, siendo posteriormente nombrada conselleira de Sanidade.

Siempre ha sabido rodearse de magníficos equipos, con los que ha trabajado para mejorar la atención sanitaria que se le presta a los gallegos. Uno de sus mayores retos fue construir y poner en marcha el Hospital Álvaro Cunqueiro en Vigo, que está considerado el mejor hospital de Europa, en plena crisis económica del 2008.

Actualmente es gerente de Galaria, Empresa Pública de Servicios Sanitarios, y presidenta del Cluster de Saúde de Galicia (CSG), entidad sin ánimo de lucro que representa al ecosistema de salud gallego. Desde el CSG impulsa la innovación en salud desde una colaboración público-privada para aumentar la competitividad del tejido industrial de la UE.

JUAN ABARCA CIDÓN



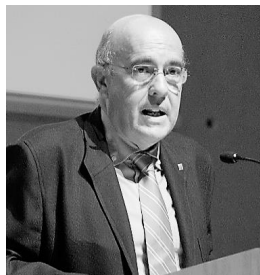
Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid y especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Licenciado en Derecho por la Universidad San Pablo CEU de Madrid.

En 2002, creó la empresa Profesionales de la Medicina y el Derecho S.A (PROMEDE), de la que es presidente y consejero delegado y en el año 2010 fundó el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), del que fue su secretario general entre 2010 y 2015. En 2016, el Dr. Abarca Cidón fue nombrado presidente de HM Hospitales.

Presidente de la Fundación Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), desde junio de 2019.

Ha sido miembro de la comisión permanente del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad desde 2012 hasta 2019.

BOI RUIZ



Médico, doctor *cum laude* por la Universidad de Barcelona y diplomado en Gestión Hospitalaria por la Escuela de Alta Dirección y Administración de Barcelona.

Tras una dilatada carrera como clínico, gestor, alto directivo en el sector sanitario y sociosanitario, profesor universitario, consultor internacional y autor de numerosos trabajos, artículos y publicaciones relacionados con políticas de salud, planificación sanitaria y gestión de centros y servicios sanitarios, fue nombrado conseller de Salud del Govern de la Generalitat de Catalunya en diciembre del 2010, cargo que ejerció hasta enero del 2016.

Actualmente preside la consultora internacional Know How Advisers, con sede en Barcelona, de la que fue fundador. Asimismo, es profesor de la Universidad Internacional de Catalunya, donde dirige la Cátedra de Gestión y Políticas de Salud y el Instituto Universitario de Pacientes. Es también director y profesor del Área de Health Management de la OBS Business School de Planeta Formación Universidades.

Es profesor del Máster en Gestión Hospitalaria y de Servicios Sanitarios de la Universidad de Barcelona y del Máster Universitario de Gestión y Planificación Sanitaria de la Universidad Europea de Madrid.

Es vicepresidente de la Fundación Gaem y patrono de la Fundación Hospital Residencia San Camilo.

MARÍA JESÚS LAMAS DÍAZ



Graduada en Farmacia por la Universidad de Santiago de Compostela, recibió su doctorado en 2011 con su tesis *Estudio farmacogénico del cáncer colorrectal*, con la que ganó el Premio Extraordinario, se graduó en Oncología Farmacéutica en la Universidad de Valencia y ha sido acreditada como Farmacéutica Clínica en Oncología (BOCP) por la Junta de Especialidades Farmacéuticas (BPS), y por la Asociación Farmacéutica Americana (APhA) como especialista

en Farmacia Hospitalaria.

Directora de la AEMPS, dirigía el Servicio de Farmacia del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS), a la vez que coordinaba el Área de Plataformas y Metodología del Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago (IDIS–ISCIII). Además, fue directora de Investigación de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) del 2012 al 2016. Coordinadora y profesora del Máster de Oncología Farmacéutica de la Universidad de Valencia. Ha sido profesora del Máster de Enfermedades Metabólicas Hereditarias de la Universidad Santiago de Compostela y presidenta del Comité de Farmacia Clínica de EOXI de Santiago de Compostela. Miembro de la Subcomisión para los Tratamientos de Oncología de la Comisión Autonómica Central de Farmacia y Terapéutica, vocal del Comité de Investigación del IDIS–ISCIII, vocal del Comité Territorial de Ética e Investigación Santiago-Lugo, miembro del Comité de Trasplantes de EOXI de Santiago de Compostela, y miembro de la Comisión de Calidad del Servicio de Farmacia del CHUS.

JESÚS MARÍA FERNÁNDEZ DÍAZ



En la actualidad es CEO y fundador de Hiris Care, empresa dedicada a la consultoría de innovación y transferencia de tecnologías aplicadas a la salud y ciencias de la vida. Ha sido diputado al Congreso y portavoz de Sanidad en las Legislaturas XI y XII.

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (Universidad de Navarra). Máster en Salud Pública y Administración Sanitaria (University of Pittsburgh, EE.UU.), diplomado en Dirección General (IESE–Universidad de Navarra) y en Gestión de la Innovación en Salud Global (programa SEP-GHIM, Universidades de Heidelberg, IESE, INCAE y Strathmore).

Su experiencia profesional incluye un amplio abanico de posiciones ejecutivas senior en organizaciones multilaterales (Banco Mundial), empresas tecnológicas internacionales (Oracle) y autoridades sanitarias (Gobierno Vasco, Gobierno de Navarra). Ha sido colaborador académico de gestión y sistemas de salud en ESADE, University of Manchester e IESE.

A lo largo de su trayectoria ha asesorado a más de veinte gobiernos de tres continentes (Europa, Asia y América). En 2014 recibió el galardón HIMSS Europe eHealth Leadership Award, como reconocimiento a la persona que más había contribuido al desarrollo de la salud digital en Europa en ese año.

ILDEFONSO HERNÁNDEZ



Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública y director del Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología de la Universidad Miguel Hernández. Licenciado en Medicina y Cirugía (Universidad Autónoma de Barcelona), doctor en Medicina y Cirugía (Universidad de Sevilla), doctor en Buen Gobierno y Administración Pública (Universidad Complutense de Madrid).

Presidente del Comité de Políticas de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública. Fue el director general de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Política Social (2008-2011), donde dirigió la preparación de la Ley General de Salud Pública y la ley de prevención del tabaquismo pasivo. Fue miembro del Comité Permanente del Comité Regional para Europa (OMS) y del Consejo de Administración del Centro Europeo para el Control de Enfermedades.

Ha sido presidente de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, y fundador de la Escuela de Salud Pública de Menorca.

PRIMERA PREGUNTA

La COVID-19 ha puesto en evidencia los efectos de la falta de acceso universal a los servicios sanitarios, a la vez que ha cuestionado buena parte del funcionamiento de los servicios sanitarios regionales, y muy especialmente sus sistemas de información. ¿Cree que esto último ha sido normal dado lo extraordinario del caso, o que parte de sus déficits podrían no haberse producido, o simplemente corregido, a) con más capacidad de traducir en respuestas las necesidades presentadas para reorientar los servicios con mejor *'command & control'* centralmente coordinado, con o sin recentralización; b) con una mayor capacidad de decisión desde los centros, sin tantas ataduras administrativas o presupuestarias; c) desde sistemas de protección social más integrados entre lo sanitario y lo social; d) con más autonomía y responsabilidad ciudadana, y menor dependencia de la oferta? Como es probable que considere dosis distintas de cada opción, haga por favor énfasis en la cadencia que, bajo su criterio, haya sido más determinante en la no consecución de mejores respuestas funcionales y asistenciales.

Josep Figueras (JF)

Sin duda, la COVID-19 es un caso extraordinario sin parangón con otras crisis a las que se han enfrentado nuestros sistemas sanitarios desde la Segunda Guerra Mundial. Desde una perspectiva internacional, la mayoría de los servicios sanitarios, incluso en los países desarrollados, no cuentan (ni probablemente desde una enfoque de eficiencia tampoco deberían contar) con la infraestructura suficiente tanto en camas hospitalarias como en cuidados intensivos para absorber la gran demanda generada durante el pico de la curva pandémica en los países más afectados de nuestro entorno.

Dos puntos a destacar:

Primero, puntualizar que el desempeño del sistema sanitario va más allá del acceso hospitalario y/o la atención primaria, e incluye muchos otros servicios como la salud pública, especialmente relevante en el caso de la COVID-19; es decir, la calidad de los servicios de vigilancia epidemiológica acoplados a un sistema eficaz de pruebas, rastreo y cuarentena explican una parte significativa de las diferencias en la transmisión del virus. Asimismo, los confinamientos han contribuido sustancialmente a reducir la transmisión del virus SARS-CoV-2. Por ejemplo, aunque no exentas de controversia entre los investigadores, las estimaciones desarrolladas por el influyente equipo del Imperial College London apuntan a que los confinamientos a gran escala podrían haber evitado hasta 3,1 millones de muertes en 11 países europeos, de ellas, 450.000 muertes en España¹, y que si en Reino Unido se hubiese decretado el confinamiento una semana antes, se habrían evitado la mitad de sus muertes².

Segundo, el rol de los servicios curativos a los que frecuentemente se hace referencia, por tanto, se remite a intentar reducir la tasa de letalidad del virus. No se trata entonces de mantener un número alto de camas hospitalarias o de intensivos disponibles, como se argumenta en países como Alemania —con una de las tasas más altas de camas de la OCDE— sino de contar con sistemas de salud pública capaces de aplanar la curva y con

[1] Flaxman, S.; Mishra, S.; Gandy, A., et al. "Estimating the effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in Europe". *Nature*; 2020. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2405-7>

[2] Science and Technology Committee. *Oral evidence: UK Science, Research and Technology Capability and Influence in Global Disease Outbreaks*, HC 136. Reino Unido: House of Commons; 10 Junio 2020. Disponible en: <https://committees.parliament.uk/work/91/uk-science-research-and-technology-capability-and-influence-in-global-disease-outbreaks/publications/oral-evidence/?SessionId=35>

servicios sanitarios dotados de las infraestructuras y personal necesarios, como en Nueva Zelanda.

Con respecto al acceso a los servicios sanitarios, la COVID-19 ha puesto de relieve la necesidad de continuar potenciando la universalidad del acceso a los servicios sanitarios como un valor fundamental de nuestras sociedades y, en ausencia de lo anterior, por las externalidades generadas por cualquier pandemia. Un estudio comparativo de la plataforma de Respuesta a la COVID-19 del Observatorio Europeo³ pone de manifiesto que los diferentes países han implementado medidas para facilitar el acceso a los servicios sanitarios a toda la población en el contexto de la pandemia, por ejemplo, suspendiendo todos los copagos (incluso en servicios sanitarios no-COVID), o extendiendo el derecho a los servicios públicos a toda la población, independientemente de su residencia o estatus de asegurado.

En cuanto a la cuestión del nivel más efectivo de gobernanza para responder a la pandemia, sea a través de más centralización en la coordinación y en la toma de decisiones o de más devolución y autonomía de los proveedores, vemos en un estudio del Observatorio Europeo⁴ que en la mayoría de los países ha habido una centralización de funciones para responder a la pandemia mediante legislación de emergencia, otorgando a los gobiernos un amplio rango de poderes, desde adoptar reglas sobre confinamiento y cuarentena hasta decisiones económicas. Dentro de los gobiernos también se ha centralizado la decisión de los ministerios a nuevos comités intergubernamentales bajo la tutela de los jefes de Gobierno. Además, se han centralizado decisiones sobre los sistemas de información y vigilancia epidemiológica, las políticas de prueba, rastreo y aislamiento, la compra de material y tecnología (pruebas diagnósticas, EPIs, respiradores) y también decisiones sobre la provisión de los servicios como el control del sector privado. En países fuertemente federales, como Suiza o Bélgica, la implementación efectiva de estas políticas ha acelerado los tiempos y el impacto de la respuesta. Asimismo, se han observado buenos resultados cuando la toma de decisio-

[3] Thomson, S.; Habicht, T.; Evetovits, T. *How are countries removing financial barriers to accessing health services in the context of Covid-19? Covid-19 Health System Response Monitor*. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 27 abril 2020. Disponible en: <https://analysis.covid19healthsystem.org/index.php/2020/04/27/how-are-countries-removing-financial-barriers-to-accessing-health-services-in-the-context-of-covid-19/>

[4] Greer, S.; Jarman, H.; Rozenblum, S.; Wismar, M. *How are countries centralizing governance and at what stage are they doing it? Covid-19 Health System Response Monitor*. Bruselas: European Observatory on Health Systems and Policies; 19 abril 2020. Disponible en: <https://analysis.covid19healthsystem.org/index.php/2020/04/19/how-are-countries-centralizing-governance-and-at-what-stage-are-they-doing-it/>

nes en la adaptación de servicios de atención sanitaria se ha dejado a los profesionales y gerentes de las instituciones, como se ilustra en la adaptación de los hospitales a la dualidad de la atención COVID y no-COVID, los equipos multidisciplinarios para atender la enfermedad y la flexibilidad en la financiación para favorecer estos cambios.

En cualquier caso, la decisión sobre el grado de descentralización o devolución en la toma de decisiones es fundamentalmente y lícitamente política, respondiendo a la concepción de Estado que adopta cada sociedad y, por tanto, los criterios tecnócratas juegan un papel limitado. También hay que considerar qué se entiende por centralización: ¿nos referimos a nivel regional (Italia), autonómico (España), de condado (Suecia) o los *länder* (Alemania), o se refiere siempre a nivel de Estado? También hemos de tener en cuenta factores como la variación en los niveles de población que se observa entre ellos; por ejemplo, varios países de la Unión Europea tienen una población menor a un *länder* alemán. Muchos analistas políticos abogaríamos por un papel más importante de las instituciones de la Unión Europea, como el ECDC, en la vigilancia epidemiológica, el seguimiento de resultados, la coordinación o regulación de respuestas o en el liderazgo de una compra centralizada de material. Ni tan solo los más euroescépticos pueden argumentar que el control de un virus que no respeta fronteras nacionales debe someterse a la subsidiaridad. En este sentido, también el papel de la Organización Mundial de la Salud como órgano experto debiera jugar un papel mucho más central.

Iván Planas (IP)

La crisis de la COVID-19 ha tenido distintas incidencias en cuanto a la respuesta del sistema sanitario, afectadas también de forma decisiva por las diferentes decisiones de confinamiento parcial o total de la población por parte de los Estados, así como el momento de su expansión inicial.

Hay tres elementos fundamentales relacionados con el abordaje de la pandemia que deben ser analizados por separado: a) respuesta inicial de los sistemas de control y vigilancia epidemiológica; b) capacidad del sistema sanitario para dar respuesta a la pandemia en situación de mitigación, y c) afectación específica entre los grupos de mayor edad y en especial en las residencias de ancianos.

En relación al primero de ellos, se ha producido una cadena de decisiones con malos resultados que van desde la confianza ciega en las instituciones internacionales, la rigidez respecto a los protocolos y a los datos oficiales, y especialmente la escasa capacidad para anticipar la evolución de las fases de propagación de la pandemia, que han llevado a que las cifras de contagio inicial fueran muy superiores en nuestro país y que forzaron a un confinamiento mucho más extremo y con mayor impacto en la economía, que en otros países más ágiles en el confinamiento parcial y focalizado. Los motivos principales evidentemente residen en el desconocimiento global de la propia expansión del virus, así como la no detección temprana de su circulación entre la comunidad. Sin embargo, también una parte importante reside en que los buenos resultados históricos en materia de salud pública por lo que respecta a la esperanza de vida, e indicadores de morbilidad, junto con los problemas de financiación crónica de la sanidad, habían despriorizado la inversión en el ámbito de la vigilancia epidemiológica, relegándola a los últimos puestos de la lista, por detrás de enfoques de la atención sanitaria curativa centrada en los órganos. A su vez, la centralización de los organismos de salud pública, frente a la descentralización y mayor autonomía de sus ‘hermanos de la atención sanitaria’, añadían una mayor rigidez en los mecanismos de contratación de servicios y personal en este ámbito.

A modo de ejemplo, en la reciente evaluación del Plan de Salud de Catalunya 2016-2020 llevada a cabo por la OMS con resultados notables, cabe destacar algunas advertencias importantes en esta materia: *“La alineación de los recursos humanos es especialmente importante para esta agenda de refuerzo de la gobernanza para la acción intersectorial. Se reitera la importancia del papel de la profesión de salud pública en el proceso de desarrollo de enfoques intersectoriales [...] Hay una brecha de recursos humanos [...] La Ley de salud pública de Catalunya establece altos niveles de multidisciplinariedad en los equipos de salud pública, pero esto no parece reflejarse en la composición del personal básico de salud pública [...]. Es importante destinar recursos económicos específicos, así como realizar una inversión continuada tanto en recursos como en las competencias del personal [...]”*. Es decir, la OMS ya advierte que, a pesar del éxito de las políticas de salud pública y asistencia sanitaria en nuestro país, el sistema empieza a mostrar debilidades en el ámbito de las competencias del personal de salud pública.

Analizando en el conjunto del Estado la organización de los servicios de Salud Pública, destacan algunos elementos comunes en muchas CC.AA.: el mayor desarrollo, inversión y autonomía se produce en los ámbitos rela-

cionados con la seguridad alimentaria; destaca la necesidad de disponer de un laboratorio de salud pública (en muchos casos inexistente) y, finalmente, existe un aislamiento de la salud pública frente a los servicios sanitarios, estos últimos en muchos casos gestionados por estructuras administrativas descentralizadas (agencias o OOAA). También es importante la idea de un modelo de salud pública compartido entre distintos niveles de la Administración (estatal, autonómica y local), una especie de modelo federal donde el principal papel de los niveles superiores sea el de apoyo ante situaciones o problemas de salud complejos. Siendo fundamental que este apoyo sea rápido y coordinado.

El déficit en establecer un abordaje del análisis de los comportamientos personales, en especial aquellos relacionados con los determinantes de salud, introduciendo innovación e investigación, no solo biológica sino también conductual, ha limitado la capacidad de detectar cuáles son los factores modificables que permitan establecer nuevas intervenciones colectivas más efectivas. Para ello, es necesario un cambio profundo de la práctica de la salud pública más integrada en el sistema sanitario y con competencias específicas en el marco del mismo.

En relación con la capacidad del sistema sanitario para dar respuesta a la pandemia en situación de mitigación, el análisis más sintético reside en el impacto de la Gran Recesión vivida y el proceso de consolidación fiscal, seguidos de una recuperación asimétrica en sus partidas de gasto. Así, el gasto en todas las partidas se recupera de forma más o menos homogénea, a excepción del capítulo de inversiones, que acaba teniendo una gran incidencia a la hora de hacer frente con garantías a esta crisis sanitaria.

En relación a la afectación específica de la pandemia entre los mayores, es especialmente clara su relación con la falta de integración entre los servicios sociales y los sanitarios. A pesar de que en algunas CC.AA. se han producido avances en el control de la cronicidad y los problemas de salud prevalentes entre los grupos de mayor edad, la gestión independiente de los servicios sociales y sanitarios, así como el reparto competencial con los gobiernos locales de mayor población, siguen siendo un obstáculo infranqueable para una verdadera integración social y sanitaria.

El sistema de protección social de las personas mayores en España sigue basado en un modelo de 'seguro social' conservando las esencias del origen de la Seguridad Social. A diferencia de la Ley General de Sanidad (14/1986), la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en

situación de dependencia (39/2006) se configuró bajo el formato de seguro económico, más que el de vertebrador de un sistema de gobernanza y gestión del sistema social. Esta diferencia ha frenado determinadas reformas emprendidas por el sistema sanitario, como el establecimiento de un mapa sanitario, el plan de salud como eje de todas las políticas, la homogenización de carteras de servicios, entre otras. Así, los dos sistemas siguen dos patrones de funcionamiento muy distintos, que dificultan el abordaje conjunto de las dos políticas que, de forma muy evidente, se necesitan mutuamente.

En relación al concepto enunciado sobre el nivel de autonomía ciudadana respecto a su relación con el sistema sanitario, no parece que haya tenido ningún impacto relevante sobre la gestión o potencial abordaje de esta situación, más aún cuando los niveles de confianza y calidad percibida en el actual sistema sanitario eran y siguen siendo muy altos.

Julián García-Vargas (JGV)

Los sistemas de información, a pesar de su mejora en los últimos años, no han sido un objetivo esencial de los componentes del SNSE. No ha habido interés oficial por comparar acceso, calidad y resultados de las prestaciones. En consecuencia, esos sistemas no han servido como elemento detector de las diferencias de acceso entre áreas y territorios y como un estímulo para corregirlas. Esto ha producido un mal funcionamiento de parte de los servicios regionales, que es especialmente evidente en la descoordinación entre atención sanitaria y social. Era, pues, casi inevitable que se produjeran déficits de acceso universal a los servicios sanitarios, sobre todo al principio de la pandemia, dado lo extraordinario del caso.

La cadencia de los factores más determinantes ha sido:

- Sistemas de protección poco integrados entre lo sanitario y lo social.
- Limitada capacidad de un sistema centralmente coordinado para reorientar los servicios, especialmente entre CC.AA.
- Capacidad de decisión de los centros, con menores limitaciones administrativas y presupuestarias.
- Más responsabilidad ciudadana, especialmente para cumplir recomendaciones dirigidas a evitar contagios.

Enrique Castellón (EC)

Si bien cabe suponer que si el sistema sanitario hubiera introducido reformas y corregido muchos de los defectos que se han venido señalando desde hace años habría respondido mejor a una situación extraordinaria, tampoco es muy procedente afirmarlo taxativamente *ex post*, con la ventaja que da el conocimiento de lo que ya ha sucedido. Pero a estas alturas, es relativamente irrelevante, ya que adaptar el sistema a los cambios del entorno (las circunstancias que propician una pandemia están incluidas en ese entorno) es en todo caso obligado. Y esperar que un sistema reforzado por esos cambios esté más preparado para afrontar situaciones que amenacen la salud de la población, parece razonable. A mi juicio, conociendo dónde y cómo ha impactado con mayor dureza la pandemia, diría que habríamos necesitado una organización que permitiera una mayor continuidad asistencial, lo que supone conectar atención primaria, hospitalaria y servicios sociosanitarios (incluyendo residencias, particularmente las asistidas). El continuo primaria-hospitalaria, que nunca se ha llegado a hacer efectivo a pesar de iniciativas como las ‘áreas integradas de salud’, habría permitido un manejo más racional de los casos y de los contactos, y disminuido la presión sobre las urgencias. Una mayor flexibilidad de la organización hospitalaria hubiera servido para ganar eficiencia en el manejo de los casos COVID, y posiblemente también en los que no lo eran, cuya atención se ha visto postergada (lo que no dejará de tener graves consecuencias).

Evidentemente, unos sistemas de información adecuados, junto con una mejor comunicación y coordinación administrativa hubieran permitido desplazar pacientes de los centros más colapsados a otros con mayor disponibilidad, en la misma o en diferente Comunidad. Esa comunicación y coordinación debió incluir, de manera fluida y no excepcional, a los dispositivos asistenciales privados. Con el paso de las semanas, algunos de estos cambios se han ido produciendo espontáneamente, obligados por las circunstancias, pero en una pandemia la rapidez de respuesta es crítica y lo que dejó de hacerse en ese tiempo perdido ya fue irrecuperable.

Finalmente, la autonomía de gestión que se ha venido reclamando para las instituciones sanitarias habría permitido, en principio, un manejo más ágil de suministros esenciales, aunque esto es más difícil de valorar habida cuenta de las convulsiones que se crearon en el mercado. Con todo, el mayor problema, porque está en la raíz de lo expuesto anteriormente, ha sido la gestión de la información y el manejo de los datos estadísticos. No ha permitido un proceso de toma de decisiones mínimamente eficaz. A eso se

sumó, en un primer momento, la errónea estrategia de testar con PCR solo a personas sintomáticas que habían viajado a China, distorsionando el conocimiento real de la situación. Y rápidamente se evidenciaron los retrasos en suministrar la información por parte de las Comunidades Autónomas, las incompatibilidades y debilidades de los sistemas de información entre ellas y con un Ministerio sin una base de datos, y, por supuesto, la insuficiencia de la capacidad diagnóstica. Una tormenta perfecta en la que fallaron simultáneamente todos los mecanismos de respuesta.

Boi Ruiz (BR)

La necesidad de tomar decisiones rápidas y traducidas en acciones para gestionar la crisis ha puesto en evidencia la inexistencia de un modelo de gobernanza propio de nuestro SNS, acudiendo una vez más a la jerarquización vertical, institucional y administrativa, prescindiendo de los principios de subsidiariedad, como el mejor *'joystick'* para el manejo de la crisis. Un modelo de gobernanza que, pese a estar descrito y centrado en el Consejo Interterritorial, dista mucho, ya en lo ordinario, de ser practicado. Nuestro SNS es eso, un sistema. Es el conjunto de un Ministerio y unos Servicios de Salud que, debidamente coordinados, interactúan para satisfacer, con los recursos disponibles, el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud, a su atención sanitaria desde los principios de la universalidad, la equidad, la solidaridad y la subsidiariedad.

El CISNS representa, a tal fin, el órgano de gobierno del sistema, función que debe ejercerse con transparencia, participación y rendición de cuentas. En el caso de la pandemia, para determinar el qué, el cuándo y el con qué. Si esa gobernanza hubiera estado bien resuelta, muchas de las disfunciones seguramente no se habrían producido y el reparto de responsabilidades hubiera sido mayor. El mando único no es uni-institucional ni unipersonal. Es, en parte, una abdicación de ese modelo de gobernanza en un modelo de rectoría administrativa de las políticas. La voluntad de muchos no ha propiciado el desarrollo de un modelo de gobernanza propio de un sistema y, por lo tanto, la participación no acoge a todos los actores de forma eficaz y no se dispone de un sistema de información sobre el que tomar decisiones y con el que rendir cuentas. Pero sobre todo pierde el beneficio de la subsidiariedad, como ha ocurrido, por ejemplo, en la adquisición y suministro de material sanitario. Sería un error pensar que nuestro SNS, con un modelo centralizado y administrativista, superará los retos de hoy.

La buena gobernanza del SNS también debe contemplar que las decisiones sobre las políticas requieren la pertinente autonomía de gestión a todos los niveles, como también el compromiso de terceros, especialmente del financiador de estas.

La capacidad resolutive demostrada por los niveles operativos de las CC.AA. y de los centros sanitarios con los medios disponibles, adaptándolos o acudiendo a la ampliación de los mismos en espacios feriales, hoteles o polideportivos, ha estado a la altura de una respuesta reactiva y *ad hoc*. Esa capacidad, aun muy intervenida administrativamente, ha demostrado que la autonomía de gestión es una fortaleza. De esa autonomía, obviamente, se dispone para obtener unos resultados a los que aplicar el principio de transparencia y rendición de cuentas.

La crisis del coronavirus da la razón a todos aquellos postulados favorables a la interacción real entre servicios sociales de atención a la dependencia y los servicios de atención a la salud. La atención sanitaria, concebida como el diagnosticar, el tratar y el rehabilitar, resulta hoy insuficiente ante el fenómeno epidemiológico de la cronificación de las enfermedades. Hay que añadir el “cuidar” en un sentido más amplio que el social. ¿Cómo puede quedar el cuidado fuera del sistema sanitario y de su gobernanza? Las soluciones administrativas consistentes en unificar la responsabilidad en un mismo ministerio o en una misma consejería parecen haber sido ineficaces.

Abordar la responsabilidad ciudadana es uno de los criterios mayores en la gestión del contagio. El manejo individual y el cumplimiento de las recomendaciones sobre las conductas más adecuadas a seguir requieren transmitir seguridad, fiabilidad y coherencia en lo recomendado. Pero también conocimiento preciso por parte del ciudadano de los riesgos en los que él y la sociedad incurren con un comportamiento inadecuado en el entorno que habitan.

Del adecuado gobierno de la crisis darán fe los resultados en contagios, mortalidad y en impacto sobre el PIB. Habrá que medirlos y compararlos con lo ocurrido en otros países, con la esperanza de que sean lo mejor posible y las disfunciones no hayan influido negativamente en ellos.

M^a Jesús Lamas (MJL)

Esta crisis sanitaria ha supuesto una prueba de estrés al SNSE inédita. Ha permitido revelar sus debilidades y también sus fortalezas. El acceso

universal a la sanidad es una de esas fortalezas de las que debemos estar orgullosos. Desde el punto de vista de la salud pública, la cobertura sanitaria universal resulta clave, pues su beneficio va más allá de la mejora de la salud del paciente individual, también impacta en la comunidad, y si en algún caso esto es patente, es en medio de una pandemia. Sin embargo, el objetivo de cobertura sanitaria universal es más ambicioso que el de proveer asistencia sanitaria a todo el que lo necesite; debe incluir también la promoción de la salud, la prevención, y las distintas formas de tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Y esto requiere un SNSE sólido, bien dotado de infraestructuras, sistemas de información, tecnologías y atendido por profesionales que, además de atender a los pacientes, contribuyan con su talento al avance del conocimiento biomédico y la innovación de los servicios. Con esta visión más amplia de la cobertura sanitaria universal, coincidente con la que defiende la OMS e íntimamente relacionada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, hemos podido constatar que nos falta mucho por hacer.

Merece la pena destacar la parte más valiosa del ecosistema sanitario, que son sus profesionales: altamente capacitados, con una formación bien reconocida, comprometidos y vocacionales, pero formando parte de plantillas con elevada carga asistencial diaria y escaso tiempo para formación o investigación, con elevada tasa de temporalidad e inestabilidad laboral. Ciertamente es que son limitaciones compartidas por muchos otros sectores laborales, pero requiere análisis y soluciones si queremos garantizar una cobertura sanitaria universal.

Antes de la crisis ya éramos conscientes de la necesidad de optimizar los procesos, de reorientar los servicios, de llevar a cabo una renovación tecnológica o de integrar los sistemas de información de salud pública. Esto último, además, se ha revelado como una debilidad importante y urgente con esta situación. Se ha compensado con un enorme esfuerzo de cooperación por parte de las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad, pero ha llegado el momento de convenir que la inversión en salud pública y en coordinación de los sistemas regionales tiene retornos inmediatos imprescindibles para hacer frente a desafíos como esta pandemia.

No podemos olvidar en esta reorientación de servicios e integración de sistemas de información, a la atención sociosanitaria. Un país con un 20 % de población mayor de 65 años, donde la enfermedad por SARS-CoV-2 ha mostrado su mayor virulencia, debe garantizar la protección social de este grupo vulnerable. La atención sociosanitaria debe incluir servicios de promoción de envejecimiento saludable e integrar la asistencia sanitaria en los

cuidados. Las residencias de mayores tienen cada vez mayor presencia de personas dependientes, con elevada morbilidad, que requieren un seguimiento y atención especializada, y todo ello conocido y coordinado por el primer nivel de atención, la atención primaria. Entre los servicios sociales y sanitarios solo puede haber un gradiente continuo de separación. La integración de los sistemas de información permite tomar decisiones de política sanitaria informadas y, asimismo, evaluar su impacto.

Es necesario un director de orquesta que, más que coordinar, lidere la integración de las distintas fuentes, establezca estándares de calidad y armonización y haga partícipes a todos los gobiernos autónomos de la composición de la obra y también de su interpretación y disfrute. Esa dirección de orquesta debe recaer en el Ministerio de Sanidad, de una forma tan creativa como todos sus miembros acuerden.

Rocío Mosquera (RM)

Efectivamente, creo que la COVID-19 ha puesto en evidencia las grandes diferencias que se producen entre sistemas como puede ser el de EE.UU. y aquellos que, como España, poseen acceso universal a la asistencia sanitaria, donde la preocupación ha sido dar la respuesta más adecuada a las necesidades de cada ciudadano.

Sin embargo, es cierto que ya mucho antes de la COVID-19, era un reto la falta de información homogénea y comparable entre Comunidades Autónomas (CC.AA.); en la era post COVID, subsanar esta carencia se hace imprescindible y urgente. Se necesita establecer un Observatorio de Resultados en Salud del SNS, de acceso público, con indicadores únicos, homogéneos y acordados a nivel de todo el sistema sanitario, que incluya también a la sanidad privada. Este observatorio debe facilitar la comparación entre los diferentes servicios, hospitales, centros de atención primaria y unidades asistenciales, que nos permita avanzar en la mejora de la eficiencia, la calidad de la atención y en los resultados de salud que realmente interesan y valoran los pacientes. Al mismo tiempo, es preciso impulsar la creación de un *big data* sanitario, liderado por el Ministerio de Sanidad pero con participación de todas las CC.AA.

Esto evitaría, tanto en momentos de gestión de crisis como en etapas de funcionamiento ordinario, bailes de cifras entre los distintos Servicios de Salud, y entre estos y el Ministerio, algo incomprensible con el nivel de digi-

talización sanitario. Esta situación dificulta enormemente la gestión y, especialmente en momentos de crisis, provoca incertidumbre y angustia en los ciudadanos.

Es incuestionable ya la necesidad de interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica (HCE) y la receta electrónica, que permita acceder al historial (y a la prescripción farmacéutica) desde cualquier punto de España, facilitando la movilidad individual de los ciudadanos, pero también la distribución de pacientes hacia áreas no saturadas en situaciones de pico de consumo de recursos.

Debe abordarse sin demora el Registro de Profesionales Sanitarios, que aporte criterios claros y homogéneos que nos permitan valorar nuestras plantillas por servicios y por centros, junto con la actividad que realizan y qué resultados de salud obtienen.

En cuanto al modelo de gobernanza, es necesario avanzar en la autonomía de gestión hacia sistemas en los que participen los ciudadanos, con capacidad para elegir a los gerentes y equipos directivos despolitizados con formación, conocimiento y experiencia, donde la transparencia y rendición de cuentas aporte suficiente información para participar activamente en la toma de decisiones.

Adicionalmente, en esta crisis ha quedado en evidencia de nuevo la necesidad de gestionar de manera integrada, no solo la atención primaria y los hospitales sino también los centros y dispositivos sociosanitarios. Aquellas CC.AA. que han obtenido mejores resultados han utilizado instrumentos digitales para hacer el seguimiento y control de casos, integrados entre los tres niveles según las necesidades de los pacientes, y es necesario mantenerlos en el futuro. En Galicia el programa TELEA ha permitido realizar el seguimiento de los pacientes en su domicilio (considerando las residencias también como domicilio del paciente), tanto desde atención primaria como desde los hospitales, lo que contribuyó a disminuir la necesidad de hospitalizaciones, evitando en gran medida el colapso de los mismos.

Otro de los asuntos imprescindibles es la modificación de la administración sanitaria y sociosanitaria, transformando la función pública decimonónica actual (OPEs, concursos de traslado, sistemas retributivos homogeneizadores, sin posibilidad real de incentivación ni sanción, en el que se retribuye igual al recién incorporado que al que se ha dejado media vida luchando por el sistema) en una moderna, con instrumentos ágiles que permitan gestionar

el cambio que se necesita e incorporar la complejidad derivada del sistema de dependencia.

Finalmente, y no de forma menos importante, la necesaria reorganización y potenciación de las Unidades de Salud Pública, tanto a nivel de las CC.AA. como del Ministerio. Las Agencias de Salud Pública deben llegar de una vez por todas, permitiéndonos gestionar esta pieza clave de cualquier consejería y del Ministerio de otra manera; abordar su renovación generacional con profesionales bien formados y capacitados, con sistemas retributivos adecuados a su nivel de responsabilidad, con nuevos perfiles profesionales (biotecnólogos, matemáticos, etc.) y nuevas tecnologías (IA, *big data*) que permitan hacer predicciones fiables y un seguimiento puntual de los datos, manejando resultados reales.

Jesús M^a Fernández (JMF)

No estaría tan seguro de la afirmación que inicia la pregunta. Creo que si algo ha demostrado la COVID-19, es la enorme capacidad de asistencia y de adaptación que tiene el SNS español, que ha sido capaz de atender a todos los pacientes COVID, en circunstancias extraordinariamente complejas y demandantes. Ello no obsta para que debamos reconocer las dificultades e insuficiencias que ha habido en aspectos concretos de la atención (detección y control de brotes iniciales; certeza, claridad y oportunidad de las primeras decisiones de distanciamiento y confinamiento; disponibilidad de equipos de protección). Pero el sistema de salud en su conjunto ha respondido y ha estado a la altura de otros sistemas homologables.

Las dificultades han aparecido ante una prueba de estrés asistencial nunca antes vivida ni conocida. Destacaré cuatro aspectos:

- a) La debilidad de nuestro sistema de salud pública, tanto a nivel macro (órganos de decisión y control nacionales) como micro (capacidad de detección y control de casos y brotes, servicios de vigilancia epidemiológica). La debilidad de la salud pública española es de organización, de falta de recursos humanos y de recursos técnicos (sistemas de información, tecnologías de rastreo, modelos de previsión...). Incluso el marco legal español de salud pública se ha demostrado insuficiente, como se está demostrando en la fase de desescalada para el control de brotes comunitarios.

- b) El deficitario sistema de servicios sociales en España (condiciones precarias de atención a las personas que residen en centros de mayores), la insuficiente atención sanitaria primaria a estas personas y los problemas de colaboración sociosanitaria.
- c) La falta de planes de preparación y respuesta de los servicios sanitarios ante emergencias pandémicas de estas características (reservas estratégicas de materiales, planes de contingencia y refuerzo...).
- d) La débil estructura de la atención remota en domicilio. Hemos echado en falta un mayor despliegue de la telemedicina y telemonitorización, no solo para atender a las personas con COVID, sino también de los pacientes con otras patologías.

Una de las lecciones aprendidas durante la COVID-19 ha sido la capacidad de adaptación de los servicios y de los profesionales cuando han podido operar en condiciones de mayor autonomía y capacidad de autoorganización. Además, se han improvisado alianzas colaborativas entre los hospitales y sus ecosistemas de suministradores, entre centros públicos y privados, entre niveles asistenciales, entre profesionales de diversas especialidades y profesiones. Ha sido un ejemplo de cómo las organizaciones flexibles, el trabajo en equipo y la autonomía profesional es capaz de resolver las situaciones más complejas.

Juan Abarca (JA)

En mi opinión, por lo vivido en primera persona, en Madrid, Barcelona, Galicia, etc. en donde la pandemia fue llegando de forma progresiva con efectos sobre la población de diferente intensidad, creo que el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales se ha visto absolutamente desbordado en Madrid y Barcelona —con mayor intensidad en la primera— y se debió a lo extraordinario de la expansión de la pandemia. Creo, sinceramente, que se hizo relativamente bien desde la gestión de los servicios regionales en las dos Comunidades. En Galicia, el confinamiento llegó antes de que aterrizara la pandemia en toda su intensidad y no ha habido problemas de gestión, ni por la saturación de servicios sanitarios, ni en los sistemas de información.

Más allá de la importancia clave de la identificación de los primeros signos de que una crisis sanitaria se avecina, una vez que esta se ha asentado e instaurado, las claves fundamentales de toda estrategia para tratar de controlarla y atajarla pasan por una respuesta rápida frente a la situación

sobrevenida, con medidas específicas que aborden cada uno de los problemas que van surgiendo y una comunicación eficaz con todos los grupos de interés involucrados; para ello, una selección de portavoces solventes, que generen credibilidad y confianza, es de vital importancia. A partir de ahí es determinante la transparencia y veracidad en los datos aportados, lo cual requiere que los procesos y procedimientos de recogida de los mismos estén perfectamente definidos previamente y la coordinación sea absoluta entre los diferentes territorios, no se puede caer en una especie de caos estadístico en el que los datos pierden fiabilidad.

Los elementos que más pudieron contribuir al desbordamiento del sistema sanitario, por este orden, fueron la falta de integración entre las estructuras social y sanitaria, la falta de control y coordinación por parte del Estado central en las primeras semanas y la mayor capacidad y autonomía, no por parte de los centros, sino por parte de las CC.AA. por el anterior motivo.

Con respecto a la falta de integración de las estructuras sociales y sanitarias, está claro que el envejecimiento, la cronificación de las enfermedades antes mortales y el incremento general de la calidad de vida hacen que la línea entre sistemas sociales y sanitarios sea muy difusa, y solo se establezca claramente a efectos de la financiación. Así, cada vez hay más procesos que a fin de no financiarlos se sacan del sistema sanitario y se consideran solo a efectos del sistema social y la dependencia y por tanto no financiables. Esto en sí mismo es una aberración conceptual, puesto que habría que abordar a la persona como un todo, sin solución de continuidad desde que nace hasta que fallece. Se debería hacer depender todo de una misma estructura administrativa y financiar en función de criterios del impacto de los problemas en las personas, y no en función de si se considera un problema sanitario o social.

Con respecto a la falta de coordinación entre el Estado y las CC.AA., la crisis que hemos padecido ha sacado a la luz lo peor del estado descentralizado. Un sistema estatal que asume el mando para la gestión de la crisis sin los recursos adecuados solo ha supuesto un obstáculo para que las CC.AA. mucho más acostumbradas a estas lides, pudieran conseguir los recursos suficientes. Hasta tal punto llegó el nivel de descoordinación, que tras semanas de tratar monopolizar, sin resultado óptimo, el acceso a los recursos sanitarios por parte del gobierno central, con lo que supuso para la protección de los profesionales y el cuidado de los pacientes, tuvieron que rendirse a la evidencia y dejar que las CC.AA. fueran las que gestionaran su propia situación. Es preciso hacer un protocolo claro de funcionamiento ante este

tipo de crisis sanitarias que, de forma obligatoria para todas las instituciones, indique los pasos a seguir y quién debe y con qué medios liderar la gestión de la crisis de forma directa.

Creo que la autonomía y responsabilidad ciudadana no fueron causa directa en ese momento, porque no estaban debidamente informadas. A mi juicio, el comportamiento de la ciudadanía, una vez iniciado el estado de alarma, respondió a lo que se necesitaba, y su papel es mucho más importante en la fase actual de la desescalada.

Todos hemos tenido la sensación de que la gestión de esta pandemia viene enmarcada por una serie de atributos: llegar tarde a casi todo e ir por detrás de los acontecimientos que han determinado y siguen siendo protagonistas en esta pandemia. Incoherencia y falta de coordinación en los mensajes y en los datos aportados. Se ha echado de menos más profesionalidad en la gestión y menos autoritarismo en general y, por supuesto, todos hemos podido apreciar un marcado interés por el rédito político, llegando incluso a la vehemencia en los mensajes, cuando la población lo que necesitaba era consenso y unidad frente a tamaño problema.

Ildefonso Hernández (IH)

Ante una pandemia de la magnitud y singularidad de la causada por la COVID-19, era poco verosímil que no hubiese disfunciones. Los fallos patentes en los servicios de información se han derivado de una ausencia de política decidida en esta materia. La capacidad de vigilancia en salud pública es precaria por la escasa inversión en los últimos decenios, hecho que también afecta a la coordinación central, que ha ido por detrás de algunas Comunidades Autónomas. No puede haber buen gobierno de la salud sin una adecuada inteligencia en salud, por ello hace tiempo que era necesaria una remodelación drástica de los sistemas de información. Para ello, no es preciso el mando y control central, sino la cooperación leal que hace necesaria la coordinación por los beneficios que genera; una coordinación estimulada, eso sí, por una financiación estratégica en sistemas de información. El resultado deseable sería una vigilancia en salud pública tecnológicamente avanzada, innovadora, dinámica y entrelazada con el sistema de salud, capaz de recabar y analizar datos instantáneamente. Una vigilancia que aportase un cuadro de mando exhaustivo para guiar las políticas de salud y que

nutriese y se nutriese al mismo tiempo del sistema de información para la gestión sanitaria.

La autonomía fáctica de los centros sanitarios durante la pandemia ha demostrado sus ventajas. La disponibilidad del buen cuadro de mando facilita esa necesaria autonomía y capacidad de decisión de los distintos centros, pues estimula la innovación, al tiempo que permite evaluar sus resultados. Integrar lo sanitario y social suena bien, pero la integración no debe consistir en que se fomente la medicalización como parte intrínseca de las cuestiones sociales. De lo que se trata es de que los sistemas de atención primaria tengan la capacidad de atender las necesidades sanitarias de la población de su área, disponiendo de una salud comunitaria centrada en mejorar la calidad de vida a través de intervenciones no biomédicas que reducen la vulnerabilidad de las personas a los problemas de salud. Suele ser más necesaria una intervención social que mejore el estado de ánimo y el apoyo social, que una medicación a veces innecesaria.

Más allá de los distintos factores que individualmente hayan contribuido a la no consecución de mejores respuestas funcionales y asistenciales, las carencias de la gobernanza de la salud en España —de la gobernanza en general—, están en la explicación de las disfunciones; me refiero a regulaciones incompletas, de mala calidad o que no se cumplen, falta de efectividad de las administraciones que ni se plantean prioridades y, por tanto, tampoco necesitan buenos sistemas de información para monitorizar y rendir cuentas, etc. De hecho, ahora se invocan el desarrollo de leyes que no se han cumplido a sabiendas o se hacen pomposamente recomendaciones de cambios del Sistema de Salud que se conocen desde hace tiempo. Sin buen gobierno, los cambios enérgicos imprescindibles no serán viables.

SEGUNDA PREGUNTA

En los nuevos escenarios post COVID-19, pronúnciese, por favor, sobre si espera para el futuro: a) consolidaciones fiscales que remitan futuros crecimientos del gasto sanitario total a componentes no tributarios de la financiación pública, como por ejemplo copagos; b) si los incrementos de financiación sanitaria pública per cápita han venido para quedarse, por lo que el ajuste deberá venir de la reconducción de otras partidas de gasto público o de aumentos de la presión fiscal; c) si lo que habrá hecho el virus es simplemente acelerar cambios más estructurales de un sistema de salud administrado, como el español, que va en todo caso a tener dificultad para hacer frente a los retos que deberá confrontar. En los supuestos que considere más probables, le pedimos que dé algunas orientaciones de hacia dónde piensa usted debería evolucionar nuestro sistema sanitario.

Josep Figueras

El gran desafío al que nuestras sociedades se enfrentan ahora es la crisis económica post COVID-19, o con toda probabilidad 'durante' la próxima fase de la pandemia que, según apuntan la mayoría de analistas, se va a

caracterizar por repuntes de la curva de casos de mayor o menor magnitud, en función de las medidas de vigilancia, prevención y control que se adopten. Tomás Pueyo, en un influyente artículo⁵, caracteriza dos estadios de la pandemia: la fase del ‘martillo’, en la que se han adoptado medidas radicales de confinamiento y distancia social destinadas a suprimir el virus, para luego pasar a la fase del ‘baile’, destinada a contener los sucesivos picos de la COVID-19. Los ‘pasos de baile’ pueden hacerse a través de medidas relativamente baratas, como el uso de mascarillas o la adopción intensiva de pruebas de rastreo y aislamiento, hasta medidas mucho más costosas para nuestra economía, como el cierre de escuelas y negocios.

Por tanto, a la hora de pronosticar cuál va a ser el impacto sobre los ingresos, el gasto y la inversión en servicios, tenemos primero que considerar los posibles escenarios económicos y su gravedad y, sobre todo, si los decisores políticos van a continuar priorizando la salud o habrá ‘*trade offs*’ para proteger la economía que, en definitiva, también ejerce influencia sobre los niveles de salud.

En un escenario de remisión, o con picos menores de la pandemia, y en base al consenso de política económica keynesiano actual al que se ha adherido incluso la ortodoxia económica alemana, más que una reducción tendremos un incremento en la financiación de la sanidad, bien a través de un aumento de gasto público total, presión fiscal y crecimiento de la deuda o bien a través de la reasignación de recursos de otras partidas presupuestarias. La última crisis económica iniciada en 2008, y la subsecuente política de contención de costes en España y en otros países de nuestro entorno, dejó a sus sistemas sanitarios con importantes déficits, tanto estructurales como en profesionales de la salud, afectando a la calidad y a la eficiencia de los sistemas. Recordemos que, en muchos casos, después de recortes significativos, aumentos en la productividad solo son posibles con inversiones en reformas y áreas prioritarias. Por tanto, un aumento de financiación selectiva en áreas que puedan aumentar la coste-efectividad del sistema, como son la atención primaria, la integración de servicios, la tecnología apropiada, la salud pública y los incentivos profesionales, redundaría en un aumento de la eficiencia y, probablemente, contribuiría a contener costes totales. Un área prioritaria para la inversión es la de las residencias sociosanitarias o de crónicos, donde han tenido lugar desde el 30 % hasta el 70 % de la mortalidad en nuestros países europeos. Esta cifra-desastre en muchos países

[5] Pueyo, T. (2020) *Coronavirus: the Hammer and the Dance*. Medium. Disponible en: <https://medium.com/@tomaspueyo/coronavirus-the-hammer-and-the-dance-be9337092b56>

ha tomado un tinte ético y de derechos humanos, y es una señal de un problema subyacente de enormes déficits de calidad de la atención que se observan en estos centros.

Si el escenario es de un empeoramiento de la epidemia, la decisión dependerá de si se prioriza la economía y se decide implementar una política de ‘inmunidad de grupo’, en cuyo caso habrá que invertir fuertemente en atención especializada y de cuidados intensivos para disminuir en lo posible la tasa de letalidad. Si, por el contrario, se priorizan las medidas de confinamiento, la crisis será mucho más importante, pues la política keynesiana tiene sus límites y deberá haber recortes de todos los presupuestos públicos.

Finalmente, sin embargo, e independientemente de la política económica, las decisiones en este caso, más que nunca, estarán determinadas por la economía política, con independencia de la necesidad (o no) de más financiación o de la eficiencia distributiva con otras áreas de gasto público. Es decir, en un clima post COVID, será políticamente muy difícil argumentar políticas de responsabilización del ciudadano (por ejemplo, el copago, el seguro privado, el racionamiento), esto es, una disminución efectiva de la cobertura o de contención de costes. La respuesta de los ciudadanos y los *lobbies* profesionales tendría un alto coste político para cualquier gobierno.

Iván Planas

A escala global, un poco antes de la pandemia se evidenciaba ya una tendencia a largo plazo de ralentización del crecimiento económico potencial y una mayor aportación del componente tecnológico de las principales economías avanzadas. A su vez, los cambios organizativos se revelan fundamentales para incrementar la productividad total de los factores de producción.

En el entorno español, el soporte financiero por parte de las instituciones europeas, en especial el BCE, ha generado un menor esfuerzo transformador de la economía, sustentando la salida de la crisis en los sectores tradicionales de la misma (servicios-turismo y construcción), a pesar de que empieza a incrementar el peso del factor tecnológico y sus tasas de crecimiento (sobre una base mucho más pequeña) son superiores a las del resto de sectores. Sobre esta base macroeconómica, debe construirse una base fiscal estable, en gran parte condicionada en los grandes impuestos por la política de armonización europea, pero a su vez con un gran recorrido en el

Estado en relación al nivel de cumplimiento fiscal debido a un nivel mucho más bajo que en las grandes economías europeas.

El escenario fiscal post COVID-19 dependerá, en gran medida, también de las tesis que se impongan respecto a la política monetaria y el cumplimiento de la disciplina fiscal en la UE. En la anterior crisis, a corto plazo también se impuso una política keynesiana como la que ahora ha prevalecido en el criterio de los Estados miembros, pero muy pronto se acabó imponiendo la ortodoxia fiscal promovida por Alemania.

A corto plazo, pues, España puede contar con la ayuda europea, capacidad de gasto y déficits bajos. Sin embargo, y habida cuenta que los niveles de deuda actuales (alrededor del 100 % PIB) distan mucho de los que existían al inicio de la crisis anterior (alrededor del 30% PIB) esta política no se prolongará más allá del 2022. A partir de ese momento, la consolidación fiscal será más o menos necesaria en función de dos factores: si la recuperación estructural (no dependiente del ciclo) tiene forma de V o no, y si los ingresos coyunturales de la política keynesiana se han utilizado para apalancar gasto corriente o para realizar gasto transitorio y/o inversiones (altamente necesarias en el sector salud).

En tercer lugar, cabe destacar que la consolidación fiscal de la Gran Recesión en España se hizo mediante el ajuste del gasto de las CC.AA., y el incremento de ingresos de la Administración central (incrementos de tipo del IVA e IRPF), por lo tanto, sin un reequilibrio vertical entre AAPP de los nuevos ingresos, el crecimiento del gasto por la vía de fagocitar otros ámbitos de gasto autonómico (el gasto sanitario va del 25 % al 40 % en las distintas CC.AA.) parece muy limitado. Parece vislumbrarse, consecuencia de la gestión esta crisis, una tentación recentralizadora de las competencias sanitarias que permitiría aumentar el gasto sanitario sin ampliar la financiación de las CC.AA. Este escenario parece más plausible atendiendo a la ideología de los dos principales partidos políticos del Estado y al distinto estado de madurez de los gobiernos autonómicos y de la realidad territorial.

Tras la crisis económica se ha recuperado el nivel salarial del personal sanitario, sin embargo, la mala planificación de los recursos humanos y específicamente en las plazas de formación de las universidades españolas ha dejado un mercado con escasa oferta, que ha hecho esta recuperación insuficiente. Por ello, a pesar de que la partida de gasto más necesitada de recuperación siga siendo la de las inversiones en infraestructuras y, especialmente, equipamiento tecnológico y sanitario, va a seguir siendo la válvula de ajuste de la escasez presupuestaria.

Finalmente, en relación a la participación financiera del usuario en el coste de los servicios, a pesar de la constatación académica y empírica de la relación elástica superior a 1 de la demanda de servicios de salud (véanse las tasas de crecimiento respecto al PIB en las grandes potencias económicas), los incentivos de la teoría de elección pública nos indican que, mientras la definición de la cartera (y por ende del nivel de copago) y la gestión del gasto residan en distintas Administraciones Públicas, tiene difícil implementación. A pesar de ello, la no explicitación del copago en relación a aquello que queda fuera de la cartera no implica que no exista un nivel del 100 % de copago para estas exclusiones, siendo en muchos casos potencialmente más coste-efectivas que otras intervenciones de salud que sí entran sin participación financiera del usuario. Teniendo en cuenta que la mayor parte de servicios sanitarios son lo que en economía se denomina un bien privado, no solo parece muy lógico establecer copagos, sino que resulta más eficiente desde el punto de vista del bienestar social su implementación vinculada al nivel de coste-efectividad de los servicios, y siempre modulado según la incidencia en renta de los ciudadanos mediante techos de gasto anual.

Pueden preverse tensiones sobre el gasto público sanitario que seguirá creciendo, pero a costa de generar déficits no previstos o ciclos de crecimiento y ajuste continuado si no se produce alguna de las siguientes condiciones (complejas, pero no imposibles): hay un incremento de los ingresos fiscales por un mayor nivel de cumplimiento fiscal, se introduce la participación financiera del usuario, se realiza un ajuste en la cartera de servicios de cobertura pública (no deseable a excepción de algunas prestaciones de dudoso coste-efectividad).

La crisis ha acelerado la necesidad de disponer de sistemas de gestión más ágiles, más descentralizados y con capacidad de establecer acuerdos de forma flexible. Es necesario establecer fórmulas de gestión que permitan la competencia por comparación (*benchmark*), la posibilidad de gestión autónoma del personal y, en especial, el establecimiento de nuevas relaciones laborales que permitan la recuperación del profesionalismo. La planificación centralizada y los modelos que potencian las economías de escala (compras centralizadas) deben quedarse en el terreno de la planificación estratégica, la supervisión e impulso de los cambios organizativos (no a nivel operativo, sino mediante observatorios y difusión de mejores prácticas).

En definitiva, existe una discordancia entre lo que el sistema necesita y lo que es probable que ocurra, dada la actual configuración institucional, difícil de resolver sin un gran pacto de Estado.

Julián García-Vargas

Es más probable que al menos en dos o tres ejercicios tras la pandemia, la tendencia sea incrementar los fondos públicos sanitarios; esto exigirá re-conducir otras partidas de gasto y un aumento de la presión fiscal. Más allá en el tiempo, es difícil hacer predicciones.

No obstante, la pandemia debe producir cambios estructurales en el SNS, especialmente en la política de personal. Es absolutamente necesario reducir la proporción de interinos en el personal sanitario; su situación es precaria, injusta y produce disfunciones. La solución no puede ser que todos pasen a la categoría de estatutarios. Más bien consistiría en reducir su precariedad con un contrato laboral específico, estable y fijo.

Esto debería complementarse con facilidades para cambiar de territorio y con un sistema retributivo que estimule la responsabilidad y el buen ejercicio profesional. Estos cambios son, en gran parte, una deuda contraída con el personal sanitario por su buen hacer frente a la crisis de la COVID-19.

Por otro lado, ese cambio en política de personal no sería tan eficaz sin un sistema de información que permita evaluar resultados y comparar entre servicios, para potenciar a los mejores y reformar a los menos eficientes.

El principio que ha venido rigiendo el SNSE (“Todas las prestaciones para todos, en todas partes y además gratis”) deberá ser progresivamente superado. En cualquier caso, nuestro SNSE, como todos los sistemas sanitarios, sufrirá para adaptarse presupuestariamente a todos los avances tecnológicos y a las demandas sociales. La cuestión es fijar límites, bien explicados y compartidos por los profesionales del sector.

Enrique Castellón

La pandemia ha puesto al sistema sanitario frente a la evidencia de sus limitaciones. La realidad no era tan ‘rosa’ como la autocomplacencia de los discursos oficiales pinta nuestra sanidad. Sería lógico pensar que la catástrofe sanitaria, social y económica va a suponer un acicate para impulsar una mayor financiación y cambios estructurales. Cabría esperar una mayor y más estable financiación (sin necesidad de recurrir al copago), particularmente en salud pública. Recursos procedentes de la UE podrían cubrir inversiones que se han hecho imprescindibles. Pero no lo podría asegurar. La vuelta a la normalidad puede significar justamente eso: retorno al punto

de partida. Normalidad de siempre, más que ‘nueva normalidad’. Ampliar el copago no parece políticamente factible en estos momentos, cuando, por otro lado, ha sido un elemento muy polémico en circunstancias bien distintas. Ni siquiera en su formato de copago ‘evitable’. En todo caso, sí que debería hacerse un esfuerzo en revisar lo que pudiera haber de superfluo, redundante o tecnológicamente obsoleto en el sistema sanitario. Reforzar la capacidad de evaluación de tecnología y procesos es ahora más esencial que nunca. Con independencia de que se consiga allegar más recursos, es preciso generar la mayor eficiencia posible (hay rigideces prácticamente insalvables en el corto plazo) en la sanidad española.

Boi Ruiz

La OMS, en su informe sobre los modelos universales y su sostenibilidad, mantiene el postulado de *“more money for health”*, aunque admitiendo que ningún país podrá llegar a ofrecer todo y financiarlo todo. Aun así, considera que, cuando con los recursos mancomunados no alcancen a cubrir lo ofertado, hay que acudir a la financiación complementaria. No existiendo la posibilidad de impuestos finalistas, la mayoría de países europeos cuenta con el copago por la utilización de los servicios, con la doble finalidad disuasoria y recaudadora. Establecer en este caso exenciones o niveles en función de la renta es una alternativa utilizada para tratarlo de forma progresiva como los impuestos.

Difícilmente se podrá, tras la crisis, dar un paso atrás en el gasto sanitario público, ya de por sí insuficiente. El tratamiento de la insuficiencia financiera deberá ser de ‘polimedicación’: reconducción de otras partidas del gasto público, aumento de la presión fiscal (limitada por la imposibilidad de creación de impuestos finalistas) y copago por uso de los servicios con tramos y exenciones por nivel de renta. El tratamiento del gasto requerirá de reformas conceptuales.

Pero no solo habrá que añadir *‘more money for health’* como el informe de 2010 de la OMS refiere con relación al progreso de los sistemas universales de salud. También alude a *‘more health for money’*. No va solo de más recursos, sino de reformas en aras de la eficiencia y la equidad. Pocas nuevas y muchas largamente descritas y esperadas.

Estas reformas pasan por el modelo de gobernanza, ya expuesto, por la asignación de los recursos y por el modelo asistencial, mantenido a ultran-

za como consecuencia de su perenne estructura presupuestaria divisional. También pasan por una cartera de servicios de atención integral e integrada, reactiva y proactiva, acorde con su coste-eficacia, así como por la autonomía de gestión plena de los prestadores de esos servicios, dirigida a alcanzar una equidad basada en resultados y no solo en acceso a procedimientos iguales.

También deberemos avanzar hacia un modelo de relación de los profesionales con el SNSE basado en los principios del profesionalismo, sin menoscabo de la meritocracia ni de la estabilidad. De la autonomía profesional y la gobernanza clínica depende, en gran manera, nuestro SNSE. De no dar respuesta, seguiremos fomentando igualitarismo y condiciones laborales como único marco de referencia.

M^a Jesús Lamas

Esta crisis sanitaria la veremos en el futuro desde varias de sus acepciones: como una situación mala o difícil, pero también como una revisión y un cambio profundo del sistema. Veremos cambios estructurales de los sistemas de salud. Se avanzará en la digitalización, en la asistencia remota a los usuarios, pero sin descuidar la atención presencial. Una de las tragedias asociadas a esta infección ha sido la soledad a la que se condenó a los enfermos; a la falta de contacto físico con sus familias y profesionales, hay que añadir la penuria de la comunicación de malas noticias de una forma más fría e impersonal de lo recomendable. Las residencias sociosanitarias no pueden ser estancias residenciales fuera del radar sanitario. Es necesario un rediseño del sistema sanitario, más allá de las dificultades para responder a la pandemia reciente. No podemos ignorar señales previas que obligan a la acción.

Considerando estas señales de aviso, y la creciente participación que vienen demostrando y demandando la sociedad civil y las organizaciones de pacientes, es necesario afrontar una reconstrucción de nuestro SNS: más financiación sí, pero rediseño de la forma de proveer servicios también, con un ajuste sensato entre oferta y demanda, con una mayor implicación de los usuarios en el proceso. Autonomía y autocuidado, prevención y atención precoz, integración de los cuidados sociosanitarios, seguimiento y acompañamiento en la cronicidad. El rediseño y el adecuado ajuste de perfil profesional a las necesidades puede optimizar la inversión en salud, pero hay

otras medidas inmediatas que suman en la búsqueda de sostenibilidad: la cuota de mercado de los medicamentos genéricos en farmacia comunitaria roza el 50 % en volumen (aunque no pasa del 22 % en valor económico), y sobrepasa el 65 % en volumen en Alemania o Países Bajos. En el panorama farmacéutico hospitalario, el uso de biosimilares en volumen está entorno al 38 %: puede aumentarse significativamente para cada molécula de referencia y, además, veremos surgir nuevos biosimilares con la expiración de la protección de las patentes, en concreto de anticuerpos monoclonales de uso importante en oncología y enfermedades autoinmunes⁶. La optimización del gasto en medicamentos no depende únicamente del precio, pero sin duda introducir competencia en el mercado redundará en una reducción del gasto. Es preciso vigilar que no sea a costa de una mayor prescripción no necesaria o inadecuada.

Rocío Mosquera

Posiblemente, uno de los motivos de las dificultades que ha tenido el SNS para dar respuesta a esta crisis y el porqué de las diferentes respuestas entre CC.AA. ha sido el hecho de que no se han implantado los cambios estructurales que necesita el SNS y de los que venimos hablando desde hace décadas. Tras la crisis actual, de carácter primordialmente sanitario, pero que sin duda nos va a sumir en una crisis económica sin precedentes, así como en una crisis política y de valores, será imprescindible repensar el SNS tal y como lo conocemos, y decidir cómo queremos que sea en el futuro; y su financiación no será un tema menor, sin duda.

Soy una convencida de que debe existir una financiación estatal suficiente y equilibrada para todas las CC.AA., lo cual sin duda mejoraría la disciplina financiera. No es posible seguir manteniendo la infrafinanciación que arrastran los distintos servicios de salud; un gasto anual por habitante que, año tras año, se mantiene con diferencias de más de 600 €; que los distintos gobiernos puedan elegir destinar sus presupuestos a otros asuntos esperando que después sus deudas sean cubiertas por el Estado, en detrimento de aquellas que han sido capaces de ajustar sus gastos y sus deudas. Para ello, es imprescindible adoptar diversas medidas:

[6] Plan de acción para fomentar la utilización de los medicamentos reguladores del mercado en el sistema nacional de salud: medicamentos biosimilares y medicamentos genéricos. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/farmacia/pdf/PlanAccionSNSmedicamentosReguladoresMercado.pdf>

1. Definir la cartera de servicios básicos del SNS (garantizando además equidad de acceso), financiada con presupuestos generales. La complementaria podría ser financiada por las distintas CC.AA.
2. Establecer sistemas de contabilidad analítica de cada proceso asistencial (tanto de atención primaria como hospitalaria), incluyendo todos los gastos actualmente distribuidos en diferentes capítulos presupuestarios. Junto con indicadores de resultados en salud, esto permitirá realizar una asignación presupuestaria a eficiencia y necesidades de la ciudadanía.
3. Repensar los procesos y procedimientos para adaptarlos a las necesidades reales de los pacientes. Eliminar bolsas de ineficiencia, tanto en la utilización de las tecnologías (pruebas diagnósticas innecesarias, tecnologías de última generación sin eliminar obsoletas), como en fármacos y productos sanitarios. Y, como no, reorganizar los servicios en base a la competencia adecuada por número mínimo de casos (paritorios con menos de 100 partos/año, unidades de hemodinámica con menos de 400 procedimientos/año y así un largo etcétera).
4. Introducir sistemas de compensación entre CC.AA. de manera que se mantengan los equilibrios financieros según la población realmente atendida.

Mención especial merece el gasto farmacéutico, casi un tercio del gasto sanitario anual a pesar de la utilización de genéricos o biosimilares; los programas de control de pacientes polimedicados o de control de hiperprescriptores. Debe revisarse la actual política de financiación y precio de los medicamentos y productos sanitarios; no todo fármaco o producto autorizado automáticamente puede pasar a ser financiado por el SNS, se debe tener en cuenta el 'valor' que realmente aporta, buscando fórmulas de riesgo compartido y compra de servicios (incluso utilizando la compra pública innovadora) basadas en resultados financieros y de salud. Sin olvidarnos del debate sobre la aportación del usuario, habrá que avanzar en superar la dicotomía entre activos y pensionistas, estableciendo aportación por nivel de renta e incorporando las correcciones necesarias para que en grupos vulnerables se garantice la medicación necesaria. Y repensar si se incluye algún tipo de aportación en otro tipo de prestaciones, como cartera complementaria, consultas, urgencias... En este caso, se pueden establecer mecanismos que permitan garantizar la adecuada utilización de los servicios,

como la devolución de la aportación en caso de urgencias justificadas o en las consultas de pacientes crónicos.

Jesús M^a Fernández

Nos enfrentamos a una incertidumbre importante respecto de la evolución de la pandemia. No sabemos cómo evolucionará la transmisión comunitaria del coronavirus, su huella inmunitaria, la posibilidad de contar con una vacuna, su eficacia inmunitaria y capacidad de producción, la posible aparición de mutaciones del virus... Incertidumbre también sobre las medidas que se vayan a adoptar a nivel internacional (restricciones a la movilidad de personas y bienes) y sobre la repercusión o recuperación de la economía en los próximos meses o años, sobre la integridad de las grandes cadenas de valor globales, sobre la respuesta de los mercados de deuda para con los países en dificultades o las políticas monetarias de los organismos internacionales.

Hay un nuevo clima político, global y europeo para adoptar políticas de respuesta a la crisis fiscal que se avecina, más flexibles que las que se adoptaron en la pasada Gran Depresión. En estas circunstancias, existe una doble incertidumbre, tanto sobre los ingresos como sobre los gastos públicos. No olvidemos que el gasto sanitario incremental por COVID es relativamente menor en comparación al gasto público adicional que es necesario en otros sectores: cobertura de desempleo, ingreso mínimo vital...

Así pues, el escenario intermedio, desde mi punto de vista, será una estabilización del gasto sanitario en términos absolutos, con un algún incremento menor por motivo de la COVID-19 (ya en los últimos años el gasto sanitario público creció sustancialmente por encima del PIB nominal), que por la caída del PIB (en torno al 12 %) llevará a un incremento sustancial de la fracción de PIB dedicado a gasto sanitario público (cercano al 7,5 %).

Posiblemente una parte de los fondos de reconstrucción europeos asignados a España se asignen al SNS. La dificultad puede venir de la débil capacidad de la estructura administrativa sanitaria española para ejecutar y aprovechar esos recursos adicionales. Reforzar esta capacidad de ejecución en los sectores estratégicos de la transformación sanitaria que pueden verse regados con fondos europeos debería una prioridad. Hablamos de las competencias y aparato administrativo necesario para impulsar la transfor-

mación digital, el cambio de los modelos asistenciales, el reforzamiento de los sistemas de salud pública, la innovación organizativa.

La respuesta tradicional de la sociedad española ante las situaciones de crisis y recortes en el gasto sanitario público ha sido el aumento del gasto privado, buscando refugio las clases acomodadas en el seguro privado español, cuando las condiciones de atención del sector público se ven perjudicadas por el incremento de listas de espera o por el deterioro de la calidad y el acceso. Puede que en esta ocasión vuelva a ocurrir lo mismo, aunque no es ni la solución más justa ni la más eficiente socialmente.

Desde mi punto de vista, es necesario hacer una reflexión profunda sobre el sistema de financiación autonómico, redefiniendo las variables de suficiencia de los sectores sustanciales del gasto autonómico (sanidad, educación y servicios sociales). Junto a ello, se hace necesario redefinir los instrumentos financieros de cohesión específicos del sistema sanitario español. Recuperar un Fondo de Cohesión, implementar el Fondo de Garantía Asistencial (como sistema de compensación y cooperación interautonómico) y un Fondo de Innovación de carácter finalista, vinculado a objetivos estratégicos y medibles de mejora del sistema (planes de genómica, digitalización, terapias tuteladas). El informe del grupo de expertos sobre financiación autonómica de 2018 marca un camino para su reforma (simplificación, transparencia, mayor autonomía fiscal y evaluación de resultados). Es necesario un proceso de reflexión similar y específico del sector sanitario, al cual contribuiría un informe de expertos *ad hoc*, que bien podría encargarse a organizaciones independientes como AIREF, e incluir dicha reforma de la financiación sanitaria en un nuevo pacto de financiación autonómica, hoy aún pendiente.

Juan Abarca

España es uno de los pocos países de la OCDE en los que todavía no existe copago para los servicios asistenciales. Todas las autoridades políticas tratan de buscar salidas a fin de tratar de contener el coste sanitario, intentando por todos los medios evitar la imposición del temido copago.

Es una realidad que, aunque no exista un copago obligatorio para la asistencia, en nuestro país, a diferencia de todos aquellos países en los que ya se ha impuesto, existen 8,7 millones de ciudadanos, cerca de un 20 % de la población, que voluntariamente copagan un seguro de asistencia sanitaria que descarga de gasto sanitario público de una media de 564 euros por

persona y año, atendiendo a la siniestralidad media que tiene cada individuo asegurado en las compañías de salud y que, sin duda, son de importancia capital para el sostenimiento de nuestro sistema. Esta cantidad multiplicada por los 8.777.504 beneficiarios de un seguro privado da una cantidad de ahorro a las arcas del Estado de 5.000 millones de euros.

Sobre las medidas de contención del coste, opciones ya contrastadas como la ampliación del modelo de los mutualistas a nuevos colectivos, sin duda, dado el más del 33 % de ahorro que supone el gasto de la cápita de los mutualistas frente a la cápita de la gestión sanitaria pública tradicional (864 € frente a 1.291 €).

En mi opinión, es necesario incrementar la financiación de la sanidad pública en al menos 2 puntos del PIB, a fin de ponernos a la altura de los países de nuestro entorno y dar la financiación adecuada a las necesidades sociosanitarias y la dependencia. Además, creo que los necesarios incrementos del gasto sanitario total deberían venir, en primer lugar, del ajuste de otras partidas de gasto público (coste de las Administraciones, por ejemplo) y que será necesario promover copagos o dejar de financiar determinados servicios, prestaciones o tratamientos de servicios sanitarios que no sean imprescindibles para el mantenimiento de la salud, en función del nivel de ingresos.

Hay que definir realmente, en función de la financiación que podamos aportar al sistema, qué servicios y prestaciones podemos garantizar a la ciudadanía de forma equitativa y hay que introducir el factor tiempo para priorizar procesos graves de procesos leves, porque ¿cuál es la lista de espera óptima para un juanete?, lo que está claro es que para un cáncer de pulmón la atención debe ser inmediata. Hay que reevaluar estas coberturas con la colaboración de las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes, que deben tener un papel protagonista en las diferentes estructuras de decisión sanitaria. En cualquier caso, y para garantizar la equidad las coberturas, deben estar definidas por el Ministerio y ser iguales en todas las CC.AA. Las coberturas sanitarias no pueden regirse por el principio de mínimos y que luego cada Comunidad Autónoma las amplíe como considere, porque eso va contra la igualdad en los servicios recibidos.

De esta forma, sin duda, la medida estrella de la contención del gasto debe pasar por la definición de la cartera de servicios ofertada por el sistema sanitario público. Y digo definición, que no recorte, porque hasta el momento la Ley vigente solo hablaba de cubrir todo para todos en condiciones

de igualdad en el acceso y en las prestaciones, y esto solo por lo que ha avanzado la innovación tecnológica, es básicamente imposible. Por tanto, por primera vez hay que definir la cartera de servicios que podemos ofertar, a fin de que al menos toda la población pueda tener acceso en condiciones de igualdad a todos los servicios esenciales.

En mi opinión, salvo los gastos derivados de los tratamientos urgentes, de enfermedades que sean mortales de no tratarse, los gastos que necesiten los niños y la infancia en general y los gastos derivados de la medicina preventiva, debería de promoverse algún tipo de copago o exclusión en función del nivel de renta para el resto de servicios. Creo que ha llegado el punto de afinar y hay que diferenciar el concepto de enfermo —el que no puede sobrevivir a su enfermedad si no se trata—, del de paciente —el que puede convivir con ella y, por tanto, se convierte en un problema social más que sanitario— y afrontar los gastos de mayor a menor impacto sobre la salud, hasta donde se pueda.

Con respecto al impacto que la llegada de la COVID-19 tendrá para nuestro sistema sanitario, creo que ha acelerado la necesidad de tener sistemas sanitarios digitalizados e interoperables, para lo cual nuestro sistema no está lo suficientemente preparado. Por tanto, es imprescindible llevar nuestro sistema sanitario al siglo XXI, para lo que hay que generar un sistema de identificación de los ciudadanos único y válido para todos los territorios y para todas las instituciones del sector, con independencia de su nivel de atención y de su titularidad. Además, es preciso promover de forma obligatoria la digitalización de todas las estructuras sanitarias, con independencia de su nivel de actuación y su financiación en torno a los pacientes y a las personas, que son las realmente protagonistas de este tipo de servicios por encima de intereses políticos, profesionales o empresariales.

Ildefonso Hernández

La percepción de que son imprescindibles cambios estructurales, como es el caso de la gestión del personal, ha aumentado notablemente. Que esta apreciación acelere los necesarios cambios estructurales, está por ver. Las propuestas en salud pública y sanidad que han hecho los partidos políticos en el seno de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados no son, desde luego, tan ambiciosas como para ello en su formulación.

Es probable que aumente el gasto sanitario, si este aumento fuese a costa de educación o investigación sería peor el remedio. Sin rechazar incrementos, que en todo caso tendrían que ser parte de una política más amplia y con objetivos bien definidos, nuestro sistema de salud debería encarar factores que amenazan su viabilidad; me refiero, por ejemplo, a la demanda de atención sanitaria y a los costes de las innovaciones biomédicas.

Cuesta explicar que las políticas de salud pública tengan tantas dificultades y no se asuman como prioridad en la reducción de la demanda. Es posible que algunos observadores las consideren como una buena opción, pero de poco impacto, porque asumen que la demanda es ilimitada y no se puede obstaculizar el grifo de entrada sanitaria, ya sea por el envejecimiento ya sea por otros motivos. Otros observadores usan las propuestas de salud pública más como adorno final de sus propuestas.

Es obvio que es necesario un buen sistema de atención sanitaria que haga lo necesario con eficiencia y seguridad, pero la hipótesis de que si evitamos problemas de salud mediante políticas públicas no va a facilitar la sostenibilidad del sistema es discutible y, en cualquier caso, una política de bienestar que se precie debe tratar de evitar el sufrimiento. De ahí que cueste entender la tibieza en esas políticas. Un análisis de las variables que determinan la formulación de políticas públicas puede explicar las barreras a que se enfrentan, por ejemplo, la prevención del tabaquismo o de la obesidad mediante regulaciones de calidad. Lo que es menos explicable, a mi juicio, es que en ámbitos de expertos en política sanitaria estas políticas merezcan atención marginal. El enfoque de la demanda requiere políticas de salud pública decididas y gestión sanitaria eficiente. Hay suficiente evidencia de que el uso de la regulación y de la fiscalidad para diversos productos insalubres, comenzando por el tabaco, reducirán la incidencia de buen número de problemas de salud y deberían ser una prioridad, entre otras políticas de salud pública dirigidas a las causas radicales de los problemas de salud. También debería ser inexcusable una política decidida para eliminar prestaciones que se han demostrado superfluas o perjudiciales.

El análisis de los efectos de la COVID-19 mostrará que, efectivamente, ha habido efectos indirectos por la pérdida de cantidad y calidad de la atención a otros problemas de salud, pero si está bien realizada mostrará también la magnitud de visitas e intervenciones innecesarias. Abordar con arrojo el desperdicio que se produce en los servicios de salud es obligado.

El sector biomédico es una fuente de innovación y riqueza, pero no debería tener patente de corso para colocar en el mercado sanitario primario (el que se paga con impuestos) cualquier cosa y a precios abusivos. La atención que recibe este asunto cuando se considera el futuro del sistema se compadece mal con la magnitud del coste. Es preciso trabajar con intensidad para determinar qué políticas públicas pueden mitigar una situación plagada de ineficiencias, que han sido bien descritas y que amenaza la sostenibilidad del sistema de salud. No es un asunto fácil y requiere políticas coordinadas en la Unión Europea, pero hay avances que pueden hacerse en el ámbito nacional.

TERCERA PREGUNTA

En este nuevo contexto, la tecnología se ofrece, tanto en presente como en futuro, como el gran *buffer* de los retos que la evolución humana depara. Se concentra en la biotecnología, en la investigación farmacéutica, etc., el mejor de los talentos del mundo globalizado. La pandemia fuerza aquí la reflexión de cómo puede ello cambiar el régimen de incentivos a la investigación, a las patentes y licencias para que los problemas globales reciban atención y hagan factible el acceso a los tratamientos que se derivan. Los incentivos micro de la economía industrial y los macro de la salud pública y la economía global no podrán ya desemparejarse.

Josep Figueras

Los enormes retos que suponen el control y tratamiento de la COVID-19 han llevado a un punto crucial algunos de los debates más candentes sobre la innovación tecnológica en salud, planteándose cuestiones como el acceso a la innovación, el papel de lo público-privado en su financiación, así como los incentivos para la investigación o los límites del mercado. La re-

solución de la última Asamblea Mundial de la OMS⁷, el pasado 19 de mayo, es una muestra de ello: finalmente consensuada por más de 130 países, Estados Unidos y el Reino Unido mostraron inicialmente sus reticencias a la propuesta de una patente abierta para cualquier vacuna de la COVID-19, países en los que grandes empresas farmacéuticas esperan recuperar los recursos invertidos en investigación y desarrollo.

Igualmente, el desarrollo de tecnologías digitales como las *apps* para el rastreo de contactos suscita retos tradicionales como la privacidad de la información y los peligros de un uso público no autorizado de los datos personales, que ha llevado a países como Bélgica o España a regular el uso de los datos anonimizados de estas *apps*⁸. Además, surgen dos cuestiones fundamentales sobre su uso: si añaden valor y si serán aceptadas por un importante porcentaje de la población, asegurando así su efectividad⁹.

Me limitaré aquí a apuntar tres reflexiones que, en mi opinión, son clave y pueden servir de orientación a la hora de tomar decisiones de política pública en esta área. Primero, cabe recordar que la innovación en tecnología o en cualquier otro ámbito se caracteriza por su originalidad y su valor añadido, además de conllevar la discontinuidad de tecnologías o prácticas anteriores¹⁰; por tanto, su originalidad o discontinuidad no suponen innovación si esto no va acompañado de una mejora de resultados y eficiencia.

Esto suscita un número de preguntas ante la introducción de nuevos tratamientos y tecnologías. ¿En cuántos casos hay una mejora de resultados y, además, cuántos resultan rentables? En este contexto de incertidumbre, las iniciativas de evaluación de políticas sanitarias resultan clave para dejar atrás tecnologías sanitarias consideradas de bajo valor social, económico,

[7] Plan de acción para fomentar la utilización de los medicamentos reguladores del mercado en el sistema nacional de salud: medicamentos biosimilares y medicamentos genéricos. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/farmacia/pdf/PlanAccionSNSmedicamentosReguladoresMercado.pdf>

[8] Hernández-Quevedo, C.; Scarpetti, G. y Webb, E. (2020) *How do countries structure contact tracing operations and what is the role of apps?* Covid-19 Health System Response Monitor. Bruselas: European Observatory on Health Systems and Policies; 18 junio 2020. Disponible en: <https://analysis.covid19healthsystem.org/index.php/2020/06/18/how-do-countries-structure-contact-tracing-operations-and-what-is-the-role-of-apps/>

[9] Hinch, R.; Probert, W.; Nurtay, A.; Kendall, M.; Wymant, C., et al. (2020). *Effective Configurations of a Digital Contact Tracing App: A report to NHSX*. Reino Unido: Universidad de Oxford. Disponible en: <https://www.research.ox.ac.uk/Article/2020-04-16-digital-contact-tracing-can-slow-or-even-stop-coronavirus-transmission-and-ease-us-out-of-lockdown>

[10] Nolte, E. *How do we ensure that innovation in health service delivery and organization is implemented, sustained and spread?* Policy Brief 2018. Bruselas: European Observatory on Health Systems and Policies. Disponible en: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/380731/pb-tallinn-03-eng.pdf

organizativo e incluso ético. Desde una perspectiva Europea, un progreso significativo podría ser alcanzado no solo a través de la colaboración en la evaluación de dichas tecnologías sanitarias (por ejemplo, a través de redes europeas de evaluación de tecnologías sanitarias como EUNETHA), sino también en el ámbito de la compra y previsión conjunta de aquellas tecnologías emergentes que resulten prometedoras. Se trataría de aunar esfuerzos para facilitar una red de información común entre los países de nuestro entorno.

Segundo, la adopción y la utilización apropiada de la tecnología presenta desafíos ya que, en muchos casos, no es adoptada, implementada o ampliada a mayor escala, bien por falta de formación o de infraestructuras, barreras administrativas, falta de integración de incentivos para su adopción o, incluso, por la percepción de dificultad en su implementación, a pesar de ser coste-efectiva. Un ejemplo claro de la COVID-19 ha sido el salto a la digitalización de las visitas médicas; las barreras ampliamente analizadas fueron rápidamente sorteadas ante una situación extrema, siendo una de las innovaciones que permanecerá en el tiempo. Un estudio del Observatorio Europeo nos puede dar algunas pistas sobre las condiciones que facilitan la adopción de innovaciones tecnológicas en los servicios organizativos y de provisión, y que incluyen un liderazgo comprometido con el cambio, proveedores y usuarios involucrados, una comunicación efectiva en la organización o entre organizaciones, el monitoreo continuo y *feedback* del progreso, la adaptación de la innovación al contexto local y su integración con las políticas apropiadas, y la evaluación y demostración de su coste-efectividad¹¹.

En tercer lugar, la innovación tecnológica presenta desafíos en relación a los incentivos para I+D+i, y su reflejo en la política de precios. Además de ser uno de los argumentos de la industria ante la falta de incentivos para la investigación, se ha utilizado como justificación de mercado a la hora de establecer precios y proteger patentes (véase las reticencias iniciales a una patente abierta a la vacuna de la COVID-19). Sin embargo, hay al menos dos razonamientos que contradirán esta afirmación. Primero, si aplicamos la tesis de Mariana Mazzucato desarrollada en su libro sobre el Estado emprendedor¹² al caso de la COVID-19, vemos en la práctica cómo los Estados

[11] Nolte, E. *How do we ensure that innovation in health service delivery and organization is implemented, sustained and spread?* Policy Brief 2018. Bruselas: European Observatory on Health Systems and Policies. Disponible en: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/380731/pb-tallinn-03-eng.pdf

[12] Mazzucato, M. (2015). *El Estado Emprendedor*. Barcelona: RBA. Disponible en: <https://marianamazzucato.com/entrepreneurial-state/es-e/>

han invertido una cantidad inmensa de recursos en un amplio número de proyectos de investigación orientados a conseguir o bien un medicamento o la tan ansiada vacuna en un contexto de alto riesgo e incertidumbre. Según esta tesis, los estados estarían socializando los riesgos frente a la posible privatización de los beneficios. Segundo, falta información que confirme que los recursos dedicados a innovación por parte de la industria no se derivan a otros ámbitos, como son las actividades de marketing o comerciales.

En cualquier caso, el consenso en la adopción de la resolución de la OMS sobre una patente abierta para la vacuna de la COVID-19, así como la llamada *Inclusive Vaccine Alliance* creada por varios países del entorno¹³, son pasos hacia la consolidación de una gobernanza global. De cualquier manera, y ante la incertidumbre que suscita la continuidad de estos compromisos, seguirá siendo imprescindible encontrar modelos que permitan compartir riesgos entre el sector público y privado, por ejemplo, a través de un preacuerdo de inversión pública en investigación a cambio de certidumbre en la financiación en innovación por parte del sector privado.

Iván Planas

La tecnología se ofrece tanto en presente como en futuro como el gran *buffer* de los retos que la evolución humana depare. Se concentra en la biotecnología, en la investigación farmacéutica, etc., el mejor de los talentos del mundo globalizado. La pandemia fuerza aquí la reflexión de cómo puede ello cambiar el régimen de incentivos a la investigación, a las patentes y licencias para que los problemas globales reciban atención y hagan factible el acceso a los tratamientos que se derivan. Los incentivos micro de la economía industrial y los macro de la salud pública y la economía global no podrán ya desemparejarse. Quisiéramos reflexionar sobre sus males y remedios.

Es evidente que el avance en la globalización (el conocimiento viaja más rápido que nunca pero, como bien público que es, siempre ha sido global) ha ido reconfigurando alguno de los esquemas clásicos de la economía industrial y de la innovación. Sin embargo, los esquemas de desarrollo industrial no distan mucho de las estructuras clásicas. Los Estados y coaliciones (UE),

[13] Government of the Netherlands. "France, Germany, Italy and the Netherlands working together to find a vaccine for countries in Europe and beyond". *News item*; 3 Junio 2020. Disponible en: <https://www.government.nl/latest/news/2020/06/03/france-germany-italy-and-the-netherlands-working-together-to-find-a-vaccine-for-countries-in-europe-and-beyond>

así como la industria farmacéutica en las fases avanzadas de la innovación, siguen siendo la base del impulso de la investigación, a pesar del gran papel de las opciones filantrópicas (*Bill and Melinda Gates Foundation, Coalition for Epidemic Preparedness Innovations* (CEPI), entre otros).

El mundo afronta tres retos de economía industrial respecto a la innovación sanitaria: a) cómo financiar la investigación en enfermedades minoritarias, b) cómo financiar la investigación en enfermedades extinguidas en los países desarrollados o endémicas de países pobres o en vías de desarrollo, c) cómo establecer un sistema de discriminación de precios de forma simultánea en todo el mundo para hacer frente a una nueva enfermedad como es el caso del coronavirus. No me extenderé en relación con los dos primeros, por no ser objeto principal de análisis en este documento. En relación con el tercero, la particularidad especial es la simultaneidad. El proceso de recuperación de la inversión del desarrollo de nuevos fármacos habitualmente pasa por la protección vía patente, que establece unos precios inalcanzables para la mayoría de países. Así, durante un tiempo (más que suficiente para la recuperación de la inversión inicial), estos fármacos basan sus ventas y distribución en los países más desarrollados y con un sistema sanitario de libre aseguramiento, pasando después a los países también desarrollados pero con fuertes políticas nacionales de contención de costes y negociación con la industria y, finalmente, llegan (una vez la patente ya lleva unos años de recorrido) a los países menos desarrollados. La discriminación de la demanda vía precios es, pues, secuencial. Sin embargo, el resultado que maximizaría el bienestar social (incluyendo también la maximización de beneficios por parte de la industria) implicaría que la discriminación de precios fuera simultánea. Fuera de estas opciones, el mercado pierde interés en esta inversión y el mundo queda al amparo de la filantropía o de las iniciativas intergubernamentales (habitualmente lentas).

¿Cómo garantizar, pues, esta discriminación de precios simultánea sin que se produzca un comercio paralelo? Esa es la clave del éxito en la aceleración de la investigación y el desarrollo de nuevos productos sanitarios. Es de prever que en un caso como la COVID-19 la alta intensidad en la opinión social castigue las conductas mercantiles o nacionales que restrinjan el acceso a grupos de población o a determinados países. Es más, como estrategia óptima de salud pública en el caso de una vacuna, los países desarrollados están interesados en que la inmunización de la población sea lo más amplia posible. Por ello, sería deseable e incluso probable la creación de un fondo mundial para garantizar el acceso a la vacuna independientemente

del nivel económico de cada país, financiado por las grandes economías. Sin embargo, las actuales tensiones políticas y comerciales entre EE.UU., China y Rusia, y el ataque de EE.UU. a la OMS contribuyen más bien poco en este sentido. Las medidas de impulso fiscal mediante inyección de fondos directos y préstamos flexibles a los Estados miembros más afectados por la pandemia deberían servir de ejemplo para la creación de este fondo, no sea que la factura, en forma de créditos imposibles de devolver, que deje la COVID-19 sea superior en términos económicos que demográficos.

España tiene uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo. Más aun cuando uno tiene en cuenta la justicia distributiva y el nivel de equidad de los servicios. Además, su sistema de innovación e investigación se colocan en un lugar destacado en el mundo. Sin embargo, la calidad institucional de sus Administraciones Públicas, la lentitud de las mismas y las restricciones regulatorias dificultan en gran modo su capacidad de innovación y de transferencia tecnológica, perdiendo una gran oportunidad de disponer de una industria centrada en la biotecnología, el medicamento y los sectores afines, mediante una política más inteligente de compra pública que permita no solo promover la innovación y el desarrollo de la industria sanitaria, sino a ser un buen socio tecnológico y funcional de la misma, siguiendo el ejemplo de los países nórdicos.

Julián García-Vargas

La tecnología es la gran herramienta del sector sanitario. Hasta ahora ha garantizado su avance dentro de márgenes económico-presupuestarios asumibles. La cuestión es encajar los legítimos intereses de la industria con las posibilidades presupuestarias del sector, aunque hay métodos aplicados o en ensayo para conseguirlo. La pandemia no ha cambiado los problemas de fondo: solo los ha acentuado y acelerado.

En España deberemos replantear el papel de los institutos de I+D, sobre todo el Carlos III. ¿Deberá ser el órgano de apoyo científico-técnico del Ministerio de Sanidad y de las Consejerías de Sanidad de las CC.AA. o un organismo de investigación pura que compita con el CSIC? En mi opinión, tras la pandemia, parece necesario reforzar su carácter de apoyo al SNS, en perfecta coordinación con una Agencia de Salud Pública que debe crearse a partir del Centro Estatal de SP, el CN de Epidemiología, la Red de Vigilancia de SP y la estrategia de SP. En esa agencia debe existir una representación de las CC.AA.

Enrique Castellón

Ha habido bastantes países, entre ellos el nuestro, que han dedicado financiación específica para proyectos COVID-19. Organizaciones internacionales han captado nuevos recursos destinados a la investigación y desarrollo de vacunas y antivirales específicos. La UE dispone de 9.000 millones de euros para impulsar la investigación. Numerosos laboratorios, dedicados a investigaciones dispares, han reorientado su actividad respondiendo a estos incentivos. Se ha estimulado, al menos de momento, la colaboración entre centros tecnológicos de diferentes países. Sin embargo, no es fácil saber en estos momentos qué sucederá cuando empiece a conocerse qué medicamentos o vacunas son efectivos. La OMS y también la UE buscan acuerdos que garanticen a todos el acceso a estos productos tan pronto como lleguen al mercado.

Pero los antecedentes no permiten asegurar que el proceso sea finalmente ordenado. Los gobiernos están sometidos a diversas presiones y su respuesta es difícil de anticipar. En las últimas semanas, ha habido rupturas puntuales del mercado único sin que se hayan planteado sanciones. La situación es excepcional en todos los sentidos. El impacto de esta pandemia está siendo brutal, y en esto se diferencia incluso de los más importantes brotes epidémicos que ha habido ya en este siglo. En ese sentido, no es fácil saber hasta qué punto esos precedentes pueden valer para hacer una previsión de lo que puede suceder a partir de ahora. Se observan en estos preciosos momentos síntomas preocupantes de que se ha vuelto a una cierta normalidad (que no es 'nueva normalidad') y que se resumen en una excesiva relajación social. Esto, unido al antecedente de cómo desapareció el temor a una pandemia tras las situaciones de 2003 (SARS), 2005 (gripe A), 2009 (gripe porcina), 2011 (MERS) y 2014 (ébola), es sin duda motivo de preocupación. En aquellas ocasiones se crearon nuevas organizaciones, hubo más financiación específica, nuevos acuerdos multinacionales, etc. pero todo ello se deflactó muy rápidamente hasta el punto de que la COVID-19 cogió a todo el mundo por sorpresa.

Quizá el incentivo para reforzar las estructuras de salud pública local y globalmente sea superior en esta ocasión, pero, por ejemplo, las tensiones políticas alrededor de la OMS no apuntan en ese sentido. Por otro lado, si juzgamos a partir de los datos con los que contamos hoy mismo, sí parece haber un alineamiento entre los intereses de la industria y los de los gobiernos como responsables de la salud pública. La posibilidad de fabricar vacunas está atrayendo incluso a empresas farmacéuticas que nunca han

producido una, a pesar de que es bien sabido que, en condiciones normales, producir vacunas se considera un negocio de mucho riesgo. Complejidad tecnológica, altísimos requerimientos regulatorios (mucho más que para cualquier medicamento), precios bajos y muchos compradores (los más necesitados) con escasísimos recursos. Bajo este punto de vista sí parece que estamos en una 'nueva normalidad' de incentivos y alineamiento. Pero es difícil saber cómo de estable será.

Boi Ruiz

Las tecnologías han supuesto igualmente un papel de catalizador en la aceleración de muchos procesos y de incremento de la "productividad" económica, social y científica del individuo y sus organizaciones. En el ámbito de la atención sanitaria y la investigación biomédica, el papel de las tecnologías de la información al servicio de la captación de datos y su explotación constituye un reto no exento de debate, aunque a veces artificial.

Pero las tecnologías no son un proyecto en sí mismas. Son catalizadoras y procuradoras de desarrollo para los proyectos de atención sanitaria y de investigación biomédica. El crecimiento y evolución de las tecnologías requiere de políticas sanitarias concretadas en proyectos a las que estas puedan servir o inducir.

La necesidad de proyectos globales sobre salud pública en relación con las enfermedades transmisibles se ha puesto de manifiesto en esta crisis y estos se deberán construir sobre sistemas de información sólidos y fiables.

Las enfermedades transmisibles no han desaparecido, pero se mantienen focalizadas en determinadas zonas de forma endémica. La pandemia nos devuelve a la realidad del riesgo y de la necesidad de llegar de forma efectiva a los focos de hoy y a los focos del futuro. Y, en buena parte, requiere de unos sistemas de información adecuados y globales.

Los incentivos convencionales, basados en la ayuda financiera como estímulo a empresas, organismos o agrupaciones empresariales de carácter local, aun con la condición de proyectos con componente de internacionalización, van a sufrir una reorientación a la globalidad. Ello va a transformar la naturaleza de los incentivos para la industria. Muchos deberán aprender a no confundir internacionalización con globalización.

Pero la patente ha constituido y constituye un incentivo primario de la investigación. La accesibilidad a terapias protectoras y a tratamientos efectivos, por otro lado, no puede condicionarse a la capacidad financiera de los países en los periodos monopolistas de la oferta. Sin perjuicio de la patente, una política de financiación global se requerirá para un problema global. La experiencia de la pandemia nos reitera que esta no distingue entre primer y tercer mundo. Seguir pensando en ganar 'robustez' propia y no pensar en políticas preventivas y de contención solidaria y global de las epidemias es errar en el camino, aunque solo sea, tristemente, por interés propio.

M^a Jesús Lamas

La pandemia también nos ha hecho reflexionar sobre lo que es un bien público frente a un bien privado. Los recursos sanitarios, la mayoría de los medicamentos incluidos, deben ser bienes públicos porque su uso no puede privar a personas necesitadas de ellos. Esto debe conjugarse con la necesaria incentivación para que la investigación y desarrollo atraiga inversión pública y privada. Los productos desarrollados con aportación pública, sea por convocatorias públicas de subvención o inversión en investigación, sea por la participación de profesionales del SNS en organismos públicos de investigación, cuya experiencia y formación se ha conseguido en el ecosistema público, deben ofrecer un retorno directo del que se beneficie el conjunto de la sociedad. Cuando se hayan beneficiado de la aportación pública, la transparencia en costes y la fijación de un precio justo es un retorno necesario que alienta futuras dotaciones con recursos públicos. Al mismo tiempo, es necesario mantener unas reglas del juego claras y estables para todos los actores: una política de protección intelectual desigual con EE.UU. o Japón puede tener como consecuencia indeseada el traslado de la industria tecnológica hacia esas regiones.

Mantener la maquinaria investigadora activa y productiva requiere que el siguiente eslabón de la cadena, es decir, *startups* o compañías consolidadas, tome el testigo y acabe consolidando la innovación como producto de valor accesible para todos. Europa debe encontrar el punto de equilibrio en el que cuida su economía del conocimiento y garantiza la sostenibilidad y calidad de sus sistemas de salud.

Rocío Mosquera

Después de mucho tiempo oyendo hablar del futuro desafío de las enfermedades emergentes y pensar que este era un problema de los países ‘pobres’ y en vías de desarrollo, que no podría impactar en la rica economía del primer mundo, esta endemia nos ha resituado en otra realidad en la que toma todo su sentido la definición más extendida: *“Las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes constituyen uno de los problemas de salud que más interés ha despertado en los diferentes países del mundo en los últimos años, pues muchas de ellas se consideran catástrofes nacionales por la alta morbilidad que generan, la gran cantidad de vidas que cuestan y el costo que estos representan desde el punto de vista económico para el país. Dejan de ser problemas de salud para convertirse en problemas económicos, por su afectación al turismo, la industria, las exportaciones de productos, además de los recursos que el sector salud debe aportar para controlar la enfermedad”*.¹⁴

Como pilar fundamental en la prevención de la aparición y propagación de estas enfermedades, se deberían promover el desarrollo del concepto *One Health*. Esta interconexión digital entre la salud humana, la salud animal y la salud ambiental, los programas predictivos en salud a través de análisis *big data* e IA (no solo en enfermedades infecciosas sino también oncológicas, toxicológicas, ambientales...), reforzaría el papel de la OMS y, en España, del Ministerio de Sanidad en el liderazgo de proyectos preventivos y en la vigilancia de episodios.

A nivel de biotecnología y farmacia, el camino ya iniciado de la colaboración público-privada debe avanzar. Los modelos colaborativos de orientación del I+D y los modelos hacia las necesidades no cubiertas de la Administración están probablemente en su etapa incipiente. Todas las relaciones contractuales de colaboración entre la academia y la industria, incluso la propia firma de patentes, deberían incorporar cláusulas de salvaguarda que garanticen la ausencia de monopolio en casos claros de crisis mundial, como el que ahora vivimos. El riesgo y beneficio compartido del modelo precomercial original de la Comisión Europea ha sido traducido a la práctica en experiencias de pequeña escala, con la transferencia de licencias de uso exclusivo o al desarrollo de esquemas de *royalties*. Sin embargo, experiencias a mayor escala y en situaciones de dominio de mercado como las que

[14] Riverón Corteguera. R.L. *Enfermedades emergentes y reemergentes: un reto al siglo XXI*. Hospital Pediátrico Universitario Centro Habana.

nos encontramos ahora, hace necesario retomar la parte más conceptual de aquel modelo y buscar formas de garantizar que los acuerdos aseguren al comprador público una cadena de suministro suficientemente amplia y competitiva, exigiendo a las empresas participantes que concedan derechos de propiedad intelectual a terceros en condiciones de mercado justas y razonables). Existen múltiples posibilidades a explorar; alianzas industriales que garanticen el retorno de la inversión a quien haya tenido éxito, con aquellos que no hayan tenido éxito o no hayan llegado a tiempo, pero puedan poner su capacidad de producción a disposición de los distintos Estados, accediendo de forma temporal (y limitada a la situación de crisis a la explotación de un desarrollo). Por supuesto, con una limitación legal al precio de mercado, que garantice la sostenibilidad de la compra pública de los Estados y del modelo económico vigente.

Otro de los hechos que quedó claramente en evidencia durante esta crisis fue la necesidad de contar con un tejido industrial nacional que dé respuesta rápida y satisfactoria a la demanda de productos básicos. Durante el estado de alarma se ha realizado un gran esfuerzo para establecer mecanismos de comunicación y apoyo entre las distintas administraciones y la industria, que ha generado una capacidad productiva autóctona muy importante, pero lógicamente presenta muchas incógnitas e incertidumbres con respecto a la ‘normalización’ del mercado. Sería difícil de entender que la compra pública, especialmente en el corto y medio plazo, no tuviera posibilidad de aprovisionarse localmente tras el esfuerzo realizado dando viabilidad futura a esos procesos productivos. Y es aquí donde el favorecimiento del acceso de las pymes a los procesos de compra pública, ya iniciado con la última reforma del reglamento europeo, juega una importancia fundamental.

Pero esto no debe quedar aquí, no debemos olvidar que antes de esta gran pandemia, que es aguda y temporal en el tiempo, luchábamos contra la pandemia de enfermedades crónicas generadas por la mala alimentación, la contaminación y el sedentarismo. Y que, en este caso, el nivel micro industrial puede ayudar y mucho a las políticas de salud global para resolver un problema que nos acompañará de esta enfermedad emergente a la siguiente y que necesita que continuemos trabajando para darle respuesta (lo analizaremos más detalladamente en el punto 4).

Jesús M^a Fernández

El siglo XXI está unido a la innovación. Europa ha estado a la cabeza de la innovación en el mundo durante los pasados dos siglos, y fue gracias a ello que desarrolló su hegemonía e industria (automoción, biofarmacéutica, aeronáutica, química, energética...). Europa se rezagó frente a Estados Unidos ya en el comienzo de la revolución digital. Y seguimos perdiendo posiciones en las últimas décadas en otros sectores tradicionalmente liderados por la industria europea, como el biofarmacéutico. De ahí que recientemente la Comisión y el Consejo de la UE estén tratando de recuperar terreno y encauzar los planes de innovación y transformación económica de las próximas décadas. Las iniciativas son múltiples (Plan de Inteligencia artificial, Espacio común de datos europeo, Estrategia de la industria Farmacéutica, Plan Verde, ...). No hay otra opción que ser ambiciosos en esa modernización y plan de reformas de la economía. Ni otro camino que no sea el de la colaboración público-privada. Hace falta una visión y objetivos estratégicos fijados por los Estados, hacen falta fondos públicos coadyuvantes, creación de talento, escuelas y universidades que eduquen en las competencias que la nueva economía requiere y que desarrollen conocimiento. Y hace falta un nuevo marco regulatorio sobre el uso y protección de los datos, para la fijación de estándares de datos y tecnológicos abiertos, que proteja y promueva la propiedad intelectual. Y es imprescindible la participación de la iniciativa privada, de las grandes corporaciones, de las pymes, de los microemprendedores, de los científicos y de los centros tecnológicos, en la creación de valor.

La pandemia nos ha vuelto a poner frente al espejo de la globalización. No solamente los virus se desplazan de una esquina a otra del planeta en cuestión de días; las cadenas de suministros estratégicos están globalizadas, también el conocimiento sobre la génesis de la pandemia y las respuestas (tratamientos o vacunas) se comparten en cuestión de días. La dependencia mutua es completa. España no es ajena a esa misma liga. España debe aspirar a jugar en los foros donde se toman las decisiones estratégicas sobre la innovación: instituciones multilaterales, corporaciones empresariales, foros científicos y tecnológicos mundiales. España forma parte de un club de naciones que promueven economías abiertas e innovadoras a través de los tratados de comercio y de cooperación económica, promoviendo entornos legales y económicos favorables a la innovación. Una innovación que debe ser, además, sostenible social, financiera y medioambientalmente. Dentro de las atribuciones que competen a las autoridades sanitarias españolas, la fijación de precios de la innovación sanitaria es clave. Un sistema

de fijación de precios y mecanismos de pago a la innovación que deberá ir evolucionando conforme cambian los modelos de oferta (conjuntos medicamento-dispositivo, *apps* médicas...), disponibilidad creciente de evidencia de vida real...

Juan Abarca

En materia de innovación es importante tener también una visión puesta en el medio y largo plazo y no pecar de cortoplacismo, una tentación y un hecho puesto de manifiesto en múltiples ocasiones. No hay mayor eficacia, eficiencia y efectividad que aquellas innovaciones biomédicas y tecnológicas que salvan vidas o mejoran sustancialmente la calidad de vida y bienestar de los pacientes y, en este sentido, disponemos de ejemplos recientes tales como, entre otras muchas, los nuevos medicamentos frente a la hepatitis C, frente al VIH/SIDA, frente a múltiples formas de cáncer, frente a patologías respiratorias y cardiovasculares como la EPOC o la insuficiencia cardiaca congestiva o frente a enfermedades relacionadas con las neurociencias, como la esclerosis múltiple u otras de carácter inmunológico.

El nuevo modelo de medicina que entre todos estamos construyendo, tomando como referencia los grandes avances que se van produciendo en el ámbito de la salud, nos conduce hacia una forma de gestionar y actuar sobre la salud, el bienestar y la enfermedad más personalizada, más predictiva, más participativa, con un carácter poblacional, preventivo y preciso.

España disfruta de una posición preminente en materia de innovación en el contexto europeo, un hecho que es incuestionable en materia de proyectos y publicaciones, aunque todos los expertos en esta materia apuntan hacia un *gap* relacionado con el número de patentes.

La inversión de la industria farmacéutica presenta un perfil de crecimiento más que reseñable en los últimos años, superando los 1.147 millones en 2017; el 47 % correspondiente a contratos con universidades y otros centros de investigación públicos y privados. Este nivel de inversión supone más del 20 por ciento de toda la I+D industrial en España.

Este hecho favorece sobremanera la dinamización del tejido investigador en nuestro país, el cual se ha convertido sin duda en referencia internacional en lo que respecta a ensayos clínicos; de hecho, hoy ocupa la tercera posición en el contexto europeo, tras Alemania y Reino Unido, donde más ensayos se realizan. Los investigadores españoles participan en tres de cada

diez de los ensayos clínicos llevados a cabo en Europa. Captar más inversiones de las compañías farmacéuticas y biomédicas multinacionales y de las empresas de tecnología sanitaria ha de ser uno de los grandes objetivos y uno de los grandes retos para España.

La transformación digital en el ámbito de la salud y la sanidad está permitiendo grandes avances que redundan, por un lado, en una mejor atención, mucho más eficiente y efectiva como es el caso de la cita *online*, la interoperabilidad, la receta electrónica, la medicina no presencial, o la monitorización y control a distancia, así como la posibilidad de gestionar grandes cantidades y obtener evidencia científica de datos clínicos de una forma segura a través de lo que se conoce como ciencia de los datos o '*data science*', una realidad emergente junto al '*expertise*' imprescindible en materia de protección de datos y ciberseguridad que, sin duda, van a cambiar la forma de hacer y actuar en medicina.

Hemos de apostar por el trabajo conjunto, mancomunado, sinérgico y colaborativo de todos los agentes implicados en la mejora de la salud de la población en general y del individuo en particular en el contexto que nos corresponde, que es Europa.

En este sentido, disponemos de ejemplos relacionados con la agenda 2020 y 2030 de iniciativas europeas con participación preminente de empresas y organizaciones españolas, como el proyecto "Harmony" relacionado con la mejora y personalización de los tratamientos de pacientes con leucemia linfocítica crónica, linfoma no Hodgking, síndromes mielodisplásicos y otros desórdenes sanguíneos, el proyecto "Mopead" en detección precoz de la enfermedad de Alzheimer; el proyecto "Facet" para mejorar la calidad de vida de ancianos y personas en estado de fragilidad o el proyecto "Paphos" de analítica avanzada para mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas

Los diferentes acontecimientos mundiales que han acompañado esta pandemia y su expresión concreta en España son consecuencia, entre otras cosas, de la desindustrialización general del país y, en particular, de industrias orientadas a la tecnología sanitaria. Desde hace años, nuestro sistema sanitario ha sustentado su innovación en la adquisición de tecnología desarrollada por otros, tanto en máquinas como en fármacos. De ahí que seamos un país excelente para hacer ensayos clínicos y vender aceleradores lineales, pero en el que no tenemos fábricas para hacer vacunas humanas o resonancias magnéticas. Así, el "mejor sistema sanitario del mundo", cada

vez más preocupado de los beneficios de sus proveedores, se olvidó que inventaban otros y fabricaban los de siempre. Y cuando llegó el momento de poner la maquinaria de España a fabricar lo que necesitábamos para hacer frente a la pandemia y proteger así a nuestros pacientes y hospitales, nos dimos cuenta que no había tal maquinaria.

Lo paradójico es que disponemos de un porcentaje significativo de la élite de la investigación biomédica, física y biotecnológica del mundo. Esa base es la primera materia sobre la que construir un tejido industrial basado en el “hacer” en el sentido anglosajón del término “*make*”. Por tanto, sin duda debe haber incentivos que promuevan la investigación, la innovación y la producción de materiales básicos para nuestro sistema sanitario en nuestro país.

Ildefonso Hernández

Se han descrito historias sobre fármacos que desde sus inicios hasta la aprobación final muestran un patrón similar y que es frecuente. Son fármacos de precios muy altos y retornos muy por encima de las expectativas de las empresas una vez considerada su inversión en I+D. Estos fármacos han sido el resultado de inversiones generosas procedentes del sector público, de acciones filantrópicas e incluso de aportaciones de afectados en las fases iniciales e intermedias o incluso avanzadas de la investigación, que finalmente han acabado en una absorción o adquisición por una gran compañía, sin que estas inversiones tengan ningún retorno social, salvo raras excepciones. Hay diversas propuestas relativas a la innovación biomédica y el acceso a fármacos tendentes a proteger la inversión pública; reformar las reglas de propiedad intelectual; facilitar el acceso al conocimiento generado con aportación pública y al impulso de investigación independiente. Por tanto, hay bases para que la cuestión sea trabajada a fondo, a fin de mejorar la efectividad gubernamental en la política de farmacia y dispositivos biomédicos.

Independientemente de la necesidad de mejorar el gobierno de la innovación biomédica, hay otro asunto que pasa desapercibido o no es explícito en la mayoría de los análisis sobre el futuro de la salud pública y la sanidad. Me refiero al papel de la innovación social para dar solución a muchos de los problemas que se presentan en la formulación e implantación de políticas de salud y en la gestión de la sanidad. Otro terreno de aplicación de la innovación social son múltiples intervenciones dirigidas a promover la salud que,

por cierto, en muchos casos ya disponibles se han mostrado más eficientes y sostenibles que las alternativas biomédicas. Mientras que en las escuelas de negocios es habitual que se aborde la innovación social, el asunto permanece ajeno a la mayoría de agencias financiadoras de investigación en salud. Hay un alto grado de captura de la investigación sanitaria, de forma que en una gran proporción sus esfuerzos se dirigen a la biomedicina. Esto ha sido estimulado por la Unión Europea, que otorgó un papel central a la competitividad, considerando además que esta se vincula a los sectores básicos y menos a la innovación social. La salud no es ajena a los retos medioambientales, éticos, políticos, económicos o regulatorios, de la misma forma que la sanidad no es ajena a resolver problemas espinosos como puede ser la gestión de personal, la implantación de incentivos o el diseño del cuadro de indicadores ideal para monitorizar y evaluar la provisión de servicios de salud.

Sabemos que algunas intervenciones de carácter social tienen mayor efectividad en términos de salud que muchas intervenciones biomédicas, pero su cobertura es mínima. Sin embargo, los ejemplos arquetípicos de éxito en innovación social se dan en el terreno de la salud, con ejemplos tales como la prevención de lesiones en ancianos, el fomento de la donación de órganos o el abordaje de la mala calidad nutricional. Una política de salud sensata, además de trabajar en salud pública como más arriba se mencionó, debe instaurar medidas de intervención social que demuestren mayor valor añadido y eliminar muchas prestaciones biomédicas de bajo valor. Una política de servicios de salud adecuada, debe incorporar las mejores evidencias para realizar una gestión efectiva. Por estos y otros motivos, la política de investigación debe reformarse. Estos cambios se deben plasmar en la formación del personal sanitario, en dos ejes: que su agenda de formación no esté marcada por corporaciones privadas y que apliquen la innovación e investigación social como parte de la dinámica de funcionamiento de los servicios.

CUARTA PREGUNTA

La crisis del coronavirus ha puesto en evidencia que no existe un *'trade off'* entre economía y salud, sino que la economía necesita entornos de salud pública confiables y que los sistemas de salud requieren una economía que genere renta y riqueza para financiarlos. La cuestión es cómo compaginar la gobernanza colectiva, lo que ahora son compartimentos de gasto (proveedores, como centros de coste del presupuesto público), y responsabilidades de ingreso (en creación de puestos de trabajo, valor añadido, etc.). ¿Cuál sería, desde su experiencia, la mejor manera de integrar dichos ámbitos, hoy separados por competencias territoriales, departamentales y posiciones estatutarias del personal?

Josep Figueras

Ciertamente, hay cada vez más un consenso, tanto técnico como político, sobre la existencia de un círculo virtuoso entre la salud, los sistemas sanitarios y la riqueza. Obviamente, el nivel de riqueza de una sociedad, sobre todo cuando coexiste con un alto nivel de equidad distributiva, es un determinante fundamental de la salud, más allá de que tenga capacidad

para financiar un sistema de salud de alta calidad y con cobertura universal. Una revisión reciente del Observatorio Europeo para el G20 detalla la contribución de la salud y el sistema sanitario en el progreso económico y social¹⁵. Desde la teoría del capital humano, la salud es un factor central para aumentar la productividad económica; además, las personas sanas recurrirán en menor medida a los recursos de los sistemas sanitarios. Asimismo, tanto la salud como los sistemas sanitarios contribuyen a la cohesión social, la equidad y la estabilidad, al garantizar tanto la protección social como la protección contra las consecuencias financieras de la mala salud. Todo ello juega un papel central en el bienestar social que, tal como se ha argumentado por la presidencia finlandesa del Consejo Europeo en el 2019¹⁶, tiene un *feedback* positivo para el crecimiento económico, esto es *'the economy of wellbeing'*.

También es cierto que, al menos en la primera oleada de la pandemia, la mayoría de los países se han inclinado por proteger la salud, independientemente de las consecuencias que el confinamiento y el distanciamiento físico tuvieran para la economía. Como notables excepciones, Estados Unidos o Brasil, y en un primer momento, el Reino Unido, que se inclinó por medidas de distanciamiento no tan restrictivas destinadas a adquirir inmunidad de grupo y a proteger la economía, para después realizar un giro total de su política al observarse las consecuencias devastadoras en la salud de su población. Sin embargo, en un más que probable escenario futuro, con una nueva oleada de la pandemia, vamos a asistir a situaciones de *'trade off'* entre economía y salud, o lo que recientemente un comentarista etiquetaba como *'Save Grandma o Save the Economy'*¹⁷.

En general, y en cuanto al tema central sobre cómo compaginar los dos ámbitos de gasto social y responsabilidades de ingreso, no es solo una cuestión de compartimentalización organizativa, sino también un problema de entendimiento entre los actores económicos y de salud con lenguajes y aproximaciones muy distintas. Mientras que los segundos hablan de la inversión en salud, los primeros lo perciben como una carga sobre el gasto

[15] WHO/European Observatory on Health Systems and Policies (2019). *New reports on how the health systems contribute to the economy*. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies.

[16] EU2019FI (2019). *Economy of wellbeing in the EU: People's wellbeing fosters economic growth*. 2019 Finland's Presidency of the Council of the EU. Disponible en: <https://eu2019.fi/en/backgrounders/economy-of-wellbeing>

[17] Coyne, A. "Save Grandma or save the economy? It depends". *The Zero Canada Project*; 31 March 2020. Disponible en: <https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-save-grandma-or-save-the-economy-it-depends/>

público que debe someterse a políticas de contención de costes. A partir de una consulta con estos dos actores públicos, un estudio del Observatorio para la Conferencia Ministerial sobre sistemas de salud en 2018, en Tallin, “*Making the economic case for investing in health systems*”, concluye con una serie de sugerencias, principalmente dirigidas a los actores en salud y en línea con los fines de los departamentos económicos, y que pueden ser de utilidad a la hora de enfrentarnos a futuros ‘*trade off*’ en las decisiones sobre la pandemia.

En primer lugar, el sistema sanitario debe demostrar una buena administración de los recursos públicos dedicados a la salud, evidenciando así no solo el claro impacto beneficioso de los sistemas sanitarios en la salud de la población, sino también el compromiso de monitorear los niveles de desempeño, así como de adoptar políticas apropiadas para mejorar la eficiencia. En segundo lugar, el sistema sanitario promueve el crecimiento macroeconómico como una industria que constituye un componente importante de la economía y una fuente significativa de empleo, afectando indirectamente a la economía a través de sus efectos en la productividad de la fuerza laboral. En tercer lugar, el sistema sanitario respalda el bienestar de la sociedad a través de la contribución directa y crucial de la salud en el bienestar; la cobertura universal de la salud también influye en el bienestar directamente a través de su mejora de la protección social y la reducción del empobrecimiento asociado con la mala salud. Finalmente, el sistema sanitario contribuye a la sostenibilidad fiscal; por ejemplo, una población anciana saludable es menos costosa tanto para los servicios sanitarios como también para otros programas financiados con fondos públicos.

Iván Planas

Es importante interiorizar el concepto de inversión en salud, ya que esta genera un beneficio social y económico. Además, el sector salud es en sí mismo un importante generador de empleo en nuestro país. Según datos de la EPA del primer trimestre de 2020, un 8,7 % del total de ocupados en España trabajan en actividades sanitarias y de servicios sociales. Sin duda, para poder invertir en salud hay que tener recursos. El nivel de gasto sanitario agregado, a pesar de estar algún punto del PIB por debajo del que le corresponde según su nivel de renta, tiene un problema de calidad del mismo. Por ello, es importante introducir criterios de coste-beneficio en las decisiones de política sanitaria (y muy especialmente en la gestión de la

innovación tecnológica y terapéutica) y orientar las decisiones de inversión hacia la maximización de resultados en salud.

Si aceptamos la premisa de que una población sana es más productiva, y que los entornos de salud pública confiables son necesarios para el crecimiento económico, entonces el reto de integrar la gobernanza de lo que ahora son compartimentos competenciales y presupuestarios separados requiere prestar más atención a los determinantes de la salud y descartar la falsa premisa de que generar salud es una función exclusiva del sistema sanitario, así como rechazar la premisa de que el sistema sanitario es una fuente de gasto y no de riqueza. La historia nos ofrece ejemplos evidentes de la importancia de los factores no asistenciales en la generación de salud: la construcción de sistemas de alcantarillado y de conducción de agua potable disminuyó significativamente la mortalidad en las ciudades industriales mucho antes de que existieran sistemas sanitarios públicos de cobertura universal. Y no hace falta ir tan lejos para encontrar ejemplos: desde la década de 1960, la mortalidad cardiovascular se ha reducido un 50 %. Si bien dos tercios de esta reducción se deben a los avances de la asistencia sanitaria, el siguiente factor en orden de importancia es la disminución del consumo de tabaco¹⁸.

La biología humana, los estilos de vida y las condiciones del entorno físico y social, además del sistema sanitario, son los factores determinantes de la salud de la población. Esta es la premisa básica del paradigma “*Salud en todas las políticas*” (STP) promovido por la OMS¹⁹, que consiste en incorporar la promoción de la salud como objetivo transversal de todas las políticas públicas. El enfoque STP puede ser un instrumento eficaz de gobernanza intersectorial y puede aportar beneficios económicos importantes, si bien es cierto que a corto plazo cualquier alteración del *statu quo* genera ‘*trade offs*’ que dificultan la implementación de determinadas acciones. Gestionar el binomio salud-economía es un reto enorme, pero la pandemia actual ha demostrado que es posible y necesario. Para los gestores de la salud, integrar la perspectiva económica implica introducir criterios de coste-beneficio en el proceso de toma de decisiones. Para los gestores de la economía, integrar la perspectiva sanitaria implica reforzar el enfoque de “*Salud en todas las políticas*” y visualizar el gasto sanitario como una inversión que les beneficia. Para todos ellos implica romper con la inercia institucional de tra-

[18] <https://www.nber.org/papers/w11963>

[19] https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171707/Intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.pdf

bajo en silos, introducir cambios en sus culturas organizativas, mejorar la transversalidad en el proceso de formulación de políticas públicas y reforzar los instrumentos de evaluación, estimando costes y beneficios no solo en términos económicos sino también sanitarios.

Así se ha hecho con la COVID-19, donde constantemente y de forma integrada se han tenido en cuenta los impactos económicos y sanitarios en la toma de decisiones, con mayor o menor acierto dado el contexto de alta incertidumbre.

Desde el punto de vista organizativo es fundamental reconocer la base de alto componente en capital humano que requiere espacio para desarrollar su creatividad sin las ataduras de la maquinaria administrativo-burocrática. Reconocido el poder de agencia de los profesionales sanitarios hay que revisar el reparto de los derechos de propiedad, trasladando responsabilidad y consecuencias de las decisiones y, para ello, es fundamental incrementar el nivel de autonomía de gestión, potenciar las fórmulas de colaboración público-privadas (no confundir con externalización sin traslado de riesgo), y establecer una nueva relación de profesionalismo con los sanitarios, mediante fórmulas de retribución basadas en resultados tanto a nivel organizativo como profesional.

Julián García-Vargas

En efecto, no existe ese *'trade off'* pero para muchos no ha sido evidente hasta la COVID-19. En España, la experiencia descentralizadora en sanidad ha sido positiva, a pesar de las diferencias territoriales en acceso y calidad. La mejor manera de reducir esas diferencias y de integrar los ámbitos de gasto con los del ingreso es una mejor coordinación política y de gestión. Por un déficit creciente de coordinación, en gran medida hemos pasado poco a poco de un SNS descentralizado a otro interautonómico, y eso debe corregirse.

La coordinación política se ha ensayado con éxito a través de la Conferencia de Presidentes a lo largo de la crisis de la COVID-19 (solo había el precedente frustrado de 2006). Es en ese ámbito dónde se pueden establecer criterios de gobernanza colectiva.

La coordinación en la gestión se debe hacer a través del Consejo Interterritorial del SNS, bajo el liderazgo de un Ministerio de Sanidad reforzado, con una capacidad técnica mucho mayor que la actual, que sea la base de ese liderazgo.

El Ministerio de Sanidad y el Consejo Interterritorial SNS deben establecer criterios sobre todos los temas que afectan a los usuarios, como el acceso y calidad, listas de espera y otros muchos. Reitero que el liderazgo del Ministerio de Sanidad debe ser más por su capacidad técnica, que por competencias administrativas.

La coordinación debe extenderse al mejor aprovechamiento de la asistencia privada, mediante una colaboración estructurada, sin caer en la demagogia contra las privatizaciones. Las fórmulas de gestión 'privada' (empresas públicas en Andalucía, consorcios en Cataluña, concesiones en otras CC.AA.) han añadido flexibilidad a la gestión pública. Esto alcanza también al aseguramiento público y privado. Antes de criticar el privado deberíamos responder a la pregunta, ¿somos tan ricos como para mantener dos sistemas de aseguramiento sin relación entre sí?

Enrique Castellón

Efectivamente, la COVID-19 ha demostrado —si es que hiciera falta— la íntima relación entre economía y salud. También ha demostrado —espere-mos— que la inversión continuada en salud pública compensa los costes que provoca una pandemia, teniendo además la certeza de que no será la última (dado que sus determinantes no van a desaparecer).

El impacto de la salud en la economía es triple: como sector económico, como contribuyente a la salud de las personas y, por tanto, a su productividad (y en tanto reduce los costes sociales y sanitarios vinculados a la enfermedad) y, finalmente, como en este caso, reduciendo el miedo que, por sí mismo, limita las expectativas e impide que se lleve una vida normal en todos los sentidos.

Nuestra asistencia sanitaria está descentralizada, al igual que la salud pública. En ese sentido, la economía se beneficiaría, sin duda, de un incremento de la inversión en salud pública que sirva además para que el sistema se oriente a mantener la salud y no necesite poner tanto énfasis en tratar la enfermedad. El efecto positivo en la economía de los servicios de salud en

su faceta terapéutica siendo obvia, no es suficientemente visible, por lo que la idea de “gasto” (por contraposición a inversión) sigue dominando.

El impacto de una pandemia es brutal, como estamos viendo. Para mejorar la capacidad de prevenir y actuar con rapidez hay que invertir más recursos y hacerlos crecer más rápidamente —en términos relativos— en salud pública y sus diferentes programas de asistencia sanitaria. Hay acciones de salud pública, por otro lado, que no pueden desvincularse de la actividad asistencial, particularmente de atención primaria. En todo caso, es imprescindible impulsar una acción más coordinada en este ámbito. Pero lo verdaderamente importante es un compromiso explícito de la parte del Estado que financia la sanidad con la parte del Estado que se ocupa de cuidar de la salud de los ciudadanos. Los recursos destinados a la sanidad deben ser vistos más como inversión, que como gasto. No es trivial, el concepto importa y esa importancia tendría que traducirse en repercusiones presupuestarias. La organización asistencial, por otro lado, debe comprometerse a dar un mejor uso a esos recursos. Ya he comentado que debe orientarse más a preservar y promover la salud que tratar unas enfermedades que se ha hecho poco por prevenir. Pero también debe deshacerse de tecnologías y procesos que apenas aportan valor a los pacientes y, en ese sentido, deben ofrecer con transparencia toda la información que permita rendir cuentas y evaluar si ese objetivo se cumple. Es un “*do ut des*” obligado.

Boi Ruiz

La crisis del coronavirus vuelve a reiterar la evidencia de que la salud, además de ser un derecho su protección y su atención, es un bien económico. Como bien explican los economistas de la salud, una población sana es activa en generar y dotarse de conocimiento, producir bienes y servicios y generar riqueza que, adecuadamente distribuida, sostenga un bienestar colectivo. De esa riqueza que la población sana es capaz de generar también se nutre la respuesta a la protección de la salud y la atención sanitaria de forma equitativa y con la adecuada utilización de los medios disponibles.

La protección de la salud y su atención deberían ser, por lo tanto, un bien prioritario a proteger. Hemos visto como la “devaluación” de la salud producida por la pandemia impacta en la actividad económica.

La consideración de la atención sanitaria como sector económico, sin perjuicio de su dimensión de política social, no ha encontrado el eco necesario en la política para darle el impulso necesario.

Mientras, sectores industriales, como el del automóvil, son ayudados oportunamente para evitar su deslocalización y la pérdida de sus empleos, y ello es visto con aprobación, no ocurre lo mismo con el sector sanitario, en que el gasto de la atención se reparte en salarios y en una 'industria auxiliar' como la farmacéutica o la de las tecnologías médicas cuya 'protección' está en lo que desde los presupuestos de sanidad se paga por su producto.

Si hablamos de industrias, también deberían ser de aplicación los criterios de ayuda desde los presupuestos, destinados a estas para la ayuda en momentos de dificultad o para su I+D, sin que todo tenga que salir del precio de los productos. A estos sectores se les ve con mucha reticencia y se les aplica la afirmación simplista de que "con la salud nadie se debería enriquecer".

El concepto que prima sobre el sector sanitario es que es un sector de gasto, pues la inversión con dinero público solo es así considerada cuando se trata de un bien inventariable, al que por cierto no se le aplican amortizaciones. Y el gasto, con algunas excepciones, se debe ajustar a las anualidades presupuestarias cuya contabilidad, además, no registra como gasto lo no devengado.

El reconocimiento formal del sector sanitario, integrando todos sus actores y considerando el empleo y el valor del efecto de arrastre sobre otros sectores, debería ser un argumento sólido para las políticas keynesianas. Podemos verlo en cualquier tabla *input-output* y en muchos estudios realizados sobre la cuestión. Debería hacerse desde el Consejo de Política Fiscal y Financiera una lectura más propia del Ministerio de Economía que del Ministerio de Hacienda.

Ahora van a ser momentos muy difíciles, por la retracción económica consecuencia del parón producido por la pandemia, y muchas van a ser las necesidades por cubrir y de difícil priorización. Pero ello nos puede servir de examen para no sentar las bases de un nuevo concepto sobre el abordaje de la finalidad y destino de los recursos públicos en sanidad, más allá de ser el gasto necesario para la satisfacción del derecho a la atención sanitaria y la protección de la salud.

M^a Jesús Lamas

Los sistemas de salud tienen como misión la prevención o restauración de la salud de las personas, y además generan conocimiento. Esta fuerza motriz de la innovación y desarrollo debe estimular y contribuir a la economía del conocimiento. La retroalimentación es obligada. España es un país líder en investigación clínica por su participación en ensayos clínicos de medicamentos encabezados por la industria y realizados en centros públicos, por ello, los retornos al SNS deben de ser planificados, objetivables y evaluables. La participación de los profesionales sanitarios en el desarrollo de tecnología médica, dispositivos y otros productos sanitarios es relevante, pero no es transparente. Está muy ligada a casos individuales y esto impide, entre otras cosas, que el conocimiento se extienda equitativamente de forma más amplia a los equipos asistenciales y hospitalarios. La industria sabe dónde está el conocimiento externo necesario, este ejercicio de *outsourcing* debe beneficiar al SNSE por igual.

Rocío Mosquera

El extraordinario coste económico de los sistemas públicos de salud y la necesidad de adoptar medidas que permitan su sostenibilidad, sin que ello suponga una merma en la calidad de sus prestaciones, es uno de los grandes retos de futuro para los dirigentes políticos y sanitarios en los países desarrollados, y de España en particular. Como anteriormente mencionábamos, la gobernanza debe modificarse a un sistema donde la eficiencia (contabilidad analítica y resultados en salud) y los nuevos sistemas de gestión de profesionales sean el motor del cambio.

Pero el envejecimiento de la población en Europa en general y España, en concreto (con Galicia y Asturias como regiones de las más envejecidas de Europa), es un reto para el sistema sanitario, pero también una oportunidad económica que no debemos desaprovechar, la *Silver Economy*.

Uno de los asuntos que ya venía siendo puesto en evidencia, y ha confirmado esta crisis con una crudeza inusual, es la necesidad del cambio de modelo de los cuidados de larga duración de personas mayores. El 96 % de las personas que permanecen en las residencias lo están de manera obligada; todos preferimos envejecer en nuestra casa o en entornos similares a nuestro hogar. Más de 500 expertos han suscrito un manifiesto en este

sentido, en el que abogan por un marco conceptual de “Casa= vivienda + cuidados + apoyo/relación social y comunitario”.

Para ello, tenemos que introducir cambios en toda la cadena de cuidados, empezando por el diseño de nuestras ciudades. El concepto de *Smart City* toma toda su relevancia para hacer las urbes más humanas, más seguras, más adaptadas a las necesidades de sus vecinos. Incorporando ahora un nuevo paradigma de seguridad que es la prevención de contagios de la COVID-19, pero que nos servirá para cualquier enfermedad infectocontagiosa a la que las personas mayores seguirán sin duda siendo vulnerables.

Para esta nueva realidad es imprescindible la utilización intensiva de las nuevas tecnologías. La robótica social y el internet de las cosas (IoT, por sus siglas en inglés) permitirán normalizar las teleconsultas, monitorizar a los pacientes (según sus necesidades y nivel de dependencia), garantizándoles la seguridad que necesitan, dentro y fuera de su hogar. Pero también hay que incorporar la utilización de otras tecnologías (*IA, Big Data & Block Chain* aplicado a la investigación clínica y la escalabilidad de proyectos *Active & Healthy Ageing* (AHA), que nos permitirán mejorar la calidad de la atención a prestar a nuestros mayores a un coste razonable, haciendo sostenible el sistema.

Para ello, y volviendo a la necesidad de incentivación a nivel micro, es fundamental la colaboración y participación de todas las empresas y entidades del ecosistema de salud. En Galicia, el Cluster Saúde (CSG) lleva funcionando desde el 2011; en el momento actual cuenta con más de 80 socios, distribuidos en 4 cadenas de valor: *health-care, health-tech, food-tech* y *support*, con el objetivo claro de mejorar la salud a través de la innovación y la colaboración. En este consorcio participa la Administración y el tejido empresarial gallego, con el convencimiento de que solo la colaboración público-privada permitirá aportar soluciones solventes a los desafíos del futuro. La puesta en marcha de los DIH (*Digital Innovation Hub*) impulsados por Europa para conseguir la digitalización de las pequeñas y medianas empresas (pymes), es otro ejemplo de estos modelos de colaboración. Galicia es el paradigma de pymes y micropymes sin músculo para incorporarse a las nuevas tecnologías. A través de estos mecanismos esperamos poder tener un desarrollo mayor y más rápido. Uno de los retos incorporados a estos proyectos, también en la RIS3, es el envejecimiento.

Jesús M^a Fernández

Es cierto. La pandemia de coronavirus nos ha vuelto a recordar la importancia estratégica que la sanidad tiene como factor de desarrollo. Las pandemias, las guerras y los fenómenos climáticos extremos o catástrofes naturales son las principales amenazas geoestratégicas. Lo han sido durante toda la historia de la humanidad y continúan siéndolo. Y, por lo que hemos visto estos meses pasados, hemos aprendido poco a prepararnos frente a ellas.

Durante los años pasados hemos juzgado y tratado a la sanidad como un sector estable, del que no era necesario preocuparse. Lo hemos aparcado en la zona de confort de las decisiones públicas: gastamos lo razonable, no genera demasiados problemas, nos dicen que tenemos la mejor sanidad y la mayor longevidad del mundo. La gente parece estar satisfecha, y la que no, se compra una póliza de seguro privado que la utiliza de manera complementaria a la cobertura universal. Hemos hecho caso omiso de las llamadas a reformar deficiencias reconocidas: el espacio sociosanitario, la transformación digital, la evaluación de resultados, la reducción de las desigualdades, la reforma del sector público sanitario y la modernización de la gestión de profesionales. Otros países europeos, mientras tanto, han puesto en marcha estrategias nacionales de medicina genómica, transformado estructura hospitalaria en servicios ambulatorios, desarrollado la transferencia de tecnologías, fortalecido los mecanismos de evaluación de tecnologías, medido la calidad y resultados de los servicios, integrado los servicios sociales y sanitarios.

En ese escenario de falta de reformas, la estructura descentralizada del sistema sanitario español ha servido, en parte, de mecanismo amortiguador, ya que han sido las autonomías, y dentro de ellas las áreas de salud, los hospitales y las unidades clínicas, las que más capacidad de innovación han mostrado. La COVID-19 así lo ha corroborado también. Sin embargo los marcos legales, y sobre todo los fenómenos de la economía política del Sistema Nacional de salud han facilitado poco, cuando no han sido frenos, a la innovación organizativa y tecnológica.

Después de la COVID tenemos una oportunidad para repensar, mediante una deconstrucción creativa, los marcos legales, políticos y de incentivos que han prevalecido hasta ahora. La sanidad ha ganado el interés social de la calle. Es hora de que gane también el interés de los parlamentos y de las sedes de gobierno.

Juan Abarca

Obviamente, la gestión de la asistencia sanitaria debe de estar transferida a las CC.AA., pero debe de ser dentro de un marco en el que, en mi opinión, se dote de una financiación finalista para la Salud —a través, por ejemplo, de un modelo cápita por ciudadanos y año—, según criterios de eficiencia clínica. Y es necesario establecer el sistema para que el sector sanitario participe, de alguna forma, en las decisiones sobre la financiación de la sanidad pública y no que esté todo en manos de las Consejerías de Hacienda o en el Consejo de Política Fiscal. No puede ser que las decisiones sobre el sistema sanitario público estén únicamente determinadas por criterios económicos.

Del mismo modo, esa conexión entre el sistema económico y el sanitario sería mucho más estrecha si estuviéramos dispuestos a cambiar de modelo de sistema sanitario e ir hacia un modelo en el que se separe financiación y provisión. En este caso, las posibilidades son múltiples y se podría replantear el papel del sistema de provisión hospitalario, haciendo que fuera un centro de costes, con posibilidades de generar ingresos, implicando al personal bajo un régimen que prime la meritocracia y la incentivación por objetivos y compitiendo en igualdad de condiciones entre el sector público y el sector privado.

Si queremos mantener el esquema básico de nuestro sistema sanitario actual, con la existencia de un Sistema Nacional de Salud que proporciona atención universal a toda la población, con un Estado encargado de la financiación y provisión de los servicios, potenciando el tejido empresarial de nuestro país internamente y sobre todo de cara al exterior. La falta de regulación del sector sanitario en nuestro país ha permitido desarrollar un tejido empresarial privado de primera calidad tanto en servicio como en innovación y complejidad, que debería de ser aprovechado y potenciado del mismo modo que se hace con otros sectores como el turismo, las telecomunicaciones o la energía.

En mi opinión, el sector sanitario público debe encargarse de garantizar la mejor asistencia sanitaria posible a la población —es un servicio público y es uno de los pilares del estado de protección social—, lo que no quiere decir que sea un puro gasto, sino que es inversión en sSalud para las personas y la sociedad. Pero su clara incapacidad para poder absorber la demanda de toda la población hace que deba dedicarse exclusivamente a eso.

Potenciar el sector sanitario privado y hacer de España un *hub* de salud se vería recompensado con un incremento de la creación de puestos de

trabajo, valor añadido para la población, incremento en la recaudación de impuestos y una ayuda para descargar la ingente demanda de los pacientes en esta época, por la cronificación y el envejecimiento, al sistema sanitario público.

Ildefonso Hernández

No tengo experiencia como para opinar sobre las formas de mejor integración de los ámbitos mencionados. En cualquier caso, creo que es interesante avanzar en mediciones del valor social de la producción de bienes o servicios en sanidad. En el ámbito sanitario parecería que es una cuestión resuelta, dadas las diversas formas de medición de resultados que habitualmente se emplean. Sin embargo, podemos estar pasando por alto que bastantes avances tecnológicos pueden tener bajo valor social comparativo. El grado de innovación en muchas vertientes de la salud no considera, sin embargo, las compensaciones o relaciones inversas entre distintos objetivos sociales. Se dispone ya de suficientes aproximaciones a la satisfacción en la vida comparando distintos valores, incluyendo la salud, pero quizá sería conveniente profundizar en los costes de oportunidad integrando esos distintos valores.

QUINTA PREGUNTA

Desde su particular “confieso que he vivido”, ¿puede recomendar a quien corresponda gestionar el bienestar de los ciudadanos aquello que crea sustancial para que resulte más efectiva su misión o mandato ante situaciones similares a las que hemos vivido con la COVID-19 o ante un rebrote potencial?

Josep Figueras

En línea con las reflexiones personales en la gran obra de Neruda, mis recomendaciones se resumirían en un solo sustantivo: humildad. Esta llamada *humilde* a la humildad iría dirigida no solo a los decisores políticos, sino también por igual a tecnócratas nacionales e internacionales, científicos e investigadores y a varios actores sociales y líderes de opinión que determinan de forma notable la respuesta a la pandemia.

Se ha hablado directa o indirectamente de la humildad en el contexto de la COVID-19. De cómo, el SARS-CoV-2, una sencilla cadena de aminoácidos encapsulada, ha puesto de rodillas a la economía mundial; y de cómo la naturaleza responde así al maltrato y destrucción del medioambiente de las últimas décadas. De la misma manera, ha sido una lección de humildad a la todopoderosa ciencia médica moderna, que todavía está barajando va-

rias teorías sobre el origen animal del virus y que no ha tenido muchos más resultados que llevar el pangolín a la imaginación popular. Una ciencia que, quizás debido a la presión política y popular, también ha cometido errores importantes en la evaluación de tratamientos, ilustrado por el reciente fiasco del *Lancet*, la prestigiosa revista médica, que a partir de la publicación de un estudio defectuoso recomendó el abandono de los ensayos clínicos con hidroxicloroquina para después retractarse y, con toda probabilidad dada la evidencia existente, volverá a recomendar el abandono de este medicamento. También nos ha demostrado las limitaciones de varios modelos epidemiológicos que han errado sistemáticamente a la hora de proyectar la evolución de la enfermedad. Aunque dado el rango tan variado de proyecciones, los resultados de alguno de ellos acabarán por coincidir con la realidad.

Los párrafos restantes, sin embargo, van dirigidos a aquellos que trabajamos directamente en la decisión, gestión o análisis de políticas sanitarias; una reflexión sobre las enseñanzas que la primera ola de la pandemia nos ha dejado y, sobre todo, dirigidas a la siguiente etapa de los más que probables nuevos picos de la pandemia en un futuro cercano.

Me concentraré solo en tres de las muchas de ellas relacionadas con el común denominador de la virtud de la humildad. Se fundamentan en aceptar y compartir la incertidumbre sobre la COVID-19 y, en consecuencia, nos invitan a agudizar el rigor con el que analizamos las respuestas, a cuestionar algunas de nuestras tesis preconcebidas sobre el comportamiento del sistema sanitario y a incluir a un debate abierto a todos los actores sociales.

En primer lugar, un análisis comparativo de las aproximaciones al liderazgo y comunicación sobre la pandemia en los países de nuestro entorno²⁰ nos muestra grandes diferencias en estilo y, en consecuencia, en sus resultados. Las estrategias que han generado más confianza en la sociedad y, en consecuencia, el cumplimiento o adherencia a las recomendaciones para la prevención han sido aquellas que se han adoptado con un estilo transparente, reconociendo y compartiendo los niveles de incertidumbre; ciñéndose a los estudios científicos y, al mismo tiempo, aceptando sus limitaciones; buscando el consenso político e invitando a la participación de los distintos actores sociales y en particular a la sociedad civil a un debate abierto que tenga en cuenta los valores y principios de cada sociedad. Baste remitirse a

[20] Williams, G, y Figueras-Marimont, J. *How are countries using knowledge brokers to ensure that emerging research and evidence on COVID-19 is translated into evidence-informed policy decisions?* Covid-19 Health System Response Monitor. Bruselas: European Observatory on Health Systems and Policies (disponible próximamente).

una observación de las diferentes estrategias adoptadas por los jefes de Estado, por ejemplo, de Estados Unidos o el Reino Unido y Alemania, Canadá o Nueva Zelanda.

En segundo lugar, ya sea por el modo vertiginoso en que se ha desarrollado esta pandemia o por las complejidades de esta, en muchos casos no hemos sido capaces de responder con guías claras y eficaces. Por ejemplo, una recomendación tan fundamental como el uso de las mascarillas en la población general ha dado recientemente un giro de 180 grados, debiéndose reconocer que tanto los consejos para usarlas, o no, y en qué situaciones, se basan casi exclusivamente en evidencia anecdótica. Igualmente, se está ahora cuestionando la evidencia científica que subraya la recomendación de separación física de metro y medio universalmente aceptada²¹. En este sentido, Greenlagh²² argumenta que sin ensayos controlados aleatorios en grandes poblaciones será imposible determinar la (in)eficacia del uso de mascarillas, lo que resulta imposible de realizar. Y éstas son solo dos dudas menores en comparación con la ignorancia existente sobre el comportamiento de la COVID-19. La ya bien conocida cita de Donald Rumsfeld nos debiera ser de utilidad: *“Sabemos lo que sabemos; sabemos lo que no sabemos; pero sobre todo no sabemos lo que no sabemos”*. La última parte se aplica particularmente a la pandemia: no sabemos ni tan solo lo que ignoramos sobre la misma.

Finalmente, la capacidad de respuesta tanto de los profesionales sanitarios como de la población ha sido quizás la mayor lección para aquellos que nos dedicamos a estudiar la gestión e implementación del cambio o el papel de los incentivos económicos en la eficacia de los sistemas. La observación del desempeño de los profesionales sanitarios en primera línea nos muestra no solo devoción y compromiso, sino también una gran ingeniosidad y capacidad de innovación, introduciendo cambios organizativos para el tratamiento dual de pacientes con y sin COVID-19, la adopción a gran escala de la telemedicina o la formación casi espontánea de equipos multidisciplinares —cambios muchos de ellos que muchos creíamos eran solo posibles a muy largo plazo—. Igualmente, en la eficacia de algunos sistemas europeos en su lucha contra la COVID-19, ha sido determinante el papel e implicación

[21] Heneghan, C. y Jefferson, T. *Covid-19 evidence is lacking for 2 meter distancing*. Reino Unido: CEBM, University of Oxford; 19 Junio 2020. Disponible en: <https://www.cebm.net/covid-19/covid-19-evidence-is-lacking-for-2-meter-distancing/>

[22] Greenhalgh, T.; Schmid, MB.; Czypionka, T.; Bassler, D, y Gruer, L. “Face masks for the public during the covid-19 crisis”. *The BMJ* 2020;369:m1435. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/bmj/369/bmj.m1435.full.pdf>

de la sociedad civil y los organismos no gubernamentales, que han sabido ocupar un espacio importante, dando soporte tanto a la comunidad como a los servicios sanitarios.

Nota del autor: Deseo expresar mi agradecimiento a la Dra. Cristina Hernández-Quevedo por su excelente apoyo tanto en la investigación como en la revisión técnica de estas respuestas.

Iván Planas

La mayoría de mis recomendaciones van en línea a las ideas que ya he ido recogiendo en las respuestas anteriores y, por lo tanto, responderé a esta pregunta de forma muy sintética a modo de conclusión (sin que el orden establezca prioridad alguna):

- Necesidad de acelerar la implantación de la evaluación de políticas públicas y las políticas basadas en la evidencia.
- Necesidad de ampliar las competencias de la AIREF en el análisis del equilibrio vertical de la financiación de las Administraciones Públicas y la evolución competencial.
- Establecer las bases competenciales y las transformaciones orgánicas e institucionales para una verdadera integración de las estructuras sociales y sanitarias que favorezcan el continuo bienestar social y sanitario, contemplando la integralidad de la persona en sus componentes biológicos y emocionales.
- Necesidad de consolidar el desarrollo de la salud pública y comunitaria, desplegando de forma completa las agencias de salud pública de manera coordinada con un centro europeo de vigilancia y control de enfermedades.
- Liderazgo institucional en la apuesta de las Administraciones Públicas para un plan de salud en todas las políticas, mediante el desarrollo de un plan estratégico que la sitúe, junto a las políticas de desarrollo sostenible, en el eje de transformación económica y social.
- Recuperación del nivel de inversión en infraestructuras y equipamiento sanitarios.
- Mayor planificación en las decisiones estructurales de sistema (cartera de servicios y recursos humanos principalmente, entre otros).

- Necesidad de abordaje específico de la sanidad dentro del ámbito administrativo. Si se entiende esta especificidad y sin necesariamente huir del derecho administrativo, introducir marcos regulatorios que faciliten nuevas formas de profesionalismo, compra pública más inteligente, autonomía de gestión de las entidades de provisión, refuerzo de las estructuras de gobernanza paralelas a la gestión política del sistema y, finalmente, sistemas de incentivo basados en el resultado, que dispongan de flexibilidad en un contexto de escenarios presupuestarios plurianuales en vez de la rigidez presupuestaria anual.

Julián García-Vargas

Mi recomendación es sencilla: escuchar a los que saben antes de tomar decisiones, apoyarse en los mejores del sector y procurar que sean ellos, con su autoridad, los que expliquen técnicamente a los ciudadanos las medidas más necesarias. Así se actuó, por ejemplo, con el SIDA.

En España hace falta una Estrategia Nacional de Salud, que parta de una concepción integral del sistema sanitario, considerando a la vez sus componentes público y privado.

Para comenzar, se deben identificar, clasificar y cuantificar los riesgos sanitarios; saber la prevalencia de las enfermedades, por territorios y grupos de ciudadanos. Esa es una tarea a preparar por las sociedades científicas y las entidades profesionales, sin olvidar a las asociaciones de pacientes. A partir de ese trabajo previo, se elaborarían por los profesionales, medidas de salud pública y de prevención para reducir esos riesgos.

En el paso siguiente ya intervendría más la política para definir las reformas asistenciales por patologías y territorios; el objetivo sería elevar la calidad y los resultados. Por encima, como criterios, la transparencia, la comparación de resultados y la competencia.

Enrique Castellón

Mis recomendaciones estarían lejos de ser un recetario de medidas o acciones a tomar. Más bien irían dirigidas a promover cambios de actitud que considero importantes. En primer lugar, sugeriría que pensaran en si la manera en que denominamos nuestra sanidad como Sistema de Salud, re-

fleja verdaderamente el compromiso con promover y preservar la salud, más que tratar la enfermedad cuando se presenta. En segundo lugar, aconsejaría reflexionar sobre las limitaciones que tiene esa persona —como cualquiera— a “quien corresponde gestionar el bienestar de los ciudadanos” y, en ese sentido, tomar en consideración el talento existente en la comunidad de profesionales que trabajan en los servicios médicos y asistenciales en general. Dejar hacer a los profesionales, y no someterlos a una jerarquización trasnochada, es hacernos a todos un favor. En relación con la atención médica en concreto, el concurso del paciente es muy importante en la mayor parte de las decisiones que le afectan, si no en todas. Se ha proclamado hasta la saciedad que el paciente debe estar en el centro de la atención, con un énfasis tal que incluso puede llegar a ocultar el hecho de que ese objetivo está muy lejos de ser alcanzado. Si no se hacen cambios profundos, difícilmente se alcanzará. Pensar en el paciente como punto de partida para plantear reformas puntuales o cambios estratégicos será, además, la única manera de conseguir una continuidad asistencial imprescindible. Para conseguirla se necesitan cambios estructurales de tal calibre que, si esa guía para la acción no se internaliza, jamás se lograrán. En tercer lugar, aconsejaría adoptar una actitud innovadora. Hacer un esfuerzo por salir de una zona de confort en la que el mínimo riesgo es tabú. En cuarto lugar, asumir la responsabilidad y también, por qué no decirlo, la honestidad intelectual de evaluar todas las iniciativas y huir de los inevitables sesgos que acechan detrás de cada decisión.

Específicamente, y en relación con la evaluación (cuando se hace), los dirigentes y sus ‘expertos’ deberían abrir el foco y no considerar únicamente los beneficios a corto plazo y para su propio departamento. La Administración debe orientarse al interés general no solo en teoría sino en la práctica. Demasiadas veces vemos como cada ‘compartimento’ tiene sus propios objetivos, ajustados a sus particulares incentivos. Que, por otro lado, no suelen explicitarse. La cultura de nuestra organización administrativa no ha interiorizado la transparencia como compromiso ineludible con la sociedad y manifestación de buen gobierno. Esta ‘recomendación’ es, por tanto, exigible. No es tarea fácil modificar una cultura, pero para eso está, se supone, el liderazgo. En quinto lugar, precisamente, el liderazgo. Alguien tiene que liderar, en un país muy descentralizado, el sistema de vigilancia epidemiológica, pues a la vista están las consecuencias de no hacerlo. Parecería que esta debería ser una labor de ese actor “a quien corresponde salvaguardar y gestionar el bienestar de los ciudadanos”. Por último, pero desde luego no

menos importante, hay que instar a la búsqueda activa de la cooperación con la sociedad. Hay una enorme capacidad infrautilizada, particularmente útil en situaciones críticas. Pero los automatismos de las Administraciones Públicas siempre llevan a responder a estas situaciones en clave de autosuficiencia. Conviene aclarar, porque este asunto puede ser controvertido, que en ningún caso esto debe suponer dejación de responsabilidad. Al contrario, es la responsabilidad la que debe mover a la cooperación con todos los activos disponibles de la sociedad. Obviamente, una cooperación coordinada de una manera inteligente, profesional y eficaz.

En esta crisis hemos asistido a situaciones lamentables, algunas por limitación de recursos públicos, otras por la incapacidad de actores privados. Pero también se han visto resultados positivos de esfuerzos conjuntos públicos y privados que, sin embargo, habría sido deseable que hubieran existido desde el principio. En todo caso, la propuesta, como decía más arriba, está dirigida a que se produzca un cambio de actitud. Mayor proactividad para una cooperación efectiva, para obtener el máximo de todos los recursos personales y materiales disponibles en el país.

Boi Ruiz

La eficacia en la gestión de una responsabilidad pública sea cual fuere, no puede ser medible en el corto plazo. La dinámica de ‘futbolización’ del mundo político asentada en los partidos no lo facilita. Pese a ello, el practicar la participación, la transparencia y la rendición de cuentas —para bien o para mal— es una buena receta. Al final, las políticas y la gestión de estas no la legitiman las ideologías, sino los resultados medibles a medio plazo en general y eso es, muchas veces, algo más que una legislatura.

El cortoplacismo solo da para declaración de intenciones en la mayoría de las ocasiones. La evaluación de la gestión de la pandemia debe quedar para el medio plazo. No así las políticas sanitarias y la gestión previa de nuestro SNS y sus instrumentos, cuando han limitado su gestión o la han ayudado.

Reconducir la política requiere, más que nunca, un período en que los responsables públicos y los partidos que los sustentan antepongan la solución de problemas a la permanencia y continuidad en los puestos de responsabilidad y que la cultura de pacto, y no de reparto, entre opositores y/o

entre afines aporte soluciones para conservar o para reformar todo lo que mejore o sostenga el bien común.

La Administración demanda la política para la adaptación permanente a los cambios sociales y económicos de sus instrumentos, en beneficio de los ciudadanos. La Administración es el recurso que nos queda cuando no hay política, y debe ser sólida en sus ausencias transitorias, pero no debe sustituirla por incapacidad permanente. El reto para la política que supone disponer de una administración de los servicios públicos requiere de ese acuerdo entre opuestos.

La experiencia nos demuestra que la naturaleza del sistema sanitario como organización destinada a la prestación de servicios no aconseja modelos estructurales de burocracia maquinal y jerarquización vertical para su gestión. El proceso no se desencadena de arriba abajo mediante la autorización como respuesta a una petición. Todo empieza cuando una persona, sintiéndose enferma, se relaciona con un profesional sanitario y este, procesando su conocimiento, toma una decisión al respecto de la persona y de cómo mejorar su salud. En el siglo XXI este profesional lo hace con el apoyo de otros profesionales en equipamientos destinados a ello, integrados en organizaciones y utilizando los medios tecnológicos y los fármacos a su alcance. Ahí está el epicentro y sus réplicas requieren de organizaciones matriciales de respuesta y apoyo en la gestión de los recursos. La consideración del proceso asistencial solo como un proceso gestionable desde instancias administrativas y de control cuantitativo de los procesos es un modelo de gestión insuficiente, si no evaluamos los resultados de la finalidad última del servicio prestado: la salud del paciente. Las políticas deben marcar el qué hacer y la gestión el cómo, el dónde, el cuándo y el con qué. La gestión debe disponer del margen de autonomía preciso para dotarse de los medios necesarios con los recursos disponibles para obtener los resultados esperados por las políticas.

Nuestra Administración, como la mayoría de las europeas, fue creada para la gestión de los bienes públicos más que para la gestión de los servicios públicos, tal como se refleja en muchos de los criterios vistos de la contabilidad presupuestaria. Las Administraciones Públicas europeas tienen un fuerte componente de modelos organizativos jerarquizados, en base a los efectivos con que cuentan los diferentes niveles de responsabilidad. No en vano, fue Napoleón su principal inspirador. Unidades, divisiones, secciones, órdenes, instrucciones, etc. son una terminología propia de muchas admi-

nistraciones y organismos prestadores de servicios públicos; hospitales, sin ir más lejos.

La indudable eficacia de la jerarquía de mando propia de la milicia fue acertadamente trasladada a la administración del Estado y sus instituciones. Pero su proyección integral a los servicios públicos, especialmente a los sanitarios, no los dota de la misma eficiencia que para gestionar la administración de los bienes del Estado y las instituciones en que democráticamente se organizan sus poderes. Ello no significa prescindir del indispensable control, especialmente sobre los resultados. Pero no por controlar se debe, administrativamente, poseer. Buen ejemplo alternativo son las empresas públicas, los consorcios o las concesiones de las que nadie puede dudar que se rigen bajo la autoridad pública, que no es lo mismo que desde la administración pública.

La gobernanza pública no se puede limitar a tener solo a su disposición el modelo de administración pública como instrumento de gestión para la prestación de servicios. No debemos identificar, tampoco, únicamente lo público con lo que es Administración y no lo que es de titularidad o de responsabilidad pública, como una empresa pública, un consorcio, un concierto o una concesión.

La mayoría de las soluciones a los problemas se producen *bottom up*. La experiencia nos dice que a veces el *top down* convierte la solución propuesta en un problema añadido.

Hoy se imponen reformas, pero desde la reflexión y no desde la urgencia, y con la mirada puesta en la obtención de mejoras a medio y largo plazo objetivables en resultados. El SNSE requiere que lo vistamos despacio, que las reformas tienen prisa.

M^a Jesús Lamas

Repensemos, con la participación de todos, nuestro SNSE para hacerlo sólido, duradero y un motivo de orgullo y tranquilidad para el bienestar de la ciudadanía. Cuidemos de las instituciones que soportan la salud pública, la innovación y el avance de nuestro país. Las instituciones no son nada sin las personas que las componen: es necesario atraer y retener talento. Los organismos científico-técnicos reguladores necesitan dotarse de personas en la vanguardia del conocimiento, se necesita flexibilidad para contratarlas

y herramientas de evaluación del desempeño que permitan la necesaria rendición de cuentas. Seamos audaces y creativos.

Rocío Mosquera

Solo añadiré un punto que me parece fundamental para encarar la situación post COVID, en la que todos los datos nos advierten de que tendremos una crisis económica y social sin parangón. Es imprescindible un amplio consenso político, tras un profundo debate social, sobre el sistema sanitario que queremos, tener muy claro cuánto cuesta y ser audaces para implementar los cambios necesarios.

No es admisible que en el debate parlamentario la sanidad se utilice permanentemente, y casi exclusivamente, como arma arrojadiza contra el que gobierna. Nuestros políticos deben ser generosos y tener altura de miras. No es razonable que piensen solo en el corto plazo y con perspectiva electoral. En sanidad, los cambios no se pueden planificar para cuatro años, que es la duración de una legislatura, y pensando únicamente en la repercusión que tendrán en las siguientes elecciones, municipales o autonómicas. Solo conseguiremos el fortalecimiento y la mejora de nuestro sistema de salud estableciendo y pactando hojas de ruta que trasciendan a ciclos electorales.

Jesús M^a Fernández

Estamos ante una oportunidad para avanzar reformas pendientes de la sanidad. Para prepararla frente a posibles nuevas olas de coronavirus o nuevas pandemias, para afrontar la crisis sanitaria y económica post COVID (la atención demorada y las futuras secuelas sobre diversas dimensiones de la salud consecuencia de la pandemia) y, sobre todo, para prepararla frente a los vientos de cambio que soplan desde hace décadas (longevidad, envejecimiento y cronicidad, innovaciones, cambios sociales). El ecosistema político no le ha prestado la atención ni el capital político que debía hasta ahora. Es difícil saber si ahora lo hará.

La agenda política sanitaria necesaria requiere talento político, nuevas instituciones técnicas reforzadas y procesos de decisión política más sofisticados. Nuevas agencias de gobierno o independientes son necesarias para desarrollar funciones hoy desatendidas (salud pública, calidad y evaluación

de resultados, evaluación de tecnologías, genómica y medicina de precisión, desarrollo clínico y directivo, digitalización, validación de competencias...). Mejorar la formación de políticas mediante procesos más basados en la ciencia y la evidencia es también necesario. España está poco acostumbrada a la elaboración de libros blancos y estudios monográficos encargados a expertos o instituciones académicas, como ocurre en otros parlamentos y gobiernos. Reforzar la descentralización de segunda generación (desde las sedes autonómicas de las consejerías hacia los servicios y organizaciones sanitarias) sería también necesario (hay marco legal suficiente para hacerlo). Y, para ello es necesario establecer pactos y alianzas de largo plazo entre los diversos actores: legisladores, autonomías, pacientes, profesionales, operadores sanitarios e industriales basados en la confianza, la lealtad, la seguridad jurídica y la transparencia.

Juan Abarca

Hay que replantear nuestro sistema de protección sanitaria y sociosanitaria desde cero y de abajo arriba. Tenemos un sistema que se ha olvidado del paciente y del ciudadano en favor de un modelo con unas características ideológicas determinadas. Hay que centrar todas las estructuras sanitarias y sociosanitarias en torno al paciente e integrarlas con la ayuda de la tecnología.

Hay que dotar de mayor capacidad de mando al Estado central sobre todo en lo referente al control de la salud pública y la prevención de la población y del control de la calidad asistencial, a través de una Agencia Estatal de Salud Pública con autoridad sobre las CC.AA. encargadas de la gestión de la actividad sanitaria convencional.

Hay que fomentar el control sobre las instituciones sanitarias y sociosanitarias fomentando la transparencia y la publicación sistemática de resultados e indicadores de actividad y rendimiento.

Hay que contar mucho más con la opinión de los profesionales y de los pacientes a la hora de definir cuestiones estratégicas sobre nuestro sistema de protección sanitario.

En una época de crisis como la que hemos vivido, hay que profesionalizar los cargos que gestionan las crisis con personal con experiencia.

Finalmente, se debe de renovar, recíprocamente la confianza en las relaciones entre el sector público y el privado. En nuestro país, hemos combinado el orgullo de tener una sanidad universal que es capaz de garantizar que todas las personas puedan tener una sanidad gratuita y de calidad, con la intolerancia al debate sobre la mejor forma de alcanzar esos objetivos e introduciendo como único argumento sospechas sobre la cualificación y verdaderas intenciones de los trabajadores y empresas del sector privado cuando asisten a un paciente a través de un sistema de aseguramiento privado. Esta actitud excluyente supone eliminar del planteamiento a los más de 10 millones de personas que han elegido libremente pagar una asistencia sanitaria privada basada en el aseguramiento, así como a cientos de miles de trabajadores y recursos sanitarios. Incluso supone despreciar los impuestos generados alrededor de los beneficios económicos que una buena gestión empresarial termina generando para las arcas públicas.

Ildefonso Hernández

Es difícil sustraerse al efecto que el azar ha podido tener en los resultados observados en la propia experiencia de gestión. Por ejemplo, la suerte de que se abra, o no, una ventana de oportunidad para la formulación de una determinada política. En el caso de puestos muy eventuales, tales como son los altos cargos de la Administración, hay una permanente contradicción entre la necesidad de acción y los riesgos centrífugos que entraña el movimiento en un entorno favorable a la inacción. Sin embargo, si no se asumen riesgos no hay posibilidad alguna para mejorar el bienestar de los ciudadanos. De ahí, que hay que elegir entre la prudencia que busca la estabilidad y tal vez longevidad en el cargo o, al contrario, la temeridad que busca la toma decisiones a riesgo de equivocarse y crear anticuerpos que van incrementando las posibilidades de lateralización.

La inercia conduce, sin duda, hacia la inacción, pero ante la duda, recomendaría una temeridad avisada. Esta recomendación, fruto de las impresiones más subjetivas, puede servir para pelear denodadamente por los pocos objetivos factibles que pueden trazarse. En cualquier caso, quisiera que cualquier persona a quien le corresponda gestionar el bienestar de los ciudadanos contribuya a reforzar los principios democráticos, algo siempre necesario y más ahora ante la continua erosión de la democracia. Esto su-

pone aplicar escrupulosamente los principios de buen gobierno y adoptar procedimientos efectivos de participación, entre otras cosas porque esta última facilita la toma de decisiones.

RELATO DE OPINIONES

PRIMERA PREGUNTA

La COVID-19 ha puesto en evidencia los efectos de la falta de acceso universal a los servicios sanitarios, a la vez que ha cuestionado buena parte del funcionamiento de los servicios sanitarios regionales y, muy especialmente, sus sistemas de información. Hay disparidad entre los expertos consultados acerca de reorientar los servicios con coordinación central y mayor liderazgo. Hay más acuerdo en cambiar el corsé administrativo decimonónico. También en avanzar a sistemas de protección social más integrados entre lo sanitario y lo social; a una sociedad civil menos dependiente y con más autonomía y responsabilidad ciudadana, y menor dependencia de la oferta.

JF afirma que la COVID-19 es un caso extraordinario sin parangón con otras crisis o *shocks* con los que se han enfrentado nuestros sistemas sanitarios, prácticamente desde la Segunda Guerra Mundial. Habla de romper barreras económicas al acceso de los servicios sanitarios. Aboga también por un papel más importante de las instituciones de la Unión Europea, como el ECDC, en la vigilancia epidemiológica, en el seguimiento de resultados, la coordinación o la regulación de respuestas o en el liderazgo de una compra centralizada de material. También el papel de la Organización Mundial de la

Salud, como órgano experto y con su Reglamento Sanitario Internacional, debiera jugar un papel mucho más central.

Para IP hay tres elementos fundamentales relacionados con el abordaje de la pandemia que deben ser analizados por separado: a) respuesta inicial de los sistemas de control y vigilancia epidemiológica, b) capacidad del sistema sanitario para dar respuesta a la pandemia en situación de mitigación, y c) afectación específica entre los grupos de mayor edad y en especial en las residencias de ancianos. Y no hemos salido bien parados en ninguno.

JGV afirma que los sistemas de información, a pesar de su mejora en los últimos años, no han sido un objetivo esencial de los componentes del SNSE, y lo hemos visto en todo su esplendor. Que no haya habido interés oficial por comparar acceso, calidad y resultados de las prestaciones ha mostrado la frágil respuesta de los servicios regionales, muy especialmente evidente en la descoordinación entre atención sanitaria y social. Era inevitable que se produjeran déficits de acceso universal a los servicios sanitarios, dado lo extraordinario del caso.

EC sostiene que si el sistema sanitario hubiera introducido reformas y corregido muchos de los defectos que se han venido señalando desde hace muchos años, habría respondido mejor a esta situación extraordinaria. Afirma que una organización que permitiera una mayor continuidad hubiera servido para ganar eficiencia en el manejo de los casos de la COVID-19. El mayor problema para él ha sido la gestión de la información y el manejo de los datos estadísticos. No ha permitido un proceso de toma de decisiones mínimamente eficaz. Se evidenciaron retrasos en suministrar la información por parte de las Comunidades, incompatibilidades de los sistemas de información entre ellas y un Ministerio sin una base de datos. Agravado por la insuficiencia de la capacidad diagnóstica. Una tormenta perfecta en la que fallaron simultáneamente todos los mecanismos para dar una respuesta más eficaz.

Para BR la necesidad de tomar decisiones rápidas y traducidas en acciones para gestionar la crisis ha puesto en evidencia la inexistencia de un modelo de gobernanza propio de nuestro SNSE. En el caso de la pandemia, para determinar el qué, el cuándo y el con qué. Si esa gobernanza hubiera estado bien resuelta, muchas de las disfunciones seguramente no se habrían producido y el reparto de responsabilidades hubiera sido mayor.

MJL afirma con rotundidad que esta crisis sanitaria ha supuesto una prueba de estrés al SNSE inédita. Ha permitido revelar sus debilidades y también

sus fortalezas. Se ha podido constatar que nos falta mucho por hacer. Antes de la crisis, ya éramos conscientes de la necesidad de optimizar los procesos, de reorientar los servicios, de llevar a cabo una renovación tecnológica o de integrar los sistemas de información de salud pública.

RM apunta que falta información homogénea y comparable. Aboga por un Observatorio de Resultados en Salud del SNSE, de acceso público, con indicadores únicos, homogéneos y acordados a nivel de todo el sistema sanitario, que incluya también a la sanidad privada. Si algo ha quedado en evidencia para ella en esta crisis, es la necesidad de gestionar de manera integrada, no solo la atención primaria y los hospitales sino también los centros y dispositivos sociosanitarios. Las CC.AA. que han obtenido mejores resultados son aquellas que han utilizado instrumentos digitales integrados entre los tres niveles, para ofrecer los mejores servicios asistenciales, según las necesidades de los pacientes y hacer el seguimiento y control de casos.

JMF, a diferencia del resto de los consultados, afirma que no estaría tan seguro de la afirmación que inicia la pregunta. Cree que si algo ha demostrado la COVID es la enorme capacidad de asistencia y de adaptación que tiene el SNS español. Reconoce las dificultades e insuficiencias que ha habido en aspectos concretos de la atención (detección y control de brotes iniciales; certeza, claridad y oportunidad de las primeras decisiones de distanciamiento y confinamiento; disponibilidad de equipos de protección). Señala como una de las lecciones aprendidas durante la COVID la capacidad de adaptación de los servicios y de los profesionales cuando han podido operar en condiciones de mayor autonomía y capacidad de autoorganización. Además, señala que se han improvisado alianzas colaborativas entre los hospitales y sus ecosistemas de suministradores, entre centros públicos y privados, entre niveles asistenciales, entre profesionales de diversas especialidades y profesiones. Ha sido un ejemplo de cómo las organizaciones flexibles, el trabajo en equipo y la autonomía profesional es capaz de resolver las situaciones más complejas.

JA cree que los elementos que más pudieron contribuir al desbordamiento del sistema sanitario, por este orden, fueron la falta de integración entre las estructuras social y sanitaria, la falta de control y coordinación por parte del Estado central en las primeras semanas y la mayor capacidad y autonomía de las CC.AA. que detentan plena responsabilidad de prestación de servicios. También ve preciso que la cooperación y el establecimiento de sinergias entre las dos redes sanitarias, pública y privada, ha hecho que el sistema no colapsase en los momentos álgidos de la crisis.

IH considera que los fallos patentes en los servicios de información se han derivado de una ausencia de política decidida en esta materia. La capacidad de vigilancia en salud pública es precaria por la escasa inversión. Cree que la cooperación leal y la coordinación se hacen necesarias por los beneficios que generan; una coordinación estimulada por una financiación estratégica en sistemas de información. El resultado deseable sería una vigilancia en salud pública tecnológicamente avanzada, innovadora, dinámica y entreverada con el sistema de salud, capaz de recabar y analizar datos instantáneamente. Una vigilancia que aportase un cuadro de mando exhaustivo para guiar las políticas de salud y que nutriese y se nutriese al mismo tiempo del sistema de información para la gestión sanitaria.

SEGUNDA PREGUNTA

En los nuevos escenarios de la pandemia, no hay unanimidad en cuanto a copagos, y menos en los incrementos de financiación sanitaria pública per cápita con reconducción de otras partidas de gasto público y aumentos de la presión fiscal en los tramos altos de renta. Hay unanimidad plena en que hacen falta cambios estructurales en el SNSE, con prioridades claras en las que hay bastante coincidencia.

Para JF el gran desafío al que nuestras sociedades se enfrentan ahora es la crisis económica post COVID-19, o con toda probabilidad durante la próxima fase de la pandemia, que se va a caracterizar por repuntes de la curva de casos de mayor o menor magnitud en función de las medidas de vigilancia, prevención y control que se adopten. Importante será saber si los decisores políticos van a continuar priorizando la salud o habrá *'trade offs'* para proteger la economía que, en definitiva, también ejerce una gran influencia sobre los niveles de salud. Será políticamente muy difícil argumentar políticas de responsabilización del ciudadano, de una disminución efectiva de la cobertura o de contención de costes. La respuesta de los ciudadanos y los *lobbies* profesionales tendría un alto coste político para cualquier gobierno.

IP considera que, a escala global, justo antes de la pandemia se evidenciaba ya una tendencia a largo plazo de ralentización del crecimiento económico potencial y una mayor aportación del componente tecnológico de las principales economías avanzadas. A su vez, los cambios organizativos se revelan fundamentales para incrementar la productividad total de los fac-

tores de producción. Sugiere que pueden preverse tensiones sobre el gasto público sanitario, que seguirá creciendo. Habla de un incremento de los ingresos fiscales por un mayor nivel de cumplimiento fiscal, de la participación financiera del usuario, de un ajuste en la cartera de servicios de cobertura pública (en prestaciones de dudosa coste-efectividad). En definitiva, existe una discordancia entre lo que el sistema necesita y lo que es probable que ocurra, dada la actual configuración institucional, difícil de resolver sin un gran pacto de Estado.

JGV aventura que, al menos en dos o tres ejercicios tras la pandemia, la tendencia será incrementar los fondos públicos sanitarios; esto exigirá reconducir otras partidas de gasto y un aumento de la presión fiscal. Cree, no obstante, que la pandemia debe producir cambios estructurales en el SNSE, especialmente en la política de personal. El principio que ha venido rigiendo el SNSE, “todas las prestaciones para todos, en todas partes y además gratis”, deberá ser progresivamente superado. Además, cree que el sistema sufrirá para adaptarse presupuestariamente a todos los avances tecnológicos y a las demandas sociales. La cuestión es fijar límites, bien explicados y compartidos por los profesionales del sector.

EC cree que la pandemia ha puesto al sistema sanitario frente a la evidencia de sus limitaciones. La realidad no era tan ‘rosa’ como la autocomplacencia de los discursos oficiales pinta nuestra sanidad. Apunta que una mayor financiación deberá empujar cambios estructurales. Es posible que los recursos procedentes de la UE puedan cubrir inversiones que se han hecho imprescindibles, pero no lo puede asegurar. Cree que debería hacerse un esfuerzo en revisar lo que pudiera haber de superfluo, redundante o tecnológicamente obsoleto en el sistema sanitario. Reforzar la capacidad de evaluación de tecnología. Es preciso generar la mayor eficiencia posible, aunque haya rigideces prácticamente insalvables en el corto plazo, en la sanidad española.

BR admite que ningún país podrá llegar a ofrecer todo y financiarlo todo. Aun así, considera que, cuando con los recursos mancomunados no alcanzan a cubrir lo ofertado, hay que acudir a la financiación complementaria. El tratamiento de la insuficiencia financiera deberá ser la reconducción de otras partidas del gasto público, aumento de la presión fiscal y copago por uso de los servicios con tramos y exenciones por nivel de renta.

MJL considera que veremos cambios estructurales de los sistemas de salud. Se avanzará en la digitalización y en la asistencia remota a los usuarios. Hay que optimizar el gasto en medicamentos.

RM cree imprescindible adoptar diversas medidas: a) definir la cartera de servicios básicos del SNS, lo que además garantizaría la equidad en el acceso; b) establecer un sistema de contabilidad analítica que posibilite cuantificar los costes reales de cada proceso asistencial; c) mejorar la eficiencia tanto en la utilización de las tecnologías (millones de pruebas diagnósticas innecesarias, tecnologías de última generación que no sustituyen a las anteriores obsoletas), como en fármacos y productos sanitarios; d) reorganizar los servicios para garantizar mayor eficiencia y calidad de la atención.

JMF afirma que nos enfrentamos a una incertidumbre importante respecto de la evolución de la pandemia. Incertidumbre sobre la historia de la enfermedad, también sobre las medidas que se vayan a adoptar a nivel internacional y, sobre la repercusión o recuperación de la economía en los próximos meses o años, sobre la integridad de las grandes cadenas de valor globales, sobre la respuesta de los mercados de deuda, etcétera. Considera que hay que aprovechar con astucia el nuevo clima político, global y europeo, para adoptar políticas de respuesta a la crisis fiscal que se avecina. Es necesario hacer una reflexión profunda sobre el sistema de financiación autonómico, redefiniendo las variables de suficiencia de los sectores sustanciales del gasto autonómico (sanidad, educación y servicios sociales). Aboga por encargos estratégicos a organizaciones independientes como AIREF.

JA considera que la contención del gasto debe pasar por la definición de la cartera de servicios ofertada por el sistema sanitario público. Se ha acelerado la necesidad de tener sistemas sanitarios digitalizados e interoperables, si bien, nuestro sistema no está lo suficientemente preparado.

IH considera que la percepción de que son imprescindibles cambios estructurales, como es el caso de la gestión del personal, ha aumentado notablemente. Que esta apreciación acelere los necesarios cambios estructurales, está por ver. Cree probable que aumente el gasto sanitario, pero si este aumento fuese a costa de educación o investigación sería peor el remedio que la enfermedad. Aboga a las políticas de salud pública en la reducción de la demanda. Abordar el desperdicio que se produce en los servicios de salud es obligado.

TERCERA PREGUNTA

En los nuevos escenarios post COVID-19 la tecnología es amortiguador y la innovación es tractor para todos los consultados. Mejorar financiación con exigencia, rendición de cuentas y mucha más transparencia también se apunta mayoritariamente. Se concentra en la biomedicina por contar con el mejor caudal de los talentos del mundo globalizado. Los incentivos micro de la economía industrial y los macro de la salud pública, y la economía global no podrán ya desemparejarse.

Así, JF cree que la tecnología coste-efectiva no es adoptada, implementada, o ampliada a mayor escala, se debe a una serie de barreras como la falta de formación o la existencia de barreras administrativas, y la falta de incentivos para su adopción e integración en la práctica clínica. La innovación tecnológica presenta desafíos no resueltos en relación con los incentivos para I+D+i, y su reflejo en la política de precios.

Para IP la tecnología se ofrece tanto en presente como en futuro como el gran *buffer* de los retos que la evolución humana depare. Para ello, hay que cambiar el régimen de incentivos a la investigación, a las patentes y licencias para que los problemas globales reciban atención y hagan factible el acceso a los tratamientos que se derivan. Apunta como frenos la baja calidad institucional de sus administraciones públicas, su lentitud y las restricciones regulatorias.

JGV considera que la tecnología es la gran herramienta del sector sanitario. La pandemia no ha cambiado los problemas de fondo, solo los ha acen tuado y acelerado. Tras la pandemia, parece necesario reforzar el carácter de apoyo del ISCIII al SNSE, en perfecta coordinación con una Agencia de Salud Pública que debe crearse a partir del Centro Estatal de SP, el CN de Epidemiología, la Red de Vigilancia de SP y la estrategia de SP.

EC cree que los gobiernos están sometidos a diversas presiones y su respuesta es difícil de anticipar. Si juzgamos a partir de los datos con los que contamos, sí parece haber un alineamiento entre los intereses de la industria y los de los gobiernos, como responsables de la salud pública. Bajo este punto de vista sí parece que estamos en una 'nueva normalidad' de incentivos y alineamiento. Pero es difícil saber cómo de estable será.

BR sostiene que las tecnologías han supuesto igualmente un papel de catalizador en la aceleración de muchos procesos y de incremento de la 'productividad' económica, social y científica del individuo y sus organiza-

ciones. En el ámbito de la atención sanitaria y la investigación biomédica, el papel de las tecnologías de la información al servicio de la captación de datos y su explotación constituye un reto no exento de debate. El crecimiento y evolución de las tecnologías requiere de políticas sanitarias concretadas en proyectos a las que estas puedan servir o inducir.

MJL cree que los productos desarrollados con aportación pública, sea por convocatorias públicas de subvención o inversión en investigación, sea por la participación de profesionales del SNSE en organismos públicos de investigación, cuya experiencia y formación se ha conseguido en el ecosistema público, deben ofrecer un retorno directo del que se beneficie el conjunto de la sociedad. Europa debe encontrar el punto de equilibrio en el que cuida su economía del conocimiento y garantiza la sostenibilidad y calidad de sus sistemas de salud.

RM sostiene que ha quedado claramente en evidencia durante esta crisis la necesidad de contar con un tejido industrial nacional que dé respuesta rápida y satisfactoria a la demanda de productos básicos. Sería difícil de entender que la compra pública, especialmente en el corto y medio plazo, no tuviera posibilidad de aprovisionarse localmente tras el esfuerzo realizado.

Para JMF, el siglo XXI está unido a la innovación. No hay otra opción que ser ambiciosos en la modernización y en el plan de reformas de la economía, ni otro camino que no sea el de la colaboración público-privada. Hace falta, según él, un nuevo marco regulatorio sobre el uso y protección de los datos, para la fijación de estándares de datos y tecnológicos abiertos, que proteja y promueva la propiedad intelectual. Y, por último, considera imprescindible la participación de la iniciativa privada en la creación de valor.

Dentro de las atribuciones que competen a las autoridades sanitarias españolas, la fijación de precios de la innovación sanitaria es clave. Cree que el sistema de fijación de precios y mecanismos de pago a la innovación deberá ir evolucionando conforme cambian los modelos de oferta.

JA considera que en materia de innovación es importante tener también una visión puesta en el medio y largo plazo. Piensa que es importante captar más inversiones para el SNSE de las compañías farmacéuticas y de tecnologías sanitarias multinacionales; ha de ser uno de los grandes objetivos. La transformación digital en el ámbito de la salud la considera tan imperativa, que cambiará la forma de hacer y actuar en medicina.

IH pone el acento en el papel de la innovación social para dar solución a muchos de los problemas que se presentan en la formulación e implantación

de políticas de salud y en la gestión de la sanidad. Cree que la salud no es ajena a los retos medioambientales, éticos, políticos, económicos o regulatorios, de la misma forma que la sanidad no es ajena a resolver problemas espinosos como puede ser la gestión de personal, la implantación de incentivos o el diseño del cuadro de indicadores ideal para monitorizar y evaluar la provisión de servicios de salud.

CUARTA PREGUNTA

La crisis en curso ha mostrado para algunos de los consultados que no existe un *'trade off'* entre economía y salud, sino que la economía necesita entornos de salud pública confiables y que los sistemas de salud requieren una economía que genere renta y riqueza para financiarlos. La cuestión es cómo compaginar la gobernanza colectiva y cómo cambiar prioridades de inversión, y no tanto de gasto.

JF anota que hay cada vez más un consenso, tanto técnico como político, sobre la existencia de un círculo virtuoso entre la salud, los sistemas sanitarios y la riqueza. Para él, el sistema sanitario promueve el crecimiento macroeconómico como una industria que constituye un componente importante de la economía y una fuente significativa de empleo. También respalda el bienestar de la sociedad a través de la contribución directa y crucial de la salud en el bienestar. Finalmente, el sistema sanitario contribuye a la sostenibilidad fiscal. Así, una población anciana saludable es menos costosa.

Para IP, la cuestión es cómo compaginamos en la gobernanza colectiva lo que ahora son compartimentos de gasto con las responsabilidades de ingreso. Sin duda, para poder invertir en salud hay que tener recursos. Considera importante introducir criterios de coste-beneficio en las decisiones de política sanitaria y orientar las decisiones de inversión hacia la maximización de resultados en salud.

JGV considera que, en efecto, no existe ese *'trade off'* pero para muchos no ha sido evidente hasta la COVID-19. La coordinación política se ha ensayado con éxito a través de la Conferencia de Presidentes a lo largo de la crisis de la COVID-19 (solo había el precedente frustrado de 2006). Es en ese ámbito donde establecería los criterios de gobernanza colectiva. La coordinación en la gestión se debe hacer a través del Consejo Interterritorial del SNS, bajo el liderazgo de un Ministerio de Sanidad (MS) reforzado, con

una capacidad técnica mucho mayor que la actual, que sea la base de ese liderazgo. Cree que el liderazgo del MS debe ser más por su capacidad técnica que por competencias administrativas.

EC apunta que, efectivamente, la COVID-19 ha demostrado —si es que hiciera falta— la íntima relación entre economía y salud. También ha demostrado que la inversión continuada en salud pública compensa los costes que provoca una pandemia. Teniendo además la certeza de que no será la última (dado que sus determinantes no van a desaparecer). El impacto de la salud en la economía es triple: como sector económico, como contribuyente a la salud de las personas y, por tanto, a su productividad (y en tanto reduce los costes sociales y sanitarios vinculados a la enfermedad) y, finalmente, como en este caso, reduciendo el miedo que, por sí mismo, limita las expectativas e impide que se lleve una vida normal en todos los sentidos. Considera que hay acciones de salud pública que no pueden desvincularse de la actividad asistencial, particularmente de atención primaria.

Para BR la crisis del coronavirus vuelve a reiterar la evidencia de que la salud, además de ser un derecho su protección y su atención, es un bien económico. El concepto que prima sobre el sector sanitario es que es un sector de gasto, pues la inversión con dinero público solo es así considerada cuando se trata de un bien inventariable, al que no se le aplican amortizaciones. Y el gasto se debe ajustar a las anualidades presupuestarias cuya contabilidad, además, no registra como gasto lo no devengado.

MJL considera que los sistemas de salud tienen como misión la prevención o restauración de la salud de las personas, y además generan conocimiento. Esta fuerza motriz de la innovación y el desarrollo debe estimular y contribuir a la economía del conocimiento. Cree que la participación de los profesionales sanitarios en el desarrollo de tecnología médica, dispositivos y otros productos sanitarios es relevante, pero no es transparente. La industria sabe dónde está el conocimiento externo necesario. De este ejercicio de *outsourcing* apunta que debe beneficiar al SNSE por igual.

RM cree que el extraordinario coste económico de los sistemas públicos de salud y la necesidad de adoptar medidas que permitan su sostenibilidad es uno de los grandes retos de futuro para los dirigentes políticos y sanitarios en los países desarrollados, y de España en particular. Piensa que preciso lograr la integración necesaria entre los niveles asistenciales (primaria y hospitales), y sociosanitaria. Considera que no podemos seguir gestionando organizaciones tan complejas, y más si incorporamos los dispositivos socio-

sanitarios con personal estatutario/funcionario, y con las compras regidas por la Ley de Contratos del Estado.

JMF no duda que la pandemia de coronavirus nos ha vuelto a recordar la importancia estratégica que la sanidad tiene como factor de desarrollo. Hemos hecho caso omiso de las llamadas a reformar deficiencias reconocidas: el espacio sociosanitario, la transformación digital, la evaluación de resultados, la reducción de las desigualdades, la reforma del sector público sanitario y la modernización de la gestión de profesionales.

Cree que la economía política del Sistema Nacional de Salud ha facilitado poco, cuando no ha sido un freno, a la innovación organizativa y tecnológica.

JA cree importante caminar hacia un marco de financiación finalista para la salud a través, por ejemplo, de un modelo cápita por ciudadano y año, según criterios de eficiencia clínica. Considera que hay que replantear el papel del sistema de provisión hospitalario haciendo que sea un centro de costes, con posibilidades de generar ingresos implicando al personal bajo un régimen que prime la meritocracia y la incentivación por objetivos, y compitiendo en igualdad de condiciones el sector público y el sector privado.

IH empujaría las mediciones del valor social de la producción de bienes o servicios en sanidad. El grado de innovación en muchas vertientes de la salud no considera las compensaciones o relaciones inversas entre distintos objetivos sociales. Sería conveniente profundizar en los costes de oportunidad, integrando esos distintos valores.

QUINTA PREGUNTA

Sobre esta cuestión hay una gran riqueza de respuestas entre los consultados.

JF aboga por un solo sustantivo: humildad. Esta llamada *humilde* a la humildad iría dirigida no solo a los decisores políticos, sino también por igual a tecnócratas nacionales e internacionales, científicos e investigadores y a varios actores sociales y líderes de opinión que determinan de forma notable la respuesta a la pandemia. Se ha hablado de cómo el SARS-CoV-2, una sencilla cadena de aminoácidos encapsulada, ha puesto de rodillas a la economía mundial, y de cómo la naturaleza responde así al maltrato y destrucción del medioambiente de las últimas décadas.

IP despliega un amplio abanico de recomendaciones, empezando con la necesidad de acelerar la implantación de la evaluación de políticas públicas y las políticas basadas en la evidencia; la necesidad de ampliar las competencias de la AIREF en el análisis de la financiación de las administraciones públicas y la evolución competencial; necesidad de consolidar el desarrollo de la salud pública y comunitaria; mejorar el liderazgo institucional en la apuesta de las administraciones públicas por un plan de salud en todas las políticas; recuperar el nivel de inversión en infraestructuras y equipamiento sanitarios; mayor planificación en las decisiones estructurales de sistema (cartera de servicios y recursos humanos principalmente, entre otros); y necesidad de abordaje específico de la sanidad dentro del ámbito administrativo. Acaba apuntando que los sistemas de incentivos basados en el resultado disponen de flexibilidad en un contexto de escenarios presupuestarios plurianuales que haría avanzar en la modernización que necesita, según él imperativamente, el sistema.

JGV cree que hay que escuchar a los que saben antes de tomar decisiones, apoyarse en los mejores del sector y procurar que sean ellos, con su autoridad, los que expliquen técnicamente a los ciudadanos las medidas más necesarias. Así se actuó, por ejemplo, con el SIDA. En España hace falta una Estrategia Nacional de Salud, que parta de una concepción integral del sistema sanitario, considerando a la vez sus componentes público y privado. Ve imperativo avanzar en la transparencia para la comparación de resultados y la mayor competencia.

EC apunta a que las acciones a tomar deben ir dirigidas a promover cambios de actitud. En primer lugar, sugeriría que pensaran en si la manera en que denominamos a nuestra sanidad como Sistema de Salud refleja verdaderamente el compromiso con promover y preservar la salud, más que tratar la enfermedad cuando se presenta. En segundo lugar, aconseja dejar hacer a los profesionales. El concurso del paciente es muy importante en la mayor parte de las decisiones que le afectan. En tercer lugar, aconsejaría adoptar una actitud innovadora. Hacer un esfuerzo por salir de una zona de confort. En cuarto lugar, asumir la responsabilidad de evaluar todas las iniciativas y huir de los inevitables sesgos que acechan detrás de cada decisión. En quinto lugar, precisamente, el liderazgo. Por último, hay que instar a la búsqueda activa de la cooperación con la sociedad.

BR apunta a que la eficacia en la gestión de una responsabilidad pública, sea cual fuere, no puede ser medible en el corto plazo. La dinámica de ‘futbolización’ del mundo político asentada en los partidos no lo facilita.

Reconducir la política requiere, más que nunca, un período en que los responsables públicos y los partidos que los sustentan antepongan la solución de problemas a la permanencia y continuidad en los puestos de responsabilidad y que la cultura de pacto, y no de reparto, entre opositores y/o entre afines aporte soluciones para conservar o para reformar todo lo que mejore o sostenga el bien común.

MJL cree que hay que cuidar a las instituciones que soportan la salud pública, la innovación y el avance de nuestro país. Las instituciones no son nada sin las personas que las componen: es necesario atraer y retener talento. Los organismos científico-técnicos reguladores necesitan dotarse de personas en la vanguardia del conocimiento, se necesita flexibilidad para contratarlas y herramientas de evaluación del desempeño que permitan la necesaria rendición de cuentas.

RM sostiene que es imprescindible un amplio consenso político, tras un profundo debate social, sobre el sistema sanitario que queremos, tener muy claro cuánto cuesta y ser audaces para implementar los cambios necesarios. Cree que no es admisible que en el debate parlamentario la sanidad se utilice permanentemente, y casi exclusivamente, como arma arrojadiza contra el que gobierna. Nuestros políticos deben ser generosos y tener altura de miras. No es razonable que piensen solo en el corto plazo y con perspectiva electoral. La mejora de nuestro sistema de salud pasa por pactar, según ella, hojas de ruta que trasciendan a los ciclos electorales.

JMF cree que estamos ante una oportunidad para avanzar reformas pendientes de la sanidad (longevidad, envejecimiento y cronicidad, innovaciones, cambios sociales). El ecosistema político no le ha prestado la atención ni el capital político que debía hasta ahora. Es difícil saber si ahora lo hará. Opina que la agenda política sanitaria necesaria requiere talento político, nuevas instituciones técnicas reforzadas, y procesos de decisión política más sofisticados. Nuevas agencias de gobierno o independientes son necesarias para desarrollar funciones hoy desatendidas.

JA cree que hay que replantear nuestro sistema de protección sanitaria y sociosanitaria desde cero, de abajo arriba. Hay que dotar de mayor capacidad de mando al Estado central, sobre todo en lo referente al control de la salud pública y la prevención de la población y del control de la calidad asistencial a través de una Agencia Estatal de Salud Pública con autoridad sobre las CC.AA. encargadas de la gestión de la actividad sanitaria convencional. Se debe renovar recíprocamente la confianza en las relaciones entre el sector público y el privado.

IH cree difícil sustraerse a que en el caso de puestos muy eventuales, tales como son los altos cargos de la Administración, desaparezca la permanente contradicción entre la necesidad de acción y los riesgos centrífugos que entraña el movimiento en un entorno favorable a la inacción. Sin embargo, si no se asumen riesgos, no hay posibilidad alguna para mejorar el bienestar de los ciudadanos. De ahí que haya que elegir entre la prudencia que busca la estabilidad y tal vez longevidad en el cargo o, al contrario, la temeridad que busca la toma de decisiones a riesgo de equivocarse y crear anticuerpos que van incrementando las posibilidades de lateralización. La inercia conduce, sin duda, hacia la inacción pero, ante la duda, recomendaría una temeridad avisada. Quisiera que cualquier persona a quien le corresponda gestionar el bienestar de los ciudadanos contribuya a reforzar los principios democráticos, algo siempre necesario y más ahora ante la continua erosión de la democracia. Esto supone aplicar escrupulosamente los principios de buen gobierno y adoptar procedimientos efectivos de participación, entre otras cosas porque esta última facilita la toma de decisiones.

La COVID-19 ha mostrado para casi todos los expertos sanitarios consultados las carencias de nuestro SNSE de una manera descarnada, a la par de crítica. Política, economía y sanidad son compartimentos mal conectados, sin pieza alguna transversal que facilite la coordinación.

Retrasos en acciones de modernización de las estructuras públicas y en el marco de las relaciones laborales, reclamadas desde hace décadas, junto a un sector que no se ha movido de su zona de confort por la pujanza de los intereses creados de todos los actores, aparecen como agravantes del deterioro. Si le añadimos la magnitud de la crisis y la pobre anticipación, el paisaje desolado que ha dejado no debe sorprendernos.

Sin embargo, sospechamos que si no se actúa enérgicamente, si no hay una respuesta exigente hacia la acción, hacia las reformas, se corre el riesgo, en palabras de Vicente Ortún, de que asistamos a la desamortización de lo público en el pilar que supuestamente es la princesa de nuestro estado del bienestar: la sanidad.

REFLEXIÓN FINAL DEL EDITOR

Una perspectiva salubrista a la pandemia de la COVID-19

La pandemia en curso ha desbaratado muchos de los aspectos que dábamos por asentados en nuestra vida anterior. Ha cambiado prioridades, relativizado deseos y nos ha hecho más humildes. También ha puesto en primerísimo plano que cuidar el medioambiente y luchar contra el cambio climático es un imperativo, sino queremos dejar a las generaciones venideras un mundo poco habitable y asolado por nuevas pandemias.

Empezaremos con alguna lección aprendida desde una perspectiva pura y dura de salud pública, de sistemas de información y de reacción a la amenaza. Lo haré con tres reseñas que me han gustado particularmente, de lo mucho leído durante el confinamiento. La primera es de John P.A. Ioannidis, que ya en marzo escribió que nos faltaban datos fiables y que muchas cosas se estaban haciendo a ciegas: <https://www.statnews.com/2020/03/17/a-fiasco-in-the-making-as-the-coronavirus-pandemic-takes-hold-we-are-making-decisions-without-reliable-data/>

La segunda, de Beatriz González, Salvador Peiró, Ricard Meneu, Ildelfonso Hernández y Vicente Ortún, incidía también en que precisamos más y mejor información para no hacer determinadas cosas que, tras estudio con esos datos que todavía no tenemos, pueden provocar más daño que beneficio: <http://www.aes.es/blog/2020/05/16/la-volatilidad-del-conocimiento-cientifico-en-tiempos-de-la-covid-19/>

Por último, las carencias de nuestros sistemas de información son señaladas con lucidez por Alicia Coduras en <https://fundaciongasparcasal.blog/2020/05/12/mejorar-el-sistema-de-recogida-y-gestion-de-datos-del-sistema-nacional-de-salud-una-necesidad-y-una-oportunidad/>

Anotadas estas carencias, queda afirmar que los profesionales clínicos tuvieron un comportamiento excelente, el esperable, sin heroísmos, al que están acostumbrados. Sin embargo, la extensión e intensidad de la COVID-19, y el sombrío pronóstico de muchos de los afectados, les ha dejado cicatrices. A nivel de gestión de centros sanitarios, hemos asistido a una respuesta muy flexible y ágil. Tan encomiable, que el encaramiento de la pandemia no se ha ido de las manos y que ha sido, sin duda, tan bueno como el de cualquier país de la UE, dados los recursos con los que se contaba.

Sin embargo, el SNSE, en su conjunto, nos debe hacer reflexionar que su situación anterior a la eclosión de la pandemia no era, ni mucho menos, tan estupenda como se nos decía. Casi todos los expertos la han señalado como insuficiente y precaria. Lamentablemente, desde la crisis de 2008, las necesidades de reforma del sistema se fueron subordinando a límites presupuestarios crecientes, que se han revelado como grietas que cuarteaban un sistema ya deteriorado desde hacía décadas.

El otro consenso encontrado es la necesidad de aumentar el gasto sanitario, pero con inteligencia y acompañado de las reformas estructurales que nunca llegaron. Tener en consideración el medio y largo plazo es un imperativo señalado en infinidad de ocasiones. También ampliar ingresos vía impuestos con criterios de progresividad e, idealmente, vía crecimiento económico. Extremadamente difícil en los años venideros. Y, si finalmente llega, que llegará, el plus de gasto sanitario impulsará la creación de empleo y movilizará las inversiones innovadoras que tanto precisa el sector (digitalización).

Una última consideración, el gasto sanitario no es necesariamente eficaz en sí mismo. Depende crucialmente de la calidad de las instituciones sanitarias. Y aquí los expertos apuntan que es mucho el trabajo pendiente. Hay que evitar el despilfarro y todas aquellas decisiones no basadas en la evidencia, y sin criterios técnicos. Reforzar la atención primaria con herramientas e incentivos se apunta como clave. También una gestión menos politizada y más profesionalizada, que aporte un mayor valor social.

El retorno social, hoy, de una salud pública de calidad puede ser extremadamente elevado. Los fondos dedicados a la detección de contagios y

al rastreo de contactos tienen una enorme rentabilidad económica porque pueden evitar nuevas restricciones y confinamientos que deteriorarían aún más la delicada situación económica.

Hay que seguir con el impulso de la investigación biomédica cooperativa a la que estamos asistiendo, ya que incorpora alta dotación de capital humano cualificado y puede hacer de palanca en la mejora del modelo productivo.

Además, es conocido que la mejora del estado de salud de la población favorece el crecimiento económico al aumentar al capital humano, la productividad, el nivel de ahorro, e indirectamente genera un efecto positivo sobre la educación y el desarrollo cognitivo, así como de otras externalidades.

Si la principal razón de ser de los Estados es proteger la vida de la gente y, a partir de ahí, todo lo demás, no podemos decir que en España se hayan obtenido unos resultados buenos en esa misión, frente a la pandemia de la COVID-19. Qué duda cabe que la salud de la población se convertirá en una nueva seña de prosperidad, acentuará la necesidad de un nuevo contrato social en el que los Estados tendrán un renovado mandato económico y social a lo Mazzucato.

Está por dilucidar el alcance y la forma que adoptará un renovado estado del bienestar. Este libro, con la participación de 20 expertos, así lo señala. Posiblemente, el estado de bienestar, que es un lujo de ricos que solo se da en Europa, no hay quien lo mueva, y mucho menos ahora, pero sí precisa en España de reformas, y no menores. No solo habrá una mayor demanda para aumentar la financiación de los servicios sanitarios, sino que la presión de los votantes llevará a los Gobiernos a convertir en permanentes medidas adoptadas con carácter temporal (por ejemplo, el salario mínimo vital). La educación tiene que pasar también urgente su ITV.

Pero si la austeridad parece descartada y los ciudadanos reclaman más gasto, el desafío está en cómo financiar ese nuevo y fortalecido estado del bienestar. En parte, con un aumento de ayudas y de la deuda pública hacia la que existe ahora una mayor tolerancia por parte de la UE, pero también con un incremento de los ingresos propios. ¿De dónde?, ¿más impuestos? Es el debate que se abre ahora, porque el Estado no puede pagar los salarios de los trabajadores de empresas privadas, como se contempla en los planes de rescate de algunos países (por ejemplo, EE.UU.), para siempre. En la UE la situación es más templada por la apuesta firme y el importante acuerdo alcanzado el pasado 21 de julio de 750.000 millones de euros, para hacer frente a la devastación durante los próximos siete años.

Debemos, por inconveniente, descartar un aumento de la fiscalidad sobre los ingresos de todos los hogares, al menos en las familias más golpeadas por la crisis. Sí, en los tramos altos de renta. Perseguir el fraude y la economía sumergida es una obligación insoslayable. Pensar en un nuevo impuesto extraordinario a las empresas más beneficiadas por la pandemia, como las tecnológicas (plataformas y redes) o a las grandes superficies de alimentación, es otra alternativa. El coronavirus ha precipitado la discusión, como no se había tenido en alcance, acerca de la modernización del estado del bienestar. La debacle ha disparado un sano ejercicio de prospectiva que empujará a una nueva gobernanza global donde lo público tenga una presencia menos timorata.

El debate sobre la financiación del estado del bienestar tras la pandemia enlaza con otro abierto ya antes sobre la fiscalidad que debe aplicarse a las empresas tecnológicas y a la economía digital. Francia o España están dispuestas a implantar el impuesto digital, con posibles sanciones de EE.UU. Mientras, hay que poner fin a la competencia fiscal entre los Estados europeos que está debilitando el sistema de seguridad social de muchos de los países miembros. Otros ven una salida en la economía verde. El estado de bienestar debe convertirse en un estado social-ecológico para darle la vuelta a las consecuencias sociales de las crisis medioambientales ya presentes que han favorecido las últimas epidemias y las que vendrán. Estamos ante una doble revolución: devolver la salud al corazón de las políticas públicas, poniendo el medioambiente en el corazón de las políticas sanitarias. El coronavirus ha precipitado un debate que afianza la legitimidad del estado de bienestar, al tiempo que obliga a plantear, con urgencia, su modernización. Tal vez sea un Keynes verde el icono de la 'nueva normalidad'.

En resumen, la COVID-19 ha puesto en evidencia que los sistemas de información, y muy especialmente la vigilancia epidemiológica, han sido insuficientes. Achacable al escaso interés político e inversor en salud pública en las administraciones sanitarias públicas. También ha fallado la coordinación entre el mundo sanitario y el social. El SNSE ha vivido en los años de bonanza económica encantado de conocerse, instalado en el confort, en un *statu quo* esquivo a removerse, con falta de interés por parte de todos los agentes del sistema en acometer reformas imprescindibles y largamente reclamadas. Veremos si en los nuevos escenarios de la pandemia, los incrementos de financiación sanitaria pública provenientes de la UE empujarán a las terapias precisas a los muchos y buenos diagnósticos ya conocidos acerca del SNSE. Algo, tímido, se ha apuntado (no mandatorio) en la comisión parlamentaria.

Parece que la tecnología es un buen amortiguador y la innovación un buen tractor que pueden ayudar en las reformas que vendrán de la mano, fundamentalmente, de la digitalización del sistema, y de una más eficaz coordinación de lo sanitario y lo social. La crisis en curso reconocerá el *'trade off'* entre economía y salud, si la salud pública sale fortalecida y la economía genera renta a partir de la mejora de la gobernanza colectiva, y de cambiar las prioridades de inversión pública. También, tiene que haber un mejor acoplamiento en cómo cubrir eficientemente las necesidades de salud poblacional con la respuesta del mercado, que en nuestro sector estará previsiblemente más intervenido por el Estado, a como lo ha estado en los últimos años. Esperemos que con buena regulación. Sin embargo, serán las distintas vacunas en desarrollo las que nos saquen del sombrío panorama social y económico que se vislumbra.

La pregunta que uno se hace es si tras las experiencias del SARS y del MERS se identificaron áreas de mejora en la preparación de futuros planes de contingencia para aminorar la diseminación de futuras epidemias. No aquí. Diría que solo en los países que lo sufrieron más directamente y montaron sistemas de vigilancia epidemiológica que sí han funcionado en la actual pandemia. ¿Aprenderemos algo de la COVID-19 para la siguiente? Solo si auditamos con rigor, independencia y transparencia lo hecho, con ánimo de mejorar las insuficiencias y carencias detectadas, que previsiblemente no han sido pocas. Veremos si no nos vence el escepticismo de base en lo que dé de sí la Comisión Parlamentaria para la Reconstrucción, en su vertiente sanitaria y social. El sistema de atención a la pérdida de autonomía personal ha hecho aguas. A nadie le ha extrañado, pues nació con pocos recursos y una estructura organizativa muy débil.

EPÍLOGO

SUS SEÑORÍAS Y LA COVID-19

Beatriz González López-Valcárcel^[*]

[*] Beatriz González López-Valcárcel, del Blog *Nada es Gratis*, de 22 de julio de 2020.

Introducción

La sanidad ha saltado a la agenda política gracias a la COVID-19. En sus discursos de investidura, los presidentes de Gobierno de España, desde Adolfo Suárez, en 1979, hasta Mariano Rajoy, en 2016, pronunciaron en total 53.602 palabras, y de ellas solo doce veces la palabra “sanidad” y apenas dos veces “salud” (frente a 167 “economía”, por ejemplo). Repentinamente, “sanidad” y “salud” están en boca de todos, población y políticos. Este momento COVID nos ofrece una oportunidad única para abordar los problemas del SNS, porque el “sesgo de disponibilidad” es favorable y porque hay conciencia de que la economía del país depende de la situación sanitaria y de la salud. La seguridad sanitaria ha pasado a formar parte de la seguridad nacional.

El miércoles 22 de julio, el Pleno del Congreso de los Diputados aprobó finalmente el dictamen sobre la reconstrucción económica y social. La comisión, distribuida en cuatro grupos de trabajo disjuntos (sanidad y salud pública, reactivación económica, políticas sociales y de cuidados y Unión Europea) había estado trabajando desde mayo, y escuchado las comparecencias de decenas de expertos. Salvo el dictamen de políticas sociales y de cuidados, que resultó rechazado, los demás se aprobaron; con mayorías

holgadas; el de la Unión Europea y el de sanidad y salud; con solo un voto más a favor que en contra el de reconstrucción económica.

Este texto se centra en el dictamen de sanidad y salud pública (el resumen se puede leer en la web del Congreso de los Diputados). Ese dictamen contiene unas 70 propuestas y 183 acciones, distribuidas en diez grandes temas: 1) gobernanza, 2) recursos humanos, 3) atención primaria, 4) salud pública, 5) I+D+i, 6) transformación digital, 7) coordinación con el sector sociosanitario, 8) política farmacéutica e industria biosanitaria, 9) financiación y 10) “modelo” de atención sanitaria.

Algunas propuestas y acciones son meras declaraciones de principios o de intenciones, sin trascendencia práctica inmediata. Otras, remiten al desarrollo de estrategias, planes o acciones preexistentes, como el Marco Estratégico para la Atención Primaria (AP) de 2019. Hay algunos puntos muy concretos, mandatos directos, como el 46.7: “eliminación de los copagos”, que se matiza, sin embargo, en el punto 51, abogando por la supresión de las diferencias entre activos y pensionistas (aunque hay que leer entre líneas para entender ese mensaje). Uno de esos mandatos contundentes se refiere a la financiación pública de la formación continua de los profesionales sanitarios, y la prohibición expresa de financiación de las asociaciones de pacientes por la industria (47.2). Las protestas airadas de algunos grupos (por ejemplo en este enlace: <https://www.actasanitaria.com/congreso-dictamen-sanidad-reconstruccion/>) son el signo más tangible de la aplicabilidad directa de ese punto. El dictamen prescribe más recursos para la sanidad: aumentos de plantilla y de MIR y asimilados (8.3), de recursos económicos para la I+D+i (28), de presupuesto sanitario público (61), particularmente en atención primaria (15). También incluye la creación de dos fondos nuevos y específicos, administrados por el Ministerio, llamados respectivamente de Reconstrucción (para sistemas de información sanitaria y para la historia clínica interoperable), y de Innovación Sanitaria (para pagar tratamientos de alto coste), y refuerza dos fondos centralizados ya existentes, el Fondo de Cohesión Sanitaria y el Fondo de Garantía Asistencial, para velar, con mayor transparencia que en el pasado, por la equidad y la financiación de nuevas tecnologías (61.4).

El dictamen, que incorpora acciones de corto plazo y reformas de más largo plazo, supone un gran avance en algunas materias, específicamente en el protagonismo de la atención primaria o en la potenciación de la investigación y los sistemas de información, pero ha sido también una oportunidad perdida para afrontar ciertos problemas crónicos del SNS, que se abordan

de forma insuficiente, inconcreta o tímida. Nos referiremos específicamente a los recursos humanos y la gestión pública y a la evaluación económica y fijación de precios.

Impulso a la atención primaria: mucho sobre el papel, pero ha de ser creíble

A lo largo del documento, el término “atención primaria” se repite 47 veces, la raíz “hospital” (hospital, hospitalario, hospitalización...) solo 10. Es un reflejo del énfasis en potenciar la medicina y enfermería de familia y la atención primaria como ejes del SNS. Se les dedica el “tema” 3 entero. Este es uno de los puntos fuertes del documento. Devuelve a la medicina de familia sus funciones y responsabilidades de atención domiciliaria y a la comunidad (escuelas, residencias de ancianos: 36-37), y le asigna importantes funciones a corto plazo de trazabilidad y gestión de la COVID-19, para lo que se han de dotar recursos específicos.

La COVID-19 nos ha enseñado mucho sobre la necesidad de coordinación con el sector sociosanitario. A ella se dedica el “tema” 7 completo. Para proteger a las personas vulnerables y gestionar mejor los riesgos en residencias, la AP es pieza esencial, como reconoce el dictamen. A este respecto, en el informe del Grupo de Trabajo Multidisciplinar del Ministerio de Ciencia e Innovación se ha diagnosticado la situación y propuesto las vías de acción.

El dictamen prescribe un plan urgente de digitalización de la AP, incorporando la atención telemática y telefónica, la desburocratización y la búsqueda de *resolutividad*, con mayor acceso a recursos diagnósticos. También se flexibiliza la política de personal, buscando nuevos incentivos para estabilizar a los profesionales en plazas poco atractivas, garantizando la longitudinalidad y continuidad del cuidado. Ojalá sea este un revulsivo para inducir los cambios organizativos y culturales necesarios. Porque, aunque formalmente el SNS español se base en una AP fuerte, en la práctica poco a poco se ha ido desatendiendo presupuestariamente, y sus profesionales han ido cayendo en la inercia y en una crisis crónica de identidad. El pequeño número de MIR que eligen medicina de familia entre los primeros en el ranking es un indicador de la persistencia y gravedad de este problema. A pesar de las buenas intenciones de la comisión, y del Plan Estratégico para la Atención Primaria de 2019, este año es incluso peor que el pasado para la medicina de familia y comunitaria (MFC). Hasta finales de julio se habían

elegido 4,800 plazas MIR de las 7.615 convocadas, y solo 289 han optado por MFC. Se han asignado únicamente el 13 % de las plazas convocadas de esa especialidad (el año pasado, el 19 %, hasta el elector número 4.800).

Recursos humanos y gestión pública, un problema de incentivos y de herramientas

La regulación de las relaciones laborales en la sanidad pública se basa en el Estatuto Marco del Personal (Ley 55/2003, de 16 de diciembre), heredero de los tres estatutos preconstitucionales para el personal médico, el sanitario no médico y el no sanitario, respectivamente. En su listado de 2015 (Orden SSI 24200/2015) hay 273 categorías profesionales distintas del personal estatutario de los servicios de salud. El estatuto define de forma muy pormenorizada el conjunto de derechos y deberes del personal, con carácter básico, consagrando la estabilidad en el empleo propia del régimen funcionarial, pero a la vez la negociación colectiva de gran parte de las condiciones laborales. Este marco regulatorio imprime una gran rigidez a la gestión pública en un entorno cambiante organizativa y tecnológicamente. Además de la rigidez e impedimentos a la gestión efectiva de recursos humanos, en la práctica, el desarrollo de esas ofertas públicas de empleo (OPEs) para cubrir las plazas vacantes es lento, consume gran cantidad de recursos y distorsiona el funcionamiento del sistema, generando una masiva temporalidad entre el personal. El dictamen aborda estos problemas sin modificar el estatuto, pero circunvalándolo a través de un artificio (propuesta 7.1) llamado “concurso abierto y permanente”, que consiste en separar las fases de oposición y concurso. De forma similar a la universidad, los profesionales se acreditarían en un examen estatal, específico para cada especialidad, tal vez por subespecialidades y/o áreas de capacitación específicas, y en una segunda fase, las CC.AA. resolverían sobre una base de méritos individuales la fase de concurso, sin examen, para las plazas que vayan quedando vacantes. En la práctica, este nuevo procedimiento podría agilizar la *estatutarización* de los profesionales y resolver el problema crónico de la alta temporalidad. Pero puede provocar el riesgo de crear nuevos problemas, empezando por las implicaciones del nuevo examen post-MIR, que concentraría los esfuerzos de los residentes, de la misma forma que los últimos años del grado en Medicina tienen mucho de preparación del MIR. Además, podría agravar la endogamia y discrecionalidad en la captación de recursos humanos en los hospitales. Aunque en los borradores del dictamen

se hablaba de una reforma del estatuto, en el documento final se renuncia a abordar la *desfuncionarización* del personal sanitario de los centros públicos, es más, reconociendo que las plazas estatutarias son atractivas para los profesionales, se recomienda incluir a los de salud pública, hoy desmotivados, en esa categoría (23.3) y también a los investigadores (30.5 y 30.6).

La gestión sanitaria pública

El problema de base es que ese marco laboral rígido no es apto para una gestión pública moderna y flexible que permita a los centros públicos competir, ni siquiera por comparación. En la práctica, genera una dualidad entre los profesionales. Unos, los estatutarios, ya tienen su plaza ‘en propiedad’, están a salvo de exigencias y carecen de incentivos extrínsecos para la calidad de la atención.

Los centros públicos no tienen ni incentivos ni herramientas de gestión para competir con los privados allí donde hay un ‘mercado’ con cierto grado de competencia, aunque sea por comparación. Un caso paradigmático es el de Madrid, con área única desde 2010. La red de utilización pública del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) incluye los hospitales públicos (algunos de ellos son los buques insignia de la sanidad pública española), y cinco hospitales privados lucrativos: la Fundación Jiménez Díaz, que ya tenía un concierto singular desde tiempos de Franco, y otros cuatro hospitales de más reciente creación. En los primeros nueve años del área única de salud ha habido un trasvase masivo de pacientes hacia los hospitales privados, que cobran por esos servicios, desde los hospitales públicos (que no cobran si atienden a los pacientes de fuera de su zona) en todas las actividades.

Los centros públicos se dirigen por gestores políticamente leales. El reto pendiente de profesionalizar la gestión sanitaria es abordado en el dictamen (2.3, 2.7) pero no se llega a concretar en mandatos. Además, y sobre todo, faltan incentivos económicos para una gestión basada en resultados de salud, y en favor de herramientas de gestión para que los centros puedan hacer política de recursos humanos (no mera administración) y de suministros.

El dictamen se queda corto. El punto 64.1 habla de “dotar a las redes y/o centros sanitarios públicos de capacidades para la gestión operativa de su presupuesto, su personal, sus compras y contratos, de manera que se cree un marco de gestión adaptado a la naturaleza de la prestación de los servicios sanitarios”, pero no se concretan cambios regulatorios de la gestión

pública ni se entra en nuevas formas de gestión, confiando únicamente en la reingeniería de procesos para combatir esos males.

La evaluación económica y la fijación de precios

A estos temas se dedica el punto 48. Los economistas llevamos décadas intentando impulsar la cuarta barrera que, además de la eficacia, seguridad y efectividad de las innovaciones tecnológicas y de medicamentos, exija que los nuevos sean coste-efectivos en relación con los ya comercializados. El dictamen es decepcionante en este punto. Literalmente, habla de “desarrollar un proyecto para la implantación sistemática por el Ministerio de Sanidad de la evaluación económica de medicamentos, con el fin de fundamentar sus decisiones sobre financiación pública y control de precios”, sin concretar más.

Aunque España tiene una red muy potente de agencias públicas de evaluación de tecnologías sanitarias, que son la envidia de muchos países y a las que únicamente les falta capacidad resolutoria, el dictamen parece partir de cero al referirse a “poner en marcha una red nacional de evaluación de medicamentos, en coordinación con las Comunidades Autónomas”, sin mencionar siquiera la existencia de esas agencias. La política farmacéutica ha ido dando tímidos pasos hacia la evaluación de la eficiencia a la hora de fijar o negociar precios, pero le falta todavía decisión, y un trecho considerable para homologarnos a los diez países de la EU-15 que han incorporado esa cuarta barrera. Un punto que creo positivo es que se potenciarán los “mecanismos de compra centralizada de fármacos a nivel estatal y europeo para tener mejor posición negociadora frente a las farmacéuticas”.

En síntesis, sin llegar al nivel de disrupción del famoso Informe Abril de principios de los años noventa, el dictamen 2020 contiene el germen de cambios importantes en el SNS si se llegan a plasmar en planes concretos y en calendarios y agendas. Pero, en mi opinión, renuncia a afrontar de cara y con valentía ciertos problemas crónicos graves, sobre todo en las políticas de recursos humanos, de gestión y de evaluación.

BEATRIZ GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL



Profesora de Economía, Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, y de cursos de posgrado y doctorado en decenas de universidades españolas y extranjeras. Investigación en Economía de la Salud. Expresidenta de la Asociación de Economía de la Salud (2004-2006), de la sección de Public Health Economics de la Asociación Europea de Salud Pública, EUPHA (2011-2012) y expresidenta de SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria) (2015-2017). Consultora internacional en México, Brasil, Argentina, Chile, Uruguay, Costa Rica, Panamá y Mozambique.

APUNTES DESDE LA INTERFAZ

Reflexión final del director y editores

Tendría que ser la gran oportunidad para la gran reforma de nuestro sistema de salud. No de modo inmediato, que suficiente es la tarea de responder aún con solvencia los brotes y rebrotes de un virus que no cesa. Pero sí a futuro. Ni el más atrevido pudo nunca pensar provocar una prueba tan clara de la importancia de la salud y de la asistencia sanitaria para la economía. Si la economía se había convertido en paradigma de bienestar, la pandemia recordaba quien va primero.

Quedó claro que no podía existir *'trade off'* entre economía y salud en los primeros momentos de la epidemia, en los que sin la segunda se hundía la primera. Prácticamente todos los consultados abogaron por ello. Salvado el noqueo inicial, con respiración asistida de dinero público europeo, el combate está ya mucho más equilibrado con multitud de presiones para transaccionar confinamientos a cambio de que se recupere algo de normalidad, ni que sea 'de la nueva'. Ni el equilibrio ni el 'gong' final liberador: nada de ello está garantizado aunque se produzca. A la vez, se diluye la preocupación inicial de 'que no ha de volver a suceder' y la tentación del *statu quo* político y económico confluye en el cortoplacismo: intereses similares de quien salva temporadas y quien salva contiendas electorales. Ello nos debiera llevar al pesimismo, pero de la lectura de las opiniones surgen brotes verdes. En primer lugar, la concienciación de nuestros 'sabios' en favor de la evaluación, la

priorización y el coste efectividad es unánime. No importa orígenes y procedencias, ni sus ámbitos de análisis. Solo los políticos, claro está, en sus dictámenes, no arriesgan mínimamente en la institucionalización de la 'cuarta valla', por miedo a tener que mantener el tipo ante los resultados de la evaluación y de lo que pueda ser la lectura de priorización como discriminación negativa de los 'no priorizados' ya con anterioridad. En segundo lugar, se identifica la gestión como decisiva (capacitación, talento, colaboración *win to win*, coordinación) para afrontar lo que le depare al sector la economía, y viceversa: se reconoce (se ha visto, se ha comprobado abiertamente) que en la sanidad pública administrada ello no es posible con la *estatutarización* del personal, falta de flexibilidad, escasa autonomía organizativa, escasa rapidez de actuación y compra... La evidencia es tan clara contra el modo de hacer administrativo de nuestra sanidad, que es impensable que se mantengan las viejas formas ante los retos que se anticipan. En tercer lugar, crece desde los dos ámbitos de la economía y la salud el valor otorgado a la atención primaria y a la salud pública, sin menoscabo de la reafirmación de la importancia de una buena atención hospitalaria: un reconocimiento que ha de impulsar a la mejor financiación del sector sanitario, siendo destinatarios primeros estos profesionales a los que la sociedad les debe agradecimiento. Ello es tan cierto como arriesgado, vista la capacidad del sistema de fagocitar recursos públicos con aumentos de plantilla, retribuciones, baja productividad ordinaria... y que las cosas queden como están.

En cualquier caso, todo este poso de *know how* ha venido para quedarse. Otra cosa es la del *timing* en que se vaya traduciendo en propuestas concretas y efectivas. En los obstáculos a su desarrollo observamos los peligros de las respuestas políticas tradicionales de formar comisiones de debate y estudio, informes y dictámenes: actualmente, cada ministerio cuenta con al menos una; también en consejerías autonómicas; y por encima de ellas, las de Presidencia del Gobierno y *ad láteres*. Se añaden todas ellas los consejos asesores ya preexistentes, en algunos casos con dudosa separación entre asistencia sanitaria y salud pública, y ya no digamos entre sanidad y servicios sociales, o entre las comisiones de política económica y de políticas sociales. A ello se superponen organismos internacionales, observatorios nacionales creados *ad hoc*, las secretarías administrativas, los centros nacionales de los expertos —cuenta ajena— y organismos públicos con importantes servicios de análisis (Banco de España, AIREF, cámaras de comercio...). Un tinglado que diluye más que concentra, que 'hace rondos más que chuta', que acaba haciendo emerger junto a expertos legítimos a

los representantes del *statu quo*, por la vieja manía de búsqueda de ‘que estén todos representados’, buscando un consenso que por heterogeneidad solo acepta propuestas eufemísticas de ‘sí pero no’, ‘no pero sí’ (algo que suele ser de gusto de los políticos que así tienen agarradera ‘técnica’ para cualquiera sea su opinión...) y con el silencio cómplice de muchos de los consultados que con tal reconocimiento no se atreven a criticar parte de lo que esperaban eran sus propuestas ‘minuto de gloria del compareciente’. Y todo ello en vez de una única comisión, un único grupo de expertos que, con poderes prudenciales (recomendaciones de ‘haz o explica por qué no haces’), dictaminen evaluado de sus efectos (costes y resultados) y no elaborando una especie de ‘gran Delphi’ social en el que se confunden deseos con realidades, de reconocida baja probabilidad de ocurrencia, aunque que-rida.

Algunos detalles importantes

Desde una y otra orilla, excepto alguna excepción, la epidemia parece alejar del panorama a los copagos y se cierra los ojos a sus acompañantes: el peso creciente del seguro sanitario privado y la inequidad de la exclusión, no por ineffectividad de los tratamientos, sino por costes-efectividad relativamente altos, no asumibles ‘políticamente’; tratándose ciertamente de una exclusión sin paliativos, que deja a los menos favorecidos socialmente sin acceso a determinados servicios, con copagos del cien por cien y sin posible desgravación fiscal selectiva.

En general es notorio que, desde el ámbito de la sanidad, el foco esté en recursos y gasto, como si se diera por hecho que la financiación queda garantizada, puede que desde el sueño (confuso) de la ayuda europea. Desde la economía se observa una mayor preocupación por ambos lados del presupuesto, aunque decrece el peso de los que pensaban en medidas extrafiscales; el foco hoy, más que nunca, está en la lucha contra la elusión y la evasión fiscal. Al parecer, la responsabilidad individual exigida para la erradicación de la pandemia no permite el sobreañadido de la responsabilidad financiera. Indudablemente, dicha responsabilidad individual está alejada del concepto de bien público, de externalidades, y resta muy cercana al fallo de mercado, por no ‘internalización de los beneficios y costes’ consecuentes con las actuaciones individuales. Y especialmente bajo el sentimiento de las cosas que se han hecho políticamente mal y ahora, con copagos, pudiera aparentar que se pasa impunemente la factura a los ciudadanos.

En cualquier caso, afinando argumentos desde la salud pública, se matiza claramente que no se trata 'solo de un tema de más recursos'; pero no son fáciles aquí las definiciones de sus complementos reformistas, con llamadas a conceptos que devienen tópicos, como la 'mejor gobernanza', la eficiencia en la gestión, cambios en el sistema político, más democracia y similares. Todo por eludir reformas administrativas más concretas. Este recurso es común en la interfaz. La utilización de las soluciones 'comodín' tiene hoy en el último texto de Mazzucato (*El valor de las cosas*) una literatura preferente sobre lo que debe y no debe importar. Se trata de un enfoque confuso que va de la tradición mercantilista, fisiocrática, clásica ricardiana y marxista. La búsqueda del precio basado en el valor es, en efecto, el *alibí* para quien se quiera escapar del bucle 'tiene valor lo que tiene precio/ pongamos el precio según el valor', en la confusión de lo productivo/no productivo; lo transformativo y lo distributivo; lo tecnológicamente progresivo de más o menos productividad, etc. Todo ello por una crítica justificada en la literatura contra el sector financiero y en favor del valor de lo público; una buena causa aunque con argumentos poco claros. Ello genera con la epidemia dos grandes preocupaciones, repetimos, justificadas, tanto por el lado de los precios de tratamientos contra la COVID-19 o por el que será el acceso a la vacuna, y también por la negligencia con la que los mercados han minusvalorado el talento en el sector público y el capital institucional necesario para el buen funcionamiento de la economía. Pero no se va a solventar ahora solo con mantras de nueva partitocracia, capital social, responsabilidades individuales y colectivas, colaboración público-privada, coordinación e integración, cuadro de mando único pero participado... que tanto rezuman algunas opiniones. Es difícil, como se apunta en el epílogo, que de ello se deriven propuestas concretas. Subyace a menudo tras estos eufemismos la disputa económica sobre la presión fiscal, elevada micro para los pagadores, escasa a nivel macro de recaudación; de debate a veces corporativo e intra gubernamental: salubristas y asistencialistas, gerontólogos e internistas, primaristas y especialistas, fijos e interinos, sanitarios y sociosanitarios, medicalización o no de residencias de mayores, trazabilidad desde la atención primaria o profesional externalizada... con implicaciones en retribuciones, homologación de condiciones laborales y pugna por la parte del pastel de la que se apropia cada cual.

Aquellas decisiones en favor de unos u otros son particularmente complejas cuando toda la red asistencial y preventiva ha sido puesta en duda por la pandemia: los profesionales de toda condición han mostrado se compro-

miso, los hospitales su excelencia, la atención primaria su fuerza, lo medicalizado como parte del bienestar de nuestros mayores... pero el virus sigue circulando.

Tres puntos finales de duda

Desde ambas orillas de nuestra interfaz se apunta a la necesidad de más investigación, más valoración al desarrollo de tratamientos, a la innovación. Pero la epidemia pone claramente de manifiesto la pequeñez de nuestro país, además dentro de una Europa que no parece que pueda jugar la carrera que protagonizan Trump y Shi en Estados Unidos y China, y en la que se puede estar dirimiendo el poder mundial futuro. De modo que, tras el reconocimiento de la importancia de la investigación en los distintos campos de la biomedicina, la irrelevancia local se hace manifiesta en favor de los grandes conglomerados públicos chinos y del encabalgamiento público-privado norteamericano, con las conocidas ganancias de pescadores, políticas y empresariales. Lo pequeños, dirimientes de su financiación más reducida previsiblemente por aumentos de gastos en capítulo uno (profesionales y mejora de condiciones retributivas), difícilmente van a mejorar sus márgenes para I+D+i.

En segundo lugar, permanece la duda de si la cuarta valla aparecerá finalmente para un nuevo catálogo de servicios definitivamente priorizado. Es consenso de interfaz; es pivote de cualquier nueva política sanitaria; es estrategia preventiva y reactiva a la vez; es de capacitación local sin restricción externa a mitigar. Pero, aun así, su implementación definitiva, no está clara. Cuesta a sus señorías salir de las zonas de confort del sistema de salud y asumir mínimamente algo de riesgo.

En tercer lugar, se quiera o no, en algún momento del tiempo se producirá una evaluación definitiva, política, con consecuencias electorales en un sentido u otro. En dicho *reassessment*, continuamos sin contar con un contrafactual efectivo de situaciones y circunstancias comparables que permitan una vara de medir mínimamente objetivable. ¿Sin los aludidos recortes presupuestarios del pasado, que muchos de nuestros participantes de ambos lados de la interfaz aluden, hubiera reaccionado mejor nuestro sistema sanitario? ¿Con más y mejor salud pública hubiéramos evitado errores manifiestos? ¿Sin 'tanta descentralización' se hubiera reaccionado mejor? ¿Quizás con menos recentralización? ¿Ha sido el sistema de información

realmente decisivo o sus carencias simplemente han mostrado en el espejo los errores de los expertos? ¿Qué contrafactual tenemos a la rigidez administrativa, la falta de autonomía de los centros y la escasa flexibilidad de plantillas, cuando las innovaciones en años y años no se han apenas alejado del estatuto-marco?

En el final de esta interfaz debemos pedir la carta salvadora de la humildad. Una apelación que le conviene al que se considera uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo si quiere evitar errores futuros y aprender de los desaciertos del pasado.

Punto de cierre

Asistiremos a años donde gastaremos mucho más de lo que recaudemos, con la esperanza de que el déficit acumulado lo podamos devolver cuando vuelvan los buenos tiempos.

La clave en España va estar en cómo preservar la red social sin ralentizar el crecimiento económico. Duros impuestos pueden desalentar el empleo, el emprendimiento y la innovación. Es tiempo de repensar la economía en su vertiente macro, como una oportunidad. Muchas inversiones públicas tienen que ir a la lucha del cambio climático, y los gobiernos deben apostar con fuerza en la innovación que merezca la pena. Parece que el viejo paradigma económico está agotado y requerimos uno nuevo que está por venir y en el que debiéramos acertar en sus mimbres principales.

Estamos llenos de incertidumbres y desafíos que en esta contribución esperamos haber rebajado en parte. Los políticos tienen que obligarse, empujados por ciudadanos activos e informados, a tomar sus decisiones basadas en la evidencia. Lo que nos dicen los expertos consultados es, sobre todo, lo imperativo de crear un marco de actuación sólido para que el *business cycle* (también público) sea bien gestionado y la crisis financiera sea luchada sin cuartel, sin demasiada interferencia de la política sobre las decisiones económicas, cosa, a todas luces, nada fácil, pero deseable. Las dosis de la intervención pública y privada convenientes la dejaríamos en nuestro país en manos de directrices emanadas de agencias independientes y de instituciones con sólidos servicios de estudios, como el del Banco de España y de otros organismos territoriales. El manejo de toda la deuda que generemos será clave para futuras generaciones.

El precedente de la ayuda europea aprobada el pasado de 21 de julio por la UE es más que bienvenido, y va en la dirección correcta. Hace falta gestionarlo bien y que las reformas que se acuerden se lleven, por fin, a cabo sin cortapisas. La 'carga de la enfermedad' es tremenda. Es hora de la política con mayúsculas.

Guillem López i Casasnovas y Juan E. del Llano Señarís

DIÁLOGOS EN LA INTERFAZ DE LA ECONOMÍA Y LA SALUD A PROPÓSITO DE LA **COVID-19**

El libro que tiene en sus manos el lector confronta las opiniones de 20 personas relevantes de cada uno de los ámbitos, el económico y el sanitario. El registro de cada uno de ellos avala que tenga interés leer sus pensadas opiniones en torno a cuatro cuestiones cerradas y una abierta, realizadas por los dos editores responsables de este volumen: **Guillem López Casasnovas**, director del Centre de Recerca en Economia de la Salut de la Universitat Pompeu Fabra, centro que recibió el encargo de Novartis para la preparación de este texto, y **Juan E. del Llano Señarís**, director de la Fundación Gaspar Casal.

Tras centrar el tema en cuestiones estimadas clave por los editores, se recogen sin filtro las opiniones de los distintos autores; cada editor desmenuza por su parte el relato subyacente en las diversas exposiciones y, tras su elaboración, se analiza el interfaz de sus opiniones y las enseñanzas y recomendaciones '*to take home*' que el maldito virus nos ha dejado. Todo ello con la esperanza de que el lector lo disfrute y sepamos aprender de errores y aciertos respecto de estas nuevas situaciones económico-sanitarias que han venido desafortunadamente para quedarse con tanta trascendencia en el bienestar de nuestras sociedades.

