

Conferencia

Retos actuales y post-COVID para el Sistema Nacional de Salud

Acto homenaje a Ernest Lluch, Ayuntamiento de Barcelona

27 de noviembre 2020

Beatriz Gonzalez Lopez-Valcarcel

Sra. Alcaldesa Ada Colau, sr. primer teniente de alcalde **Jaume Collboni**, regidores y regidoras, Sr. **Josep Maria Argimon**, secretario de Salud Pública de la Generalitat, Sr. **Joan Majó**, presidente de la Fundació Ernest Lluch, profesora **Rosa Lluch**, familiares de Ernest Lluch, patrones de la Fundación, amigos y amigas.

Agradezco al ayuntamiento de Barcelona y a la Fundación por haberme invitado, y a **Ferriol Soria** por su esfuerzo y dedicación para que este proyecto saliera adelante.

Me es muy grato estar aquí por lo que representó Ernest Lluch para mi personalmente y para quienes trabajamos en el área de SP y eco salud. En 1996, cuando se cumplían 10 años de la LGS, lo invitamos a dar la conferencia de clausura en las jornadas AES. Tuvo un altísimo impacto. Yo tuve la suerte de volver con él en taxi, de Valladolid a Madrid, y les aseguro que ese viaje me dejó huella.

El SNS es el buque insignia de nuestro estado del bienestar, el gran redistribuidor de rentas por el lado del gasto en servicios públicos, la máxima expresión de la solidaridad colectiva. Y esto es gracias a la transformación iniciada con la LGS (1986) que sacó adelante Ernest Lluch cuando fue ministro de sanidad. Le debemos mucho.

Permítanme que coja carrerilla para proyectarnos hacia el futuro, desde 1986. Ese año se aprueba la LGS. Supuso un cambio radical desde un sistema de SS a un SNS; del derecho de los trabajadores a la asistencia sanitaria al derecho de la ciudadanía a la atención de su salud. Universalidad en la cobertura y financiación mediante impuestos, con cargo a PGE. **Ese es el genoma del SNS**, el aseguramiento público, la universalidad y la financiación mediante impuestos.

Paralelamente, el Lluch el ministro iniciaba una **reforma en profundidad de la AP**, de los llamados "ambulatorios" en los que trabajaban médicos "de cupo" aislados en jornadas de 2 horas, generalmente pluriempleados con varios cupos y simultaneando la práctica privada, con una interfaz excesivamente permeable...

De ese modelo tradicional al modelo reformado, en centros de salud con EAP y profesionales trabajando a jornada completa. Un cambio absolutamente disruptivo, que pone la prevención clínica, la salud poblacional y comunitaria en primer plano. Que cambia la filosofía y el modelo, tu médico de familia es tu coach de salud., te conoce y aporta en muy poco tiempo de consulta mucho valor por la longitudinalidad del cuidado.

La reforma de la AP tardó 20 años en completarse (2003). La universalidad de la cobertura también fue un proceso paulatino, en el que persistieron ciertos anacronismos, como las mutualidades de funcionarios, el llamado "modelo MUFACE". La salud mental quedó descolgada, y las prestaciones de salud dental fueron entrando poco a poco, y de forma aun incompleta, en la póliza de aseguramiento público.

Ese modelo de SNS universal, con su genoma de financiación pública y su cimiento bien asentado en una AP fuerte y resolutive ha conseguido muy buenos resultados de salud poblacional con pocos recursos. Basta mirar las estadísticas comparadas internacionalmente de EVN o de MIPSE.

Evolución del SNS a lo largo del tiempo (hasta 2020):

Cuando se aprobó la LGS, España gastaba en salud el 5% de su PIB, ahora el 9%; había 2 médicos por 100.000 habitantes, ahora hay 4; 1861 plazas MIR, en 2020, 7615 plazas; había 2.2 enfermeras por 100.000 habitantes, ahora hay 5.9; la esperanza de vida al nacer era 76.4 años, aumentó en más de 7 años; la mortalidad evitable cayó de 142 (en 2000) a 90 ahora.

En esos 25 años desde la LGS, hemos aprendido que la salud se genera desde todas las políticas públicas (vivienda, transporte, medioambiente, urbanismo) y que la pobreza mata, y empezando por Cataluña, se han implementado planes interdepartamentales de salud con este enfoque de STP.

Los cambios en el sistema sanitario durante estos 25 años incluyen tres aspectos que quiero resaltar: descentralización, hospitalcentrismo y presencia creciente de la sanidad privada, conviviendo con una sanidad pública desprovista de herramientas de gestión eficaz.

1. La **descentralización** sanitaria ha sido un efecto secundario de la política. Cuando entró en vigor la LGS solo Cataluña y Andalucía tenían transferidas sus competencias sanitarias. El proceso se completó en 2002, pero ya la LGS había creado el CISNS como órgano de "gobierno" y coordinación del sistema. Esta arquitectura institucional es poco apta para la coordinación, y poco operativa. Durante años, hemos presenciado un juego de sillas vacías en el consejo, según el color político del gobierno del estado y los de las CCAA. Uno de los retos actuales es modificar esta gobernanza del sistema sanitario.

La descentralización ha aportado una enorme riqueza al país, es la oportunidad de oro para analizar "experimentos naturales", para aprender de los demás. España es un país muy rico en innovaciones en Gestión pública, en integración asistencial dentro de la sanidad y con el sector socio-sanitario, en la atención a la cronicidad... Esa enorme riqueza solo se pondrá en valor si esas políticas innovadoras de los sistemas regionales de salud se pueden evaluar con datos objetivos, transparentes, compartidos. Pero la historia clínica electrónica se ha ido desarrollando independientemente por las CCAA, pero aun no es interoperable. Y se ha hecho así con la voluntad implícita de no

exponerse, de no permitir comparaciones. Sin embargo, compartir información es un *win-win* en un sistema sanitario tan descentralizado como el español, en que aprender por comparación de las experiencias de otros enriquece a todos. Por el contrario, blindar la información intramuros es un despilfarro. Y el despilfarro es inmoral. Una historia clínica interoperable en todo el SNS es útil para los pacientes y necesaria para la cohesión territorial del SNS.

2. Respecto al **Hospitalcentrismo**, la presión de las nuevas tecnologías hacia el gasto hospitalario es continua y mucho mayor que en AP. En sanidad hay un "imperativo tecnológico", así lo llamaba Victor Fuchs, los profesionales presionan para que se incorporen todas las nuevas tecnologías que aparezcan, sean aparatos para diagnosticar, Da Vincis para operar o medicamentos para tratar.

Fíjense en estos datos: en 2011, el gasto en FH era 4.254 millones de Euros, en 2019 fue 7321 millones euros, aumentó un 72%. Representaba el 28% del GF en 2011, ahora es el 40%.

La diferencia entre el presupuesto público dedicado a hospitales y a AP va agrandándose a lo largo del tiempo. Y tras aquel impulso inicial reformador, disruptivo, ilusionante de la AP, tras aquella reforma explícita, ha habido y hay una especie de contrarreforma implícita, soterrada. La AP va perdiendo peso, no solo presupuestario, las plazas MIR de MFC son las últimas que se eligen, síntoma de falta de atractivo. De modo que el gran reto que tenemos como sistema es hacer individualmente atractivo lo que es socialmente necesario: una AP prestigiada, que capte talento, resolutive, longitudinal.

En parte por la enorme presión alcista del gasto corriente hospitalario, lo cierto es que el gasto en inversión (capítulo 6) en la red pública del SNS se ha desplomado durante la crisis de 2008-2013 pero no se ha recuperado. Comparando 2002 (año de la culminación de las transferencias sanitarias a las CCAA) con 2018, el gasto sanitario público total ha aumentado un 85%, el gasto en inversión ha caído un 16%. Son datos oficiales de la Estadística de Gasto Sanitario Público.

Por el contrario, en la última década ha habido una enorme inversión en activos fijos de la red asistencial privada en España. Con esto, entro en el tercer punto.

3. Presencia creciente de la sanidad privada. Durante la última década, y sobre todo desde la crisis económica iniciada en 2008, ha ido emergiendo, consolidándose y concentrándose una importante red asistencial privada **lucrativa**. Tiene una amplia presencia en la provisión y gestión de asistencia sanitaria de cobertura pública. Es el caso de los hospitales del modelo Alzira en la Comunidad Valenciana, ahora en proceso de reversión, o los cinco hospitales privados lucrativos de la red madrileña del SERMAS. Permítanme que me detenga un momento en Madrid. En 2010, Madrid crea el área sanitaria única, que empieza a funcionar en 2011. Antes había 11 áreas sanitarias. Cada ciudadano tiene derecho a elegir centro para una consulta, prueba diagnóstica, intervención u hospitalización. Esa elección incluye todos los hospitales de la red, los 22 públicos y los cinco privados. Según datos del propio Observatorio Madrileño de Salud, entre 2010 y 2018, el porcentaje de partos financiados por el SERMAS en esos cinco

hospitales privados de la red ha pasado de representar el 7% al 18% del total, del 8% al 20% las consultas externas, del 10 al 21% las intervenciones quirúrgicas ambulatorias, del 12 al 29% las resonancias magnéticas. Es decir, los hospitales privados han ido aumentando su cuota de actividad de la prestación sanitaria pública a costa de los hospitales públicos.

En este caso, estamos hablando de **provisión y de gestión de la sanidad. Plantea un reto de gestión eficiente a los hospitales públicos para competir con los privados y retener a los pacientes de su zona.** Requiere instrumentos de gestión para los hospitales, cambios de normativa para que puedan flexibilizar sus políticas de RRHH y de suministros, incentivar adecuadamente a sus profesionales. Pero no plantea un problema de desnaturalización del SNS. Recordemos que el genoma del SNS es cobertura universal con financiación pública y criterios de salud poblacional. La financiación pública se mantiene en el caso de Madrid.

Pero paralelamente a este proceso de provisión y/o gestión privada de la atención sanitaria financiada públicamente, también está aumentando la financiación privada de la atención sanitaria, a través del gasto de bolsillo de los ciudadanos, que en este momento ronda el 24% de todo el gasto sanitario, y a través de los **seguros voluntarios** de asistencia sanitaria. El deterioro del acceso a los centros públicos, las listas de espera, que empeoraron en los años de recortes, ocasionaron un aumento de la demanda de aseguramiento privado voluntario. En España, hay unos 10 millones de pólizas de seguro voluntario de salud (incluyendo los 2 millones de funcionarios) y ha ido creciendo de forma continua desde el inicio de la crisis anterior.

Muchas de esas pólizas cubren servicios sanitarios de complejidad baja o media, no incluyen gastos catastróficos (trasplante o cáncer). Esta huida hacia la cobertura privada implica un **cambio de financiación, que puede terminar convirtiendo nuestro SNS en un transgénico de sí mismo, porque modifica el genoma del sistema de salud.** Pone en riesgo la **sostenibilidad social del SNS.** Si las clases medias dejan de utilizar el sistema público salvo para grandes problemas de enorme gasto, se irá erosionando la legitimidad de la financiación pública (¿por qué habría de contribuir con mis impuestos a unos servicios que no utilizo?). Este riesgo, al que hemos llamado de latino americanización de la sanidad, es el que más me preocupa.

Este riesgo se ha agravado durante la COVID, aunque no siempre se refleje en las estadísticas oficiales. La utilización no COVID de la sanidad pública se redujo mucho durante la primera oleada en primavera, en parte por miedo de los pacientes a acudir a los centros sanitarios y contagiarse, y en parte porque éstos debían dejar recursos, camas y otros, disponibles por si se producía un aumento de incidencia de la infección. Nunca los hospitales públicos canarios habían estado tan vacíos como en abril de 2020, por debajo del 60% de ocupación total. Aunque estos pacientes invisibles, fuera del radar del sistema, no engrosen las listas de espera, tienen necesidades no cubiertas y buscan satisfacerlas en el aseguramiento privado. Según datos de UNESPA, durante 2020, entre enero y septiembre, mientras la recaudación por primas de todos los tipos de seguros cayó un 10.8% debido a la crisis económica, los seguros sanitarios aumentaron sus pólizas en un 3.6% y sus primas en un 4.9% en España.

Además, el aseguramiento privado voluntario ofrece a los asegurados ir al especialista sin tener que pasar por el filtro del médico de familia, es decir, es una carga de profundidad en el centro de gravedad de la atención primaria y del propio SNS. La mejor señal de que la sanidad pública va bien sería que la utilizaran los ricos y las clases medias, que acudieran a la atención primaria y la hospitalaria, y no solo para prestaciones complejas de gasto catastrófico como los CAR-T o los trasplantes.

Y entonces llegó la COVID-19. En este 2020 que prometía tanto, el de los objetivos del milenio.

Por decirlo resumidamente, la COVID sacó a la luz lo mejor y lo peor de nuestro sistema. Puso a la vista costuras a punto de reventar, la precaria red de salud pública, las deficiencias en la coordinación con la red socio-sanitaria, la falta de preparación para una epidemia de semejante magnitud a la que no vimos llegar.

Pero también la COVID hizo aflorar el liderazgo clínico y la capacidad organizativa de los centros sanitarios para cambiar circuitos, protocolos, organización de la asistencia en tiempo record.

La era COVID es la primera vez que todo el talento del planeta está concentrado en la resolución de un mismo problema. El tiempo parece acelerado, en menos de un mes se consiguió secuenciar el genoma del virus, en apenas unos meses se han desarrollado vacunas eficaces y seguras, que ya están a la puerta. En economía sabemos que los incentivos funcionan, y la pandemia ha creado un potentísimo incentivo para la búsqueda de soluciones. Porque la crisis económica que ha provocado es mucho peor que la de 2008. A nivel global, el coste macroeconómico de la pandemia será del 14% del PIB mundial acumulado hasta 2021, en España, mucho peor. Según las predicciones de octubre del FMI, la economía española caerá un 12.8% en 2020 y solo recuperará un 7.2% en 2021. Pero el coste de la COVID no es solo la caída del PIB, sino la diferencia entre lo que cae y lo que deja de crecer según las previsiones pre- COVID, que para España eran de una subida de 1.6% cada año.

Una parte de ese coste macroeconómico es exógeno, debido a la propia pandemia y fuera de control por los gobiernos, pero otra parte puede mitigarse con intervenciones y políticas públicas efectivas. Nunca la política sanitaria había sido tan económica, ni la política económica había sido tan sanitaria. La Sanidad ha saltado a primer plano, está en el punto de mira, y la salud se ha convertido en un valor muy apreciado por la sociedad. El SNS tiene una responsabilidad en la contención de la epidemia mediante estrategias coordinadas entre SP y AP, y específicamente la estrategia de test, rastreo y aislamiento (TRA). La AP se ha convertido en el "el muro" de Juego de Tronos, que no deja pasar a los caminantes blancos. Esta semana saldrá publicado un artículo nuestro, con la Dra. Laura Vallejo, en el que hacemos un Análisis Coste-Efectividad de la actual estrategia de TRA en España, concluimos que la ratio beneficio/coste es de 7 a 1, es decir, por cada euro que se gasta, se recuperarán 7. No existe ninguna intervención tan

coste-efectiva en el sistema sanitario. Pero hay que hacerla bien: sin retrasos en la toma de muestras y en su resultado, con rastreadores bien entrenados, facilitando arcas de Noé para garantizar el aislamiento eficaz de quienes no pueden hacerlo en su domicilio.

La sociedad del dato

La digitalización es uno de los ejes de la transformación económica para mejorar la productividad total de los factores, única solución a medio plazo a la crisis de la deuda y para afrontar el creciente déficit estructural. El plan europeo Next Generation apoyará financieramente proyectos prometedores. Ya el proyecto de PGE 2021 incorpora 27,000 millones de euros de fondos europeos incondicionados para la reconstrucción y transformación económica digital y verde. Una parte de esos fondos se destinará a sanidad.

La COVID ha acelerado procesos en marcha, como la digitalización de la economía y también de la sanidad. La digitalización se ha convertido en un mantra. La IA ha tomado fuerza en los últimos meses, impulsada por la COVID-19, también en sanidad. En Europa, proyectos como el 1+Million Genomes (conseguir más de un millón de genomas de personas europeas) o los biobancos se han acelerado con la COVID, y la financiación dirigida a la investigación COVID ha impulsado la estandarización e interoperabilidad de los datos clínicos y epidemiológicos y el uso de la IA.

Las reticencias de los ciudadanos a proteger su intimidad han cedido al propósito altruista de contribuir con nuestros datos personales a la solución del problema. Las reticencias de las organizaciones sanitarias a compartir sus datos también han empezado a ceder. Puede resultar paradójico, pero la COVID-19 ha derrumbado enormes barreras que impedían el desarrollo de los sistemas de información en sanidad.

Digitalización es mucho más que historia clínica electrónica, o receta electrónica, o la telemedicina. Incluye la sensorización de las personas, el uso de la IA y el *machine learning*. Los algoritmos diagnostican la COVID a partir de radiografías, con 96% de aciertos; la digitalización incluye integrar datos estructurados (de HHCC o facturación de farmacias) con datos no estructurados, texto libre, imágenes, audios y videos, información genómica....

Cada vez está más cerca el sueño de la historia clínica interoperable en todo el SNS, que abre enormes posibilidades al conocimiento y a la investigación en servicios sanitarios gracias al acceso a grandes bases de datos en la vida real. Para detectar efectos adversos raros, interacciones de medicamentos, o asociaciones genéticas con resultados de salud.

Pero además del conocimiento científico y de los nuevos horizontes para la investigación, esos datos tienen un enorme **valor de mercado**. Las grandes compañías globales, como Google o Amazon se están posicionando como proveedores de servicios de depuración y análisis de datos. La sanidad se está transformando desde un sector de gasto, con poca capacidad de arrastre y de impulso sobre otros sectores de la economía,

hacia un sector con enorme potencial para crear valor, a partir de los datos que genera como subproducto asistencial y de ensayos clínicos. La I+D biosanitaria en España está en posición de aportar un considerable valor añadido y empujar hacia el cambio de modelo productivo Next Generation.

Así pues, la COVID-19 es un riesgo, pero también una oportunidad.

Permítanme terminar con una lista de 3 retos:

1. El reto de la desigualdad. La Covid está ampliando la brecha de las desigualdades sociales en salud. Las personas económicamente desaventajadas tienen mayor riesgo de contagiarse, mas gravedad de la covid si se contagian y en algunos casos, mayores problemas de acceso a los recursos sanitarios. También está ampliando la desigualdad económica: con microdatos de todos los abonos de nómina en cuentas de Caixabank (el 27% del total de España), Aspachs et al. (2020) calcularon que entre febrero y abril de 2020 el índice Gini de desigualdad de renta en España, antes de transferencias públicas, subió 11 puntos (de .45 a .56), el equivalente a la diferencia en nivel de desigualdad entre Chile y Brasil.

2. El reto de la incorporación de **tecnologías sanitarias** a la cobertura pública con criterios explícitos y con una arquitectura institucional adecuada. Ha llegado el momento de tener una agencia independiente de evaluación de tecnologías con capacidad decisoria, llamémosla Hispa-Nice o como quieran llamarla. Porque en este contexto de presupuestos expansivos y fondos europeos, el riesgo de una falsa sensación de abundancia podría echarnos al abismo del gasto público despilfarrador e inútil o de bajísima efectividad. **Nunca ha sido tan necesario evaluar las intervenciones, programas y políticas públicas como en esta era COVID.**

3. El reto de la gestión pública en condiciones de competencia por comparación con la privada.

Es esencial encontrar fórmulas flexibles y eficaces para atraer talento (hacia zonas rurales, plazas de difícil cobertura,...), teniendo en cuenta que la retribución es sólo un elemento de la compensación del trabajador. Es esencial que los centros sanitarios puedan hacer políticas de personal, gestionar y no simplemente administrar.

Este reto, que ya era importante antes de la pandemia, se ha convertido en pieza esencial de la recuperación, porque el shock de demanda de profesionales provocado por la necesidad repentina de nuevas contrataciones en un mercado con marco laboral tan rígido como el español ha provocado tensiones y ha puesto al descubierto déficits imposibles de solucionar sin la necesaria holgura de gestión.

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. Los cambios necesarios empiezan por variar los procesos de selección de los propios gestores, según criterios de capacidad y no de lealtad política hacia la persona que los nombra. Una gestión profesionalizada que ha de reconocer la importancia del liderazgo clínico en la gestión sanitaria.

Esos tres enormes retos requieren valentía y decisión. Hace falta una reforma valiente, como fue la de Ernest Lluch de los ochenta. Ojalá lo tuviéramos con nosotros, a Ernest, para ayudarnos.