



Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales

TRABAJO FIN DE GRADO EN
ECONOMÍA

ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y PROPUESTAS ECONÓMICO-SANITARIAS
TRAS LA PANDEMIA DE LA COVID-19

Módulo:
Economía del Sector Público

Pamplona-Iruña 14 de mayo de 2021

Autor: Borja Unzue Urdániz
Director/a: Juan M. Cabasés Hita

Resumen

La pandemia provocada por la Covid-19 ha causado innumerables pérdidas y los sistemas sanitarios mundiales se han visto tambaleados. En España, el Sistema Nacional de Salud se ha visto presionado por el aumento de la demanda de sus servicios y una oferta disminuida a causa de la reducción en la inversión en sanidad. Más allá de las pérdidas económicas, el país ha sufrido pérdidas intangibles. Este trabajo tiene como objetivo el análisis del Sistema Nacional de Salud, sus indicadores estructurales y la observación del efecto de la pandemia sobre dicho sistema. Además, se analizarán los Planes de Recuperación propuestos por la Unión Europea y se investigarán posibles estrategias de gestión clínica para mejorar la situación del sistema sanitario tras la pandemia.

Palabras clave: SNS, Covid-19, pandemia, insostenibilidad, gasto sanitario, recuperación, gestión clínica, valor.

Laburpena

Covid-19ak eragindako pandemiak, kontagarriak ez diren galerak eragin ditu, mundu osoko osasun-sistemak kulunkatuz. Espainia mailan, osasun-sistema presiopean ageri da, eskaerak jasan duen igoerarengatik eta eskaintzaren ahalmen falta dela eta, azken urteetan izandako inbertsio faltagatik. Galera ekonomikotik at, herrialdeak ukiezinak diren galerak sufritu ditu. Proiektu honetan, Espainiako osasun-sistemaren analisia egingo da, haren indikadore estrukturaletan eta pandemiak harengan izandako efektuak aztertzen. Gainera, Europak proposatutako Berreskurapen Planak ikasiko dira, bai eta osasun-mailako kudeaketaren birmoldaketa eragin dezaketen modeloen analisia.

Hitz gakoak: osasun-sistema, Covid-19, pandemia, sostengaezintasuna, osasun-gastua, berreskurapena, kudeaketa kliniko, balorea.

Abstract

Covid-19 pandemic has had innumerable losses and health-systems around the world have staggered. In Spain, the pandemic has exerted an enormous pressure on the National Health System, mainly due to the increase of demand and a diminished supply; whose investment has decreased over years. Beyond economic losses, the world has suffer from intangible losses. This work aims at providing a wide analysis of the Spanish health system and its indicator, in order to analyse how the pandemic has affect it. Besides, European Recovery Plans and innovative and beneficial clinical management models will be analysed.

Key words: National Health System, Covid-19, pandemic, unsustainability, health expenditure, recovery, clinical management, value.

Índice general

ÍNDICE DE FIGURAS	II
ÍNDICE DE TABLAS	III
ÍNDICE DE ABREVIATURAS	IV
1 INTRODUCCIÓN	I
2 OBJETIVOS	3
3 ANÁLISIS DE SITUACIÓN: SISTEMA NACIONAL DE SALUD	5
4 LA GOBERNANZA SANITARIA	9
5 ESTUDIO DE INDICADORES ECONÓMICOS Y ESTRUCTURALES DE LA RESPUESTA Y ACTUACIÓN SANITARIA EN LA PANDEMIA	15
5.1 Análisis de los Costes producidos por la Covid-19	18
5.1.1 Análisis de coste-efectividad de las pruebas diagnósticas de Covid-19 .	20
6 PLAN DE RECUPERACIÓN EUROPEO Y RETOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	22

6.1	Programa Next Generation	22
6.2	Programa EU4Health	23
6.2.1	La era de la Digitalización	24
6.3	Retos del SNS	26
7	ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA DE LA GESTIÓN CLÍNICA	32
7.1	La Cuádruple Meta y la Gestión Clínica Basada en Valor	32
7.1.1	Los seis componentes del modelo de Valor de Porter	35
7.2	Las estrategias para la mejora de la Gestión Clínica en la era post-covid	39
	Bibliografía	50

ÍNDICE DE FIGURAS

3.1	Gasto sanitario público consolidado según clasificación sectorial, distribución porcentual. Fuente: Extraído de [5]. Citado el 2021-03-21.	5
3.2	Flujos financieros del sistema sanitario español desde la reforma del año 2002. Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Citado el 2021-03-26.	6
3.3	Gasto sanitario público en porcentaje del PIB y gasto sanitario per cápita por comunidades. Fuente: INE, 2017. Citado el 2021-04-22.	7
3.4	Representación de los factores que presionan sobre la demanda y oferta del sistema sanitario español. Fuente: Elaboración propia.	8
4.1	Defunciones semanales entre 2018 y 2021. Fuente: INE. Citado el 2021-03-26.	10
4.2	Tasa de paro para el total de la población activa en España. Fuente: INE. Citado el 2021-03-26.	11
4.3	Camas hospitalarias por cada 1000 habitantes. Fuente: INE. Citado el 2021-03-26.	12
4.4	Grado de aprobación de la actuación de instituciones y actores sanitarios en la lucha contra la pandemia, por parte de los profesionales sanitarios. Fuente: De Paula, F., 2021. Citado el 2021-03-26.	14
5.1	Camas disponibles por 1000 habitantes por CCAA, España y la Unión Europea (UE-28) en 2017. Fuente: El Salto, 2021. Citado el 2021-04-26.	16
5.2	Relación entre las puntuaciones en la calidad de la gestión y la tasa de mortalidad por cada 10.000 habitantes, para cada CCAA. Extraído de [18]. Citado el 2021-04-26.	17

ÍNDICE DE FIGURAS

6.1	Índice de Economía digital y Social. Fuente: Extraído de [25]. Citado el 2021-04-15.	25
6.2	Salario medio anual en actividades sanitarias y de servicios sociales (2009-2017). Fuente: INE, 2018. Citado el 2021-04-15.	28
6.3	Informe de salarios medios europeos. Medscape, 2018. Citado el 2021-04-26.	28
6.4	Gasto sanitario público consolidado según CCAA en el año 2019 en porcentaje del PIB. Fuente: Ministerio de Sanidad, 2019. Citado el 2021-04-15.	30
6.5	Gasto sanitario público consolidado per cápita (€) según CCAA para 2019. Fuente: Ministerio de Sanidad, 2019. Citado el 2021-04-15.	30
7.1	Esquema de la actividad sanitaria y actores implicados en ella. Fuente: Información adaptada del Programa Excelencia de la Gestión Hospitalaria.	34
7.2	Valor en la Gestión Clínica sanitaria. Fuente: Extraído de PM360, 2015	35
7.3	Componentes del modelo de Gestión Clínica Basada en Valor. Fuente: Extraído de [33]. Accedido el 2021-05-03.	36

ÍNDICE DE TABLAS

5.1	Consecuencias económicas y sanitarias de la estrategia TTQ en España. Fuente: Extraído de [19]. Citado el 2021-04-26.	21
6.1	Puntuación de los servicios públicos digitales para España y Europa. Fuente: DESI, 2020. Citado el 2021-04-15.	24

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AE	Atención Especializada
AP	Atención Primaria
CCAA	Comunidad Autónoma
CE	Comisión Europea
DESI	Índice de Economía y Sociedad Digital
FENIN	Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria
IVA	Impuesto sobre el Valor Añadido
MoMo	Sistema de Monitorización de la Mortalidad
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de Salud
PCR	Reacción en Cadena de la Polimerasa
PIB	Producto Interior Bruto
QALY o AVAC	Año de Vida Ajustado por Calidad
QoL	Quality of Life
RNB	Renta Nacional Bruta
SCS	Sistema Canario de Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
TTQ	Testing, Tracing, and Quarantine
UCI	Unidades de Cuidados Intensivos
UE	Unión Europea
VBHC	Value Based HealthCare

I INTRODUCCIÓN

Tras el repentino desastre causado por la pandemia de la Covid-19, las palabras *sanidad* y *salud* han estado en boca de todos los ciudadanos. La pandemia, ha dejado claro cuáles son los puntos de flaqueza y de fortaleza del sistema sanitario. En las últimas décadas, el escenario sanitario se ha ido transformando y adecuando a las nuevas generaciones. La alta demanda sanitaria, el envejecimiento de la población –España posee una esperanza de vida de 83 años [1]– y la alta incidencia de enfermedades crónicas en la población, han hecho que la oferta sanitaria se encuentre en una situación límite. Situación límite que ha quedado expuesta tras recibir un *shock* externo para el que no estaba preparado el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Este sistema está enmarcado dentro del modelo *Beveridge*, conformado por el Sistema de Salud Público; que es financiado a través del pago de impuestos y donde cualquier ciudadano puede acceder a él (universalidad) y el Sistema de Salud Privado. En el caso del modelo Beveridge, el control de la sanidad es gubernamental, pero como ya analizaremos, el SNS tiene presenta alguna particularidad. El SNS está compuesto por 17 Comunidades Autónomas (CCAA), únicamente quedando fuera de este grupo los Estados de Autonomía de Ceuta y Melilla, tras de la descentralización de la gestión sanitaria (INSALUD). Anteriormente, el control recaía sobre el Gobierno Central [2]. Sin embargo, en el año 2001 se realizaron las transferencias de salud, lo que supuso que las 17 CCAAs obtuviesen el control sobre la gestión de los recursos económicos materiales y humanos y la oferta sanitaria, manteniendo el Gobierno Central de España bajo su control la sanidad exterior, la aprobación de productos farmacéuticos y la ordenación profesional, entre otros. Una vez terminadas las transferencias y cada CCAA gestionando su propio sistema sanitario, el mayor porcentaje de la financiación del gasto sanitario recae sobre las CCAA, lejos de la gestión de la Administración Central.

Asimismo, la actual situación de insostenibilidad ha sido agravada por el efecto de una externalidad inesperada como ha sido la pandemia de la Covid-19, que ha aflorado la necesidad de reenfocar sus modelos de gestión. Una vez superada esta crisis económico-sanitaria, parece que será evidente el debate sobre la recomposición del sistema sanitario.

En el presente trabajo se estudiará la estructura del SNS y se extraerán conclusiones a partir del análisis de los indicadores socio-económicos. Para ello, también se analizarán las partidas presupuestarias que ha preparado la Unión Europea (UE) con ánimo de impulsar un nuevo modelo sanitario. Este nuevo modelo sanitario, en base a los presupuestos *EU4Health*, pretenderá preparar a la UE ante nuevas pandemias, reforzar los sistemas sanitarios para afrontar epidemias y retos a largo plazo y ejercerá un control sobre los medicamentos y los productos sanitarios [3]. En este punto surge también el concepto de la *Gestión Clínica Basada en Valor*, propuesto por Michael Porter en el año 2010 [4], con la idea de mejorar los resultados en salud y la reducción de los de costes. Por ello, en el siguiente proyecto se versará sobre los problemas que ha ocasionado la pandemia en el *Sistema Nacional de Salud (SNS)* y se analizarán posibles vías de gestión del mismo estudiando nuevos modelos de gestión clínica.

2 OBJETIVOS

El objetivo general de este trabajo ha sido estudiar los efectos de la pandemia de la Covid-19 sobre el Sistema Nacional de Salud y para ello, se han establecido los siguientes objetivos específicos:

- El análisis del Sistema Nacional de Salud y sus indicadores.
- El estudio de la Gobernanza sanitaria ejercida durante la pandemia y los costes derivados de ella.
- El análisis de las propuestas europeas de recuperación económica.
- La investigación del modelo de Gestión Sanitaria Basada en Valor, como nueva estrategia de gestión clínica.
- La observación de propuestas e iniciativas que pudieran aplicarse en el futuro.

MÉTODOS

3 ANÁLISIS DE SITUACIÓN: SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Con el fin de entender la situación sanitaria actual y las propuestas de mejora que se analizarán posteriormente, en el siguiente capítulo se recoge una breve descripción del SNS.

Tal y como se muestra en el gráfico de la Figura 3.1, en el año 2019, el gasto público de las CCAA fue del 93 %, siendo destinado a la administración central el 0,9 %, al sistema de seguridad social el 2,3 %, a las mutualidades de funcionarios el 3 % y las corporaciones locales un 0,9 % [5]. Una vez las CCAA adquieren el control sobre el SNS, cada autonomía tiene a su cargo a la población de la comunidad para ofrecer el servicio sanitario, obteniendo el control sobre los recursos que se destinan a cada actividad, ejerciendo así, el control sobre los precios de los fármacos, los recursos dirigidos a hospitales privados o la salud penitenciaria.

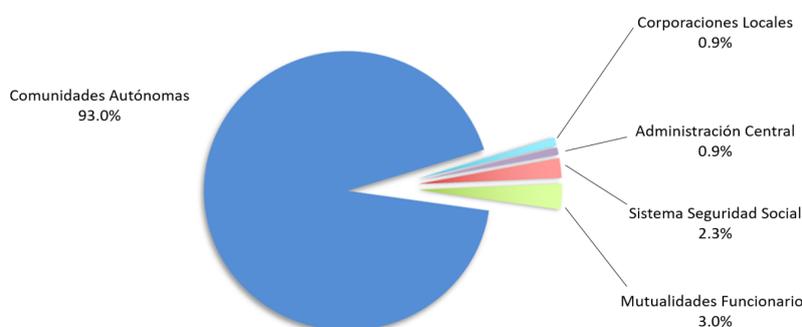


Figura 3.1: Gasto sanitario público consolidado según clasificación sectorial, distribución porcentual.
Fuente: Extraído de [5]. Citado el 2021-03-21.

En España, la financiación del sistema sanitario público se hace a través de los impuestos de la población. Con el fin de lograr la eficiencia en la financiación a través los recursos públicos, el SNS se organiza en dos niveles asistenciales: la Atención Primaria (AP) y la Atención

3. ANÁLISIS DE SITUACIÓN: SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Especializada (AE). De forma resumida, a través del presupuesto global de cada autonomía se financian los Centros de AP, los hospitales públicos y la Salud Pública. La colaboración pública-privada se lleva a cabo a través de conciertos a hospitales privados o pago por servicios a profesionales sanitarios. Fuera de ese presupuesto público, el paciente puede disponer de un seguro privado o directamente pagar los servicios de un hospital o profesional privado. Todo esto se representa en la Figura 3.2. La desventaja de este tipo de sistemas es la dificultad de cohesión en la toma de decisiones, aunque la asistencia, servicio e instalaciones sea de alta calidad. Para tener una perspectiva más realista, en el siguiente gráfico se refleja (Figura 3.3) el gasto sanitario per cápita comparado con el gasto sanitario en porcentaje del PIB en diferentes CCAAs, en el ejercicio económico del 2017 [6].

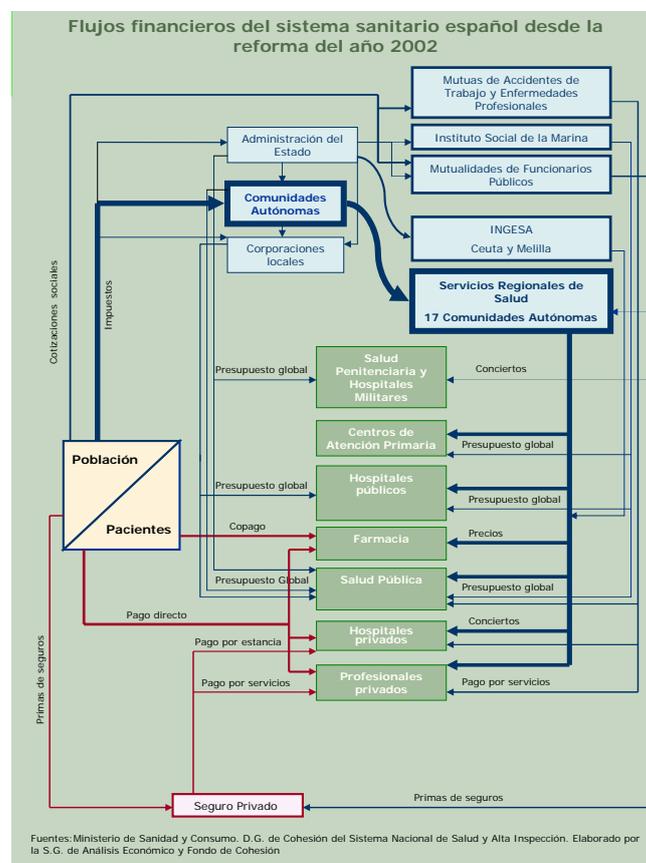


Figura 3.2: Flujos financieros del sistema sanitario español desde la reforma del año 2002. Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Citado el 2021-03-26.

3. ANÁLISIS DE SITUACIÓN: SISTEMA NACIONAL DE SALUD

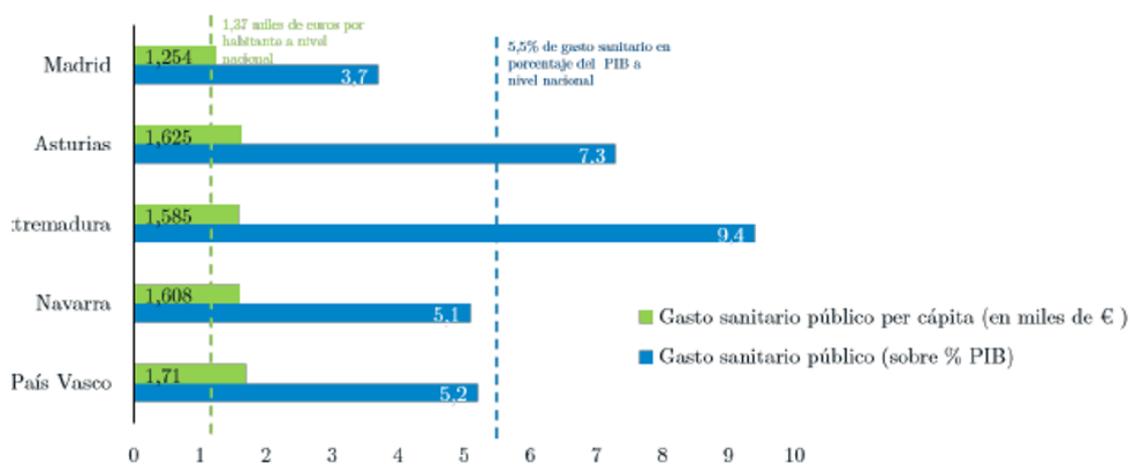


Figura 3.3: Gasto sanitario público en porcentaje del PIB y gasto sanitario per cápita por comunidades.

Fuente: INE, 2017. Citado el 2021-04-22.

En cuanto al análisis macroeconómico del SNS, pese a que España forma parte de los países con más salud del mundo [7], el SNS se encuentra inmerso en una situación de tensión presupuestaria e insostenibilidad económica, más agravada aún con la llegada de la pandemia. El elevado déficit y la deuda pública han obligado a reducir el gasto sanitario. Tras la Covid-19, han aflorado problemas como la falta de recursos materiales (como respiradores) y sobre todo, humanos. En los últimos diez años, en el Estado español, el gasto sanitario per cápita ha crecido más de un 49 %, cuatro veces más deprisa que el PIB. Sin embargo, la diferencia de la crisis en España respecto a otros países ha sido la gran caída de los ingresos tributarios totales [8]. Según un estudio realizado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), en el año 2017, el gasto sanitario per cápita en España era de 2371 €, encontrándose un 15 % por debajo de la media europea, muy alejado de potencias europeas como Alemania, Francia o Países Bajos. Si hablamos en términos nominales del Producto Interior Bruto (PIB), el gasto en salud de España corresponde al 8,9 %, por debajo de la media de la UE, que se sitúa en un nivel de 9,8 % del PIB [6]. En cambio, en recursos humanos, en hospitalizaciones evitables y en mortalidad por causas evitables, España se encontraba por encima de la media de la UE.

Por otro lado, el crecimiento del gasto sanitario ha respondido a una serie de factores que han presionado sobre él (véase Figura 3.4), generando un aumento de la demanda sanitaria y un incremento en el coste de los componentes que forman la oferta [9]. Los factores que impactan sobre la demanda son: 1) el cambio demográfico debido al envejecimiento de la población y el aumento en la incidencia de las enfermedades crónicas, 2) la evolución de la epidemiología de las enfermedades crónicas y 3) las características del nuevo perfil de paciente.

3. ANÁLISIS DE SITUACIÓN: SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Por otro lado, los factores que impactan sobre la oferta son: 1) la evolución de la medicina y tecnologías sanitarias, 2) la complejidad del SNS y su volumen de actividad y 3) la seguridad y calidad de la atención clínica.

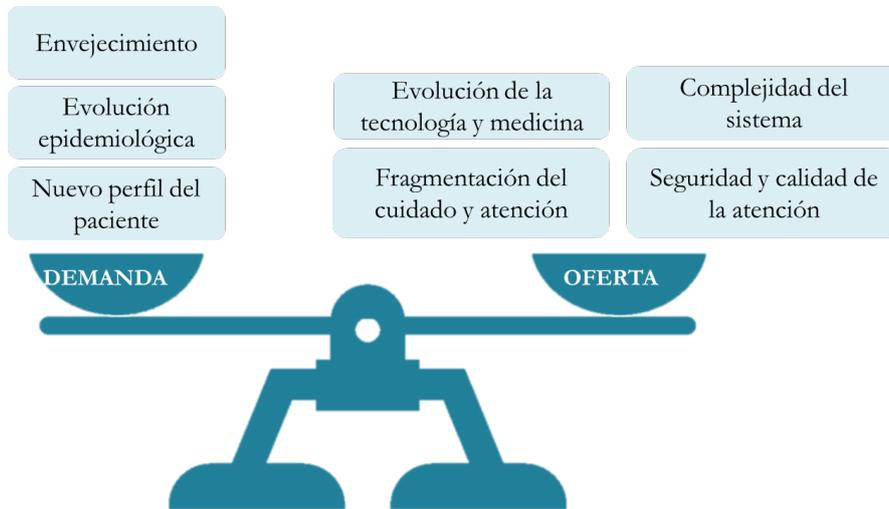


Figura 3.4: Representación de los factores que presionan sobre la demanda y oferta del sistema sanitario español. Fuente: Elaboración propia.

4 LA GOBERNANZA SANITARIA

En la reciente crisis sanitaria que ha sufrido el mundo, España es uno de los países con una de las mayores tasas de contagios y muertes, que no solo se explica desde el desabastecimiento y el colapso sanitario. El gobierno se ha visto obligado a tomar decisiones para las que nadie estaba preparado, lo cual ha provocado grandes consecuencias. Estas, han ocasionado, que lo que en principio era una crisis sanitaria a nivel mundial –como en el caso de España –, se haya convertido en una crisis económica e institucional.

La Covid-19, que en la primera ola sobrepasó el sistema sanitario, ha dejado patente los problemas a los que tiene que hacer frente el SNS en el futuro. Salieron a la luz problemas diversos como la AP y la atención de urgencias –superadas por completo–, la infraestructura sanitaria del país, los recursos o la escasa capacidad de hacer frente a las adversidades. En este apartado se analizará la Gobernanza, en concreto, la Gobernanza sanitaria.

En estos momentos, el país está sumergido en una profunda crisis. Crisis en la que el gobierno central y las autonomías no son capaces de encontrar un punto intermedio para poder doblegar la pandemia. A la vista de los hechos tras pasar la segunda ola – para la cual se debería haber estado concienciado y preparado después de los duros meses que pasaron –, parece clara la falta de Gobernanza. Pero no ha sido este el caso; los datos del siguiente gráfico (véase Figura 4.1) demuestran todo lo contrario. Reparando en él podemos observar 4 periodos que reflejan las muertes semanales en los años 2018 y 2021. En el caso de los años 2018 y 2019 se aprecia una tendencia muy similar en la cantidad de muertes registradas al final de cada semana. Sin embargo, cuando se introduce el año 2020 en la ecuación, la tendencia explota. En el primer cuarto del gráfico se aprecia el comienzo de la pandemia y las resultantes muertes que conllevó.

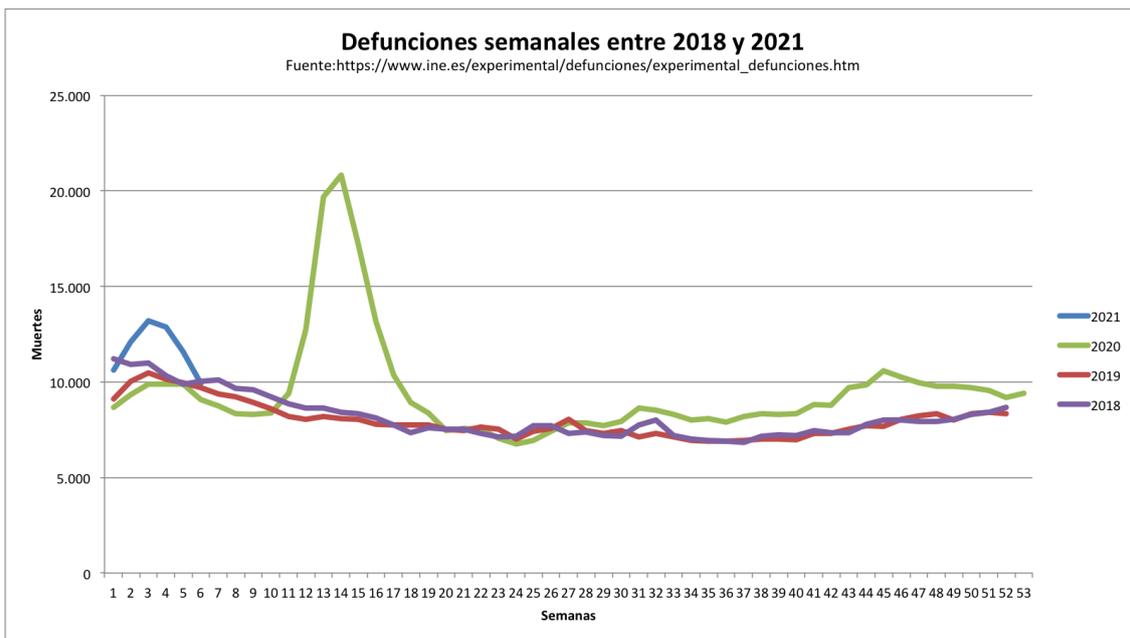


Figura 4.1: Defunciones semanales entre 2018 y 2021. Fuente: INE. Citado el 2021-03-26.

Tras la aplicación de duras medidas como; toques de queda, restricciones a la movilidad o cierre de todo trabajo no esencial, se consiguió que la curva de decesos se fuese reduciendo. Esto se mantuvo hasta llegar a una zona de meseta en los meses de verano, donde parecía que la pandemia se encontraba bajo control, en la tan ansiada nueva normalidad. Pero eso no fue nada más que un espejismo. En el último tramo de la serie del año 2020, se vuelve a observar de nuevo una tendencia al alza, la cual se debió a la vuelta de las clases presenciales y el retorno al trabajo. Con el inicio del 2021, tras la celebración de unas navidades *atípicas* se vuelve a ver un repunte de muertes muy superior al que marcan 2018 y 2019 [10]. Aquí es donde entra en juego el término que anteriormente hemos acuñado como Gobernanza.

En este caso y a la vista de los datos que nos aporta el gráfico de la Figura 4.2, nos encontraríamos ante una mala Gobernanza. Los problemas de entendimiento entre el gobierno y las autonomías han sido evidentes desde el primer momento, planteando una lucha entre el colapso del SNS o el colapso de una economía que todavía se encontraba en recuperación de la gran crisis del 2008 [11]. Observando el gráfico de la Figura 4.2, se aprecia que todavía no se han recuperado los porcentajes de desempleo previos a la crisis.

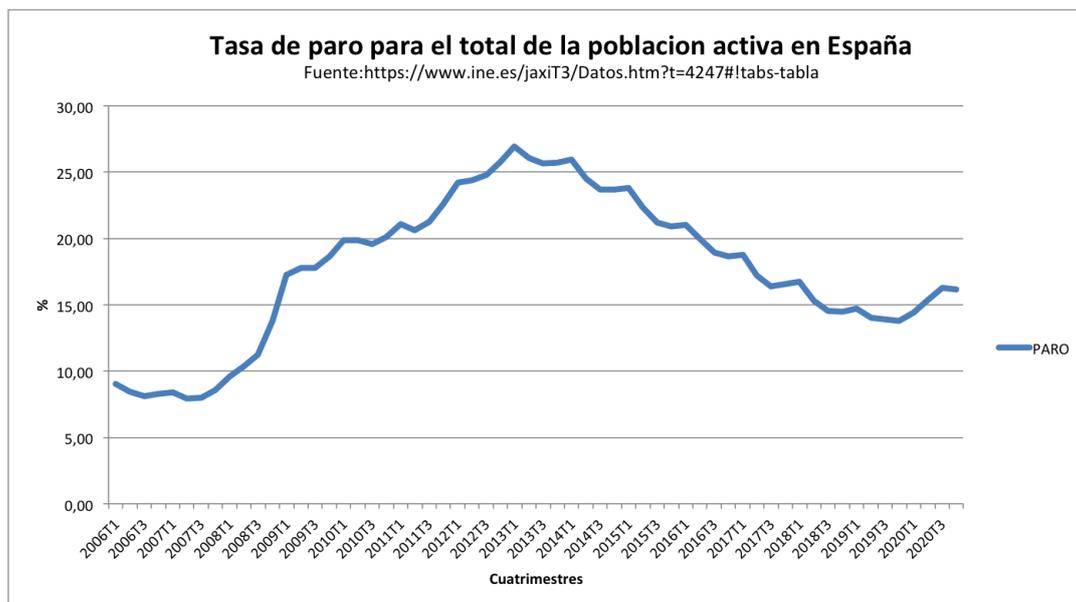


Figura 4.2: Tasa de paro para el total de la población activa en España. Fuente: INE. Citado el 2021-03-26.

Según el *Barómetro Regional y Local Anual de la UE*, España es uno de los países que más ha sufrido económicamente esta crisis sanitaria de la Covid-19, la cual ha sido acompañada por una disminución de ingresos y un imparable aumento de los gastos sanitarios. Esto a su vez, ha llevado a unos enormes sobrecostos que no estaban previstos [12]. Haciendo referencia a este informe, el impacto de la Covid-19 ha sido muy diferente en función de la región, siendo España una de la que más resalta en cuanto a peor impacto, ya que un gran porcentaje de los puestos de trabajo, se halla en una situación de riesgo. Ninguna CCAA se encuentra por debajo del 25 % de desempleo. Si el impacto en cuanto al ámbito laboral ha sido desigual regionalmente, el impacto de la pandemia también ha sido totalmente asimétrico; lo que pone sobre la mesa las grandes diferencias que hay en los diferentes sistemas sanitarios europeos. Diferencias tanto en la asistencia sanitaria, tanto en la capacidad de prestar servicios, como en la resiliencia de los sistemas sanitarios.

Claro ejemplo de las desigualdades son la oferta de camas de cuidados intensivos en la UE [13]. Destaca Alemania por encima del resto de países, teniendo así España 5 camas menos por cada 1000 personas, evidenciando las diferencias que presentan países próximos. Esto hace que en situaciones como la actual, la capacidad para hacer frente a las adversidades sea dispar. El bajo número de camas, nos lleva a explicar el exceso de muertes que ha sufrido España en comparación con el resto, convirtiéndose en una de la regiones más castigadas por la Covid-19.

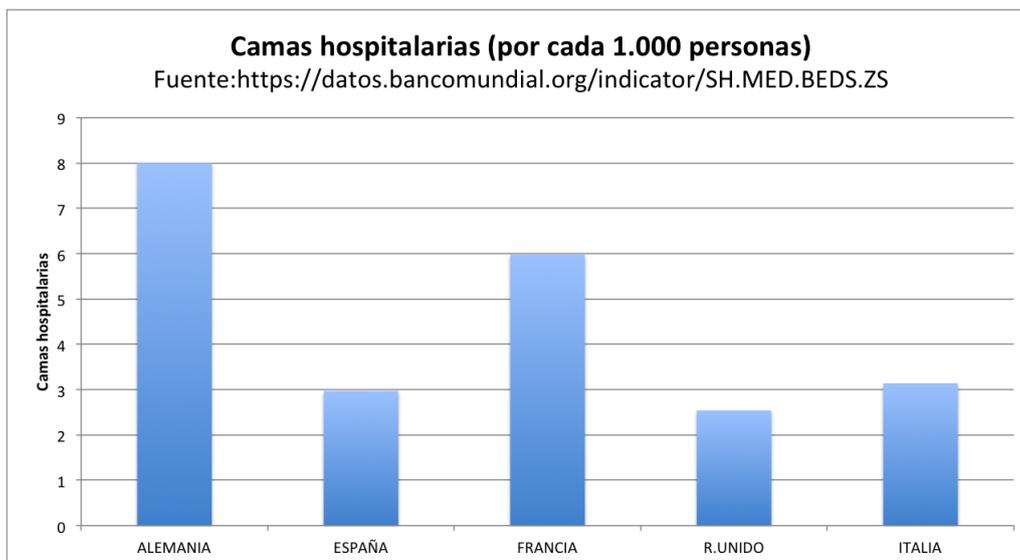


Figura 4.3: Camas hospitalarias por cada 1000 habitantes. Fuente: INE. Citado el 2021-03-26.

Por ello, y como ya se ha comentado, esta falta de recursos evidencia la necesidad de una reconversión de los sistemas sanitarios; el aumento de la capacidad de AP, el servicio de emergencias y la asistencia sanitaria- garantizando la coordinación en todos los niveles del gobierno-, debe ser el pilar base para la reconstrucción de la Gobernanza.

En cuanto a esta idea, Organización Mundial de la Salud (OMS), propone 5 atributos para la obtención de una buena Gobernanza [14].

En primer lugar, y como base fundamental de una buena Gobernanza, está la *transparencia*, que hace referencia a la necesidad de que los organismos públicos informen de las decisiones que se van a llevar a cabo, los fundamentos en los que se basa la toma de decisiones y los resultados obtenidos. Todo esto con el único ánimo de que la información llegue a las personas que se encuentran fuera de la organización.

La *participación* es otro fundamento base de una Gobernanza saludable, siendo esta el área donde las personas puedan plantear un punto de vista sobre un determinado problema, y así tomar parte en las decisiones. Los participantes pueden ser comités de expertos o comités científicos, que tengan la capacidad de identificar procesos sanitarios que son utilizados en exceso, cuando realmente aportan un valor muy reducido al paciente. La eliminación de estas

prácticas trae consigo el ahorro, sin tener un efecto sobre la calidad del servicio prestado, tomando las mejores decisiones médicas en un mundo de recursos finitos mediante la aplicación de los análisis de coste-efectividad.

En tercer lugar, se encuentra la *rendición de cuentas*, situación en la que la institución debe informar y justificar debidamente sobre las decisiones económicas tomadas. Este punto ha sido uno de los más candentes durante la pandemia, ya que, una vez que el virus llegó a España y el desabastecimiento se convirtió en una realidad, el gasto de fondos públicos para hacer frente al virus fue inmenso; bien para la compra de respiradores, la adecuación e instalación de grandes superficies, como en la compra de material de protección médico y mucho más.

En cuarto lugar, la *integridad* es un elemento esencial en la Gobernanza, ya que alude al buen cumplimiento de las normas y el fin de la corrupción. En este caso, según un estudio que realizó la OCDE (Talking Wasteful Spending on Health) , el 30 % de los ciudadanos que son parte de los países de la OCDE cree que hay malas prácticas y existe la corrupción en el sector sanitario. España se encuentra alejado de la media, con un 15 % [15]. Sin embargo, carece de una buena gestión del sistema, lo que conlleva al crecimiento del despilfarro en el sector. En relación a esto, la OCDE propone 5 vías para hacer frente al despilfarro sanitario: 1) Sistemas de información sólidos, para identificar la atención con un valor bajo, 2) Sistema de notificación de eventos adversos, 3) Cambios en la información tanto para médicos como pacientes. Fomentando las conversaciones en pacientes y proveedores, 4) Mejora de las pautas clínicas. Reduciendo el uso de intervenciones innecesarias y el ahorro de los costes asociados a estas prácticas y 5) Incentivos financieros.

El último atributo es la *capacidad política*, que hace referencia a la capacidad de los gobiernos en transformar la ideas en decisiones coherentes. Decisiones que sean viables, cumpliendo los objetivos marcados y haciendo uso de los recursos disponibles, llevando así adelante el desarrollo de políticas sanitarias eficaces. Por ello, muchos países a día de hoy ya están aplicando la *Triple Meta*¹ [17] como forma de desarrollo de los nuevos modelos sanitarios

Además de los atributos propuestos por la OMS, tras la pandemia, la asociación *Hiris de la Sanidad* elaboró un cuestionario temático a 300 profesionales de todas las

¹El concepto de la *Triple Meta* fue acuñado en el año 2008 por Berwick, D., Nolan, T. y Whittington, J. y hace referencia a: 1) La mejora de la experiencia de los pacientes, 2) la mejora en la salud de la población y 3) la reducción del coste per cápita de la asistencia sanitaria [16].

4. LA GOBERNANZA SANITARIA

especialidades médicas y territorios de España. En dicho cuestionario se recogen puntuaciones sobre la situación actual del sistema sanitario: el control, evolución de la pandemia, el plan de vacunación, datos sobre la colaboración público-privada o información sobre la autonomía de los centros privados, entre otros. Una de las preguntas propuestas a los 300 encuestados era la valoración de la actuación de diferentes instituciones y actores sanitarios en la lucha contra la Covid-19. Las valoraciones de los profesionales se pueden observar en la Figura 4.4, donde la mejor valoración se la otorgan a la industria farmacéutica y proveedora de tecnologías y equipos, con un 70,2 %. En un siguiente nivel, las instituciones que mejor valoración obtienen son los gestores del centro sanitario al que pertenecen los encuestados y la gestión por parte de la UE. Con un aprobado valoran de forma muy similar a las autoridades civiles, a la OMS y a la Consejería de Sanidad de la CCAA a la que pertenecen. En último lugar y con la peor valoración de todas (por debajo del 50 % de aceptación), se encuentra el Ministerio de Sanidad, del que opinan que sus esfuerzos no han sido suficientes en la lucha contra la pandemia. Además, los encuestados le dan un aprobado a las instituciones sanitarias que se dividen en el ámbito del centro sanitario o de la CCAA, pero suspenden la actuación general del ministerio de sanidad.



Figura 4.4: Grado de aprobación de la actuación de instituciones y actores sanitarios en la lucha contra la pandemia, por parte de los profesionales sanitarios. Fuente: De Paula, F., 2021. Citado el 2021-03-26.

5 ESTUDIO DE INDICADORES ECONÓMICOS Y ESTRUCTURALES DE LA RESPUESTA Y ACTUACIÓN SANITARIA EN LA PANDEMIA

Tras haber comentado en capítulos anteriores (véase Capítulo 3) las desigualdades entre el gasto sanitario de las comunidades, su directa incidencia en la respuesta sanitaria a la Covid-19 y el efecto de la misma sobre la población, en este apartado se han analizado indicadores económicos y estructurales relacionados con la gestión de la pandemia y los resultados de salud obtenidos.

En primer lugar y como recoge la organización *Sanidad Audita* en su informe, España se encuentra muy por debajo de la media europea en cuanto al número de camas de *Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)* por mil habitantes. Este estudio refleja la relación entre la escasez de camas UCI y aquellas CCAA con un menor gasto sanitario público y la incidencia en la tasa de muertes.

Como se ha recogido en el apartado anterior (véase Capítulo 4 y Figura 5.1), el menor número de camas UCI por mil habitantes del que dispone España en comparación con el resto de países europeos, ha propiciado que una de las tasas de muertes más elevadas se encuentre en este país. En 2017, la media europea de camas UCI era de 5,04 por cada mil habitantes y España se encontraba por debajo de la media, con solo 2,75 camas UCI.

Tal y como se muestra en la Figura 5.1, para ese mismo año, a nivel nacional, la CCAA que más se acercaba a esa cifra era Cataluña, con 3,88 camas UCI por cada mil habitantes, aunque todavía por debajo de la media europea. Por el contrario, Andalucía era la comunidad que recogía el peor dato, con solamente 2,19 camas por mil habitantes. Por otro lado, la

5. ESTUDIO DE INDICADORES ECONÓMICOS Y ESTRUCTURALES DE LA RESPUESTA Y ACTUACIÓN SANITARIA EN LA PANDEMIA

Comunidad de Madrid disponía de 2,75 camas UCI en el 2017 y es la comunidad que peores datos en términos de mortalidad ha presentado durante la pandemia. Estos datos evidencian la disparidad de recursos sanitarios entre comunidades y la baja inversión que ha habido por parte de las Administraciones para este tipo de infraestructuras.

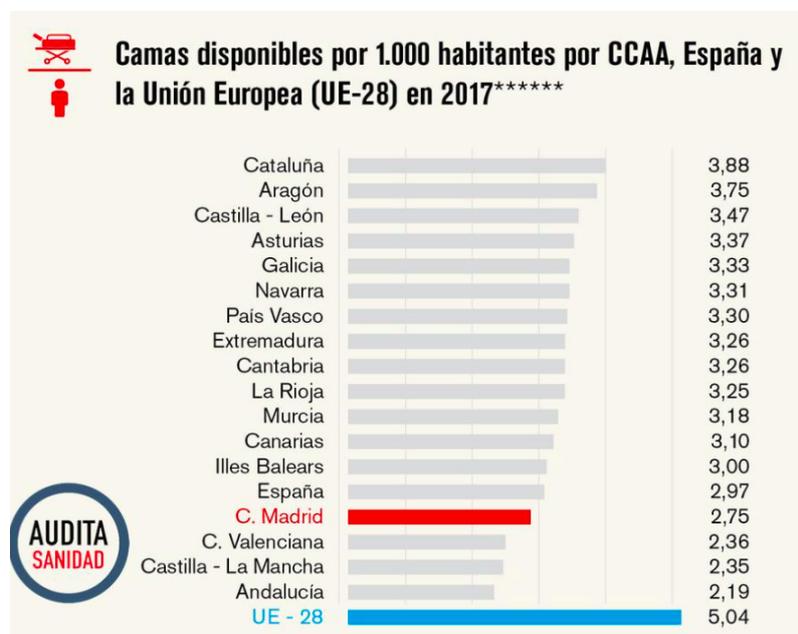


Figura 5.1: Camas disponibles por 1000 habitantes por CCAA, España y la Unión Europea (UE-28) en 2017.
Fuente: El Salto, 2021. Citado el 2021-04-26.

Por otro lado, la mala respuesta por parte del sistema sanitario no solo se ha debido al reducido gasto sanitario de las CCAA. Un estudio realizado por la plataforma sanitaria *Actuar Covid*, confirma una relación entre la alta mortalidad y la baja calidad asistencial. De ese modo, podría decirse que una mala gestión sanitaria es acompañada por una mayor tasa de mortalidad. La plataforma *Actuar Covid*, posiciona las comunidades de Castilla La Mancha y Madrid, como las CCAA que peores datos recogen. Según la plataforma, existe una correlación estadísticamente significativa y negativa con un valor de -0,63, a peor calidad de la gestión asistencial, una mayor mortalidad [18].

Como se puede observar en el gráfico de la Figura 5.2 [18], las comunidades como Canarias, Galicia y Cantabria presentan una puntuación alta en la calidad de la gestión y una tasa de mortalidad más baja. En el caso de Navarra, esta comunidad obtiene una puntuación alta en la calidad de la gestión, pero presenta un tasa de muertes media-alta.

5. ESTUDIO DE INDICADORES ECONÓMICOS Y ESTRUCTURALES DE LA RESPUESTA Y ACTUACIÓN SANITARIA EN LA PANDEMIA

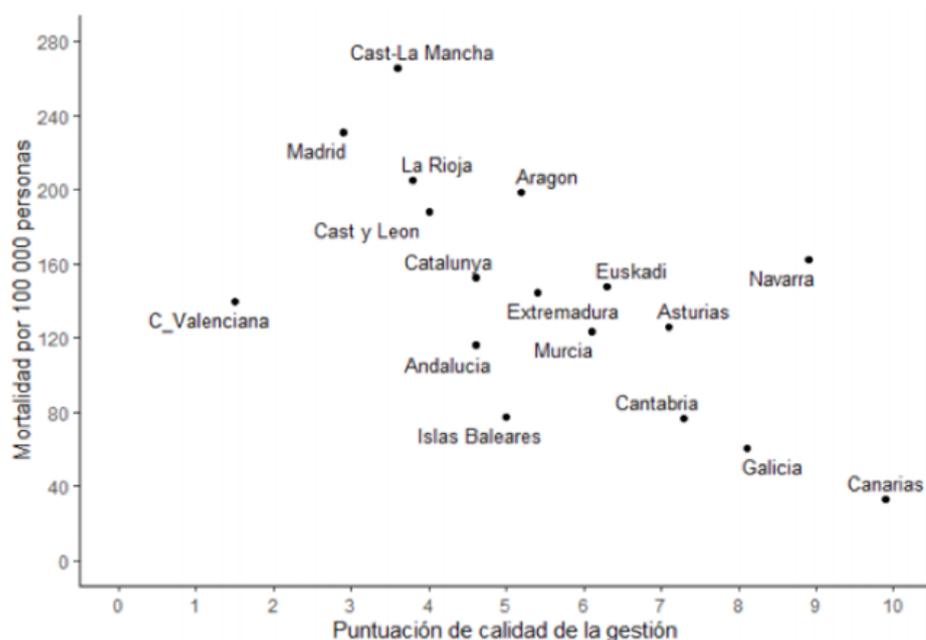


Figura 5.2: Relación entre las puntuaciones en la calidad de la gestión y la tasa de mortalidad por cada 10.000 habitantes, para cada CCAA. Extraído de [18]. Citado el 2021-04-26.

Para la medición de la gestión sanitaria han sido utilizados cinco indicadores de gestión publicados en los informes semanales del Ministerio de Sanidad. Estos indicadores son: la aparición de nuevos casos, la trazabilidad de contagios, la positividad de las pruebas, la ocupación hospitalaria y la ocupación de camas UCI [18].

Además, para valorar la actuación y gestión de las CCAA, es interesante estudiar el gasto sanitario en porcentaje del PIB. En relación a esto, las comunidades de Castilla la Mancha y Madrid, presentan los valores más bajos. No solo eso, sino que son las comunidades con una media de camas UCI por cada mil habitantes menor que el de la media española. Por último, son las CCAA que peores datos recogen en cuanto a mortalidad y valoración de la gestión sanitaria en la pandemia (véase Figura 5.2).

Por lo tanto, es evidente que hay una correlación directa entre el bajo gasto público y los malos resultados sanitarios.

Finalmente, si se recapacita sobre lo analizado hasta ahora, se pueden obtener varias

semejanzas. En sintonía con lo analizado, un bajo gasto sanitario viene acompañado de unas infraestructuras sanitarias más pobres, el cóctel perfecto para la obtención de unos malos resultados en la gestión sanitaria y las altas tasas de mortalidad.

Asimismo, el resultado de la mala gestión sanitaria ha sido la aparición de externalidades negativas, afectando las decisiones de una CCAA a las comunidades colindantes. En una primera instancia, la centralización de la gestión en un actor único permitió la no aparición de externalidades. Sin embargo, a medida que las autonomías obtuvieron la gestión regional, fueron apareciendo las externalidades negativas. La falta de coordinación regional y el no tomar medidas contra las externalidades en la lucha contra la pandemia, hace que la respuesta colectiva contra la pandemia se desvíe del óptimo. Que este caso es una tasa de contagio y tasa de muertes cero.

En cambio, la excesiva centralización del control de la pandemia también tiene efectos económicos negativos en las CCAA. Este efecto negativo se debe a que no todas las regiones han sufrido el mismo impacto de la Covid-19. Si se encuentran incidencias asimétricas en el impacto, una decisión centralizada puede acabar con un efecto económico negativo, desproporcionado para algunas CCAA. De ello que sea de vital importancia el buen uso de los canales de comunicación entre las instituciones y las CCAA y un plan uniforme en cuanto a las decisiones más críticas, como es la libertad de movimiento.

5.1 Análisis de los Costes producidos por la Covid-19

La pandemia de la Covid-19 ha sido una externalidad negativa de un tamaño que todavía es muy difícil de calcular. En general, los estudios de coste de la pandemia, incluyen los costes tangibles (económicos) de la enfermedad, derivados de la prestación de servicios. Sin embargo, no todos ellos incorporan la cuantificación de los costes intangibles, producidos por la muerte de los pacientes; ya que se deben considerar aspectos como la comorbilidad y otros factores difíciles de medir.

En relación a esta idea, en el siguiente apartado se analiza el informe *The Cost of COVID-19 and the cost-effectiveness of testing*, el cual incluye un estudio de los costes tangibles e intangibles.

5. ESTUDIO DE INDICADORES ECONÓMICOS Y ESTRUCTURALES DE LA RESPUESTA Y ACTUACIÓN SANITARIA EN LA PANDEMIA

En primer lugar, en cuanto a los costes económicos, el coste de la crisis de la Covid-19 se estima en un 19 % del PIB del año 2019 y para el caso de España será alrededor del 24 % del PIB del año 2019, siendo así el país más afectado de la economía europea [19]. Sin embargo, como se ha comentado anteriormente, los costes no solo han sido económicos, ya que los mayores costes vienen reflejados en las altas tasas de fallecidos, como ya se ha recogido en el gráfico de la Figura 4.1.

En estos momentos todavía es complicado medir los costes de la pandemia, pero se pueden realizar estimaciones sobre el uso de camas UCI y el uso de los quirófanos para la atención de pacientes. En [20], Abasolo et al., estiman los costes extra que ha generado la pandemia en la sanidad de las Islas Canarias. Según el informe, el coste sanitario directo de la Covid-19 en el *Sistema Canario de Salud (SCS)* ha representado el 11 % del gasto total público, teniendo un coste de más de 60.000€ por cada caso de infección declarado. También, se estima que el coste del SCS aumentó en 2020 el 9 % respecto al año 2019, teniendo que haber dejado de lado el tratamiento de otros tipos de enfermedades, con la pérdida de los costes asociados al no tratamiento de dichas enfermedades.

Si se hace referencia al uso de camas UCI, en España, a finales de 2020, se estima que 200.000 pacientes habían requerido asistencia médica hospitalaria, de los cuales 18.000 fueron ingresados en UCI [19]. Según estimaciones de Osakidetza, el coste medio del paciente ingresado en planta por Covid-19 durante una media de 11,5 días, era de 8.500 € [21]. En cambio, si el ingreso se realizaba en UCI el coste ascendía a 33.400 €, con una media de 22 días para los pacientes que no fallecían. Con estos datos, el coste directo de las hospitalizaciones en España para el año 2020 sería cercano a los 2.300 millones de euros.

Sin embargo, como se ha comentado en líneas anteriores, los costes no solo han sido tangibles. En noviembre de 2020, el *Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo)* señalaba que más de 60.000 personas habían muerto en España. En el informe *The Cost of COVID-19 and the cost-effectiveness of testing*, se recoge que solamente para el año 2020, se habrían perdido 244.000 años de vida debido al exceso de muertes [19]. Según el artículo, un tercio de los pacientes covid necesitarán hospitalización de larga duración, debido a complicaciones con la enfermedad, asociándose a estas complicaciones el término *Quality Adjusted Life Year (QALY)*, para el cálculo de la morbilidad a largo plazo [19].

Para poder medir las complicaciones de larga duración de la Covid-19, se comparó el

Quality of Life (QoL) en personas con una edad superior a los 65 años y más, que tuviesen discapacidades de larga duración, con aquellos que no; que respectivamente marcaban unos valores en el cuestionario QoL de 0,723 y 0,911. Tras aplicar una corrección de -0,188 sobre las complicaciones en el largo plazo y aplicar una tasa de descuento del 3 %, el número de QALYs perdidos por paciente con una complicación en el largo plazo es de 2.8 [19]. Por otro lado, si se aplica a los casos con una complicación de larga duración, la pérdida asciende a 170.510 QALYs [19], a causa de la morbilidad.

Vallejo et al. [22], han aplicado un valor monetario de 25.000€/QALY a la pérdida de QALYs atribuidos al Covid-19 (2.8 QALYs). Como resultado, el valor monetario total debido a la pérdida de salud ha sido estimado en 7805 millones de euros, que corresponde al 3,1 % del coste total de la crisis económica sufrida en España en 2020 [19]. Cabe destacar, que en España para llevar a cabo la evaluación económica en la decisiones sanitarias se utilizan umbrales que oscilan entre 22.000 y 25.000€ en la oferta y entre 10.000 y 30.000€ por QALY en la demanda [23].

5.1.1 **Análisis de coste-efectividad de las pruebas diagnósticas de Covid-19**

Como ya se comentó anteriormente en el artículo, un tercio de los pacientes covid requerirían hospitalización debido a las complicaciones de salud a largo plazo a causa de la enfermedad. Los costes asociados a los problemas en el largo plazo se estiman en un coste de 1000 € para la esperanza de vida de los paciente que sufren problemas a largo plazo. En cambio, para los casos de Covid-19 que no requieren hospitalización, se asume que el coste telefónico de ponerse en contacto con el paciente es de 28 €.

Por otro lado, en el informe se incluye un estudio de coste-efectividad de las pruebas diagnósticas realizadas (PCR y test de antígenos). Los resultados obtenidos, muestran que, para cada día de realización de pruebas, el número estimado de casos evitados entre el 15 de noviembre y final de año 2020, es de más de 53000. Esto supuso casi 3000 hospitalizaciones menos, de las cuales más de 200 habrían requerido cuidados intensivos y casi 500 muertes menos. El hecho de haber evitado estos casos, ha supuesto un ahorro en los costes sanitarios de 61,1 millones de euros [19].

5. ESTUDIO DE INDICADORES ECONÓMICOS Y ESTRUCTURALES DE LA RESPUESTA Y ACTUACIÓN SANITARIA EN LA PANDEMIA

Del mismo modo que en la sección anterior, este ahorro conlleva una ganancia de 1398 QALYs en mortalidad y 2900 QALYs en los casos de morbilidad a largo plazo, es decir, un cómputo total de 4300 QALYs diarios ganados [19].

La implantación de la estrategia de *Prueba, Seguimiento y Cuarentena (del inglés, Testing, Tracing and Quarantine, TTQ)*, conduce a unos costes más bajos y unos mejores resultados en salud. La relación coste-beneficio que se obtiene para el uso de la estrategia TTQ es 7.0, cuando solo se tienen en cuenta los costes de atención médica evitados. En cambio, el ratio aumenta hasta los 19,4 cuando se tiene en cuenta la morbilidad (véase Tabla 5.1). Tal y como se observa en la Tabla 5.1 (*Dominating*), la estrategia TTQ es dominante, que representa un ahorro de los costes y mayor efectividad.

Tabla 5.1: Consecuencias económicas y sanitarias de la estrategia TTQ en España. Fuente: Extraído de [19]. Citado el 2021-04-26.

Estimate	Quantity	Unit cost	Total costs
TTQ strategy daily costs			
Tests (unit cost per test)	187,760	40 €	7,510,400 €
Tracers (unit cost per day)	9,388	129 €	1,206,358 €
Health consequences prevented daily			
COVID-19 total cases	53,286		
COVID-19 cases treated at home	48,615	280 €	13,612,174 €
Hospitalizations	2,931	8,500 €	24,911,191 €
ICU stays	213	33,400 €	7,118,703 €
Cases suffering long-term morbidity	1,048	14,754 €	15,461,009 €
Deaths	480		
QALY gains			
QALY gain from avoided morbidity	2,908		
QALY gain from avoided mortality	1,398		
Total monetary costs			8,716,758 €
Total monetary savings			61,103,076 €
Incremental costs			-52,386,318 €
Incremental QALYs			4,306
Cost per QALY gained			Dominating
Benefit-to-cost ratio (excluding health and morbidity)			7.0
Benefit-to-cost ratio (including health and morbidity)			19.4

Las estimaciones hechas por Vallejo-Torre et al., muestran que la implementación de la estrategia TTQ tal y como se ha implementado en España durante el transcurso de la pandemia ha sido altamente rentable. En el artículo *The Cost of COVID-19 and the cost-effectiveness of testing* señalan que, si se tomasen en cuenta otros tipos de costes evitables como, los costes directos e indirectos en salud y el efecto sobre el PIB, la rentabilidad de la estrategia TTQ todavía sería mayor.

6 PLAN DE RECUPERACIÓN EUROPEO Y RETOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Después de analizar la Gobernanza sanitaria en el capítulo anterior, los planes de recuperación europeos Next Generation y EU4HEALTH, deben ser un punto de partida para la obtención de unas buenas instituciones sanitarias y un buen funcionamiento del SNS. En el siguiente apartado se analizarán los dos planes que ha diseñado la UE y se tratará de identificar cuáles son las verdaderas necesidades que tiene el sistema sanitario a nivel nacional.

Tras el episodio vivido por la Covid-19, la Comisión Europea (CE), el Parlamento Europeo y los dirigentes de la UE, han propuesto un plan de recuperación económica que tendrá como base la reconstrucción de los sistemas sanitarios sacudidos gravemente por la pandemia, con la intención de dirigir Europa hacia la reconversión de un continente más ecológico, digital y resiliente. Por un lado, se encuentra el paquete de ayudas *Next Generation*, dotado de 750.000 millones de euros [3]. Por otro lado, encontramos el plan de ayuda *EU4HEALTH* que dotará con 9.400 millones de euros a los países que conforman la UE, las organizaciones sanitarias y las ONG [24].

6.1 Programa Next Generation

El programa *Next Generation*, con un fondo de 750.000 millones de euros, será un instrumento de recuperación temporal, convirtiéndose en el mayor paquete de ayudas jamás financiado por la UE. Este fondo tiene como objetivo la reparación de los daños económicos y sociales que han sido causados debido a la pandemia, con la intención de crear una Europa más ecológica, digital y resiliente.

La financiación de este programa de recuperación se obtendrá a través de los presupuestos de la UE; recursos que serán obtenidos por diferentes vías, como de los derechos de aduana, de las contribuciones de los estados miembros sobre la base del *Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA)* y de las contribuciones que se obtienen de la *Renta Nacional Bruta (RNB)*. Más allá de estos recursos, también se obtendrá financiación de una nueva contribución nacional basada en los residuos de envases no reciclados que será aplicada a lo largo del año 2021. Por otro lado, otra fuente de ingresos para la recuperación serán los préstamos de mercados, que en el caso de la UE los obtendrá con costes más reducidos de lo que lo obtendrán el resto de Estados miembros. A lo largo de 2021, la Comisión presentará nuevas propuestas de fuentes de ingresos para el pago de estos empréstitos, que serán obtenidos de impuestos a las emisiones de carbono, impuestos digitales, impuestos sobre las transacciones financieras, contribuciones del sector empresarial y de los impuestos sobre sociedades.

Para el caso de España, este programa supondrá una inyección de 72.000 millones de euros en transferencias a fondo perdido, de los cuales una gran partida será destinada al ámbito sanitario, con el fin de facilitar la transformación digital, entre otros (el 33 % de la financiación destinada a la digitalización). Esta ayuda generará la oportunidad de mejorar la eficacia del SNS, la reforma de los modelos de trabajo, así como la oportunidad de establecer nuevos modelos sanitarios, como el modelo de Gestión Clínica basada en Valor. Este último concepto será analizado en siguientes apartados.

6.2 Programa EU4Health

Para la recuperación de los sistemas sanitarios europeos, la CE también ha propuesto el programa *EU4Health*. A raíz de esta ayuda la CE invertirá 9.400 millones de euros para la reconstrucción sanitaria, proporcionando ayudas a los países de la UE, las organizaciones sanitarias y las ONG.

El objetivo de este programa es la preparación de la UE ante posibles desastres sanitarios. Por ello, el programa propone: la creación de reservas de suministros médicos para crisis como el de la Covid-19, la creación de un grupo de expertos sanitarios para dar respuesta a crisis sanitarias, el refuerzo de la vigilancia a amenazas sanitarias, el refuerzo de los sistemas sanitarios ante nuevas epidemias, la promoción de la salud en la población envejecida, la transformación digital de

los sistemas sanitarios –de igual manera que el plan Next Generation–, el acceso de los grupos vulnerables a la atención sanitaria y el control sobre los medicamentos y los productos sanitarios.

Con estas cantidades monetarias que va a recibir España, es obvio que el país se va a encontrar ante una oportunidad de relanzar un SNS que sea más eficiente, más coste-efectivo y más resiliente. Sin embargo, ante la gran envergadura de esta ayuda económica, lo primordial será conocer las necesidades sanitarias y la creación de un criterio único o individualizado para la gestión del sistema sanitario de las comunidades. Además, será de vital importancia el conocimiento del actual sistema sanitario, evitando así posibles asimetrías de la información y despilfarros.

6.2.1 La era de la Digitalización

Tanto en el programa *Next Generation*, como en el programa *EU4Health*, se nombra repetidas veces el concepto de *digitalización* de los sistemas sanitarios, como una de las bases para la mejora de los mismos. En el caso de España, pese a su alta tasa de digitalización –muy superior a la media europea–, no parece que esto sea reflejo de un sistema sanitario que se dirija hacia la transformación en nuevos modelos. Según el estudio *Índice de Economía y Sociedad Digital 2020 (DESI)* que elaboró la CE, –en el que se mide la conectividad, las competencias digitales, el uso de internet, la digitalización de las empresas, los servicios públicos digitales, las tecnologías emergentes y otros, de los 28 Estados miembros y el Reino Unido–, España ocupa el puesto 11º en este ranking, superando la media en nivel de digitalización de UE y por encima de potencias como Francia, Alemania o Italia. Como se refleja en dicho estudio, España obtiene su mejor calificación en el apartado de los servicios públicos digitales, tal y como se muestra en la Tabla 6.1.

Tabla 6.1: Puntuación de los servicios públicos digitales para España y Europa. Fuente: DESI, 2020. Citado el 2021-04-15.

5 Servicios públicos digitales	España		UE
	puesto	puntuación	puntuación
DESI 2020	2	87,3	72,0
DESI 2019	4	80,9	67,0
DESI 2018	4	76,6	61,8

6. PLAN DE RECUPERACIÓN EUROPEO Y RETOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Además en el año 2020, destaca ocupando el segundo puesto en la digitalización de los servicios públicos, que evalúa la transformación digital de la administración pública, mejorando así la posición de los años 2019 y 2018. Para el último año en el que se recogen datos, la puntuación de España fue de 87,3 puntos, superando la media de la UE en un amplio rango y como se puede ver en el gráfico de la Figura 6.1, muy por encima de las potencias económicas europeas.

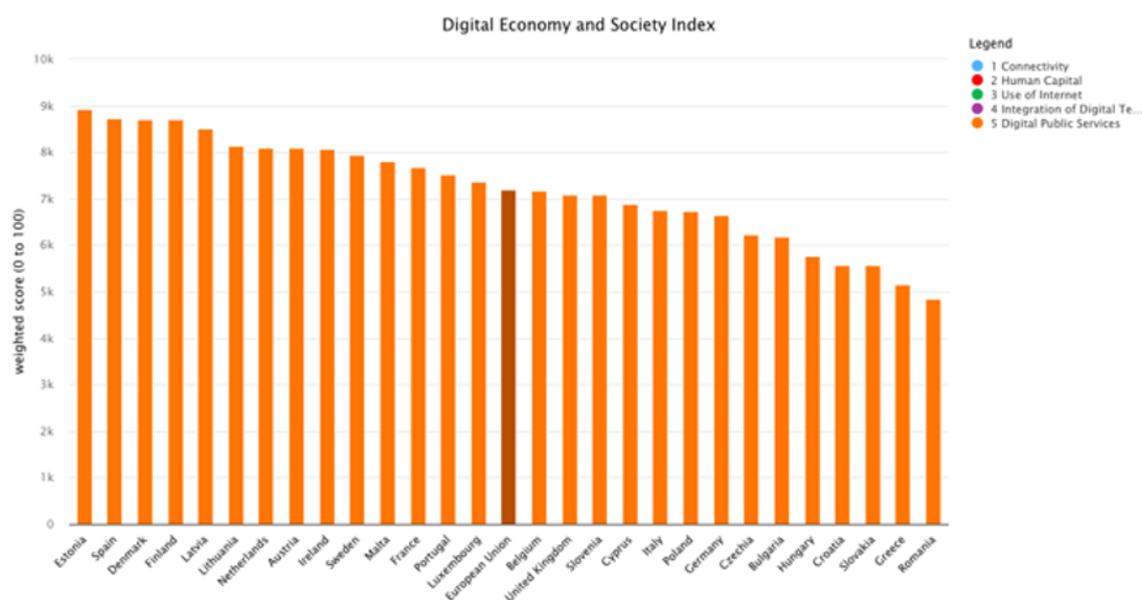


Figura 6.1: Índice de Economía digital y Social. Fuente: Extraído de [25]. Citado el 2021-04-15.

Con estos datos sobre la digitalización, se debe recapacitar si realmente España tiene una urgencia en seguir digitalizando el sistema como una de sus prioridades en el corto y medio plazo o debe atender primero otras necesidades más sacudidas por la pandemia.

Es evidente, a la vista de los datos, que España no se encuentra en una mala situación en cuanto a la digitalización de sus sistemas públicos; aunque, dentro de estos sistemas sí que pueda haber problemas que no permitan un buen desempeño de los mismo. Según el estudio que ha realizado la *Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN)* en colaboración con la *Fundación COTEC*, el grado de digitalización difiere entre CCAA y entre zonas urbanas y rurales. Por ello, es probable que la digitalización no se tenga que llevar a cabo en términos generales pero sí en términos más específicos. Sin embargo, para que esto puede hacerse de una manera ordenada y analizando las verdaderas necesidades, –como se expuso en el bloque

anterior con la Gobernanza sanitaria–, una comisión de expertos deberá analizar las áreas que sean necesarias para que el progreso de la digitalización sea sostenible y eficaz, creando a largo plazo una base para nuevos modelos de gestión, como puede ser modelo de *Gestión Clínica basada en Valor*.

Con el nivel de ayudas que va a recibir España para la reconstrucción sanitaria, será de vital importancia detectar las verdaderas necesidades de la población. Para ello, como se ha comentado varias veces ya, será necesario que expertos en la materia sean parte del proceso de toma de decisiones.

6.3 Retos del SNS

Tras el shock que ha sufrido el sistema nacional tras la Covid19, la CE presentó un informe en [26] donde detalla los puntos a mejorar del SNS. En dicho artículo se ponen de manifiesto aspectos como la falta de profesionales y sus condiciones laborales, las disparidades en el gasto sanitario en las distintas comunidades y la necesidad del SNS de hacer frente al envejecimiento de la población y al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas. Estos son, a corto plazo, los problemas a los que tiene que hacer frente el SNS.

Uno de los mayores retos sanitarios en España es el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas y su manejo, debido al envejecimiento de la población, que seguirá aumentando, con el respectivo aumento del consumo de recursos económico-sanitarios. La sanidad española destina anualmente el 75% del gasto sanitario al tratamiento de las enfermedades crónicas. Con la llegada de la Covid-19 y con la esperanza de vida más alta de Europa, el gasto todavía se verá más comprometido, si cabe. Muchos de los pacientes crónicos a tratar, pasarán a ser pluripatológicos [27]. La gestión de la cronicidad, tras superar la pandemia, será el mayor reto al que va a tener que hacer frente el SNS, más incluso que en la época previa al Covid-19.

Por lo tanto, con la llegada de los planes de recuperación mencionados anteriormente, será necesario el diseño de buenas estrategias para hacer frente a este tipo de enfermedades y sus respectivos costes. En este caso, no todo serán recursos económicos, sino que será necesaria la educación sanitaria y formación, para poder recortar los costes en la mayor medida de lo

6. PLAN DE RECUPERACIÓN EUROPEO Y RETOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

posible. Además de la formación sanitaria esencial, una correcta educación sanitaria hará que los pacientes conozcan su condición, haciendo partícipes tanto a profesionales sanitarios en el cuidado de enfermedades, como a los propios pacientes y sus familiares en el proceso de autocuidado y tratamiento.

Como ha recogido la CE, es evidente que uno de los problemas del SNS ha sido la falta de profesionales y sus condiciones laborales. En época de pandemia se ha podido ver la insuficiencia de personal que tuvo el sistema sanitario, llegando al punto de la necesidad de contratar estudiantes que se encontraban cursando sus últimos años universitarios. Sin embargo, dejando de lado la falta de recursos humanos, la CE hizo hincapié en las malas condiciones laborales de los profesionales sanitarios. En el siguiente gráfico (véase Figura 6.2), se refleja el salario medio anual en las actividades sanitarias y servicios sociales en España. Este gráfico refleja la falta de profesionales y sus condiciones laborales a la que la CE hacía referencia en su informe, donde se recogen datos del salario medio anual en actividades sanitarias y de servicios sociales dividido por género entre los años 2009 y 2017. Como se puede ver, el salario sufre un estancamiento incluso llegando a combinar periodos de descenso, que se puede observar mediante la comparación de los años 2009 y 2017. En el año 2009 y haciendo referencia a los datos, los hombres obtenían un salario medio de 31.757,1 € y para el año 2017, la remuneración media fue de 33.735,1 €. En cambio, las mujeres en el año 2009 percibieron un salario medio de 23.850,5 € y para 2017 el salario medio descendió hasta los 23.839,4 €, demostrando así una disminución del salario medio entre el primer y último año de la serie de datos. Estos datos reflejan que existe una gran diferencia salarial dependiendo del género, donde las mujeres se encuentran con un salario muy inferior al de los hombres, recibiendo un salario medio que es un 29,3 % menor al de los hombres.

6. PLAN DE RECUPERACIÓN EUROPEO Y RETOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

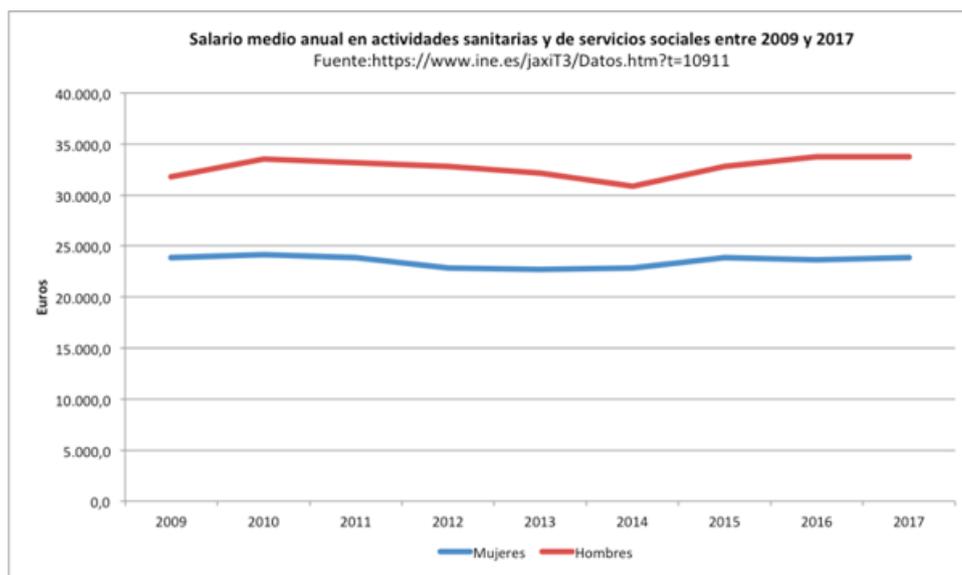


Figura 6.2: Salario medio anual en actividades sanitarias y de servicios sociales (2009-2017). Fuente: INE, 2018. Citado el 2021-04-15.

Por otro lado, en España, el nivel salarial medio de los médicos tampoco queda bien parado; en comparación con el resto de potencias mundiales como Francia, Alemania, Reino Unido o Estados Unidos. En el informe elaborado por *Medscape* en el año 2018 [28], se puede observar la diferencia de los salarios medios entre los profesionales médicos (véase gráfico de la Figura 6.3). De los 5 países analizados, España es el país con el sueldo medio más bajo, de 53.000€. En cambio, médicos de países como Francia o Alemania reciben una remuneración media de 95.000€ y 125.000€, respectivamente. En resumen, el salario medio de un médico en España era un 44,2 % menor que el de un médico francés o un 57,6 % que el de un médico alemán.

Ingreso medio práctica médica	Total	Médico de atención primaria	Especialistas
España	53.000 €	51.000 €	54.000 €
Francia	95.000 €	92.000 €	96.000 €
Alemania	125.000 €	132.500 €	126.100 €
Reino Unido	129.500 €	117.900 €	131.200 €
Estados Unidos	250.400 €	184.800 €	269.100 €

Figura 6.3: Informe de salarios medios europeos. Medscape, 2018. Citado el 2021-04-26.

Por último, en el informe de la CE se hizo referencia al problema de la disparidad del

6. PLAN DE RECUPERACIÓN EUROPEO Y RETOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

gasto sanitario en el SNS. Tal y como se ha explicado anteriormente, en el año 2001 –finalmente– se traspasaron las competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las comunidades autónomas, cada una con su propio organigrama (véase Figura 3.2). El informe de la CE hace referencia a la disparidad en el gasto sanitario y en la comunicación entre las comunidades debido a dicha división y alega la necesidad de mejora en la gestión sanitaria. Por otro lado, en 2019, el Gobierno español elaboró el informe de *Estadística de Gasto Sanitario Público* [29]), en el que se recogen los principales resultados del Gasto Sanitario Público 2019, y se analiza –entre otros– el gasto realizado por las CCAA ese mismo año.

Con los datos extraídos del informe de *Estadística de Gasto Sanitario Público* se ha elaborado el gráfico 6, donde se analiza el gasto sanitario de cada CCAA en porcentaje del PIB. Como ya adelantaba la CE en su informe *Council Recommendation* las disparidades en cuanto al gasto sanitario por CCAA son evidentes. Se puede observar que hay grandes diferencias entre comunidades, siendo sorprendentemente la Comunidad de Madrid la que tiene el gasto en porcentaje del PIB más bajo de todas. En este caso en concreto, el gasto sanitario de la comunidad es solo del 3,7 % sobre el PIB, que en comparación con comunidades como Navarra, País Vasco o Asturias con un gasto respectivo del 5,3 %, 5,5 % y 7,6 % queda muy alejado. Para ver de forma más clara la diferencia en el gasto sanitario conviene fijarse en el gasto medio. La media del gasto sanitario viene reflejada en la línea roja del gráfico (véase Figura 6.4), que marcaba en el año 2019 el 5,6 % sobre el PIB. Si se compara cada CCAA con la media, podemos ver que Madrid vuelve a ser la comunidad más alejada respecto a la media. Además de Madrid, otras 4 comunidades se encuentran también por debajo de la media, por lo que de las 17 comunidades solo 10 la superan.

Más allá de las conclusiones que pueden extraerse tras el análisis del gasto sanitario por comunidades, es importante analizar los resultados del gasto sanitario per cápita. En el gráfico de la Figura 6.5 elaborado a partir de los datos del informe *Estadística de Gasto Sanitario*, la Comunidad de Madrid vuelve a ser la comunidad que peores datos recoge con 1.340 € per cápita de gasto sanitario. En cambio, a diferencia del gasto sanitario total, (6.4), Navarra (1.694) y País Vasco (1.873) son las comunidades con el gasto sanitario per cápita más elevado junto a Asturias (1.763). Se puede observar que el gasto per cápita medio trazado por la línea roja es de 1.486 €, encontrándose así Madrid 146 € por debajo de la media española.

6. PLAN DE RECUPERACIÓN EUROPEO Y RETOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

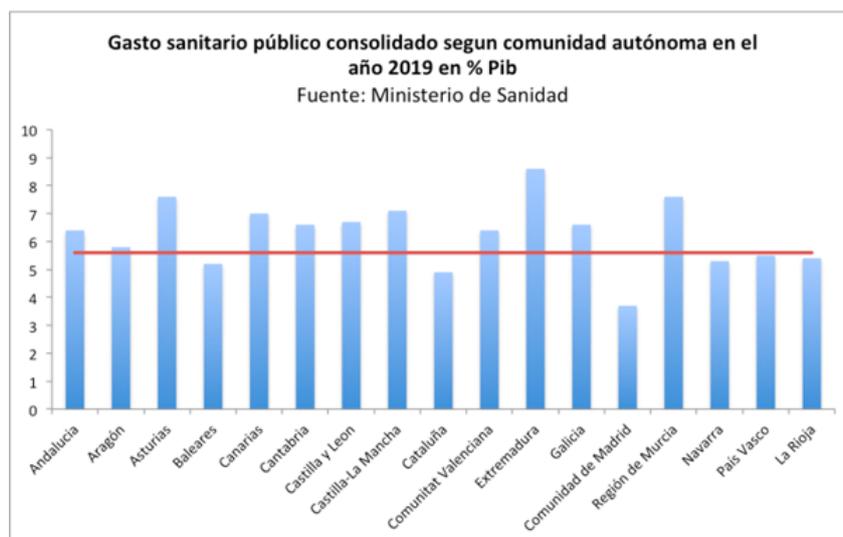


Figura 6.4: Gasto sanitario público consolidado según CCAA en el año 2019 en porcentaje del PIB. Fuente: Ministerio de Sanidad, 2019. Citado el 2021-04-15.

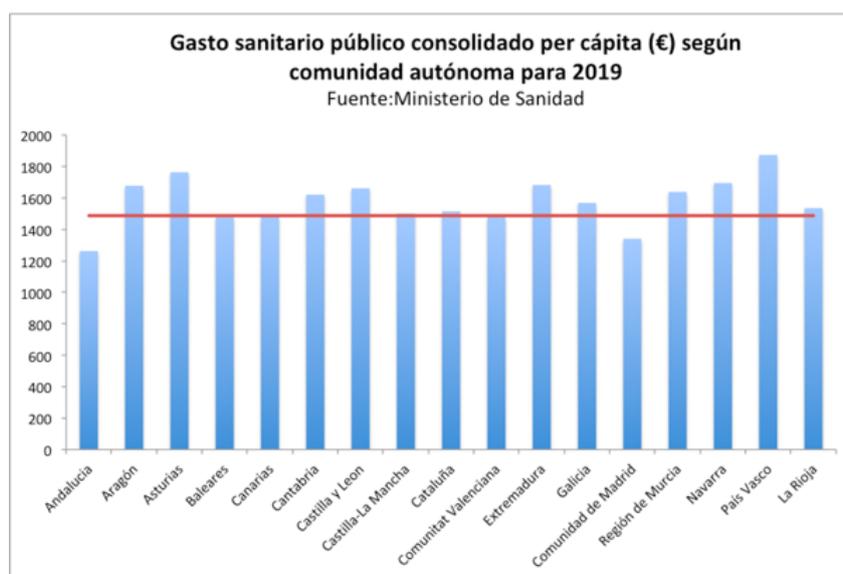


Figura 6.5: Gasto sanitario público consolidado per cápita (€) según CCAA para 2019. Fuente: Ministerio de Sanidad, 2019. Citado el 2021-04-15.

Tras analizar estos datos y según expone la CE, existe una gran diferencia en el gasto sanitario de comunidades que optaron por una mayor privatización de sus sistemas y aquellas que, pese a sufrir recortes debido a la crisis del 2008, decidieron mantener un servicio sanitario fundamentalmente público. Ejemplo de la privatización del sistema sanitario es la Comunidad

6. PLAN DE RECUPERACIÓN EUROPEO Y RETOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

de Madrid que en un informe elaborado por la organización *Sanidad Audita*, es una de las comunidades con menos camas UCIs, con tan solo 2,75 camas por mil habitantes. De igual manera que en los gráficos analizados con anterioridad, Sanidad Audita también recoge el bajo gasto per cápita en el sistema público y por encima de todo, resalta el recorte sufrido en el ámbito del personal sanitario. Según los datos que recoge la organización, la Comunidad de Madrid, entre el año 2008 –previo a la crisis– y el año 2017, redujo la plantilla de efectivos sanitarios en un 8%, pasando de 76.359 a 71.070 trabajadores sanitarios.

7 ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA DE LA GESTIÓN CLÍNICA

Una vez analizados en apartados anteriores los costos de la pandemia, la gestión sanitaria y los cambios a realizar en el corto plazo, en el siguiente apartado se analizará hacia dónde dirigir la gestión clínica. Este cambio de tendencia deberá encaminarse hacia un sistema sanitario basado en la Atención Sanitaria basada en Valor, como ya se ha venido comentando en diversas ocasiones en este trabajo. Esta necesidad ha quedado evidenciada por la escasa capacidad de resiliencia del Sistema Sanitario ante la crisis de la Covid-19.

En los últimos años, el debate sanitario ha estado copado por la creación de nuevas infraestructuras hospitalarias, el ladrillo, la colaboración público-privada y los recortes. En una época como la actual, es evidente que este discurso no ha sido el más adecuado para poder hacer frente a una pandemia. Pero esta crisis es el punto de inflexión para la mejora de los sistemas sanitarios y para aprender de los errores del pasado. Aprovechando la alta tasa de digitalización en España (véase Sección 6.2.1), como se ha visto en apartados anteriores, los sistemas de salud de las CCAA, podrían dirigir su gestión hacia estrategias como el modelo sanitario basada en Valor, en el medio plazo.

7.1 La Cuádruple Meta y la Gestión Clínica Basada en Valor

Para ello, uno de los pilares de este cambio deberá ser la Cuádruple Meta, término definido en el año 2008 por Donald M. Berwick, Thomas W. Nolan y John Whittington. La intención de este modelo es la mejora de la salud de la población, la reducción de los costos per cápita de la atención en salud, la mejora de la experiencia de los pacientes y la mejora de la

experiencia laboral de prestar atención sanitaria. Por lo tanto, es necesario la involucración de las dos partes en las tomas de decisiones, tanto de los profesionales sanitarios como de los pacientes, logrando así una población cada vez más informada sobre los determinantes del propio estado de salud [30], los beneficios y las limitaciones de las intervenciones. Por otro lado, expusieron la importancia de una buena Atención Primaria; estableciendo relaciones de larga duración entre los profesionales de Atención Primaria y los pacientes, pudiendo coordinar así todos los niveles de atención. También es importante la gestión de la salud de la población, es decir, el conocimiento del estado de salud y el riesgo de enfermar, para conseguir una asignación de los recursos más eficiente y equitativa. Esto nos lleva a la gestión financiera del sistema sanitario, donde tiene que ser clara la forma de medir los costos per cápita y qué uso se le dan a los recursos disponibles.

Todo lo comentado sobre la Cuádruple Meta está ligado de forma directa a la Gestión Sanitaria basada en Valor, que trata la transformación de los sistemas sanitarios, donde los presupuestos no se basan en el volumen de la actividad sino en valor que generan [4]. Fue el economista Michael Porter quien introdujo el concepto de *Value Based Health Care (VBHC)* o *Gestión Clínica Basada en Valor* por primera vez en 2006, tras observar la necesidad de transformación que tenían los sistemas sanitarios, debido a los altos costes que arrastran y que a causa de la pandemia han aumentado todavía más, afectando así a los presupuestos sanitarios y al buen desempeño de estos [4].

Para poder entender este modelo, hay que comprender que en los modelos actuales, cada uno de los departamentos que conforma un hospital está organizado por especialidad (unidad de cardiología o unidad de radiología, entre otros), midiéndose por sus propios indicadores y presupuestos. Indicadores que se centran en dos tipos de análisis; el indicador financiero, que trata de medir cada unidad del presupuesto y los indicadores de procesos, que miden la productividad de las unidades individuales.

Sin embargo, este tipo de medidas no se asocian a la VBHC, ya que no hacen hincapié en los resultados de salud (entendiéndose por ellos como las medidas de salud percibidas por pacientes y población [31], para un determinado grupo de pacientes con una afección concreta, ni se muestra la relación de los costes y la calidad de atención.

Si bien es cierto que los administradores de cada departamento tienen como objetivo número uno la maximización de la eficiencia presupuestaria y la obtención del mejor resultado

7. ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA DE LA GESTIÓN CLÍNICA

para los pacientes, en ocasiones se desconocen cuáles son los resultados verdaderamente importantes para el paciente y los costes que están ligados a la obtención de los resultados. Por ello, se cree que los indicadores no reflejan la actividad asistencial y la información necesaria para poder obtener un rendimiento que sea realmente bueno y maximice el bienestar del paciente.

Debido a la ineficiencia de los sistemas sanitarios, los expertos señalan que los cambios deben introducirse en la dirección de la gestión del sistema. Gestión que se divide en tres categorías que son: la política sanitaria, la gestión de centros y la gestión clínica o micro (véase Figura 7.1). Esta última trata de sistematizar y ordenar los procesos de atención de forma eficiente, todo ello respaldado por la evidencia clínica y la participación de los profesionales en la toma de decisiones.



Figura 7.1: Esquema de la actividad sanitaria y actores implicados en ella. Fuente: Información adaptada del Programa Excelencia de la Gestión Hospitalaria.

En este nivel es donde entra en juego la ya denominada VBHC, que implica la transformación de los sistemas sanitarios hacia un modelo donde los presupuestos sanitarios no se basen en la actividad ofrecida sino en el valor que genera ese servicio. La proposición de Michael Porter en cuanto a la aplicación del valor, es la importancia de los resultados en el paciente, en relación a los costes asociados al tratamiento (véase Figura 7.2). Por ello se pretende llevar a cabo la reorientación de los servicios sanitarios para lograr la mejora de la satisfacción de

los pacientes, así como mantener una relación óptima entre los costes y los resultados [32].



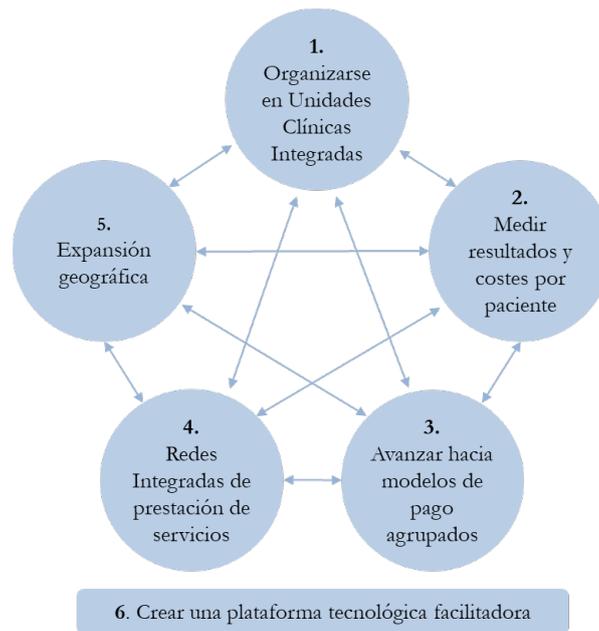
Figura 7.2: Valor en la Gestión Clínica sanitaria. Fuente: Extraído de PM360, 2015

Una vez identificados los resultados que tienen una verdadera importancia para el paciente con sus respectivos gastos y se haya logrado aumentar el compromiso de los profesionales para generar una atención basada en valor, podrá establecer una ventaja competitiva en un mercado que se encuentra en constante cambio.

Cabe destacar que la idea inicial del modelo propuesto por Porter estaba dirigido a la transformación de sistemas sanitarios privados, donde la capacidad de medir los resultados y costes es más sencillo.

7.1.1 Los seis componentes del modelo de Valor de Porter

Michael E. Porter, tras publicar *The Strategy That Will Fix Health Care*, resaltó que el modelo sanitario basado en valor consta de cinco componentes relacionados entre sí y un sexto componente de sistemas de información [33]. En la Figura 7.3 se ilustran cada uno de estos componentes.



*Figura 7.3: Componentes del modelo de Gestión Clínica Basada en Valor. Fuente: Extraído de [33].
Accedido el 2021-05-03.*

Componente 1: Unidades de Práctica Integrada

Las unidades Clínicas Integradas, son los equipos de trabajo multidisciplinares que prestan servicios al paciente durante el ciclo de cuidado [34], equipos que están organizados por especialidades o espacios físicos. En este caso los pacientes se clasifican como: pacientes sanos, pacientes con una sola enfermedad crónica y pacientes pluripatológicos, entre otros. Las unidades clínicas integradas también se hacen cargo del manejo de las complicaciones entorno a la condición médica. Asimismo, también asumen la responsabilidad de comprender a los pacientes y a los familiares en su cuidado. De este modo, se pueden maximizar los resultados en salud del paciente [33]. Por ello, este primer componente debe ser implementado desde el primer nivel de la atención, con el fin de evitar la fragmentación y que el paciente tenga que acudir a múltiples instituciones.

Componente 2: Medición de resultados y costes por paciente

El segundo componente es la medición de los resultados, tanto desde la perspectiva clínica como de la del paciente, y su relación con los costes [33]. Es importante medir los resultados por tres razones:

- El interés por mostrar los resultados de salud y su calidad, que serían los resultados que un paciente esperaría recibir del proveedor sanitario.
- Hasta que no sea conocido el resultado, el proveedor no podrá conocer el rendimiento y el valor que ha ofrecido.
- Ofrece a profesionales y administraciones una nueva manera de medir los costes. La capacidad de observar si los costes han ayudado los resultados sanitarios esperados.

A día de hoy, las intervenciones no se miden con indicadores económicos o coste-eficientes, sino que se miden con indicadores que carecen de valor para los pacientes, donde la única preocupación de un paciente es el resultado que va a percibir. A esto hay que añadirle que los presupuestos de un hospital se calculan en función del gasto de años anteriores y no por los resultados obtenidos.

Componente 3: Modelo de pago agrupado

Como ya se ha visto en apartados anteriores (véase Capítulo 3), la financiación del SNS en España se hace a través del pago de impuestos, y tras la aplicación de las transferencias sanitarias el estado delegó las competencias sanitarias en las CCAA. Una vez obtenidas las competencias, cada CCAA financia los Centros de Atención Primaria, los hospitales públicos y la salud pública; sin olvidar la existencia de una colaboración público-privada

Según Porter, el modelo de pago que más favorece al valor es el método de pago agrupado, ya que tiene en cuenta todo el ciclo de cuidados del paciente en las diferentes etapas. Conociendo la situación del SNS, es complicado que esto se pueda aplicar en el corto plazo debido a la complejidad de tener 17 sistemas sanitarios. En opinión de Porter, los pagos deberían

clasificarse por condiciones médicas, cubriendo condiciones agudas, condiciones crónicas, la atención primaria y la prevención de los pacientes sanos.

Componente 4: Redes integradas de prestación de servicios

En los modelos actuales, la asistencia sanitaria se ofrece a lo largo de numerosas localizaciones que resultan unidades aisladas. Por ello, las instituciones deben llevar a cabo ciertas acciones para integrar el sistema, y así, generar valor.

En primer lugar, es necesario medir el alcance de los servicios, reduciendo e incluso llegando a eliminar aquellos que no generen valor, optimizando la atención y los resultados obtenidos y por consiguiente, obteniendo una sanidad más coste-eficiente. En segundo lugar, también es importante concentrar las infraestructuras en menos localizaciones, consiguiendo así la concentración de especialistas en un mismo lugar. Esto permitirá la rápida evaluación de enfermedades y la oportunidad de comenzar el tratamiento de estas. De vital importancia es la adecuada localización de los servicios, teniendo en cuenta costes y sus respectivas utilidades [33].

Componente 5: Expansión geográfica

Este componente se centra en la expansión geográfica, incrementando la actividad para el tratamiento de los pacientes. La principal idea es tratar de manejar los casos complejos en las organizaciones principales y el resto de casos delegarse a otro tipo de centros, permitiendo así una mayor cobertura y reduciendo la movilidad del personal sanitario y de los pacientes. Esta expansión se podrá llevar a cabo mediante la distribución radial o mediante afiliaciones clínicas [33].

Componente Transversal: Plataforma tecnológica

El funcionamiento de todos los componentes comentados anteriormente, será posible gracias a las plataformas tecnológicas. La implementación de los sistemas de información, permitirá una buena medición de los resultados clínicos y resultados sujetos a los pacientes.

De esta manera se podrá cubrir toda la información del paciente, se permitirá el acceso a la información desde cualquier parte involucrada y también permitirá un mayor control de los costes y la creación de bases de datos que faciliten los análisis [35].

7.2 Las estrategias para la mejora de la Gestión Clínica en la era post-covid

Teniendo en cuenta la situación sanitaria actual, no cabe duda de que deberán implementarse nuevas estrategias y modelos de gestión, que ayuden en la medición de los resultados de salud de los pacientes, que integren toda la información y los datos disponibles en el proceso del cuidado asistencial, y en consecuencia, logren una mejora en la coordinación de la experiencia del paciente; desde la admisión hasta el alta hospitalaria. Vemos entonces que, el segundo componente en el modelo VBCH propuesto por el profesor Michael Porter es el punto de inicio para adoptar esta estrategia.

Además, a causa de la pandemia es más que probable que la prevalencia de enfermedades crónicas aumente. Así, será de vital importancia la reformulación del sistema sanitario debido a los altos costes que acompañan al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades crónicas, en sintonía con lo que se ha venido comentando. Todavía es pronto para conocer cuales podrán ser las secuelas ocasionadas por la Covid-19 a largo plazo, pero en el corto plazo ya se han detectado secuelas como: la dificultad respiratoria, enfermedades cardiovasculares, lesiones renales, enfermedades relacionadas con el funcionamiento hepático y enfermedades mentales, como la ansiedad y la depresión, entre otras [36]. Como ya se ha comentado en apartados anteriores, los mayores costes sanitarios provienen del tratamiento de enfermedades crónicas, de ello la necesidad de reconducir la gestión sanitaria hacia un modelo que sea más costo-efectivo como es la VBHC.

A nivel nacional, la fundación Economía y Salud ha preparado un dossier con 106 medidas que mejoran el sector de la salud en España tras la pandemia de la Covid-19. Estas medidas que han sido elaboradas por más de 50 expertos, buscan la mejora de la calidad y la eficiencia del SNS. De igual manera que en el presente proyecto, recalcan la necesidad de una buena Gobernanza, una buena gestión sanitaria y una sanidad transparente. Por otro lado,

cuando en el documento describen las medidas, se hace hincapié en la inclusión del modelo de atención sanitaria basada en valor como base para la mejora en la toma de decisiones, dirigiendo la sanidad hacia los resultados y no el volumen. De manera que el valor se define por los resultados en función de los recursos utilizados. De ello que presenten innumerables medidas dirigidas a la aportación del valor, como [37]:

- La Estrategia *No hacer*, que trata de aportar valor evitando intervenciones innecesarias o sin valor añadido, reduciendo así costes innecesarios.
- La aplicación del *benchmarking* para detectar, potenciar y replicar las prácticas que aportan valor y una asistencia sanitaria donde la toma de decisiones sea compartida, refiriéndose a la participación de los pacientes en la toma de decisiones y responsabilizándolos en la mejora de los resultados.
- La continuidad asistencial como base de una atención integrada y coordinada.
- El establecimiento de estándares de atención centrada en la persona conociendo las necesidades, las expectativas y las preferencias del paciente, lo que repercutirá directamente en el valor generado.
- La adecuación de los recursos humanos y materiales para la aportación de valor en la atención integral.
- La definición de la innovación para aportar valor bajo criterios consensuados y el aumento de la evaluación de tecnologías.

Por otro lado, muchas de estas medidas están dirigidas a garantizar las necesidades estructurales que necesita el SNS, para poder hacer frente a situaciones de sobreesfuerzo asistencial que se ha vivido a causa de la pandemia. De ahí la necesidad de enfocar el nuevo sistema sanitario hacia resultados que aporten valor y a los intereses de los pacientes. Por ello, es importante valorar la experiencia que ha atribuido la pandemia, para identificar cuáles han sido las que han añadido valor y cuáles no, e identificar así los puntos de mejora tanto en eficiencia como en resultados. A nivel europeo, la adopción de modelos VBHC se puede observar en áreas clave como la oncología y las enfermedades raras. Sin embargo, la implementación de estas estrategias se ve dificultada por las políticas y el liderazgo de los distintos países y sus regiones, que evita su adopción a gran escala. Es por ello que resulta de vital importancia la identificación

de factores que impiden que las estrategias de generación de valor puedan adaptarse e incluirse en los sistemas sanitarios actuales. Según cita la Dra. Sally Lewis, líder Clínico Nacional de la estrategia VBHC en el sistema sanitario de Gales, ya se han aplicado técnicas de triage en Atención Primaria y se ha observado un aumento del uso de las video consultas para el apoyo de toma de decisiones clínicas y recogida de resultados en salud de los pacientes [38]. Todo esto ha sido posible gracias a la formación del personal y técnicos. Además, destaca que no solo se deben mejorar los resultados en salud de pacientes COVID, sino también los de aquellos que no la sufren, ya que puede ayudar en la prevención de la misma y en la consecución de una asistencia equitativa. En cuanto a la implementación de los PROMs, la doctora asegura que ha ayudado al personal clínico a priorizar la atención [38]. No solo eso sino que hace especial hincapié en que también deben considerarse los resultados de aquellos pacientes que se encuentran en etapas de pre-rehabilitación y rehabilitación de otras condiciones, ya que si no se apoya a este grupo de pacientes, tarde o temprano terminarán acudiendo al hospital y aumentando, más si cabe, la presión hospitalaria. En resumen, la pandemia de la Covid-19 ha supuesto un enorme impacto en el sistema sanitario mundial. La crisis ha dejado al descubierto la necesidad de utilizar de manera más eficiente los recursos tecnológicos en la interacción con el paciente, la monitorización de la salud de la población y la prevención. En efecto, algunos de los problemas y necesidades surgidos durante la pandemia pueden servir como factores aceleradores en el proceso de adopción del VBHC. Y sobre todo, la pandemia ha generado nuevas demandas y una necesidad de replantear la gestión asistencial. La sanidad debe situar a los pacientes en el centro de su actividad y deben ser considerados en los procesos de toma de decisiones, aportando beneficios a toda la sociedad de una manera eficiente. Este hecho era evidente antes de la pandemia. Sin embargo, y antes de que las noticias sobre la Covid-19 inundarán al mundo, la OMS ya estimaba que entre el 20-40% del gasto sanitario mundial se estaba invirtiendo de manera ineficiente [39]. Además, y como ya se ha comentado anteriormente, el personal sanitario y los sistemas sanitarios en general, están sometidos a una gran presión. La mejora de los resultados en salud y la satisfacción de los pacientes y la reducción en los costes se ve contrarrestada por la sobrecarga laboral y en ocasiones, por la falta de recursos y su financiación.

Esta reflexión que deberá ser llevada a cabo por el sistema sanitario en global y por expertos en la materia, permitirá localizar iniciativas y nuevos procesos sanitarios que sean eficientes, eficaces y más costo-efectivos, permitiendo la aplicación de una Atención Sanitaria Basada en Valor. De tal manera que será importante invertir en las prácticas de éxito y desinvertir en aquellas que no aportan resultados en salud.

CONCLUSIONES Y LÍNEAS FUTURAS

Como conclusión de este proyecto y analizando los diferentes aspectos tratados acerca de los sistemas sanitarios –y en concreto, el SNS–, y el efecto que ha tenido la pandemia sobre él, podemos decir que todavía es temprano para conocer cuáles serán los efectos de la pandemia a largo plazo, –por ejemplo en enfermedades crónicas–, pero es evidente que la pandemia ha puesto de manifiesto los problemas relativos al SNS, tanto económicos como intangibles.

En las primeras líneas de este trabajo, se ha analizado el modelo sanitario que actualmente rige en España, constituido por 17 SNS con autonomía propia para la toma de decisiones socio-económicas. Con la llegada de la pandemia, la autonomía que tenía cada CCAA quedó delegada a un mando único, el gobierno central. Estos cambios de poder, pese a ser necesarios a la hora de hacer frente a un shock de tal magnitud, dejaron patente la falta de entendimiento entre gobierno y las CCAA una vez superada la primera ola. Esta falta de Gobernanza es fácil de reconocer haciendo referencia a la tasa de fallecidos. Tras unos meses de máximo temor al virus y superado el verano, parecía que se le había ganado la batalla al virus. Pero nada más lejos de la realidad. Con una evidente falta de Gobernanza por parte de las CCAA y del gobierno y sin una clara responsabilidad, se llegó a un punto donde la toma de decisiones no fue unificada; Semanas más tarde, se vieron reflejadas las consecuencias de estas malas decisiones, en la tasa de fallecidos nuevamente.

La mala situación económica que arrastra el país desde la crisis del 2007, de la cual todavía no se ha recuperado, no ha hecho más que incrementar el efecto de la Covid-19. Claro ejemplo de ello han sido las camas UCI que disponía el país a la hora de hacer frente a pandemia, encontrándose muy alejado de las potencias europeas y demostrando grandes disparidades entre comunidades a nivel nacional. Todo esto ha formado un cóctel que ha quedado reflejado en las opiniones de los profesionales sanitarios, tal y como mostraron las encuestas realizadas por la asociación Hiris de la Sanidad, donde los profesionales sanitarios le dan al Ministerio de Sanidad la peor puntuación.

Por ello, es evidente la gran importancia que tiene la buena Gobernanza y una correcta toma de decisiones en una situación como la actual. En efecto, es muy importante que las instituciones que son parte de la toma de decisiones cumplan los 5 atributos (transparencia, participación, rendición de cuentas, integridad y la capacidad política) que propone la OMS para establecer una buena Gobernanza, y así poder hacer frente a catástrofes como la actual pandemia. Todo ello debe llevarse a cabo apoyándose en comités y expertos en la materia para reducir los efectos negativos.

No obstante, no todo lo que envuelve la pandemia han sido malas decisiones. Si bien es cierto, que las desigualdades entre CCAA en cuanto al gasto sanitario público e infraestructuras sanitarias han sido determinantes para observar los diferentes efectos de la pandemia en el territorio, la decisión de plantear una estrategia TTQ, ha sido un acierto rotundo en la lucha contra el virus. Como ya se ha demostrado en este trabajo, ha sido una estrategia dominante lo que ha permitido a los gobiernos reducir costes tanto económicos como humanos. La buena gestión de esta estrategia ha permitido la recuperación de años de vida ajustados por calidad, que se habrían perdido de no usar la estrategia TTQ.

Asimismo, muy importante será también la buena gestión de los fondos de recuperación, como punto de partida para el relanzamiento del sistema sanitario. Programas como Next Generation y EU4HEALTH, van a brindar la oportunidad de encaminar a los sistemas sanitarios hacia unos modelos más digitales, eficientes, coste-efectivos y resilientes. Sin embargo, todo ello deberá estar acompañado de una buena Gobernanza, de transparencia y de un comité de expertos en la materia. Hablamos de una gran oportunidad, ya que estos programas en específico son los mayores paquetes de ayudas jamás financiados por la UE. Además, para la correcta aplicación de estas ayudas; en primer lugar es necesario determinar en qué ámbitos es necesaria la actuación. En relación a esto, es necesario comprender si realmente España dispone ya de una tasa de digitalización suficiente, o hay que apostar por una mayor digitalización como propone la UE. En cambio, habrá que plantear si la mejora del SNS pasa por la mejora salarial, el aumento del gasto sanitario público, la mejora de infraestructuras ya existentes o la inversión de I+D. Evidentemente, cada CCAA deberá realizar su propio análisis de situación sanitaria y detectar cuáles son los puntos a mejorar, sin olvidar que lo más recomendable en este caso es dejar la responsabilidad en un comité de expertos que englobe diferentes conocimientos y puntos de vista.

Además de los planes de recuperación, los sistemas sanitarios pueden apostar por la implementación de nuevos modelos de gestión clínica, centrados en la mejora de los resultados en salud de los pacientes. Ejemplo de ello es el modelo de Gestión Clínica Basada en Valor (VBHC), propuesto por el profesor Porter que tiene como pilar de este cambio la Cuádruple Meta. Sin embargo, la aplicación de este modelo debe ser analizada a largo plazo ya que a corto plazo existen limitaciones que impiden su implementación; como es el caso de España cuyo sistema sanitario es complejo y está sumergido en una gran insostenibilidad económica.

Este proyecto ha motivado la investigación de nuevos complementos a los sistemas sanitarios existentes para su remodelación. Un complemento o alternativa a la Gestión Clínica Basada en Valor pueden ser las *entidades de base asociativa (EBA)* [40]. Este modelo trata de convertir el servicio sanitario, en un servicio que sea reconocido con una personalidad jurídica propia, pudiendo ser: Sociedad Anónima, Sociedad de Responsabilidad Limitada, Sociedad Laboral o Cooperativa. El modelo EBA, fue implementado por primera vez en Vic, en el año 1993 y actualmente, existen 13 EBAs distribuidas por el territorio catalán. En este modelo, el 51 % del capital social debe pertenecer a los profesionales sanitarios que prestan el servicio y el 49 % restante, podrá recaer sobre otras personas físicas o jurídicas [40]. La EBA ha sido en España una de las innovaciones más importantes frente a la fórmulas de gestión clásicas. Diferentes estudios que se han realizado sobre las EBAs catalanas, han demostrado que no hay una gran diferencia en eficiencia o calidad respecto a otros modelos, Pero sí han demostrado una mayor satisfacción profesional y una mayor rentabilidad económica.

Más allá de la implementación de nuevos modelos, existen carencias de otra índole. Ejemplo de ello es la ausencia de los perfiles multidisciplinares en la gestión sanitaria; como ingenieros que puedan ayudar en la optimización de los procesos asistenciales y no solo en las tareas de mantenimiento. Todo esto debe estar enfocado en alcanzar los más altos niveles de excelencia en los resultados en salud de los pacientes. La evolución de este perfil, permitirá que la infraestructura y la tecnología sanitaria tengan un impacto positivo en el proceso asistencial.

Bibliografía

- [1] Pérez, J., Abellán, A., Aceituno, P. y Ramiro, D. (2020). “Indicadores estadísticos básicos”.
- [2] Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). “Los sistemas sanitarios en los países de la Unión Europea”. Disponible en https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/presentacion_es.pdf el 3 de marzo de 2021.
- [3] Comisión Europea (2020). “Plan de recuperación para Europa”.
- [4] Porter, M. (2010). “What Is Value in Health Care?”. *New England Journal of Medicine*. Disponible en <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp1011024> el 26 de marzo de 2021.
- [5] Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). Portal Estadístico del SNS - Estadísticas y Estudios. Disponible en <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm> el 7 de abril de 2021.
- [6] García, S. (2018). “Evolución y crecimiento del gasto sanitario en España”. Trabajo Fin de Grado.
- [7] ABC Sociedad. España es el país más saludable del mundo, según Bloomberg, 2020.
- [8] Agencia Tributaria (2019). “Informes anuales de Recaudación Tributaria - Agencia Tributaria”. Disponible en <https://www.agenciatributaria.es/AEAT.internet/datosabiertos> el 7 de abril de 2021.
- [9] Ministerio de Sanidad (2018). “Gasto Sanitario Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018”. Disponible en <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/>

- estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2018/Cap. 6_GastoSanitario.pdf el 3 de abril de 2021.
- [10] Instituto Nacional de Estadística (INE) (2020). “Estimación de defunciones semanales”. Disponible en <https://www.ine.es/experimental/defunciones> el 10 de marzo de 2021.
- [11] Instituto Nacional de Estadística (INE) (2020). “Tasas de paro por distintos grupos de edad, sexo y comunidad autónoma”. Disponible en <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=4247> el 10 de marzo de 2021.
- [12] Comité Europeo de las Regiones (2020). “Barómetro Regional y Local Anual de la UE. Calcular el coste de la pandemia de COVID en las regiones, ciudades y pueblos de la UE.”.
- [13] Banco Mundial (2019). ‘Camas hospitalarias (por cada 1.000 personas)’”. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.BEDS.ZS> el 10 de marzo de 2021.
- [14] World Health Organization. “WHO | Governance”. Disponible en <https://www.who.int/healthsystems/topics/stewardship/en/> el 10 de marzo de 2021.
- [15] Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) (2017). “Tackling Wasteful Spending on Health. Highlights”.
- [16] Cacho, J. (2015). “La triple meta de la sanidad”. *People in the eSalud*. Disponible en <https://jmcacho.wordpress.com/2015/03/03/la-triple-meta-de-la-sanidad/> el 4 de abril de 2021.
- [17] Institute for Healthcare Improvement (2021). “The IHI Triple Aim”. Disponible en <http://www.ihl.org:80/Engage/Initiatives/TripleAim> el 12 de marzo de 2021.
- [18] ActuarCOVID (2021). “La mortalidad por COVID-19 refleja la gestión de la pandemia en las 17 comunidades autónomas en sus primeros 12 meses”. Disponible en <https://actuarcovid.files.wordpress.com> el 3 de marzo de 2021.
- [19] González, B. y Vallejo-Torres, L. (2021). “The costs of COVID-19 and the cost-effectiveness of testing”. *Applied Economic Analysis*. Disponible en <https://doi.org/10.1108/AEA-11-2020-0162> el 20 de abril de 2021.

- [20] Abasolo, I. (2020). “La COVID-19 y la sanidad canaria”. Disponible en <https://accedacris.ulpgc.es/handle/10553/75211> el 26 de abril de 2021.
- [21] Osakidetza, Departamento de Salud (2016). “Coste efectivo de los servicios de salud”. Disponible en <https://www.osakidetza.euskadi.eus/transparencia-buen-gobierno/> el 26 de abril de 2020.
- [22] Vallejo-Torres, L. (2018). “Estimating a cost-effectiveness threshold for the Spanish NHS”. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hec.3633> el 26 de abril de 2021.
- [23] Vallejo-Torres, L., García-Lorenzo, B., Rivero-Arias, O. y Pinto-Prades, J. (2020). “The societal monetary value of a QALY associated with EQ-5D-3L health gains”. *The European Journal of Health Economics*. Disponible en <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01140-4> el 6 de mayo de 2021.
- [24] Draguet, V. (2020). “EU4Health 2021-2027 – a vision for a healthier European Union”. *Salud pública - European Commission*. Disponible en https://ec.europa.eu/health/funding/eu4health_en en el 25 de marzo de 2021.
- [25] European Commission (2015). “Digital Public Services”. *Shaping Europe’s digital future*. Disponible en <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/digital-public-services> el 26 de abril de 2021.
- [26] European Commission (2020). “COUNCIL RECOMMENDATION on the 2020 National Reform Programme of Spain and deliverin a Council opinion on the 2020 Stability Proframme of Spain”. Disponible en https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2020-european-semester-csr-comm-recommendation-spain_en.pdf el 10 de abril de 2021.
- [27] Sociedad Española de Medicina Interna (2016). “VIII Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico”. Disponible en https://www.semfyces/wp-content/uploads/2016/10/Ndp8cronicos_30_03.pdf el 15 de abril de 2021.
- [28] López-Mejía, M. (2018). “Informe de salarios médicos en España”. *Medscape*. Disponible en <https://espanol.medscape.com/diapositivas/59000086> el 21 de abril de 2021.

- [29] Rodríguez, M. (2021). “Estadística de Gasto Sanitario Público”. Disponible en <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf> el 15 de abril de 2021.
- [30] van der Werf, L. (2020). “Cuádruple meta: Origen, objetivos y rol del integrador”. *Neuroeconomix*. Disponible en <http://www.neuroeconomix.com/cuadruple-meta-origen-objetivos-y-rol-del-integrador/> el 2 de mayo de 2021.
- [31] Barrubés, J. et al. (2019). “VALUE-BASED HEALTHCARE De la teoría a la acción”.
- [32] Mossavar-Rahmani Center. “Mossavar-Rahmani Center for Business and Government”. Disponible en <https://www.hks.harvard.edu/centers/mrcbg> el 2 de mayo de 2021.
- [33] Porter, M., y Lee, T. (2013), “The Strategy That Will Fix Health Care”. *Harvard Business Review*. Disponible en <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care> el 5 de febrero de 2021.
- [34] Porter, M. (2007). “Redefining Competition in Health Care”.
- [35] Gómez-Rivadeneira, A., Escobar, A. y Caicedo, C. (2017). “Hacia la atención en salud basada en el valor: revisión de la literatura”.
- [36] Centro Médico ABC (2020). “Secuelas por COVID-19”. Disponible en <https://centromedicoabc.com/coronavirus/> el 5 de mayo de 2021.
- [37] Economía y Salud Fundación (2020). “106 Medidas que mejoran el sector de la salud en España tras la pandemia de COVID-19”.
- [38] National Health System of Wales (2021). “Value-Based Health Care in a time of COVID - Value in Health”. Disponible en <https://vbhc.nhs.wales/products/case-studies1/value-based-health-care-in-a-time-of-covid/> el 6 de mayo de 2021.
- [39] Savli, R. (2019). “In a world of finite resources, we cannot afford an inefficient use of health spending”.
- [40] Martín, J., Puerto, M. y Cabases, J. (2016). “La empresa pública en la Sanidad. Prestación de Sanidad Pública por Hospitales y Ambulatorios privados”.