

LOS PROFESIONALES SANITARIOS
FRENTE A LA

C VID-19

LA REFORMA NECESARIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



IMAS

Instituto para la Mejora
de la Asistencia Sanitaria



Los sanitarios frente a la COVID-19

La reforma necesaria del Sistema Nacional de Salud

Director del estudio: Francisco Javier Elola Somoza. Director de la Fundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS).

Grupo de Trabajo / Autores*:

- Marian Cristina Bas Villalobos. Ingeniera Industrial. Gerente del Instituto Cardiovascular del Hospital Clínico Universitario San Carlos (Madrid).
- José Luis Bernal Sobrino. Economista. Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid). Fundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS).
- Héctor Bueno Zamora. Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid). Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC). Vicepresidente de la Sociedad Española de Cardiología.
- Juana Carretero Gómez. Hospital de Zafra (Badajoz). Vicepresidenta Segunda de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).
- Ángel Cequier Fillat. Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona). Presidente de la Sociedad Española de Cardiología (SEC).
- Jesús Díez Manglano. Hospital Royo Villanova (Zaragoza). Vicepresidente Primero de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).
- Francisco Javier Elola Somoza. Médico. Director del Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS).
- Cristina Fernández Pérez. Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña). Fundación Instituto para la Mejora Asistencia (IMAS).
- Javier García Alegría. Director de Área de Medicina Interna. Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol. Marbella (Málaga).
- Ricardo Gómez Huelgas. Hospital Regional Universitario de Málaga. Presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).
- María Teresa Herranz Martín. Medicina Interna. Hospital General Universitario "J.M. Morales Meseguer". Profesora Asociada Universidad de Murcia.
- Andrés Íñiguez Romo. Cardiólogo. Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro (Vigo, Pontevedra).
- María Cruz Martín Delgado. Ex Presidenta de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y Presidenta Electa de la de la Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva.



- Marta Pérez de Heredia Torres. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos. Presidenta de la Sociedad Científica de Terapia Ocupacional.
- Julián Pérez Villacastín. Director del Instituto Cardiovascular del Hospital Clínico Universitario San Carlos (Madrid). Presidente Electo de la Sociedad Española de Cardiología.
- Ignacio Riesgo. Médico. Consultor.
- Salvador Tranche Iparraguirre. Centro de Salud El Cristo (Oviedo). Presidente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC).
- Ignacio Vallejo Maroto. Hospital San Juan de Díos del Aljarafe (Sevilla). Coordinador del Grupo de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).
- María Teresa Vidán Astiz. Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid). Vicesecretaria de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
- Carlos Macaya Miguel. Hospital Universitario Clínico San Carlos (Madrid). Presidente de la Fundación Española del Corazón. Presidente de la Fundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS).

Colaboró en el diseño del cuestionario: Asunción Prieto Orzanco. Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud de General Ricardos (Madrid).

Revisión de textos y dirección gráfica: Beatriz Elola Ruiz de la Sierra. Directora de Comunicación de la Fundación Instituto para la Mejora Asistencia (IMAS).

Colaboró en la revisión del texto final: Clara Simón. Periodista

Maquetación y diseño gráfico: Creaciones Gráficas.

Fundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria

c/ Pintor Rosales 18, 1º Izqda.

28008, Madrid

www.imasfundacion.es

ISBN: 978-84-09-21651-2

* Dado el número y diversidad de los profesionales que han contribuido a este informe, probablemente no todos los participantes se sientan identificados en la literalidad del análisis y propuestas recogidas en su edición final. Asimismo, la participación de los autores de este informe no compromete la posición de las sociedades científicas, centros asistenciales y universidades en donde desempeñan su labor.



Presentación



La Fundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS) mantiene, desde su nacimiento en 2013, una línea de colaboración con las sociedades científico-médicas con el fin último de aumentar la calidad y mejorar la eficiencia de la asistencia sanitaria en España. Desde la fecha de su creación hasta la actualidad, la Fundación IMAS ha desarrollado su labor en diferentes ámbitos: investigación (especialmente en resultados en salud), formación y gestión clínica.

Uno de los principales aspectos en los que ha trabajado la Fundación IMAS ha sido el de generar un debate sobre la necesaria reforma del Sistema Nacional de Salud desde la perspectiva profesional. Para ello, la Fundación IMAS y la Federación de Asociaciones Científico-Médicas (FACME) publicaron en 2015 el Manifiesto “Los Retos del Sistema Nacional de Salud en la próxima legislatura” donde se proponen un conjunto de reformas para adaptarlo a las necesidades de la población actual. El texto fue revisado y actualizado en 2019, periodo también electoral, para presentárselo a los diferentes partidos políticos. Además, con la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), IMAS ha desarrollado el proyecto del “Hospital del Futuro” en el que se propone una atención centrada en las necesidades del paciente a lo largo de su proceso, priorizando la asistencia ambulatoria y comunitaria. Estas iniciativas, enfocadas a reflexionar sobre el futuro del Sistema Nacional de Salud, han sido presentadas en las Jornadas IMAS-FACME de Gestión Clínica celebradas a lo largo de estos años.

La pandemia de la COVID-19 ha sido una prueba de estrés para el sistema sanitario español, desvelando importantes problemas en la estructura y funcionamiento de nuestro sistema sanitario sobre los que hemos estado advirtiendo desde la Fundación IMAS y las sociedades científico-médicas. Sin embargo, la complacencia de las autoridades proclamando que nuestro sistema sanitario era “el mejor del mundo” ha silenciado todas las críticas. Hoy, el esfuerzo, sufrimiento y compromiso de la sociedad española -especialmente, de los profesio-





nales y trabajadores de la sanidad-, exigen, más que nunca, reflexiones rigurosas sobre el funcionamiento del sistema sanitario, tanto en relación con la salud pública como de los servicios asistenciales.

El presidente del gobierno anunció, el día 18 de marzo de 2020 en el Congreso de los Diputados, la elaboración de un “libro blanco” sobre el sistema sanitario una vez que se haya superado la crisis actual. Sin embargo, es posible que, como ha sucedido en otras crisis, volvamos a las mismas concepciones, instituciones y formas de actuar de antes sin que hayamos extraído experiencia alguna de una situación tan dramática como ésta. También es posible que, en este debate, se prescinda de la participación de los profesionales, cuyo punto de vista debería ser fundamental.

Por todo ello, la Fundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS), con la colaboración de diversas sociedades científicas y entidades profesionales, lanzó una encuesta con el objetivo de recoger las experiencias, evaluaciones y propuestas de los profesionales sanitarios ante la crisis de la COVID-19. En poco más de un mes hemos obtenido un total de 2.495 respuestas. La extraordinaria participación es una muestra más del compromiso de los profesionales sanitarios y nos anima en nuestra labor de hacer propuestas desde la perspectiva profesional. Este informe es el resultado de este trabajo.

Esperamos que este documento contribuya, por una parte, a dar a conocer la opinión y propuestas de los profesionales sanitarios en relación con la organización y gestión del Sistema Nacional de Salud y su respuesta a la crisis provocada por la COVID-19, así como a hacer una aportación de valor al debate sobre la reforma necesaria del sistema sanitario español.

Queremos agradecer su participación a los profesionales sanitarios que han respondido la encuesta, mostrando también de esta forma su dedicación con el sistema sanitario, contribuyendo a mejorarlo aportando su experiencia y opinión. Este compromiso es aún más destacable cuando estos profesionales han estado sometidos en el curso de esta crisis a un importante aumento de la carga de trabajo y tensión emocional.

Asimismo, queremos dar las gracias a las sociedades científico-médicas y entidades profesionales que han contribuido a difundir la encuesta, cuya implicación ha sido fundamental para lograr una participación tan alta: Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI); Colegio de Enfermería de Madrid; Sociedad Espa-





ñola de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC); Sociedad Española de Cardiología (SEC); Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC); Sociedad Científica de Terapia Ocupacional (SOCINTO); Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica (NEUMOMADRID); Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG); y Asociación Española de Técnicos en Radiología, Medicina Nuclear y Radioterapia (AETR).

Por último, agradecer a los miembros del patronato de la Fundación IMAS, que han colaborado en el diseño inicial de esta encuesta, aportando sus valiosos comentarios.

Carlos Macaya

Presidente de la Fundación IMAS.





Índice

RESUMEN EJECUTIVO	11
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	15
I.1. Aprender de la experiencia	19
CAPÍTULO II. MATERIAL Y MÉTODOS	22
II.1. Encuesta	22
II.2. Análisis estadístico	24
II.3. Análisis cualitativo	25
CAPÍTULO III. RESULTADOS DE LA ENCUESTA	27
III.1. Número de respuestas y perfil de los participantes	27
III.2. Preparación contra la pandemia y protección del personal sanitario	29
III.3. Identificación y manejo asistencial de los pacientes	31
III.4. Incidencia en la organización y gestión de la asistencia sanitaria	33
III.5. Valoración sobre el funcionamiento de los distintos niveles asistenciales / de responsabilidad	33
III.6. Análisis de las diferencias entre Comunidades Autónomas	37
III.7. Análisis de las diferencias entre grupos profesionales	48
III.8. Análisis de las respuestas a las preguntas abiertas	52
III.9. Limitaciones del estudio	65
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN	67
IV.1. Preparación contra la pandemia y protección del personal sanitario	67
IV.2. Identificación y manejo asistencial de los pacientes: enfoque hospitalario, en lugar de comunitario	72
IV.3. Incidencia en la organización y gestión de la asistencia sanitaria. ¿La llegada del hospital del futuro?	76
IV.4. Funcionamiento de los distintos niveles asistenciales / de responsabilidad. La necesidad de reformar el gobierno del Sistema Nacional de Salud	80



IV.5. La distinta percepción de la crisis entre grupos profesionales	84
IV.6. Propuestas para mejorar la organización y gestión del Sistema Nacional de Salud.	86
IV.7. Propuestas para adaptar la asistencia sanitaria a las demandas inmediatas y a medio plazo. Las “cuatro olas” post-COVID-19.	88
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES DE LA ENCUESTA.	96
V.1. Preparación y respuesta del sistema en el futuro inmediato post-COVID-19	98
VI. EPÍLOGO. APUNTES PARA UNA REFORMA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	101
VI.1. El enfoque de las propuestas	102
VI.2. El dedo y la luna. La reorientación del sistema sanitario hacia la salud	108
VI.3. El gobierno del Sistema Nacional de Salud. La participación de profesionales y ciudadanos	111
VI.4. El cambio de modelo asistencial	118
VI.5. Sistema de información. Telemedicina. Digitalización	122
ANEXOS	127
Anexo I. Formulario de la Encuesta “Y después del COVID-19... ¿qué?”	127
Anexo II. Resultados de la encuesta	131
TABLAS	
Tabla III.1. Composición por profesión/especialidad	27
Tabla III.2. Distribución de respuestas por Comunidades Autónomas y profesiones	28
Tabla III.3. Distribución de respuestas por edad y sexo	29
Tabla III.4. Valoración promedio, por lugar de trabajo, de la política de compras, eficacia del servicio/centro de salud y dirección del hospital/área de salud	33
Tabla III.7. Diferencias, por grupos profesionales, en relación con el % de expuestos directamente y % de afectados	48
Tabla III.8. Diferencias en la percepción por grupos profesionales	49
Tabla III.9. Diferencias, asociadas con la exposición a la COVID-19, en relación con la valoración de la eficacia de las medidas adoptadas en los distintos niveles de gestión	49
Tabla III.10. Diferencias, por grupos profesionales, en relación con la valoración de la eficacia de las medidas adoptadas en los distintos niveles de gestión	50
Tabla III.10.1. Diferencias entre médicos y enfermeras de la Comunidad de Madrid o del resto en relación con la valoración de la eficacia de las medidas adoptadas en la Consejería de Sanidad y Ministerio de Sanidad	51



Tabla III.11. Grado de acuerdo / desacuerdo de los informadores clave con que las propuestas extraídas del análisis cualitativo de la encuesta respondían al sentir generalizado del colectivo profesional	61
Tabla III.12. Grado de acuerdo / desacuerdo de los informadores clave con las propuestas extraídas del análisis cualitativo de la encuesta	63

FIGURAS

Figura I.1. Tasa de mortalidad por COVID-19 por 100.000 habitantes. Comparación España con otros países occidentales	15
Figura I.2. Exceso de mortalidad durante la pandemia. España	17
Figura I.3. Tuit del Ministerio de Sanidad del 20.02.19. “España país con la mejor sanidad del mundo”	18
Figura II.1. Período de la encuesta y número de casos diarios	23
Figura III.1. Valoración de la política de compras	34
Figura III.2. Valoración respuesta del servicio / centro de atención primaria	34
Figura III.3. Valoración respuesta del hospital / gerencia Área	34
Figura III.4. Valoración respuesta de la Consejería / Servicio de Salud	35
Figura III.5. Correlación entre valoración promedio y consideración de retraso en actuar de las Consejerías de Salud/Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas	36
Figura III.6. Correlación entre las valoraciones promedio de Ministerio de Sanidad y de las Comunidades Autónomas	37
Figura III.7. Diferencias en la valoración de la política de adquisición de material entre Comunidades Autónomas	38
Figura III.8. Valoración promedio de la política de adquisición de material a lo largo del período de estudio	39
Figura III.9. Diferencias entre Comunidades Autónomas en la valoración del servicio hospitalario / dirección del centro de salud	40
Figura III.10. Valoración promedio del servicio hospitalario / dirección del centro de salud a lo largo del período de estudio	41
Figura III.11. Diferencias entre Comunidades Autónomas en la valoración de la dirección del hospital / gerencia del área de salud	42
Figura III.12. Valoración promedio de la dirección del hospital / gerencia del área de salud a lo largo del período de estudio	43
Figura III.13. Diferencias entre Comunidades Autónomas en la valoración de la Consejería de Salud / Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma	44
Figura III.14. Valoración promedio de la Consejería de Salud / Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma a lo largo del período de estudio	45
Figura III.15. Diferencias entre Comunidades Autónomas en la valoración del Ministerio de Sanidad	46



Figura III.16. Valoración promedio de la valoración del Ministerio de Sanidad a lo largo del período de estudio	47
Figura III.17. Nube de palabras para la respuesta 25. Qué es lo que funcionó bien	52
Figura III.18. Nube de palabras para la respuesta 26. Qué es lo que funcionó mal	54
Figura III.19. Nube de palabras para la respuesta 27. Propuestas para mejorar la organización y gestión del Sistema Nacional de Salud	56
Figura III.20. Nube de palabras para la respuesta 28. Propuestas para el plan de asistencia post-COVID-19	58
Figura IV.1. Evolución de casos hospitalizados y en unidades de cuidados intensivos	78
Figura IV.2. Valoración por colectivo profesional y nivel de gestión en la Comunidad de Madrid	85
Figura IV. 3. Evolución de la carga asistencial derivada de la crisis del COVID-19	88
Figura V.1. Porcentaje de gasto sanitario público sobre el PIB y PIB per cápita. Varios países de la Unión Europea	105
Figura V.2. Porcentaje de gasto sanitario público sobre el PIB y sobre el gasto sanitario total. Varios países de la Unión Europea	105



Resumen ejecutivo

¿Qué se conocía, en relación con lo que este informe recoge?

- Se suponía que el sistema sanitario español era “el mejor” o uno de los mejores del mundo.
- La pandemia de la COVID-19 ha sido una prueba de estrés para el sistema sanitario español, poniendo de relieve algunos problemas estructurales, organizativos y de gestión.
- Numerosos analistas habían reclamado la necesidad de reformas del Sistema Nacional de Salud, que se han hecho más evidentes en esta crisis sanitaria.
- Es necesario que los profesionales sanitarios sean oídos y participen en el diseño de las reformas precisas.

¿Cuáles son los hallazgos más relevantes de la encuesta realizada por la Fundación IMAS?

- Su excelente acogida: cerca de 2.500 profesionales sanitarios han contestado a la misma, el 71% de ellos son médicos (unos 1.800 profesionales).
- Tasa de contagio por COVID-19 entre los profesionales sanitarios: 16,4% (21% entre aquellos en contacto permanente con pacientes de COVID-19 y 26% entre las enfermeras).
- La valoración de la eficacia de la organización en la capacidad de respuesta a la crisis provocada por la pandemia era mejor cuanto más próxima estaba ésta al puesto de trabajo de los encuestados: la mejor para el servicio/equipo de atención primaria, después la dirección del hospital y por último la Comunidad Autónoma y el Ministerio de Sanidad.
- Existen importantes variaciones entre Comunidades Autónomas en la valoración de los profesionales de la respuesta de su Comunidad Autónoma y del Ministerio de Sanidad. Estas diferencias en las valoraciones no parecen estar asociadas a la distinta carga asistencial atendida en cada Comunidad Autónoma.
- En opinión de los que contestaron a la encuesta, lo que mejor ha funcionado como respuesta a la crisis ha sido la actuación de los profesionales sanitarios, así como la capacidad para autoorganizarse, el trabajo en equipos multidisciplinares y la teleasistencia. También consideraban que habían sido eficaces las medidas de confinamiento establecidas en el Estado de Alarma.





- La actuación de los “políticos”, así como la de los gestores, se ha considerado que ha funcionado mal. Otros aspectos mal valorados han sido la falta de recursos (equipos de protección, test y ventiladores), la falta de control sanitario de las residencias asistidas y los sistemas de vigilancia epidemiológica.
- Las propuestas en relación con la asistencia post-COVID han sido:
 - Realización de test, medidas de aislamiento, seguimiento de los contactos y educación de la población.
 - Dotación de recursos para atender las sucesivas “olas” de demanda asistencial post-COVID-19.
 - Organizar los centros sanitarios para adaptarse a nuevas crisis y para el manejo de los pacientes con COVID-19 y sus secuelas.
 - Potenciar la teleasistencia y mejorar los sistemas de información.
 - Potenciar la investigación sobre tratamientos y vacunas.
- Las propuestas de los profesionales sanitarios para mejorar la organización y gestión del Sistema Nacional de Salud han sido las siguientes:
 - Transferencia de responsabilidad organizativa y de gestión a los profesionales.
 - Profesionalizar la gestión.
 - Mejorar la coordinación del Sistema Nacional de Salud.
 - Mejorar la coordinación entre atención primaria y hospital.
 - Potenciar el uso de la telemedicina.

¿Qué aporta este informe?

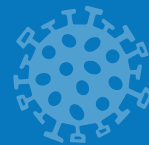
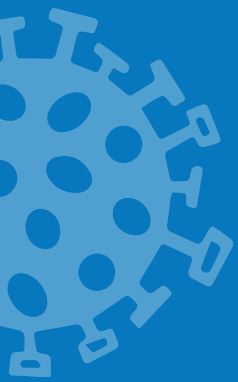
- Recoge y analiza sistemáticamente la opinión y propuestas de 2.500 profesionales sanitarios.
- En base al análisis anterior, desarrolla propuestas concretas de reforma del Sistema Nacional de Salud:
 - Incorporar unos principios generales de buen gobierno para todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud:
 - Garantizar que todos los agentes interesados, incluyendo a los profesionales sanitarios y a los ciudadanos/pacientes, participan efectivamente en el gobierno del Sistema.
 - Basar la toma de decisiones de política sanitaria en la evidencia científica.
 - Medir sistemáticamente los resultados (especialmente en salud); hacer que el sistema sea transparente; y rendir cuentas de sus resultados (evaluar).
 - Profesionalizar la gestión mediante sistemas de selección y evaluación transparentes, basados en las competencias profesionales y en el cumplimiento de los objetivos establecidos.





- Crear “agencias” dotadas de autonomía de gestión, órgano de gobierno participativo, objetivos específicos y una financiación determinada vinculados a contratos-programa, con evaluación externa de su desempeño y de su gestión financiera (auditorías). Las “agencias” con funciones de contenido científico deberán dotarse de un Comité Científico con reconocida solvencia de sus integrantes.
- Desarrollar Agencias del Sistema Nacional de Salud para gestionar los servicios comunes del sistema.
- Desarrollar Agencias Regionales de Salud, con un ámbito poblacional de alrededor de 1 millón de habitantes, que integren las redes de servicios sanitarios y sociosanitarios orientadas a desarrollar políticas de salud poblacional y a mejorar los resultados en salud haciendo un uso eficiente de los recursos disponibles.
- Dotar a los hospitales o redes hospitalarias de personalidad jurídica propia, con los mismos principios generales y estructuras de gobierno que las agencias.
- Transferir capacidad organizativa y de gestión a los equipos multidisciplinarios.
- Incorporar el enfoque de salud comunitaria a la atención primaria, para lo que la enfermería debe tener un papel relevante.
- Responsabilizar al paciente de la gestión de su enfermedad e incorporar la toma de decisiones compartidas a la práctica asistencial.
- Modificar el modelo asistencial, organizando la asistencia en función de grupos de pacientes con necesidades similares y desarrollando equipos multidisciplinarios que garanticen la continuidad asistencial.
- Proponer la elaboración e implantación de un plan de digitalización y sistema de información del Sistema Nacional de Salud en el que participen todos los agentes interesados y la utilización conjunta de todos los recursos disponibles.
- Proponer una estrategia nacional para proteger la salud de los profesionales sanitarios.





Capítulo I

Introducción



Capítulo I. Introducción

La crisis de la COVID-19 está poniendo de manifiesto tanto fortalezas y debilidades identificadas previamente en nuestro sistema¹, como otras que probablemente no eran tan evidentes. Los datos disponibles de morbi-mortalidad por la COVID-19 no engañan y señalan que España, como nación, está entre

aquellos países occidentales desarrollados que peores resultados han tenido enfrentándose a esta crisis. La página web de la Johns Hopkins University² muestra que España, con 58 muertes por 100.000 habitantes, ocupa el tercer lugar en la tasa de mortalidad por causa del coronavirus (figura I.1).

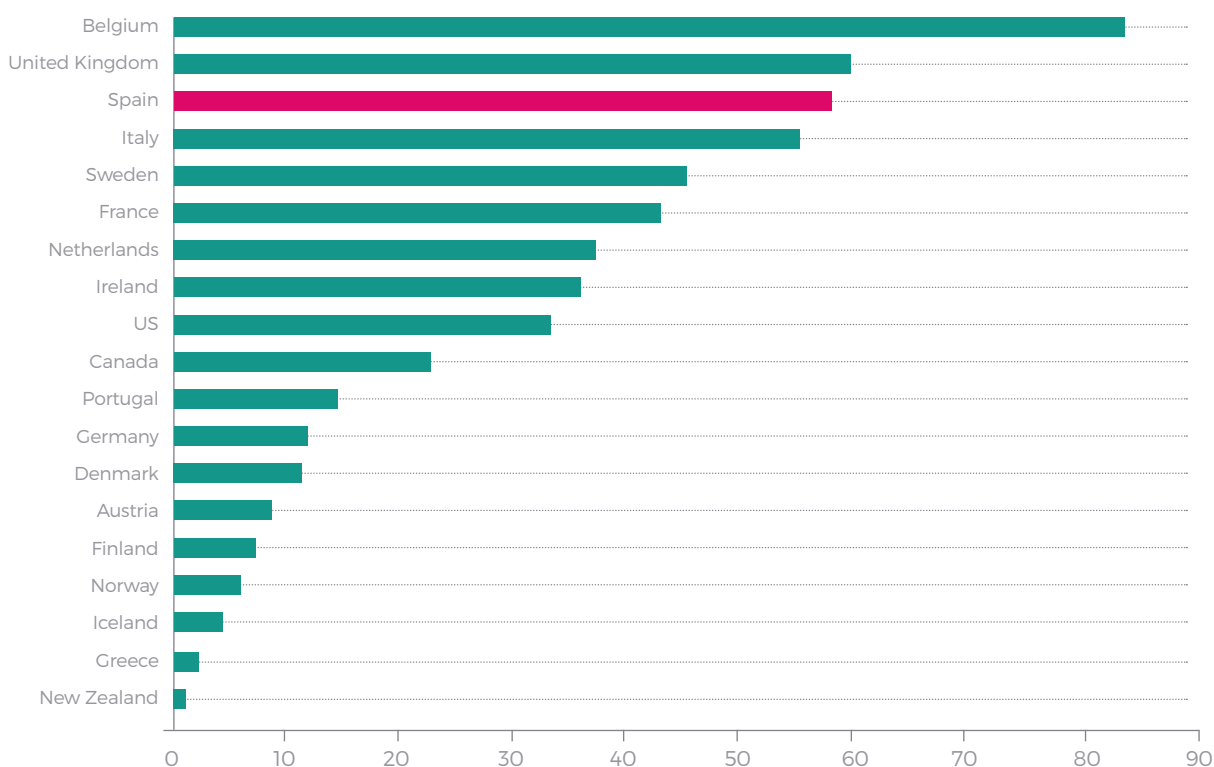


Figura I.1. Tasa de mortalidad por COVID-19 por 100.000 habitantes. Comparación España con otros países occidentales

FUENTE: Johns Hopkins University Coronavirus Resource Center.
Consultado el 05.06.20.



La tasa bruta de mortalidad por coronavirus entre los pacientes con COVID-19 (casos confirmados) se sitúa también entre las más elevadas (11,3%), más del doble que la de Alemania (4,7%). La lectura de ambos indicadores se debe hacer tomando en consideración las variables e incertidumbres relativas a otros factores que influyen en las comparaciones entre países como son: la estructura poblacional (envejecida en nuestro país), las costumbres sociales, los aspectos medioambientales, las diferencias entre países en el cómputo de afectados y fallecidos, el inicio cierto de los contagios y vías de transmisión^{3,4}, y otros factores que por el momento no son conocidos. A pesar de todas las incertidumbres existentes, ambos indicadores señalan, respectivamente, que:

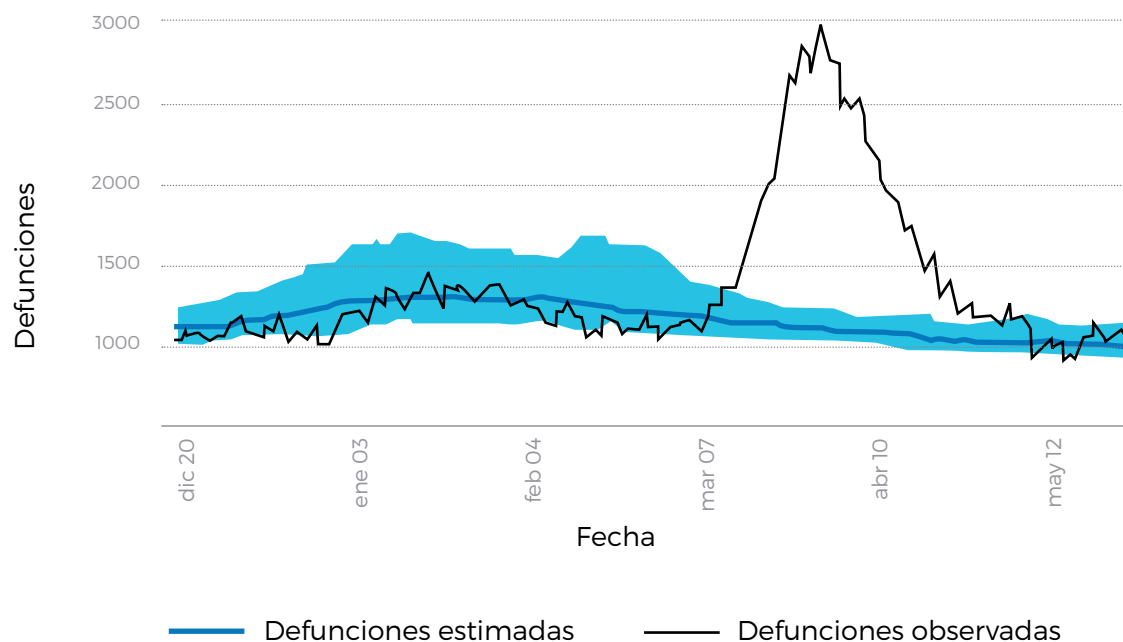
1. No hemos sabido contener eficazmente la pandemia, lo que es un indicador de fracaso de los gobiernos como señalaba inmediatamente antes de la pandemia -pero sin referirse a ella- la Editora Jefe del British Medical Journal “prevention is the role of governments, not health Systems”⁵. En un plano ligeramente diferente, la respuesta a la crisis provocada por la pandemia tiene un enfoque de salud y, a su vez, de seguridad⁶, comprometiéndolo a todas las estructuras de gobierno, no solamente a las autoridades e instituciones sanitarias.

2. La asistencia sanitaria española ha obtenido aparentemente peores resultados que otros países occidentales (se precisa una perspectiva más amplia para sacar conclusiones definitivas a este respecto). Los malos resultados asistenciales no implican necesariamente que se haya hecho un manejo asistencial inapropiado de los pacientes infectados, a pesar de que existe también una notable falta de evidencia sobre la bondad de las distintas alternativas terapéuticas utilizadas⁷.

Una importante proporción de afectados por la COVID-19 no ha accedido a todos los recursos que pudiera haber ofertado el sistema sanitario. Éste ha sido el caso de muchos pacientes institucionalizados en residencias asistidas y, posiblemente, algunas personas mayores ingresadas en hospitales por desistimiento terapéutico ante la falta de recursos (especialmente equipos de ventilación mecánica) disponibles.

Por otra parte, la saturación del sistema sanitario y posiblemente el temor de los ciudadanos a acudir a los hospitales⁸, probablemente ha producido un aumento global de la mortalidad por otras causas⁹ (Figura 1.2) como, por ejemplo, el infarto agudo de miocardio^{10,11}, el ictus¹², etc.





A. Mortalidad por todas las causas observada y esperada. Diciembre de 2019 hasta 28 de mayo de 2020. Defunciones observadas (negro) y defunciones estimadas (azul, con el intervalo de confianza al 99% (banda azul)).

Fuente: Instituto Carlos III. Informes Momo 2020. 01.06.20.

B. Estimación del número de defunciones semanales durante el brote de Covid-19 (EDeS). Comunidades autónomas. Variación anual del acumulado en lo que va del año, 2020SM21.

Fuente: INE



Figura I.2. Exceso de mortalidad durante la pandemia. España

La Fundación IMAS y las sociedades científico-médicas han advertido desde hace tiempo de los problemas de nuestro sistema sanitario y la necesidad de su reforma, que considerábamos impostergable mucho antes de la crisis de la COVID-19¹³ en contra de la corriente mayoritaria, integrada por políticos, medios y expertos, que proclamaban que nuestro sistema sanitario era “el mejor

del mundo”. Ciertamente, en la indicación de la necesidad de introducir reformas en nuestro sistema sanitario no hemos estado solos, pues numerosas entidades y publicaciones han señalado su necesidad^{14,15,16,17,18,19,20,21}, pero probablemente la autocomplacencia (Figura I.3 y Box 1) ha sido un freno para abordar un debate riguroso sobre las reformas del sistema sanitario español²².

Box I.1. Declaraciones de Dolors Montserrat. Ministra de Sanidad (24.10.17)

Desde el principio dijimos que uno de los valores de este Ministerio era el diálogo..., y del Sistema Nacional de Salud, uno de los mejores del mundo...

(<https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPresnsa.do?id=4232>)



Figura I.3. Tuit del Ministerio de Sanidad del 20.02.19. “España país con la mejor sanidad del mundo”

I.1. APRENDER DE LA EXPERIENCIA

La pandemia ha tenido un alto coste humano en España: más de 245 mil contagiados y de 28.000 fallecidos, 3 meses de confinamiento y millones de empleos perdidos. Los profesionales y trabajadores de la Sanidad han sido especialmente perjudicados con una altísima tasa de contagios y decesos (40.921 contagiados -24% sobre la población total de infectados-; 53 fallecidos a 21 de mayo de 2020²³; además de la sobrecarga emocional y

de trabajo realizado en precarias condiciones). Estos hechos exigen una reflexión rigurosa sobre aquellos elementos de nuestro sistema sanitario (recursos, instituciones, sistemas de gestión, modelo asistencial, etc.) que, si hubieran sido más adecuados, pudieran haber salvado más vidas y evitado sufrimiento. No deberíamos salir de esta crisis sin haber obtenido las lecciones precisas para mejorar nuestra sanidad.

El debate sobre la reforma de la Sanidad, tan necesario para el Sistema Nacional de Salud y para el futuro de nuestro país, necesita obligatoriamente contar con la participación de sus dos auténticos protagonistas: los profesionales sanitarios y los pacientes.

Para hacer un análisis de la respuesta organizativa y de gestión de nuestro sistema sanitario público desde la perspectiva de los profesionales sanitarios, la Fundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS) ha lanzado una encuesta anónima, vía online con el objeto de recoger sus experiencias, evaluaciones y propuestas sobre gestión sanitaria de la crisis del COVID-19. El cuestionario, en cuya elaboración y difusión han colaborado diversas sociedades científicas y entidades profesionales, se lanzó el 24 abril y se cerró el 31 de mayo de 2020 (38 días), obteniendo un total de 2.473 respuestas.

Paralelamente, se creó un grupo de informadores clave, integrado por los autores de este trabajo, con el objetivo tanto de recabar su experiencia como de debatir y elaborar, con las respuestas recibidas, una reflexión sobre los problemas detectados y hacer propuestas de mejora.

La intención de este estudio no es entrar en la empobrecedora dinámica de “culpabilizar” a este u otro gobierno. La distribución de las competencias sanitarias y la organización político-administrativa de nuestro país señalan responsabilidades compartidas, y el papel desarrollado por los dis-



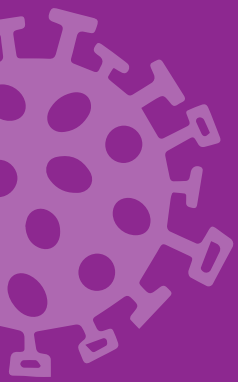
tintos agentes políticos será valorado por la ciudadanía. Por otra parte, los problemas de nuestro sistema en la crisis provocada por la pandemia son compartidos por otros numerosos países de nuestro entorno, como Francia, Italia y Reino Unido (figura 1).

El objetivo de este trabajo es contribuir al buen gobierno en sanidad, aprender de la experiencia para mejorar. Como señala Adrian Wooldrige, editor de *The Economist* “la crisis del coronavirus está demostrando la enorme importancia de un buen gobierno... Me refiero a un gobierno competente que haga el mejor uso posible de sus recursos y busque incesantemente ideas inteligentes...”²⁴. Gobierno son también las normas implícitas y explícitas que regulan la organización y el funcionamiento de las instituciones, incluyendo la participación de los agentes que las integran. “Gobernanza” ha evolucionado, como recoge la Organización Mundial de la Salud (OMS), “hacia un enfoque de todo el gobierno y de toda la sociedad. Mejorar la salud y el bienestar ya no es

sólo el papel de la sanidad pública y los Ministerios de Sanidad... todos los sectores forman parte del camino hacia el éxito de la asistencia sanitaria universal, y todas las partes interesadas, los beneficiarios, los proveedores y el Estado deben participar en su diseño, implementación y seguimiento”²⁵.

Los profesionales sanitarios son, probablemente, el capital más valioso con el que cuentan las administraciones sanitarias, tanto autonómicas como del estado, y han dado muestra, también en esta crisis, no sólo de su compromiso sino de una enorme capacidad de adaptación y generación de ideas inteligentes. Este capital ha sido tradicionalmente despilfarrado por el Sistema Nacional de Salud con una organización de la asistencia sanitaria pública jerárquica, burocrática, rígida, a menudo instrumentada por la política partidaria y alejada de una gestión basada en competencias profesionales. Es objetivo de este trabajo obtener las lecciones para no repetir los mismos errores.





Capítulo II

Material y Métodos



Capítulo II. Material y Métodos

II.1. ENCUESTA

Para hacer un análisis de la respuesta organizativa y de gestión del sistema sanitario público español desde la perspectiva de los profesionales sanitarios, la fundación IMAS elaboró una encuesta con el objeto de recoger sus experiencias, evaluaciones y propuestas sobre la respuesta del sistema sanitario a la crisis del COVID-19.

La encuesta autoadministrada constaba de 28 ítems. El formulario se elaboró con la herramienta electrónica de Google Forms. El diseño y explotación de los resultados de la encuesta siguieron los criterios establecidos por el "Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (the CHERRIES statement)"²⁶. El diseño de la encuesta fue realizado por el director del estudio y revisado y aprobado por los miembros del patronato de la Fundación IMAS. El estudio no precisó, por su naturaleza, la evaluación por un Comité de Ética.

La encuesta tuvo un carácter anónimo, no recogiendo datos personales ni de los dispositivos que pudieran identificar al informante. No quedó

rastros alguno (IP o cualquier otro) de los encuestados. La participación fue libre y no se ofrecieron incentivos de clase alguna.

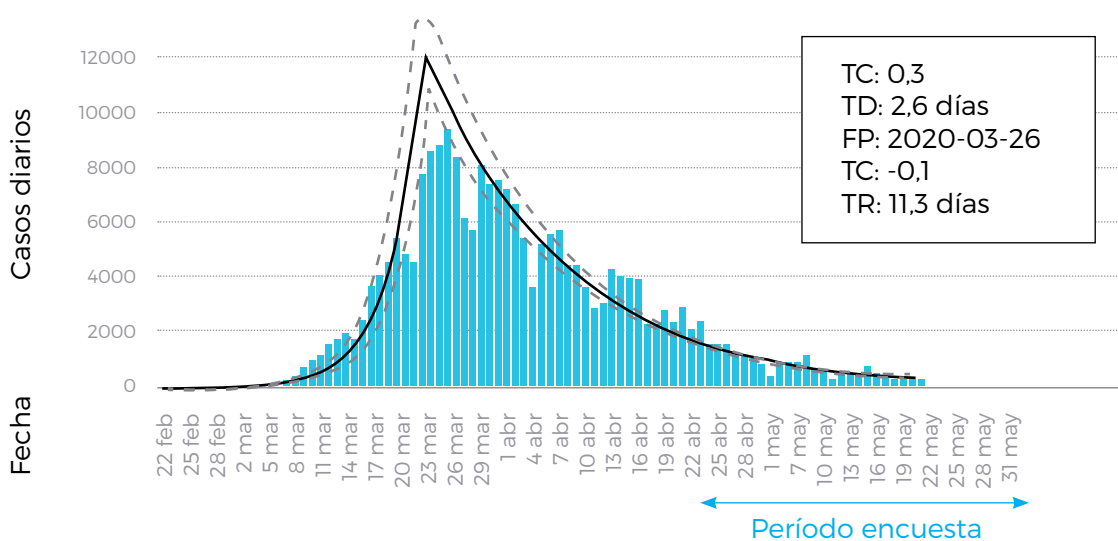
Diferentes entidades científico-profesionales contribuyeron a la difusión del cuestionario solicitando la participación a sus asociados: Asociación Española de Técnicos en Radiología, Colegio Oficial de Enfermería de Madrid, Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica, Sociedad Científica de Terapia Ocupacional, Sociedad Española de Cardiología, Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Sociedad Española de Medicina Interna y Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias.

Como medio de acceso al formulario, se enviaron invitaciones remitidas por correos electrónicos desde IMAS y desde las entidades colaboradoras, se difundió por redes sociales (Twitter y Facebook) y estuvo disponible en la página web de la Fundación IMAS todo el periodo de vigencia de



la encuesta (entre el 23 de abril y 31 de mayo de 2020). Este periodo coincide con la fase de atenuación de la crisis (Figura II.1.), un momento que parecía idóneo para no sobrecargar aún más a los profesionales en la fase aguda de

la pandemia pero teniendo la experiencia muy reciente y, por tanto, más fielmente recordada. El muestreo fue, por tanto, por oportunidad. No aplica al estudio el cálculo de tasas de respuesta a la encuesta.



TC: tasa crecimiento

TD: tasa duplicación

FP: fecha pico

TR: tasa reducción a la mitad

Estimaciones realizadas por el Instituto Carlos III con los datos agregados notificados por las CCAA al Ministerio de Sanidad.

Figura II.1. Período de la encuesta y número de casos diarios

Fuente del gráfico: Estimaciones realizadas por el Instituto Carlos III.
Consultado el 31.05.20. Curva de crecimiento de la pandemia.

En el formulario de la encuesta se utilizó una combinación de elección forzada (sí/no/no sé o selecciones de opción múltiple) y comentarios. Las preguntas forzadas eran obligatorias. Las preguntas no fueron aleatorizadas, siguiendo un orden en distintos apartados. El cuestionario (Anexo I) recopilaba datos administrativos para

caracterizar el perfil de los encuestados y analizar las respuestas por grupos profesionales o de Comunidad Autónoma, dividiendo las preguntas en las siguientes agrupaciones:

- Preparación contra la pandemia y protección del personal sanitario.
- Identificación y manejo asistencial de los pacientes.

- Incidencia en la organización y gestión de la asistencia sanitaria.
- Valoración sobre el funcionamiento de los distintos niveles asistenciales / de responsabilidad.
- Un último apartado de cuatro preguntas de respuesta libre, referidas a que destacaran aquellos aspec-

tos que habían funcionado bien o mal; realizaran propuestas, en base a esta experiencia, para mejorar la organización y gestión del Sistema Nacional de Salud; y los aspectos más relevantes en el plan de asistencia inmediata y a medio plazo post-COVID.

II.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las respuestas se trasladaron para su explotación a un libro Excel. Las variables cuantitativas se expresaron como medias $\pm$ desviación estándar (DE) y las cualitativas, como frecuencias y porcentajes. La correlación entre variables cuantitativas se analizó con el coeficiente r de Pearson y para su comparación con variables cualitativas se utilizó el test de la t de Student para 2 categorías y análisis de la varianza (ANOVA), con corrección del nivel de significación con el método de Bonferroni, para 3 o más. Las comparaciones entre variables categóricas se realizaron mediante la prueba χ^2 o el estadístico exacto de Fisher.

En el estudio agregado ecológico por Comunidades Autónomas, excluidas las ciudades de Ceuta y Melilla, se presentan los datos en gráficos de caja. Estos gráficos representan la mediana y el rango intercuartil (P25-P75) de

las distribuciones de las puntuaciones cuantitativas, representando en ellos la mediana global de la muestra total como línea vertical. Las medianas fueron comparadas con el test de la mediana y posterior contraste múltiple dos a dos corrigiendo el nivel de significación con el test de Bonferroni.

Para evaluar el cambio de las puntuaciones durante el tiempo de reclutamiento y por lo tanto la posible influencia de la situación epidemiológica de la pandemia, se estimaron modelos de regresión lineal que evalúan el cambio medio de puntuación de los encuestados por cada día del periodo de reclutamiento.

Todos los contrastes realizados fueron bilaterales y las diferencias se consideraron significativas para $p < 0,05$. Los análisis estadísticos se realizaron con STATA 13 y SPSSv21.0.



II.3. ANÁLISIS CUALITATIVO

Para el análisis de las respuestas abiertas se utilizó la metodología de la “nube de palabras” y un método Delphi abreviado²⁷. La “nube de palabras” consiste en un método de visualización de un conjunto de palabras que componen el cuerpo de un texto, en el que se muestra la frecuencia con la que aparecen las palabras en el corpus, haciendo que el tamaño de cada palabra o su color sea proporcional a su frecuencia. Para elaborar la nube de palabras se utilizó el software informático de análisis de datos cualitativo NVIVO®.

El método Delphi se realizó elaborando un primer agrupamiento de las

respuestas en categorías por el director del estudio, remitiendo las agrupaciones y su peso sobre el total de respuestas a un grupo de 22 expertos, valorando su acuerdo con cada una de las propuestas/afirmaciones mediante una escala de Lickert²⁸ (1. Totalmente en desacuerdo a 5. Totalmente de acuerdo), iterando con las respuestas recibidas en una segunda fase.

La valoración de los expertos tenía un doble objetivo: 1. Validar la agrupación y evaluación de las respuestas libres; y 2. Observar el grado de acuerdo de los expertos con las opiniones de los profesionales que respondieron a la encuesta.





Capítulo III

Resultados de la encuesta



Capítulo III. Resultados de la encuesta

III.1. NÚMERO DE RESPUESTAS Y PERFIL DE LOS PARTICIPANTES

La encuesta sobre la gestión sanitaria del COVID19 en España de la Fundación IMAS tuvo un total de 2.495 respuestas (1.473 anónimas y 22 de informadores clave). En el Anexo II se recogen los gráficos correspondientes a las respuestas cuantitativas obtenidas de Google Forms. La composición por profesión/especialidad de quienes han participado en la encuesta se muestra en la tabla III.1. El

71% de los profesionales que respondieron a la encuesta eran médicos (1.761) y el 17% enfermeras. El resto eran, en su mayoría, técnicos de radiodiagnóstico y terapeutas ocupacionales. El 70% de los profesionales que respondieron a la encuesta trabajaba en hospital y el 15% en centros de salud.

Tabla III.1. Composición por profesión/especialidad
(2.495 respuestas: encuesta anónima + informadores clave)

Profesión / especialidad	N	Especialidad*
Cardiología	298	298
Geriatría	126	126
A.Primaria / Medicina Familiar y Comunitaria	314	332
Medicina Intensiva	207	209
Medicina Interna	441	447
Neumología	158	159
Urgencias	36	
Resto	181	
Subtotal médicos	1.761	
Enfermería	422	
Terapia ocupacional	172	
Técnico especialista Radiología, Radioterapia y Medicina Nuclear	83	
Resto	57	
TOTAL	2.495	

* La diferencia entre N y la distribución por especialidad se debe a especialistas que trabajan en servicios de urgencias.



La distribución de las respuestas por Comunidades Autónomas se expone en la tabla III.2.

Tabla III.2. Distribución de respuestas por Comunidades Autónomas y profesiones

	Total		Médicos		Enfermería		Resto	
Andalucía	209	8,4%	180	10,2%	20		9	2,9%
Aragón	139	5,6%	97	5,5%	11		31	9,9%
Asturias, Principado de	41	1,6%	37	2,1%	2		2	0,6%
Baleares, Illes	49	2,0%	35	2,0%			14	4,5%
Canarias	81	3,2%	67	3,8%	4		10	3,2%
Cantabria	35	1,4%	28	1,6%	6		1	0,3%
Castilla - La Mancha	111	4,4%	92	5,2%	3		16	5,1%
Castilla y León	272	10,9%	215	12,2%	10		47	15,1%
Cataluña	240	9,6%	196	11,1%	11		33	10,6%
Comunitat Valenciana	183	7,3%	168	9,5%	8		7	2,2%
Extremadura	49	2,0%	38	2,2%	1		10	3,2%
Galicia	100	4,0%	85	4,8%	9		6	1,9%
Madrid, Comunidad de	797	31,9%	366	20,8%	327	77,5%	104	33,3%
Murcia, Región de	44	1,8%	38	2,2%	4		2	0,6%
Navarra, Comunidad Foral de	42	1,7%	38	2,2%	2		2	0,6%
País Vasco	81	3,2%	66	3,7%	4		11	3,5%
Rioja, La	16	0,6%	9	0,5%			7	2,2%
Ceuta	1	0,0%	1	0,1%				0,0%
Melilla	5	0,2%	5	0,3%				0,0%
Total general	2.495	100%	1.761	71%	422	17%	312	13%



El 63,2% de los profesionales que respondieron la encuesta eran mujeres. La distribución por grupos de edad muestra una distribución homogénea de los grupos de 35-44, 45-54 y 55-64 años (tabla III.3.).

Tabla III.3. Distribución de respuestas por edad y sexo

	Mujeres					Hombres				
Grupos de edad	< 35	35-44	45-54	55-64	≥ 65	< 35	35-44	45-54	55-64	≥ 65
N	103	205	220	312	71	414	456	408	268	16
%	4%	8%	9%	13%	3%	17%	18%	16%	11%	1%

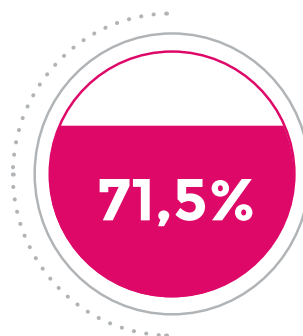
III.2. PREPARACIÓN CONTRA LA PANDEMIA Y PROTECCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO

- El 85% de los profesionales que contestaron la encuesta habían estado en contacto directo con pacientes con COVID-19 (un 56,5% de forma continua).
- El 83% desconocía si el centro de trabajo disponía de un plan de contingencia.
- El 71,5% de los profesionales contestó que no se había dispuesto de recursos suficientes (test, equipos de protección) para la protección del personal sanitario (un 20% adicional contestó que dispusieron de recursos suficientes, pero después de la segunda semana del Estado de Alarma).



Habían estado en contacto directo con pacientes con COVID-19

Desconocía si su centro disponía de un plan de contingencia



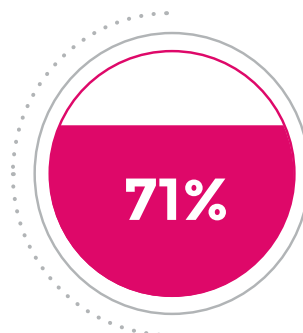
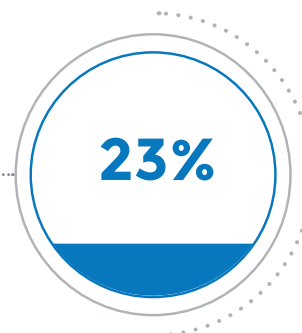
Consideraba que no se había dispuesto equipos de protección suficientes

- Un 15% de los médicos y un 14% de otras profesiones distintas a la enfermería contestaban haberse infectado, aumentando al 23% en el colectivo de enfermeras (16,4% tasa de contagio medio del total de la muestra). Si se toma únicamente a aquellos que estuvieron en contacto permanente con pacientes con COVID-19, el porcentaje de infectados se eleva al 18,6% de los médicos y al 25,8% de las enfermeras y resto de personal (20,6% tasa de contagio total).
- El 71% de los encuestados decían que en sus centros de trabajo se habían elaborado protocolos para evitar el contagio de los profesionales sanitarios, si bien en prácticamente la mitad de los casos (34,5% sobre el total) se elaboraron tras la segunda semana de la declaración del Estado de Alarma.
- El 29% de los profesionales contestó que había dispuesto, desde el inicio, de equipos de protección adecuados cuando los había necesitado, y un 35,4% adicional afirmó que esto ocurrió después de la segunda semana del Estado de Alarma.



De los médicos
contestaron
haberse infectado

De las enfermeras
contestaron haberse
infectado



Contestó que se
elaboraron protocolos
para evitar el contagio
de los profesionales

Habían dispuesto
de equipos
de protección
adecuados desde el
principio

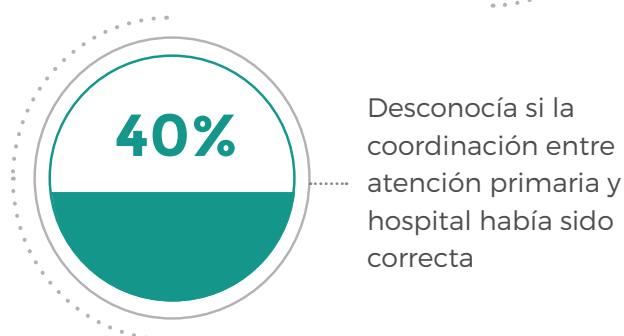
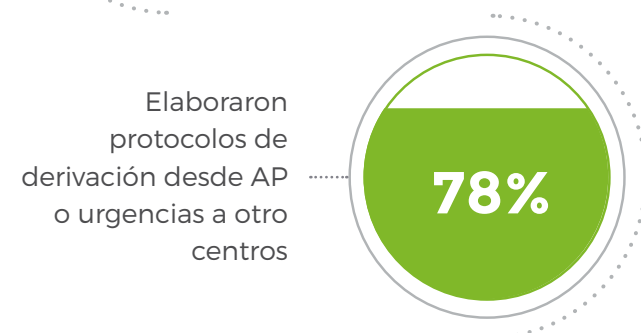
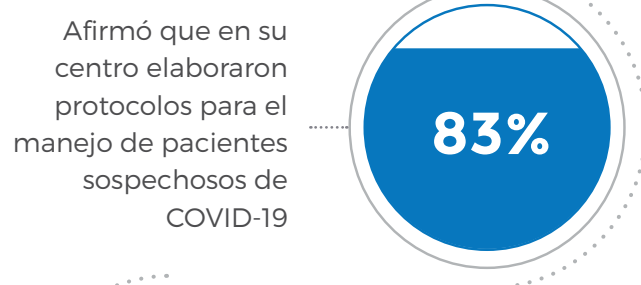
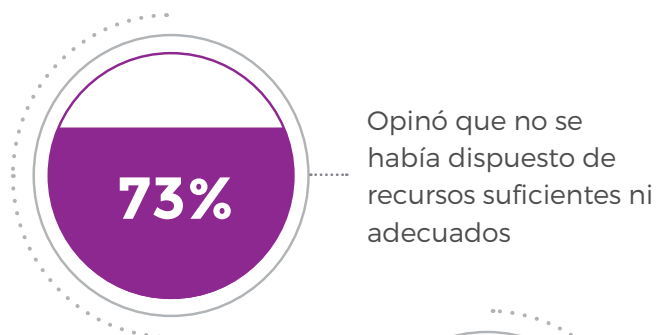


Habían dispuesto de
equipos de protección
adecuados a partir de
la segunda semana de
Estado de Alarma



III.3. IDENTIFICACIÓN Y MANEJO ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES

- El 73% de los profesionales sanitarios respondió que no se había dispuesto de recursos suficientes y adecuados para identificar a los pacientes con COVID-19.
- El 83% contestó que se habían elaborado en su centro protocolos para el manejo de los pacientes con sospecha de COVID-19 y contactos estrechos; un 33% sobre el total después de las primeras dos semanas de declaración del Estado de Alarma.
- El 76% (se eliminan las contestaciones “no sé”) contestó que se habían elaborado en su centro procesos de atención al paciente de COVID-19, con la colaboración de las distintas unidades implicadas (un 35% después de la segunda semana después de la declaración del Estado de Alarma).
- Un 78% de las respuestas (se eliminan las contestaciones “no sé”) afirmaba que se habían elaborado protocolos de derivación desde atención primaria o urgencias a otros centros. En el 61% de estas respuestas la elaboración de criterios de derivación fue posterior a las dos primeras semanas de declaración del Estado de Alarma, no incluyendo a centros privados en el 58% de las respuestas afirmativas.
- Un 40% de los profesionales que respondieron a la encuesta desconocían si la coordinación entre atención primaria y hospital había sido correcta y el 31% opinaba que sí lo



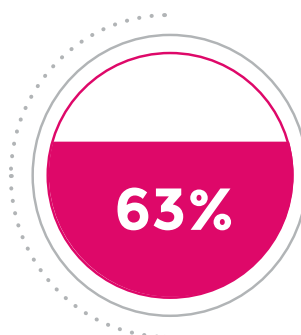
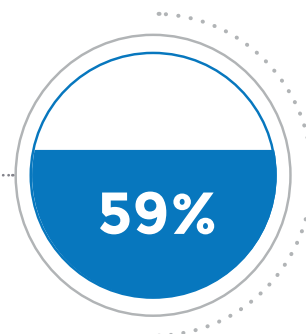
había sido. Analizando las respuestas a esta pregunta por centro de trabajo y especialidad, el 45% de los médicos internistas que trabajaban en hospital opinaba que sí había funcionado bien (un 25% lo desconocía) frente a un 59% de los médicos de atención primaria que trabajaban en un centro de salud que contestaba que había funcionado mal. El contraste de los porcentajes en las percepciones de médicos internistas (hospital) y de atención primaria (centro de salud) sobre la coordinación asistencial primaria-especializada era estadísticamente significativo ($p=0,02$).

- El 63% de las respuestas señalaban que se habían elaborado protocolos de atención a otros pacientes, distintos de COVID-19, con procesos prioritarios como el cáncer o el infarto agudo de miocardio.
- Un 57% (se eliminan las contestaciones “no sé”) de las respuestas afirmaban que se habían establecido en sus centros de trabajo criterios explícitos de limitar el esfuerzo terapéutico (no ventilación mecánica/cuidados intensivos) basados en la disponibilidad de recursos y las características del paciente (edad, comorbilidades, etc.). Un 60% desconocía si los criterios de limitación del esfuerzo habían sido aprobados por el Comité de Ética. En el 40% restante la proporción de no haberse aprobado por un Comité de Ética frente a los que sí era de 1,8:1.

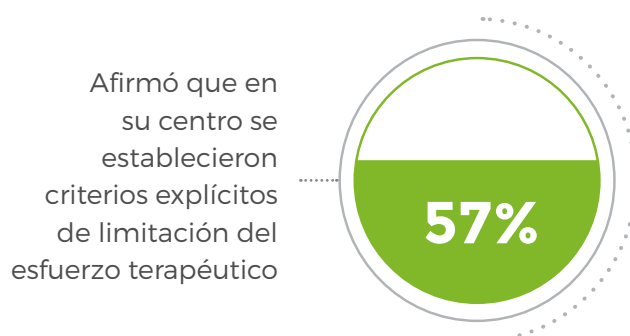


De los médicos internistas opinó que la coordinación con AP funcionó bien

De los médicos de atención primaria dijeron que la coordinación funcionó mal



Contestó que se elaboraron protocolos de atención a pacientes con procesos prioritarios distintos de COVID-19



Afirmó que en su centro se establecieron criterios explícitos de limitación del esfuerzo terapéutico



Desconocía si los criterios de limitación de esfuerzo terapéutico se habían aprobado por el Comité de Ética



III.4. INCIDENCIA EN LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

- El 82,3% de los profesionales que participaron en la encuesta opinaba que la crisis había impulsado la utilización de la telemedicina (en los comentarios abiertos a esta pregunta la referencia principal era la teleconsulta).
- Un 68,5% contestaba que la respuesta a la crisis de la COVID-19 había impulsado el trabajo en equipos multidisciplinares.



III.5. VALORACIÓN SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LOS DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES / DE RESPONSABILIDAD

La valoración promedio de la política de adquisición de equipos de protección individual, test y ventiladores fue de $4 \pm 2,3$ en una escala de 1 a 10. La valoración era menos mala para los profesionales que trabajaban en hospitales ($4,4 \pm 2,3$) que en los centros de salud ($3 \pm 1,9$) ($p < 0,001$), siguiendo la tendencia de la valoración promedio de la eficiencia del funcionamiento

del centro de salud / servicio; por el contrario, mientras que los profesionales de los centros de salud otorgaban una valoración más alta a la dirección de área más alta que la del propio centro, los profesionales de los hospitales daban una valoración más alta al funcionamiento del servicio que a la dirección del hospital (Tabla III.4; Figuras III.1. a III.3.).

Tabla III.4. Valoración promedio, por lugar de trabajo, de la política de compras, eficacia del servicio/centro de salud y dirección del hospital/área de salud

Etiquetas de fila	Valoración compra	Valoración Centro de Salud / Servicio	Valoración dirección del centro
Centro de Salud	$3,0 \pm 1,9$	$5,4 \pm 2,6$	$5,9 \pm 2,6$
Hospital	$4,4 \pm 2,3$	$6,3 \pm 2,4$	$5,4 \pm 2,5$
Otro	$3,3 \pm 2,1$	$5,7 \pm 2,5$	$5,8 \pm 2,6$
Urgencias/ Emergencias	$3,9 \pm 2,5$	$5,4 \pm 2,8$	$5,1 \pm 2,5$
Total general	$4,0 \pm 2,3$	$6,1 \pm 2,5$	$5,5 \pm 2,5$



LOS PROFESIONALES SANITARIOS FRENTE A LA COVID-19

CAP.III

Resultados de la encuesta

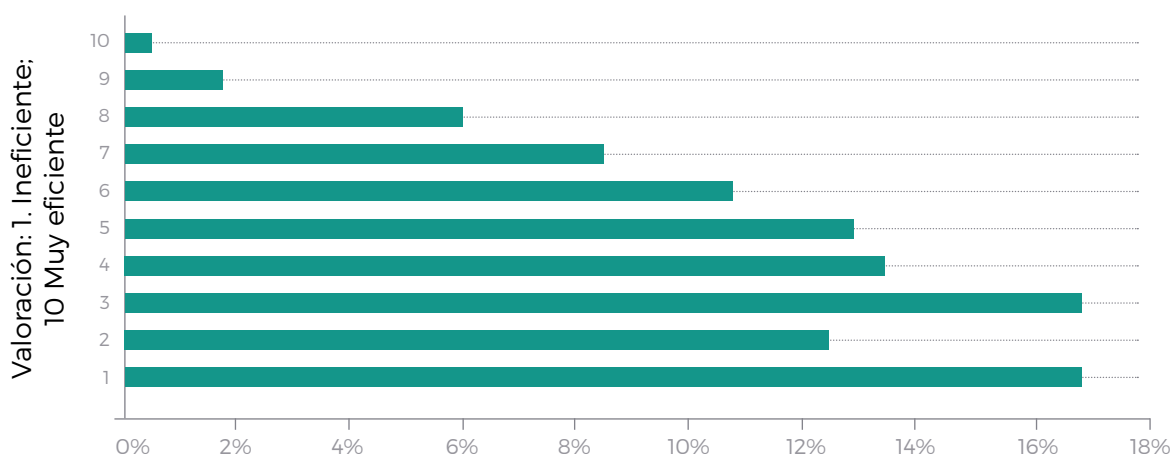


Figura III.1. Valoración de la política de compras.

Distribución valoraciones promedio de la política de compras

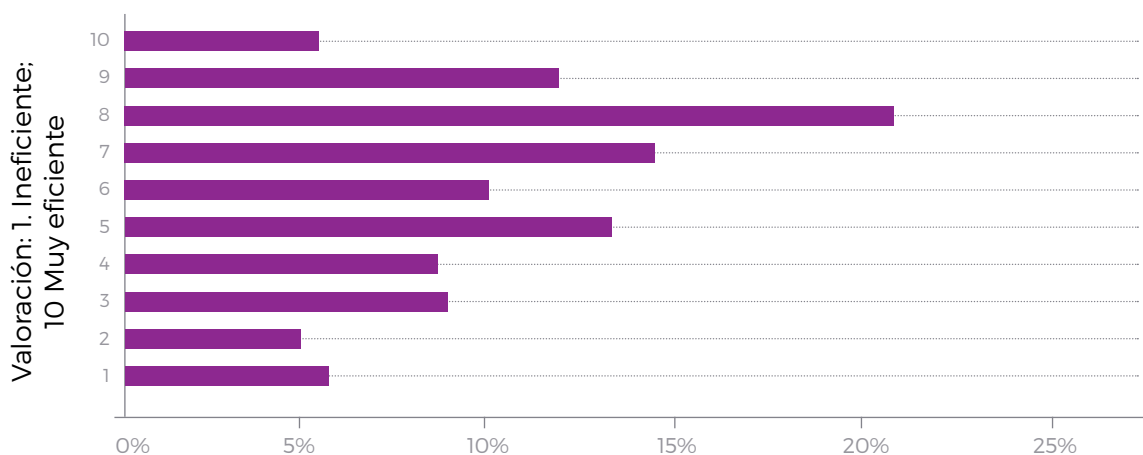


Figura III.2. Valoración respuesta del servicio / centro de atención primaria

Distribución valoraciones promedio de la respuesta del servicio

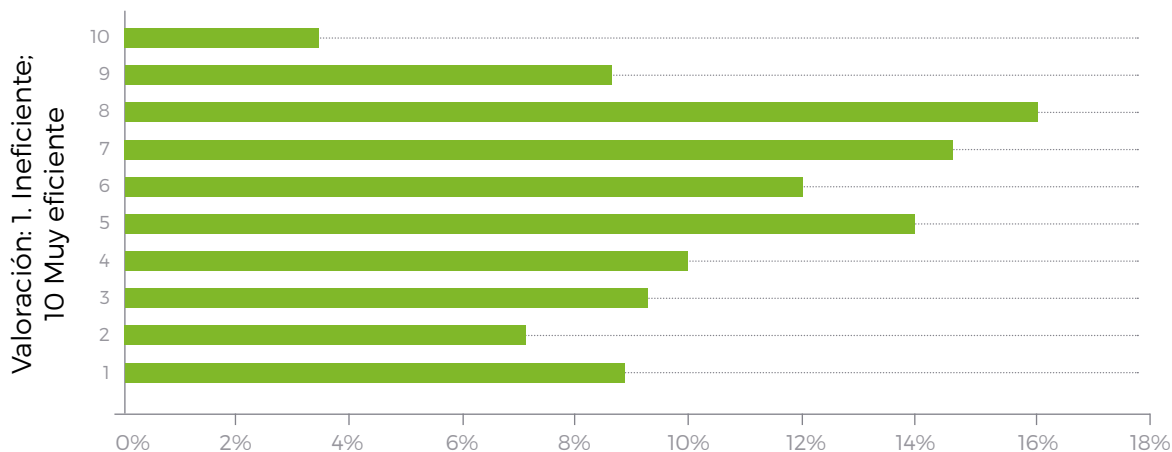


Figura III.3. Valoración respuesta del hospital / gerencia Área

Distribución valoraciones promedio de la respuesta de la dirección del centro





Las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas obtuvieron una valoración promedio de $4,3 \pm 3,3$ puntos, en una escala de 1 a 10 (Figura III.4.), y el 81% de las respuestas consideraba que la Comunidad Autónoma había respondido con retraso. Existía una correlación lineal, estadísticamente significativa, entre la valoración promedio de la Comunidad Autónoma y la valoración de la demora en la respuesta (Figura III.5.).

La valoración promedio del Ministerio de Sanidad era de $3,6 \pm 2,2$ puntos, y el 92% de las respuestas consideraba que había actuado con retraso. Se encontró una correlación positiva ($r = 0,47$) en el límite de la significación estadística ($p = 0,054$), entre las valoraciones promedio de Ministerio de Sanidad y Comunidades Autónomas (Figura III.6.). En ambas correlaciones no se incluyen las ciudades de Ceuta y Melilla.

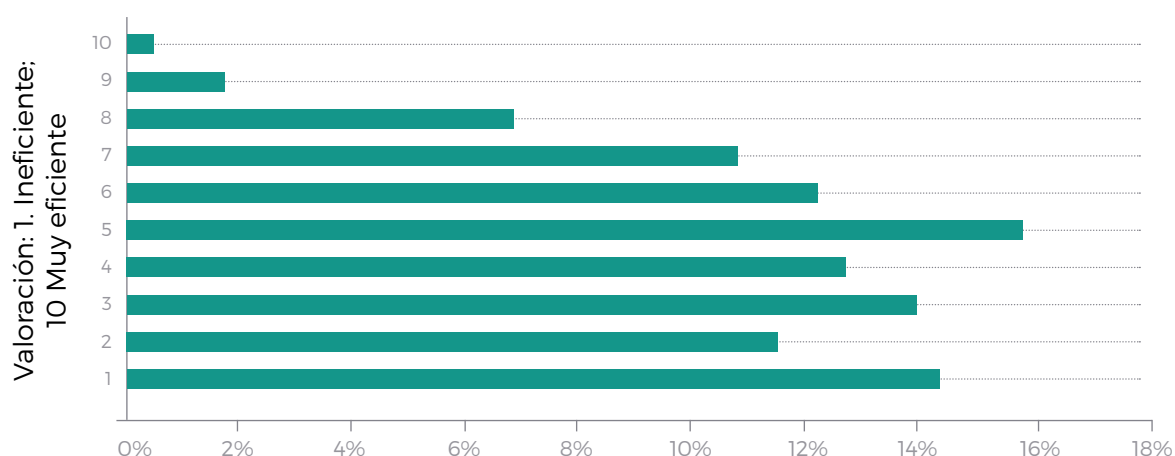


Figura III.4. Valoración respuesta de la Consejería / Servicio de Salud

Distribución valoraciones promedio de la respuesta de la Comunidad Autónoma / Servicio de Salud



Figura III.4. Valoración respuesta de la Consejería / Servicio de Salud

Valoraciones promedio de la respuesta de la Comunidad

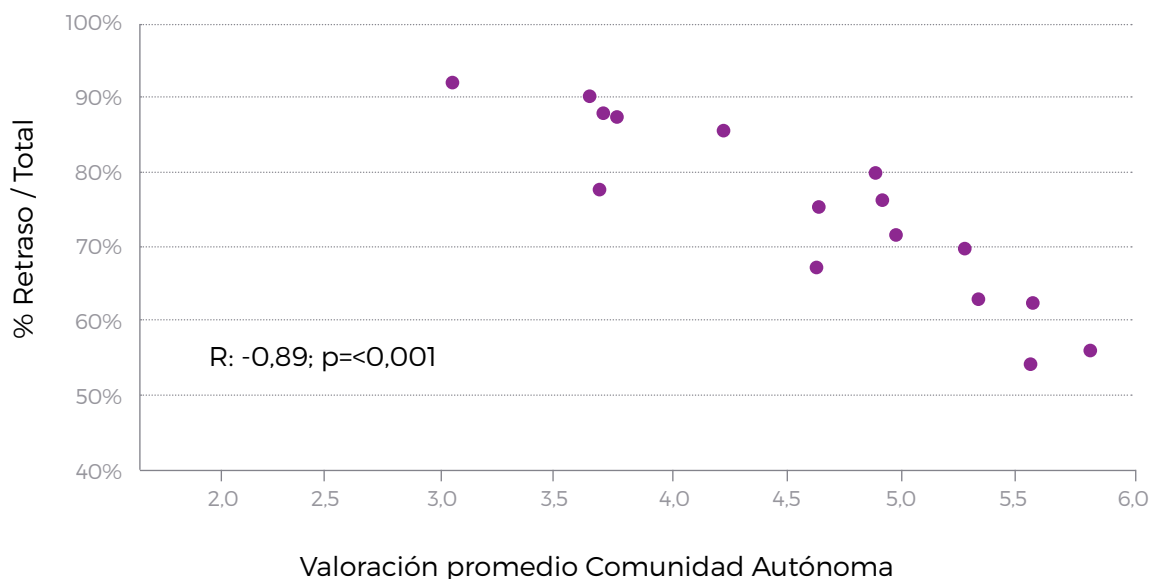


Figura III.5. Correlación entre valoración promedio y consideración de retraso en actuar de las Consejerías de Salud/Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas

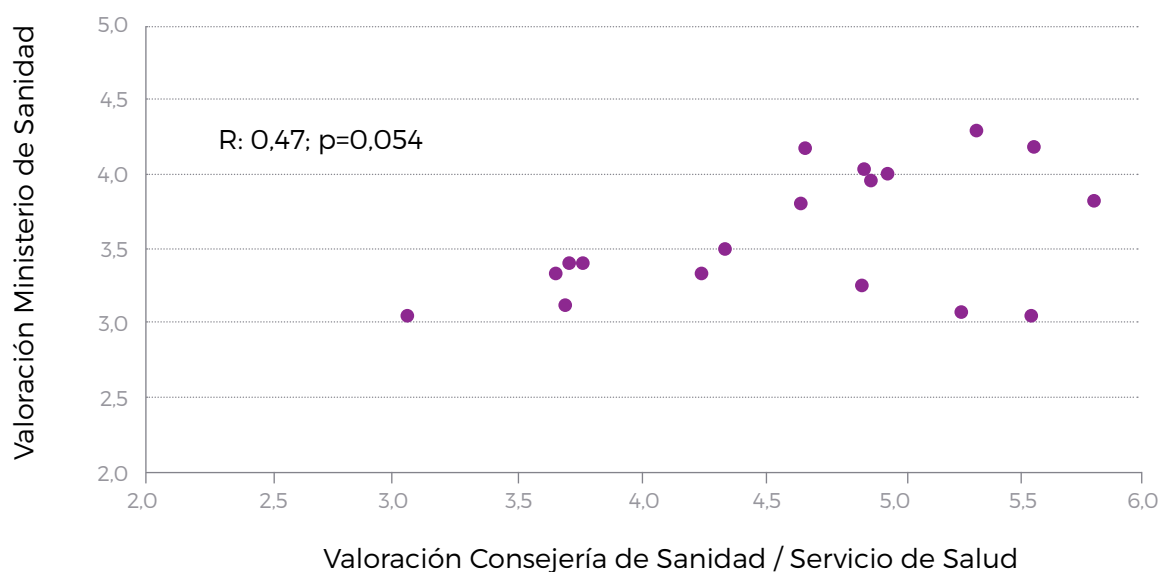


Figura III.6. Correlación entre las valoraciones promedio del Ministerio de Sanidad y de las Comunidades Autónomas

No se ha encontrado correlación estadísticamente significativa entre la valoración promedio de la respuesta del Servicio de Salud ante la crisis y

la tasa acumulada de casos totales y hospitalizados de COVID-19 en la población de la respectiva Comunidad Autónoma.

III.6. ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Las comparaciones de la percepción de los profesionales que residen en distintas Comunidades Autónomas muestran diferencias estadísticamente significativas en relación con

los distintos aspectos analizados: política de adquisición de material y valoración de la eficacia de la respuesta en los distintos niveles de gestión.

III.6.1. Diferencias entre Comunidades Autónomas en la valoración de la política de adquisición de material

En relación con la política de adquisición de equipos de protección individual, pruebas y ventiladores se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) en la percepción de los profesionales de

las distintas Comunidades Autónomas (Figura III.7.). La percepción de los profesionales que contestaron la encuesta no se modificó significativamente durante el período del estudio (Figura III.8.).

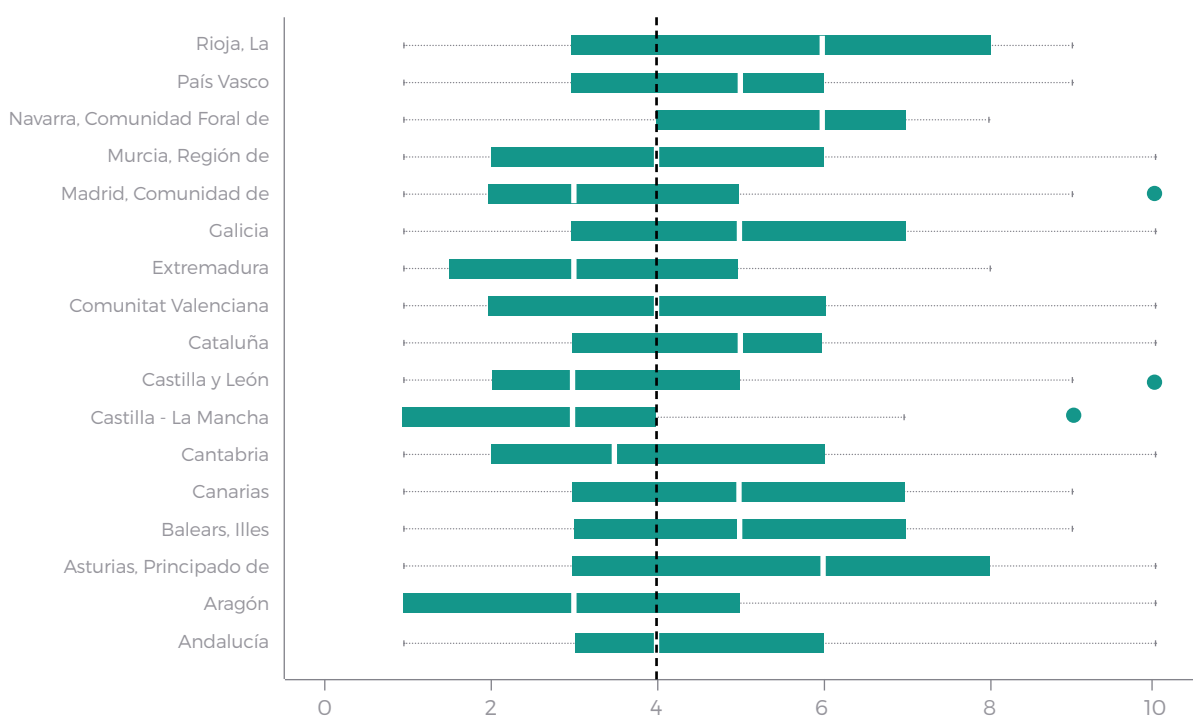


Diagrama de caja de la puntuación para la valoración por Comunidades Autónomas.

- Mediana
- Promedio
- Rango intercuartil
- ⋯ Máximos y mínimos
- No existen datos o son atípicos

Figura III.7. Diferencias en la valoración de la política de adquisición de material entre Comunidades Autónomas

La Comunidad Foral de Navarra, el Principado de Asturias y La Rioja fueron las Comunidades Autónomas mejor valoradas. Las autonomías que obtenían peor valoración en este ítem fueron Aragón, Casti-

lla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura y Madrid, encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre éstas y Cataluña, Galicia y la Comunidad Foral de Navarra, mejor valoradas.

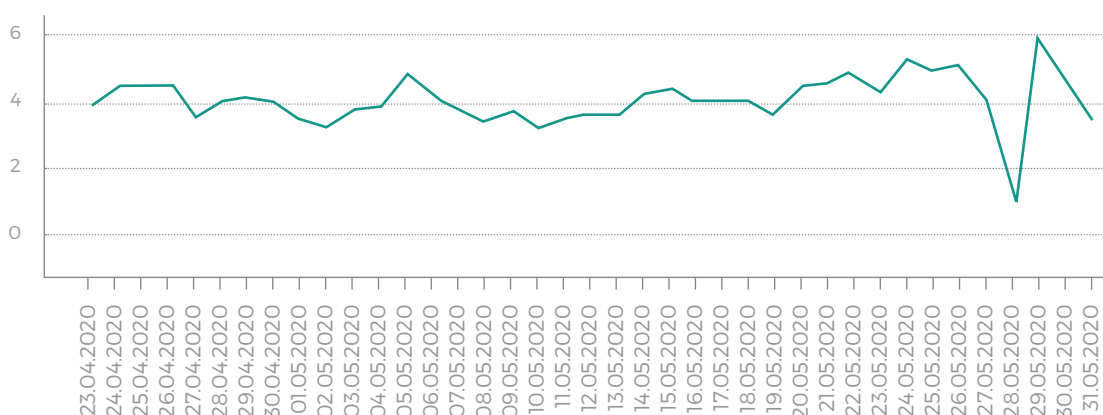


Figura III.8. Valoración promedio de la política de adquisición de material a lo largo del período de estudio

III.6.2. Diferencias entre Comunidades Autónomas en la valoración del servicio hospitalario o dirección/coordinación del centro de salud

En relación con la valoración de la respuesta a la crisis del servicio hospitalario o dirección del centro de salud, se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) en la percepción de los profesionales de las distintas Comunidades Autónomas (Figura III.9.). La percepción de los profesionales que contestaron la encuesta tendió ligera pero significativamente a la baja ($p = 0,008$) durante el período del estudio (Figura III.10.).

La mayoría de las Comunidades Autónomas estaban alineadas en la mediana, con una ligeramente mayor valoración en el Principado de Asturias y Cantabria. Las autonomías que tenían peor valoración fueron Castilla-La Mancha, Aragón, Extremadura Madrid y País Vasco, encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) especialmente en Castilla-La Mancha con Canarias, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Fo-



ral de Navarra, Galicia y Principado de Asturias.

Los profesionales de la Comunidad Autónoma de Madrid tenían peor valoración de sus respectivos servicios o direcciones de centros de salud que los de Andalucía, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Foral de Navarra y Galicia; esta valoración

puede estar sesgada por el mayor peso del colectivo de enfermería en la Comunidad de Madrid, al tener este colectivo una significativamente estadística peor valoración del servicio/dirección que el resto de colectivos de la muestra ($5 \pm 2,5$ enfermería, frente a $6,4 \pm 2,4$ de los médicos y un $5,6 \pm 2,5$ del resto de colectivos profesionales; $p < 0,001$).

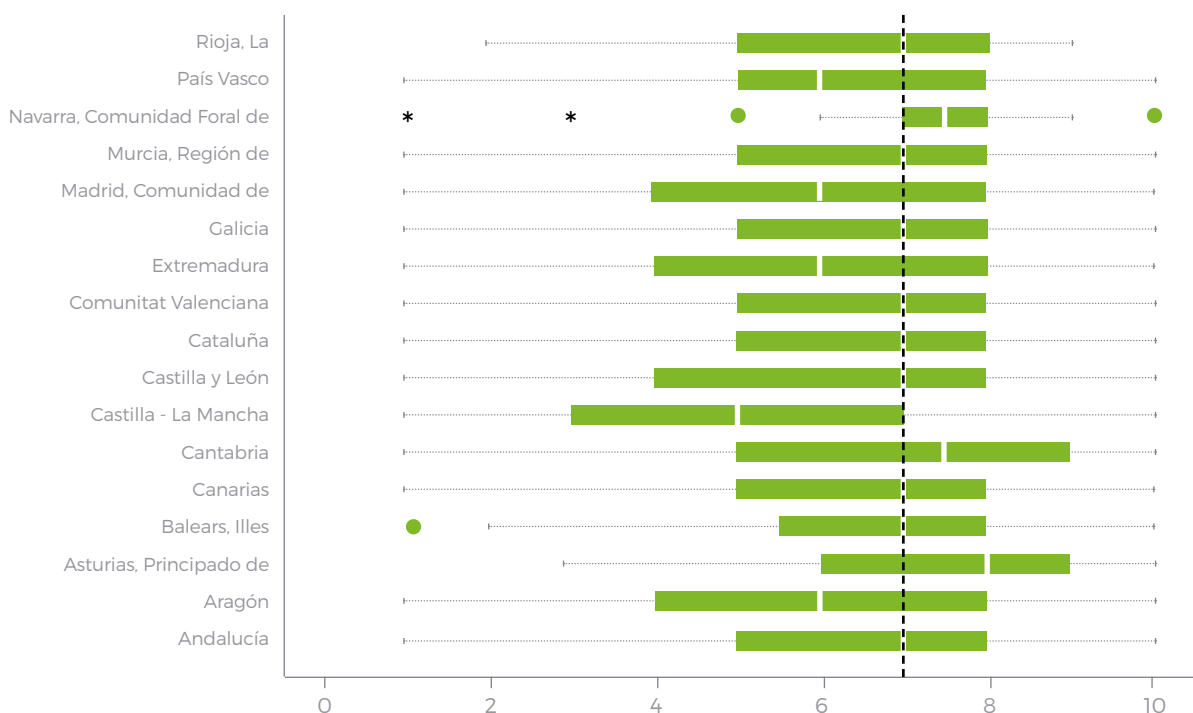


Diagrama de caja de la puntuación para la valoración por Comunidades Autónomas.

- Mediana
- Promedio
- Rango intercuartil
- ⋮ Máximos y mínimos
- No existen datos o son atípicos

Figura III.9. Diferencias entre Comunidades Autónomas en la valoración del servicio hospitalario / dirección del centro de salud

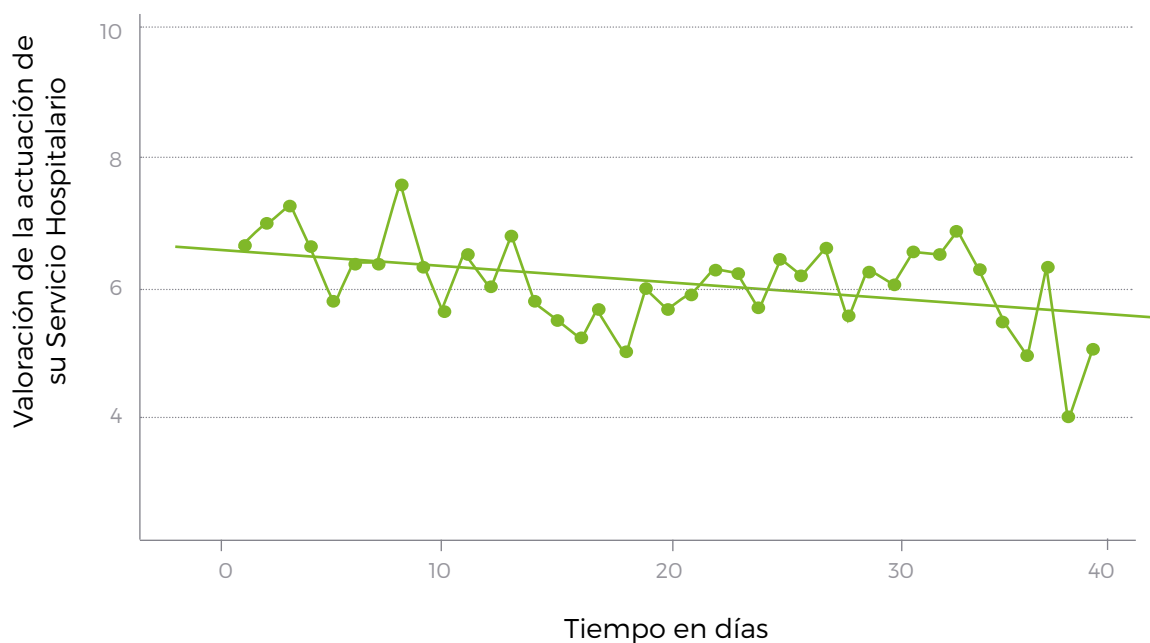
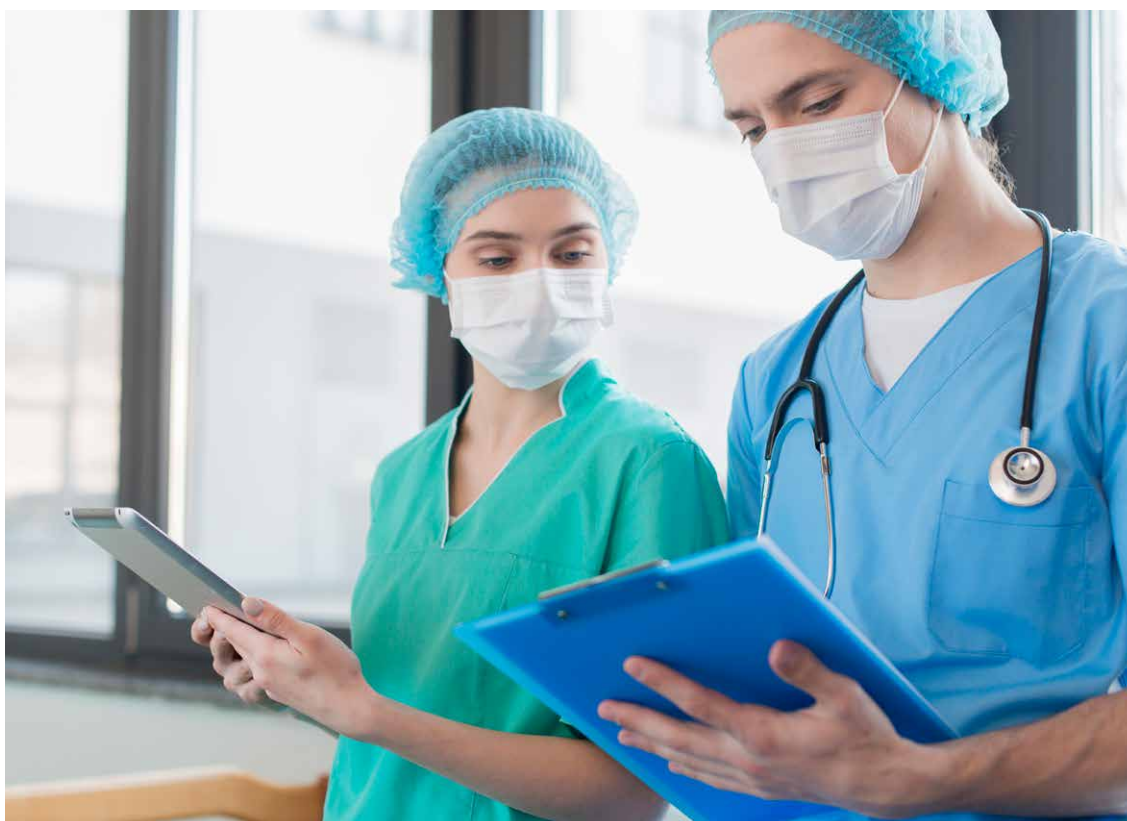


Figura III.10. Valoración promedio del servicio hospitalario / dirección del centro de salud a lo largo del período de estudio



III.6.3. Diferencias entre Comunidades Autónomas en la valoración de la dirección del hospital / gerencia Área de Salud

En relación con la valoración de la respuesta a la crisis de la dirección del centro (generalmente hospital) o de la gerencia del área de salud se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) en la percep-

ción de los profesionales de las distintas Comunidades Autónomas (Figura III.11.). La percepción de los profesionales que contestaron la encuesta no se modificó significativamente durante el período del estudio (Figura III.12.).

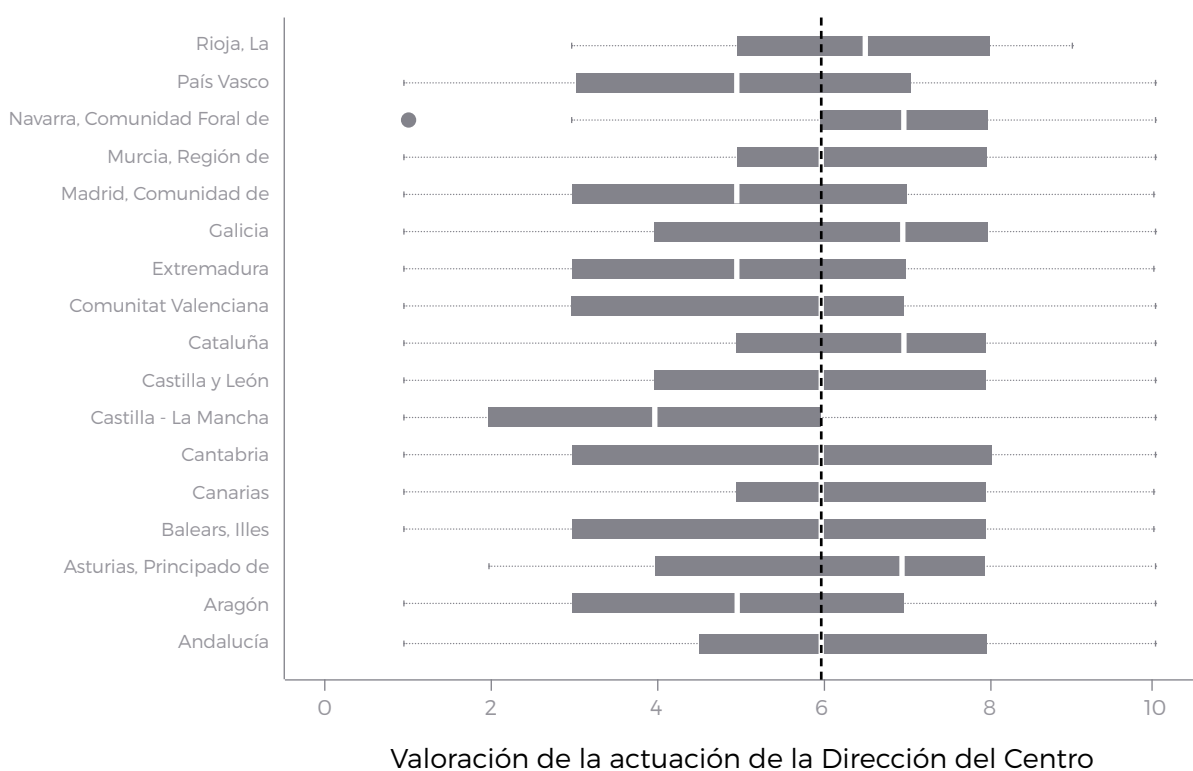


Diagrama de caja de la puntuación para la valoración por Comunidades Autónomas.

- Mediana
- Promedio
- Rango intercuartil
- Máximos y mínimos
- No existen datos o son atípicos

Figura III.11. Diferencias entre Comunidades Autónomas en la valoración de la dirección del hospital / gerencia del área de salud

Las Comunidades Autónomas en las que este ítem tenía mejor valoración fueron la Comunidad Foral de Navarra, Galicia, Cataluña y el Principado de Asturias. La peor valorada fue Castilla-La Mancha; las diferencias de

esta comunidad autónoma con las de Andalucía, Canarias, Castilla y León, Galicia, Cataluña, Comunidad Foral de Navarra y Principado de Asturias eran estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

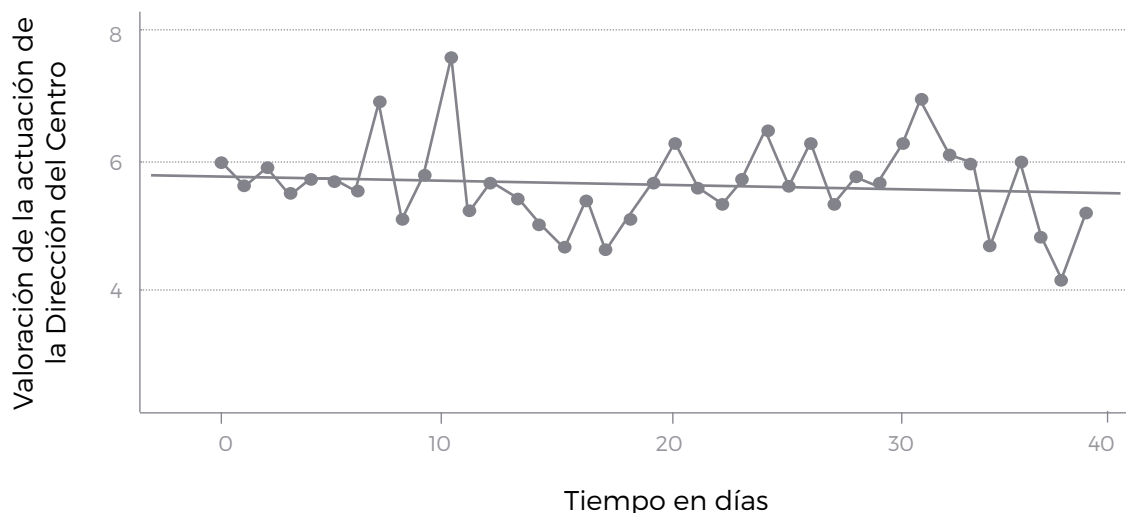


Figura III.12. Valoración promedio de la dirección del hospital / gerencia del área de salud a lo largo del período de estudio



III.6.4. Diferencias entre Comunidades Autónomas en la valoración de la Consejería de Salud / Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma

En relación con la valoración de la respuesta a la crisis de la Consejería de Salud / Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) en la percepción de los

profesionales de las distintas Comunidades Autónomas (Figura III.13.). La percepción de los profesionales que contestaron la encuesta mejoró ligeramente, pero significativamente durante el período del estudio (Figura III.14.).

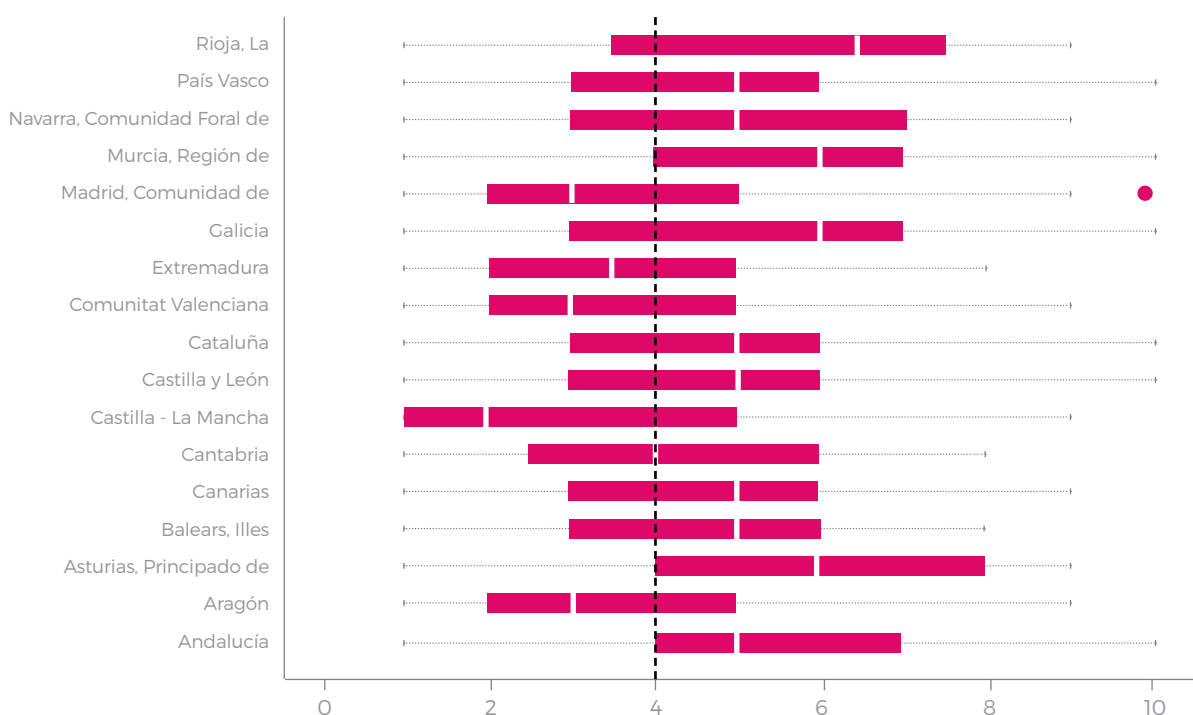


Diagrama de caja de la puntuación para la valoración por Comunidades Autónomas.

- Mediana
- Promedio
- Rango intercuartil
- Máximos y mínimos
- No existen datos o son atípicos

Figura III.13. Diferencias entre Comunidades Autónomas en la valoración de la Consejería de Salud / Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma

Las Comunidades Autónomas en las que este ítem tenía mejor valoración fueron La Rioja, Región de Murcia, Galicia y el Principado de Asturias. La peor valorada fue Castilla-La Mancha, seguida de

Madrid, Comunidad Valenciana y Aragón; las diferencias de estas comunidades autónomas con las que tenían una valoración superior a la mediana (4) eran estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

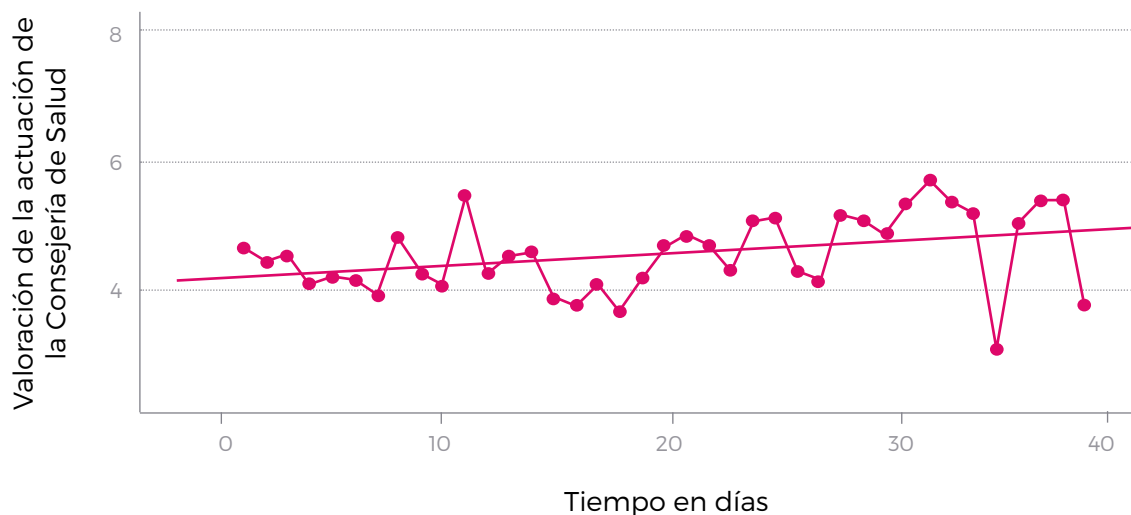


Figura III.14. Valoración promedio de la Consejería de Salud / Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma a lo largo del periodo de estudio



III.6.5. Diferencias entre Comunidades Autónomas en la valoración del Ministerio de Sanidad

En relación con la valoración del funcionamiento del Ministerio de Sanidad se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) en la percepción de los profesionales de las distintas Co-

munidades Autónomas (Figura III.15.). La percepción de los profesionales que contestaron la encuesta no se modificó significativamente durante el período del estudio (Figura III.16.).

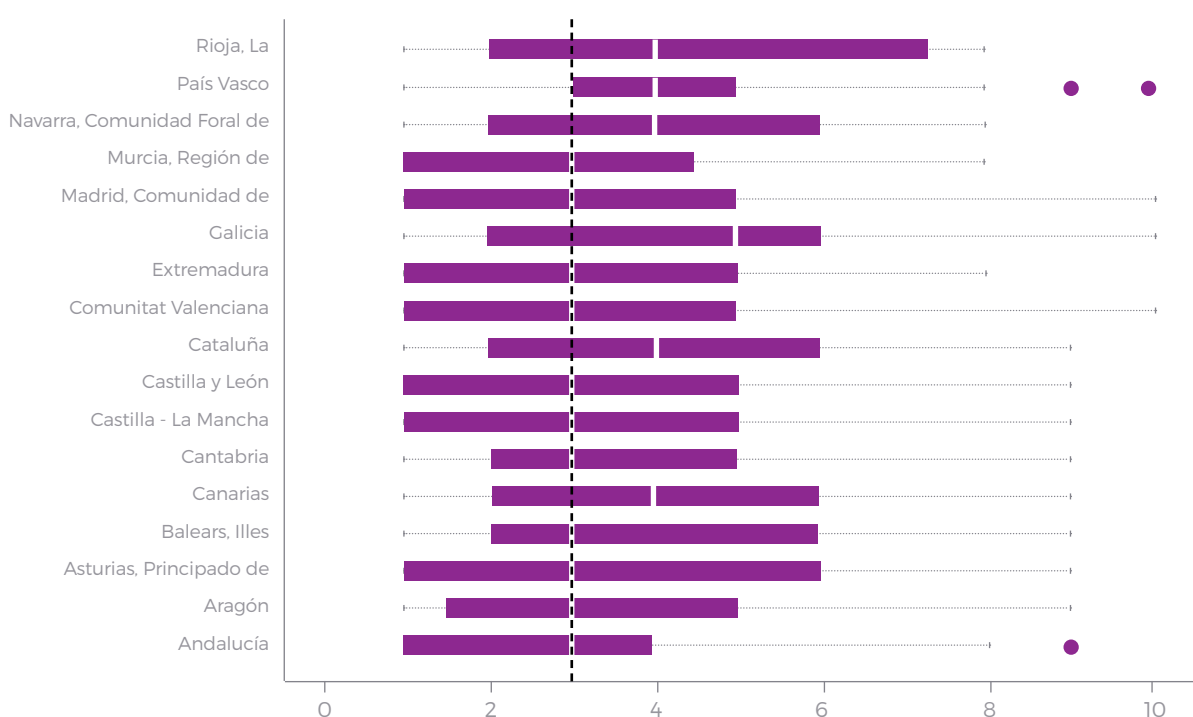


Diagrama de caja de la puntuación para la valoración por Comunidades Autónomas.

- Mediana
- Promedio
- Rango intercuartil
- ⋯ Máximos y mínimos
- No existen datos o son atípicos

Figura III.15. Diferencias entre Comunidades Autónomas en la valoración del Ministerio de Sanidad

Los profesionales que mejor valoraban al Ministerio de Sanidad fueron los de Galicia, seguidos por los de La Rioja, País Vasco, Comunidad Foral de Navarra, Cataluña y Canarias, el resto de las valoraciones se situaba en la

mediana (3). Como se ha comentado, existe una correlación en el límite de la significación estadística para una $p < 0,05$ entre la valoración de la Comunidad Autónoma y la del Ministerio de Sanidad (Figura III.6).

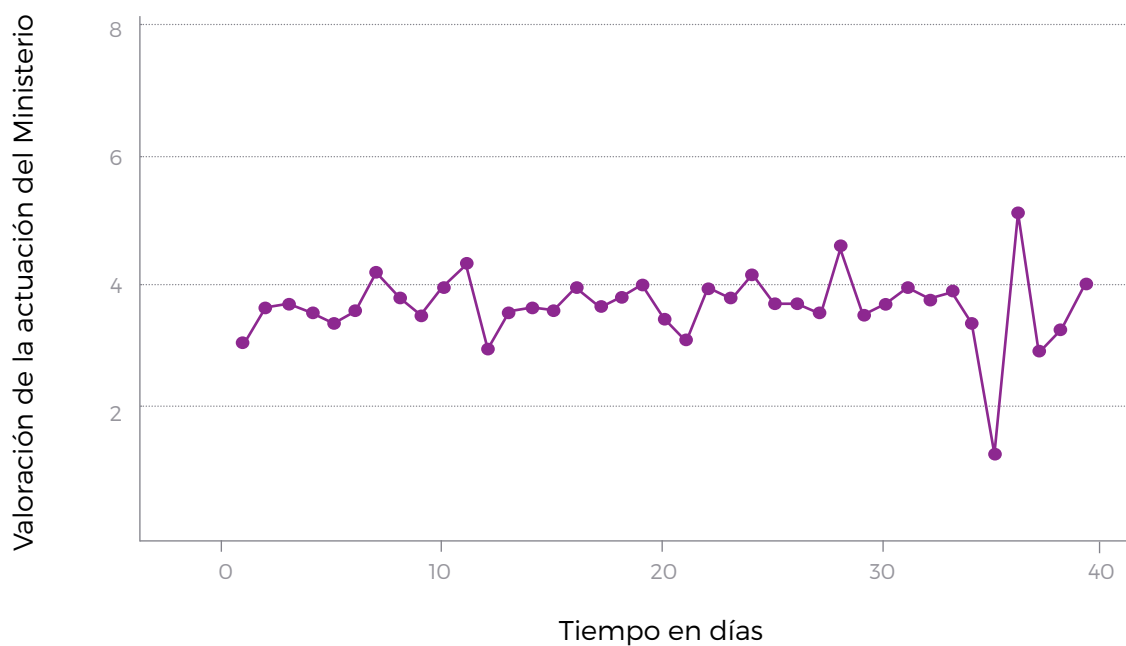


Figura III.16. Valoración promedio de la valoración del Ministerio de Sanidad a lo largo del período de estudio

III.7. ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS PROFESIONALES

El análisis, por grupos de edad y sexo, en relación con el porcentaje de expuestos directamente y de afectados (Tabla III.7.), muestra una mayor proporción de exposición directa y de contagio en los grupos de profesionales más jóvenes y en mayor proporción de mujeres que de hombres, debido a la mayor exposición directa a pacientes con

COVID-19 de las enfermeras que el resto de los grupos profesionales (Tabla III.8.). Las tasas de exposición directa e infección por la COVID-19 eran significativamente superiores en mujeres que en hombres ($p < 0,001$ y $p = 0,001$; respectivamente), así como mayor en los grupos de población más jóvenes ($p = 0,005$ y $p = 0,007$; respectivamente).

Tabla III.7. Diferencias, por grupos profesionales, en relación con el % de expuestos directamente y % de afectados

	Hombres					Mujeres					P
	< 35	35-44	45-54	55-64	≥ 65	< 35	35-44	45-54	55-64	≥ 65	
¿Ha prestado asistencia sanitaria directa, con exposición a pacientes con COVID-19? (% Sí, de forma continua)	64,1	56,6	58,6	38,1	9,9	70,8	63,8	58,1	51,5	6,3	< 0,001
¿Se ha contagiado por el SARS-CoV-2 (COVID-2)? (% Sí)	24,3	19	19,6	14,7	8,5	19,8	14	14,2	14,9	18,8	0,031

El análisis de las diferencias, por grupos profesionales, en relación con el % de expuestos directamente y % de afectados (tabla III.8), muestra que el colectivo de enfermería fue el más expuesto y el que en mayor proporción se había infectado. El colectivo menos expuesto directamente era el de "otros" distintos de médicos y enfermeras. No se han hallado diferencias estadísticamente significativas en el

porcentaje de infección entre los médicos y los grupos profesionales distintos a enfermería. En la valoración sobre la disponibilidad de recursos, elaboración de protocolos para evitar el contagio de los profesionales y de equipos de protección individuales, la enfermería y el resto de los colectivos profesionales otorgaban una estadísticamente significativa peor valoración que los médicos.



Tabla III.8. Diferencias en la percepción por grupos profesionales

Profesión	Médicos	Enfermería	Otros	P
¿Ha prestado asistencia sanitaria directa, con exposición a pacientes con COVID-19? (% Sí, de forma continua)	57,5*	64,2*	38,5*	<0,001
En su experiencia, ¿se ha dispuesto de recursos suficientes y adecuados para conocer si los sanitarios habían sido contagiados por COVID-19? (% Sí, desde el inicio)	8,4**	5	2,9	<0,001
¿Se ha contagiado por el SARS-CoV-2 (COVID-2)? (% Sí)	15,5	23***	14,4	0,001
En su experiencia, ¿se han elaborado protocolos para evitar el contagio de los profesionales? (% Sí, desde el inicio)	39,8**	27	32,7	<0,001
¿Ha dispuesto de equipos de protección adecuados cuando los ha necesitado? (% Sí, desde el inicio)	33,5**	19	18,9	<0,001

* Diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$) con el resto de los grupos profesionales.

** Diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$) entre médicos y el resto de los grupos profesionales.

*** Diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$) entre enfermeras y el resto de los grupos profesionales.

El análisis de las diferencias asociadas con la exposición a la COVID-19 en relación con la valoración de la eficacia de las medidas adoptadas en los distintos niveles de gestión (tabla

III.9), muestra que los profesionales no contagiados tienen una mejor y estadísticamente significativa valoración de las respuestas de los distintos niveles de gestión.

Tabla III.9. Diferencias, asociadas con la exposición a la COVID-19, en relación con la valoración de la eficacia de las medidas adoptadas en los distintos niveles de gestión

Profesión	¿Se ha contagiado por el SARS-CoV-2 (COVID-2)?			
	No	No sé	Sí	P
Valoración promedio de la actuación de su servicio hospitalario o de la dirección/coordinación de su centro de atención primaria en la organización y gestión de la asistencia sanitaria como respuesta a la crisis provocada por el COVID-19	6,4 (2,3)*	5,7 (2,6)	5,8 (2,5)	< 0,001
Valoración promedio de la actuación de la dirección del centro en la organización y gestión de la asistencia sanitaria como respuesta a la crisis provocada por el COVID-19	5,9 (2,4)*	5,1 (2,6)	5,2 (2,6)	< 0,001
Valoración promedio de la actuación de la Consejería de Salud/Servicios de Salud de la Comunidad Autónoma en la organización y gestión de la asistencia sanitaria como respuesta a la crisis provocada por el COVID-19	4,6 (2,3)*	4 (2,3)	4,1 (2,1)	< 0,001
Dentro del marco de competencias en organización y gestión de la asistencia sanitaria entre la administración central y las Comunidades Autónomas, valoración promedio de la actuación del Ministerio de Sanidad en la gestión de la respuesta a la crisis provocada por el COVID-19	3,9 (2,3)*	3,4 (2,1)	3,4 (2,2)	< 0,001

* Diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$) con el resto de los grupos. Entre paréntesis: desviación estándar.



El análisis de las diferencias por grupos profesionales, en relación con la valoración de la eficacia de las medidas adoptadas en los distintos niveles de gestión (Tabla III.10) muestra que el colectivo profesional de médicos tenía una estadísticamente significativa mejor valoración de la respuesta del servicio, de la dirección del centro y de la Consejería de Sanidad que el de enfermería.

El colectivo profesional de enfermería era el que tenía peor valoración del funcionamiento de la Consejería de Salud (en este caso se debe recordar que un 78% de las respuestas de este colectivo correspondían a la Comunidad de Madrid -Tabla III.10.1.-), incluso ligeramente por debajo de la valoración promedio que otorgaba al Ministerio de Sanidad.

El grupo profesional de “otros”, donde se agrupan las profesiones distintas a medicina y enfermería, era el que mejor valoraba al Ministerio de Sanidad respecto del resto de los grupos, con una valoración ligeramente inferior a la que otorgaba a la Consejería de Sanidad.

Los médicos y enfermeras de la Comunidad de Madrid tenían peor valoración de la Consejería y del Ministerio de Sanidad que el resto de profesionales; sin embargo, mientras que las enfermeras evaluaban a la Consejería de Sanidad significativamente peor que los médicos ($3,2 \pm 2$ frente a $4,2 \pm 2,3$; $p < 0,001$), no se hallaron diferencias significativas en la valoración del Ministerio de Sanidad entre médicos y enfermeras de la Comunidad de Madrid.

Tabla III.10. Diferencias, por grupos profesionales, en relación con la valoración de la eficacia de las medidas adoptadas en los distintos niveles de gestión

Profesión	Médicos	Enfermería	Otros	P
Valoración promedio de la actuación de su servicio hospitalario o de la dirección/coordination de su centro de atención primaria en la organización y gestión de la asistencia sanitaria como respuesta a la crisis provocada por el COVID-19	6,4 (2,4)*	5 (2,5)*	5,6 (2,5)*	< 0,001
Valoración promedio de la actuación de la dirección del centro en la organización y gestión de la asistencia sanitaria como respuesta a la crisis provocada por el COVID-19	5,8 (2,5)	4,6 (2,4)*	5,5 (2,5)	< 0,001
Valoración promedio de la actuación de la Consejería de Salud/Servicios de Salud de la Comunidad Autónoma en la organización y gestión de la asistencia sanitaria como respuesta a la crisis provocada por el COVID-19	4,5 (2,3)	3,5 (2,1)*	4,5 (2,3)	< 0,001
Dentro del marco de competencias en organización y gestión de la asistencia sanitaria entre la administración central y las Comunidades Autónomas, valoración promedio de la actuación del Ministerio de Sanidad en la gestión de la respuesta a la crisis provocada por el COVID-19	3,5 (2,3)	3,7 (2,2)	4,3 (2,3)*	< 0,001

* Diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) con el resto de grupos (desviación estándar).



Tabla III.10.1. Diferencias entre médicos y enfermeras de la Comunidad de Madrid o del resto en relación con la valoración de la eficacia de las medidas adoptadas en la Consejería de Sanidad y Ministerio de Sanidad

Profesión	Comunidad de Madrid (CAM)		P
	Médicos	Enfermería	
Valoración promedio de la actuación de la Consejería de Salud/Servicios de Salud de la Comunidad Autónoma	4,2 (2,3)	3,2 (2,0)*	< 0,001
Valoración promedio de la actuación del Ministerio de Sanidad en la gestión de la respuesta a la crisis provocada por el COVID-19	3,3 (2,2)	3,6 (2,2)	0,07
	Médicos CAM	Médicos No CAM	
Valoración promedio de la actuación de la Consejería de Salud/Servicios de Salud de la Comunidad Autónoma	4,2 (2,3)	4,6 (2,3)*	0,004
Valoración promedio de la actuación del Ministerio de Sanidad en la gestión de la respuesta a la crisis provocada por el COVID-19	3,3 (2,2)	3,6 (2,2)*	0,047

* Diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) con el resto de grupos (desviación estándar).
CAM: Comunidad Autónoma de Madrid.



III.8. ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS ABIERTAS

Este apartado se centra en las contestaciones dadas a las preguntas 25 a 28 (ambas inclusive) del cuestionario (véase Anexo I).

III.8.1. ¿Qué es lo que piensa que ha funcionado bien en esta crisis, en relación con la organización y gestión de la asistencia sanitaria?

1.501 profesionales aportaron sus opiniones a esta respuesta libre, un 60% sobre el total de los que completaron la encuesta. Un 62% de las respuestas a esta pregunta se referían a la respuesta de los profesionales, en diver-

sas acepciones (sanitarios, profesionales, personal, trabajadores etc.) y por diversos conceptos (respuesta, trabajo, esfuerzo, disponibilidad, compromiso, compañerismo, voluntad, colaboración, etc.) (Figura III.17).



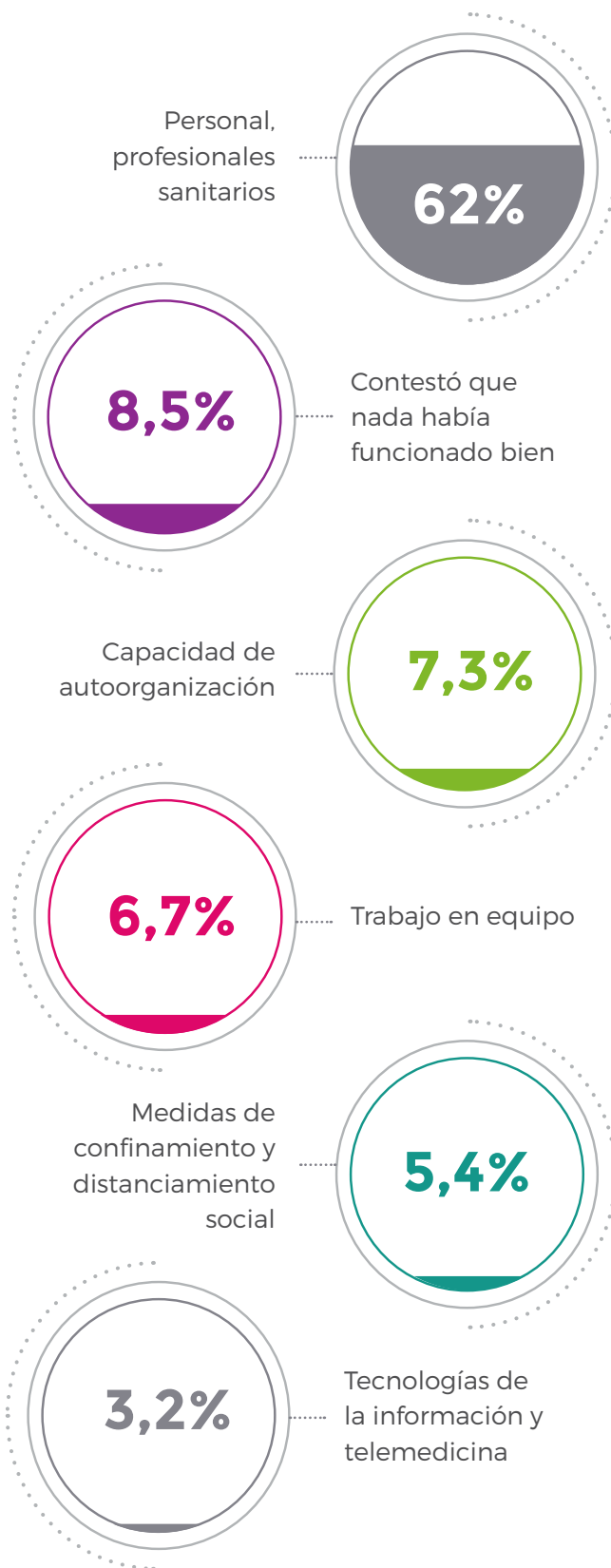
Figura III.17. Nube de palabras para la respuesta 25. Qué es lo que funcionó bien



En menores porcentajes de mención de lo que **había funcionado bien**, se identificaron las siguientes respuestas:

- Un 8,5% de las respuestas se refería a que no había funcionado “nada” o “casi nada”.
- Un 7,3% de las repuestas hacía referencia a la capacidad de autoorganización de los equipos profesionales o de los centros.
- Un 6,7% destacó el trabajo en equipo y formación de equipos multidisciplinares.
- Un 5,4% señaló las medidas de confinamiento y distanciamiento social decretadas en el marco del Estado de Alarma.
- Un 3,2% señaló internet, tecnología de la información y comunicaciones o a la telemedicina/teleasistencia, generalmente referida a la consulta telefónica.

LO QUE FUNCIONÓ BIEN:



III.8.2. ¿Qué es lo que piensa que ha funcionado mal en esta crisis, en relación con la organización y gestión de la asistencia sanitaria?

1.535 profesionales aportaron sus opiniones a esta respuesta libre, un 62% sobre el total de los que completaron la encuesta. Un 39,2% de las respuestas a esta pregunta se referían a la falta especialmente de recursos ma-

teriales (equipos de protección individual, pruebas diagnósticas, etc.), pero también a la falta de previsión y el retraso en la adopción de medidas de respuesta frente la pandemia (14%) (Figura III.18).



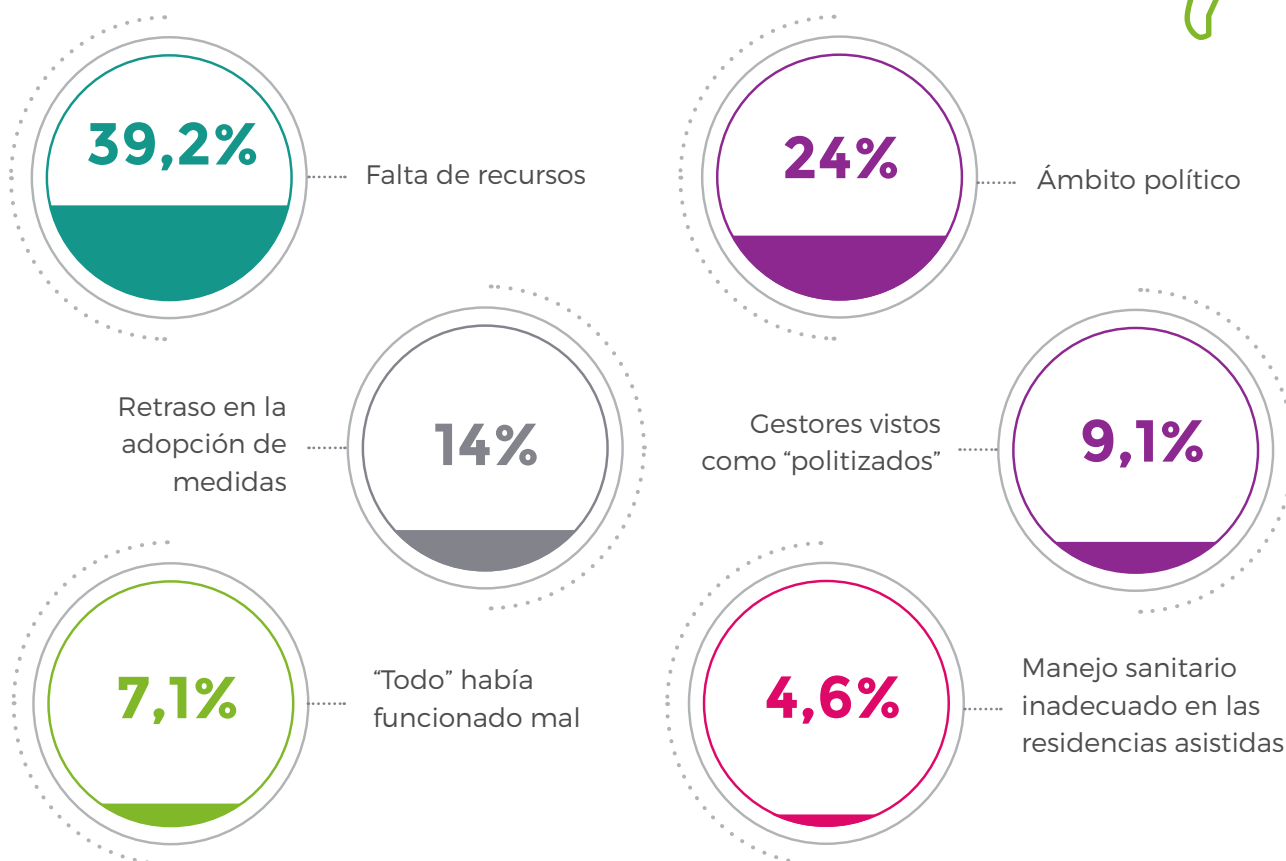
Figura III.18. Nube de palabras para la respuesta 26. Qué es lo que funcionó mal

Un 24% de las respuestas de lo que había funcionado mal se referían al ámbito político, incluyendo al Ministerio de Sanidad, Comunidades Autónomas, coordinación entre ambas instituciones y a los “políticos” y “política” en general. Aunque el Ministerio de Sanidad recibía un mayor número de críticas en estas respuestas, en consonancia con la valoración promedio de su actuación, no eran infrecuentes las críticas a las Comunidades Autónomas/Servicios de Salud o a ambos y su escasa capacidad para coordinarse.

En menores porcentajes de mención de lo que había funcionado mal, se identificaron las siguientes respuestas:

- En un 9,1% de las respuestas se identificaba a los gestores, que frecuentemente eran vistos como “politizados” o que respondían a intereses de los políticos.
- Un 7,1% de las respuestas decían que “todo” o “casi todo” había funcionado mal.
- Un 4,6% de las respuestas se referían al inadecuado manejo sanitario de las residencias asistidas.

LO QUE FUNCIONÓ MAL:



III.8.3. ¿Qué propuestas haría, en base a esta experiencia, para mejorar la organización y gestión del Sistema Nacional de Salud?

1.391 profesionales aportaron sus opiniones a esta respuesta libre, un 56% sobre el total de los que completaron la encuesta. No se han incluido en el análisis las respuestas (mayoritarias) que hacían referencia a aspec-

tos relativos, por ejemplo, a mayor dotación de recursos o la demanda de responsabilidades políticas, al no implicar en sí mismas propuestas de mejora organizativas o de gestión (Figura III.19).



Figura III.19. Nube de palabras para la respuesta 27. Propuestas para mejorar la organización y gestión del Sistema Nacional de Salud

Un 11,4% de las propuestas se referían a la “gestión clínica” (transferencia de responsabilidades de gestión y organización a los profesionales) y/o a la “profesionalización” de los gestores, en el sentido de su independencia del poder político, criterios objetivos para su selección y tener experiencia/formación.

Un 8,7% a una mejor coordinación entre el Ministerio de Sanidad y las

Consejerías/Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas o a un mayor poder del Ministerio de Sanidad.

En menores porcentajes se han identificado propuestas de mayor incorporación y utilización de la telemedicina en la asistencia sanitaria y de mejora de la coordinación entre niveles asistenciales (primaria-hospitalaria) (1,7% en ambos casos).

PROPUESTAS PARA MEJORAR LA GESTIÓN DEL SNS



III.8.4. ¿Qué aspectos considera más relevantes en el plan de asistencia inmediata y a medio plazo post-COVID y como llevarlo a la práctica?

1.367 profesionales aportaron sus opiniones a esta respuesta libre, un 55% sobre el total de los que completaron la encuesta. La nube de palabras se muestra en la figura III.20.



Figura III.20. Nube de palabras para la respuesta 28. Propuestas para el plan de asistencia post-COVID-19

La recomendación más frecuente (31,3% sobre el total de las contestaciones) era la realización de pruebas (serológicas, PCR), tanto en población general como en el personal de salud para la detección precoz de los infectados, incluyendo los asintomáticos,

seguimiento de los contactos y aislamiento. Paralelamente, con un 15,9% las medidas de salud pública: educación de la población, distanciamiento social, uso de mascarillas, cuarentena de los contactos, etc. Un aspecto relevante en relación con este ámbito de



respuestas es que la educación de la población también se refería a la utilización racional de la asistencia sanitaria.

En segundo lugar, en la frecuencia de propuestas para el plan de asistencia post-COVID se situaba la dotación de recursos (17,3%). Este grupo de respuestas se refería tanto a recursos materiales, especialmente equipos de protección individual para los sanitarios, también camas -de unidades de cuidados intensivos-; recursos humanos (médicos, enfermeras) y económicos (aumentar la financiación de la sanidad pública). En parte, el incremento de recursos se refería a mantener aquellos dispuestos el período de demanda asistencial más álgido, en previsión de posibles repuntes en otoño/invierno, en la probable ausencia de una vacuna eficaz, así como para asumir la demanda asistencial postergada. Al refuerzo de la atención primaria, como principal ámbito asistencial para la gestión de la pandemia a partir de la resolución de la crisis aguda, se refería un 11% de las respuestas.

El 10,3% de las propuestas para adecuar la asistencia sanitaria a la situación post-COVID se referían a aspectos organizativos, distribuyéndose en tres grandes ámbitos: 1. el seguimiento de los pacientes que requirieron el ingreso en hospitales generales con importante afectación, para lo que en

numerosas ocasiones se recomendaba la creación de unidades/consultas específicas de carácter multidisciplinar (incluyendo los aspectos psicológicos y de rehabilitación) para la atención a estos pacientes; 2. la reorganización, tanto física como funcional, de los centros para diferenciar a pacientes de COVID-19, evitando la infección nosocomial, dentro de este ámbito, algunas propuestas reclamaban una mayor flexibilidad organizativa y funcional de los hospitales para poder “escalar” el nivel de cuidados a más intensivos en caso de un repunte de la pandemia; y 3. la reorganización asistencial para asumir la demanda no atendida en la fase más aguda de la crisis de la COVID-19.

Un 6,7% de las propuestas se referían a desarrollar la teleasistencia, especialmente en lo referido a las consultas no presenciales y el seguimiento de pacientes.

Un 3,2% de las respuestas se referían a una mayor coordinación o integración entre el sistema sanitario y las residencias asistidas / servicios sociosanitarios. Por último, en lo que se han podido agrupar las respuestas en relación con las propuestas en el período post-COVID, un 2,8% estaban referidas a potenciar la investigación (vacuna, ensayos clínicos que proporcionen evidencia sobre la eficacia de los tratamientos, etc.) y un 0,7% a la mejora de los sistemas de información.



PROPUESTAS DE ASISTENCIA POST-COVID19



31,3%

Pruebas PCR

17,3%

Más recursos

Medidas de salud
pública

15,9%

Fortalecimiento
de la atención
primaria

11%

10,3%

Adecuar la asistencia
sanitaria a la
situación post-COVID

6,7%

Desarrollar la
teleasistenciaIntegración entre
el sistema sanitario
y las residencias
asistidas/servicios
socio-sanitarios

3,2%

Potenciar la
investigación

2,8%

0,7%

Mejorar los sistemas
de información

III.8.5. Evaluación del análisis de las respuestas cualitativas por los informadores clave

En la primera ronda participaron 19 expertos (“informadores clave”) y en la segunda 17. En la tabla III.11. se muestra el grado de acuerdo o desacuerdo de los expertos con que las opiniones y propuestas extraídas del análisis cualitativo de la encuesta respondían, a su juicio, con el de la generalidad de su colectivo (escala de Lickert: 1: totalmente en desacuerdo; 5: totalmente de acuerdo). Con la

excepción de las respuestas de que “nada” o “casi nada” había funcionado bien o de que “todo/casi todo” había funcionado mal, los informadores clave mostraban un alto nivel de acuerdo en que las valoraciones y propuestas extraídas del análisis cualitativo de las respuestas libres de la encuesta respondían a la percepción generalizada del colectivo profesional.

Tabla III.11. Grado de acuerdo / desacuerdo de los informadores clave con que las propuestas extraídas del análisis cualitativo de la encuesta respondían al sentir generalizado del colectivo profesional

Pregunta / Respuestas	Promedio	Mediana	Conclusión
¿Qué ha funcionado bien?			
Nada / Casi nada ha funcionado bien	2,3	2	En desacuerdo
Los profesionales sanitarios	4,8	5	Completamente de acuerdo
La capacidad de autoorganización	4,5	5	Completamente de acuerdo
Las medidas de confinamiento establecidas en el Estado Alarma	4,1	4	De acuerdo
La creación de equipos multidisciplinares / el trabajo en equipo	4,3	5	Completamente de acuerdo
La utilización de Internet / telemedicina / teleasistencia	4,1	4	De acuerdo



Pregunta / Respuestas	Promedio	Mediana	Conclusión
¿Qué ha funcionado mal?			
Todo / Casi todo	3,0	3	Ni de acuerdo ni en desacuerdo
Falta de recursos (equipos de protección individual, pruebas diagnósticas, ventiladores)	4,7	5	Completamente de acuerdo
Epidemiología / Vigilancia epidemiológica	4,4	4	De acuerdo
Control sanitario de las residencias asistidas servicios sociosanitarios	4,6	5	Completamente de acuerdo
Los "políticos", el Ministerio de Sanidad, las Comunidades Autónomas	4,6	5	Completamente de acuerdo
Los gestores	3,7	4	De acuerdo
Propuestas para la mejora organizativa y de gestión del Sistema Nacional de Salud			
Transferencia de responsabilidad organizativa y de gestión a los profesionales ("Gestión Clínica" / Profesionalizar la Gestión (autonomía del poder político)	3,8	4	De acuerdo
Aumentar la utilización de la teleasistencia / Digitalización del Sistema Nacional de Salud	4,2	4	De acuerdo
Mejorar la coordinación entre la atención primaria y el hospital	4,4	4	De acuerdo
Mejorar la coordinación del Sistema Nacional de Salud / Dar más competencias al Ministerio de Sanidad	3,7	4	De acuerdo
Plan de asistencia inmediata y a medio plazo post-COVID			
Pruebas diagnósticas (serológicas; PCR)	4,4	5	Completamente de acuerdo
Medidas de salud poblacional, aislamiento de los infectados, seguimiento de los contactos, educación sanitaria de la población	4,5	5	Completamente de acuerdo
Teleasistencia	3,9	4	Completamente de acuerdo
Investigación (vacunas, ensayos clínicos)	4,5	5	Completamente de acuerdo
Mejora de los sistemas de información	3,9	4	De acuerdo
Dotar / aumentar recursos (humanos, materiales -EPI, test, ventiladores, camas UCI- y/o económicos	4,6	5	Completamente de acuerdo
Organización centro para adaptarse a posibles nuevas crisis y para el manejo de los pacientes con COVID-19 (doble circuito, etc.)	4,4	4	Completamente de acuerdo



En la tabla III.12. se muestra el grado de acuerdo o desacuerdo de los expertos con las opiniones y propuestas extraídas del análisis cualitativo (escala de Lickert: 1: totalmente en desacuerdo; 5: totalmente de acuerdo). Con la excepción de las respuestas de que

“nada” o “casi nada” había funcionado bien o de que “todo/casi todo” había funcionado mal, los informadores clave mostraban un alto nivel de acuerdo con las valoraciones y propuestas extraídas del análisis cualitativo de las respuestas libres de la encuesta.

Tabla III.12. Grado de acuerdo / desacuerdo de los informadores clave con las propuestas extraídas del análisis cualitativo de la encuesta

Pregunta / Respuestas	Promedio	Mediana	Conclusión
¿Qué ha funcionado bien?			
Nada / Casi nada ha funcionado bien	2,6	2	En desacuerdo
Los profesionales sanitarios	4,6	5	Completamente de acuerdo
La capacidad de autoorganización	4,4	4	De acuerdo
Las medidas de confinamiento establecidas en el Estado Alarma	4,3	4	De acuerdo
La creación de equipos multidisciplinares / el trabajo en equipo	4,1	4	De acuerdo
La utilización de Internet / telemedicina / teleasistencia	4,1	4	De acuerdo
¿Qué ha funcionado mal?			
Todo / Casi todo	2,4	2	Ni de acuerdo ni en desacuerdo
Falta de recursos (equipos de protección individual, pruebas diagnósticas, ventiladores)	4,8	5	Completamente de acuerdo
Epidemiología / Vigilancia epidemiológica	4,4	4	De acuerdo
Control sanitario de las residencias asistidas servicios sociosanitarios	4,7	5	Completamente de acuerdo
Los “políticos”, el Ministerio de Sanidad, las Comunidades Autónomas	4,5	5	Completamente de acuerdo
Los gestores	3,6	4	De acuerdo



Pregunta / Respuestas	Promedio	Mediana	Conclusión
Propuestas para la mejora organizativa y de gestión del Sistema Nacional de Salud			
Transferencia de responsabilidad organizativa y de gestión a los profesionales ("Gestión Clínica" / Profesionalizar la Gestión (autonomía del poder político)	4,6	5	Completamente de acuerdo
Aumentar la utilización de la teleasistencia / Digitalización del Sistema Nacional de Salud	4,5	5	Completamente de acuerdo
Mejorar la coordinación entre la atención primaria y el hospital	4,7	5	Completamente de acuerdo
Mejorar la coordinación del Sistema Nacional de Salud / Dar más competencias al Ministerio de Sanidad	4,3	4	De acuerdo
La creación de equipos multidisciplinares / el trabajo en equipo	4,1	4	De acuerdo
La utilización de Internet / telemedicina / teleasistencia	4,1	4	De acuerdo
Plan de asistencia inmediata y a medio plazo post-COVID			
Pruebas diagnósticas (serológicas; PCR)	4,6	5	Completamente de acuerdo
Medidas de salud poblacional, aislamiento de los infectados, seguimiento de los contactos, educación sanitaria de la población	5,0	5	Completamente de acuerdo
Teleasistencia	4,2	4	De acuerdo
Investigación (vacunas, ensayos clínicos)	4,4	5	De acuerdo / Completamente de acuerdo
Mejora de los sistemas de información	4,8	5	Completamente de acuerdo
Dotar / aumentar recursos (humanos, materiales -EPI, test, ventiladores, camas UCI- y/o económicos)	4,7	5	Completamente de acuerdo
Organización del centro para adaptarse a posibles nuevas crisis y para el manejo de los pacientes con COVID-19 (doble circuito, etc.)	4,8	5	Completamente de acuerdo



III.9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Como se ha comentado en el apartado II. Material y Métodos, la muestra obtenida es por oportunidad, no probabilística, por lo que no se pueden hacer inferencias estadísticas que representen al universo de los profesionales sanitarios o de los médicos. No obstante, el gran tamaño de la muestra permite aventurar que representa las opiniones de una parte importante de los profesionales sanitarios. Al tratarse de una muestra por conveniencia pueden ser hipótesis de estudio que hayan contestado en mayor proporción los profesionales que se habían infectado por el SARS-CoV-2 o aquellos que estaban más descontentos. Mientras que la primera hipótesis no se ha podido analizar, al no disponer de datos de tasas de infección por profesión sanitaria y Comunidad Autónoma, no se ha encontrado una correlación estadísticamente significativa entre tasa de

respuesta y valoraciones promedio por Comunidades Autónomas, aunque si había una tendencia a una mayor participación cuanto menor valoración ($r: -0,334$; $p: 0,19$).

Existen otros dos sesgos en la encuesta. Las respuestas de las enfermeras se concentran (78%) en la Comunidad de Madrid, por lo que sus opiniones deben interpretarse como representativas de un amplio grupo de este colectivo profesional para la Comunidad de Madrid. El segundo sesgo se refiere a los médicos que han participado en la encuesta, en donde están sobrerrepresentadas las especialidades de las sociedades científico-médicas que han colaborado en la encuesta, que son las más directamente implicadas en la asistencia sanitaria a los pacientes con COVID-19, salvo los médicos de los servicios de urgencias con una participación menor.





Capítulo IV

Discusión



Capítulo IV. Discusión

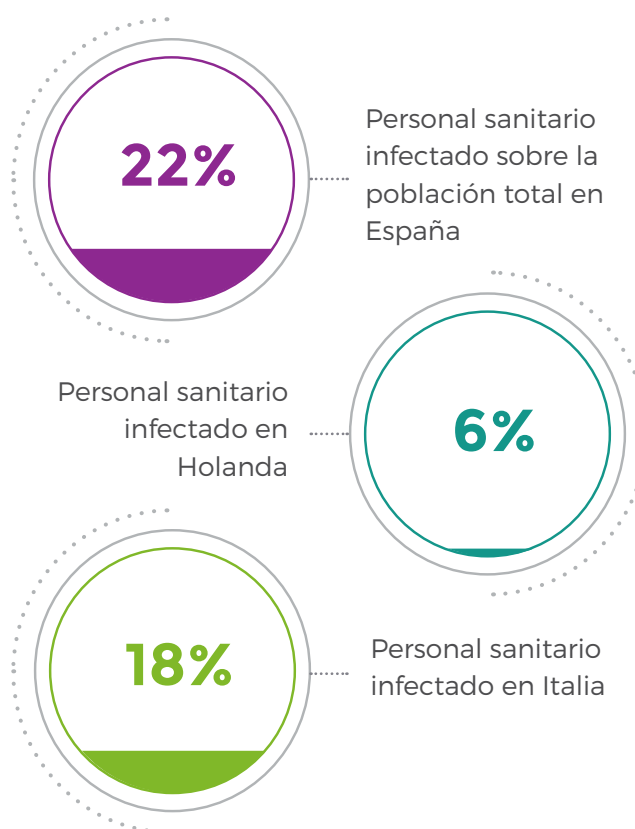
En este apartado analizamos los resultados de la encuesta, así como los hallazgos de su análisis estadístico y cualitativo. En el análisis seguimos el orden de los distintos apartados del formulario.

IV.1. PREPARACIÓN CONTRA LA PANDEMIA Y PROTECCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO

El 16,4% de los profesionales que contestaron la encuesta se infectaron por el SARS-CoV-2, elevándose dicho porcentaje al 20,6% en los que habían estado en contacto directo con pacientes de COVID-19 (un 25,8% en el caso de las enfermeras). El Instituto Carlos III detectó una tasa de un 22% de personal sanitario infectado sobre la población total²⁹, con una tasa de hospitalización del 11% y de 1 por mil de mortalidad. El porcentaje de médicos infectados en nuestro estudio es algo superior al de una encuesta española realizada a 1.547 médicos (11%)³⁰.

La tasa de infección de los profesionales sanitarios en España es notablemente más elevada que la descrita en China (4%), situándose en el rango de la tasa de infección descrita en Wuhan³¹. Por el momento, no hay disponible información actualizada para hacer una comparativa sobre la tasa de infección en personal sanitario en los países de la Unión Europea. Una encuesta realizada en Italia mostró una tasa de infección del 18%³² y del 20% en el Reino Uni-

do³³, mientras que la tasa de infección en sanitarios registrada en Holanda era del 6%³⁴. Centrándonos en nuestro medio, la tasa real de personal sanitario infectado por el SARS-CoV-2 es objeto de discusión, puesto que las cifras del Instituto Carlos III (40.961, a 11 de mayo de 2020) son notablemente más bajas que las manejadas por otras fuentes, que llegan a situarlos en 50.000.



Tres veces más infectados entre los profesionales sanitarios que la población general

La incidencia de casos hallada en nuestro estudio (16,4%) es tres veces superior a la encontrada en la población general en el estudio de seroprevalencia realizado por el Instituto Carlos III³⁵. Dicho estudio incluye la pregunta de si el entrevistado es “sanitario con atención clínica a pacientes”, por lo que este dato debería contribuir a aproximarse a una esti-

mación sólida de la tasa real de infectados entre el personal sanitario.

En todo caso, la tasa de profesionales sanitarios infectados en España debe calificarse como muy elevada, si bien la información disponible no permite afirmar que seamos el país con mayor incidencia entre el personal de salud.

Sin recursos suficientes

El 91,5% de los profesionales sanitarios encuestados dijeron que antes o durante las dos primeras semanas después de decretarse el Estado de Alarma no se disponía de recursos suficientes y adecuados para conocer si los sanitarios se habían contagiado por COVID-19. El 29,2% afirmó disponer de equipos de protección individual (EPI) desde el inicio. Ambos déficits pueden contribuir a explicar la elevada tasa de infección entre profesionales sanitarios en nuestro país.

Un 42,5% de las respuestas a la pregunta “¿Qué es lo que piensa que ha funcionado mal en esta crisis, en relación con la organización y gestión de la asistencia sanitaria?” mencionaba la falta o retraso en la disponibilidad de recursos, especialmente

de EPI, así como pruebas diagnósticas. La falta de disponibilidad de EPI y test diagnósticos ha sido también señalada en numerosos países occidentales, incluyendo los Estados Unidos³⁶. Una de las lecciones aprendidas de la dramática experiencia de la provincia italiana de Bérgamo es la necesidad de hacer test a los profesionales sanitarios, incluidos los asintomáticos, para detectar la infección y confinarlos³⁷.



Afirmó que no se dispuso de recursos suficientes para detectar los contagios entre el personal sanitario antes o al principio del Estado de Alarma



Transmisión del virus entre sanitarios

Es posible que la fuente más importante de contaminación entre el personal de salud sea la transmisión entre los propios sanitarios, en mayor medida que del propio paciente³⁵. La evidencia disponible es que la transmisión en los centros sanitarios se reduce notable y significativamente con la distancia social, el uso de mascarillas (N95, estándar americano, FFP2 estándar europeo) y la protección ocular³⁸. Basado en este estudio, se ha sugerido que la utilización de mascarillas FFP2 por el personal sanitario debería ser un estándar mínimo³⁹.

Un porcentaje importante (83%) de los profesionales desconocía, previamente-

te a la pandemia, la existencia de un plan de contingencia en su centro para responder a una eventualidad de estas características. En los comentarios a la pregunta “¿Qué es lo que piensa que ha funcionado mal en esta crisis, en relación con la organización y gestión de la asistencia sanitaria?” el 14% que se refieren a la “falta de preparación o previsión”. A pesar de ello, la respuesta de los centros puede considerarse algo mejor, pues el 36,5% contestó que desde el inicio se habían elaborado protocolos para evitar el contagio de los profesionales y un 34,5% indicó que esto se logró después de la segunda semana del Estado de Alarma.

Confinamiento

Un 5,4% de los entrevistados respondió a la pregunta “¿Qué es lo que piensa que ha funcionado bien en esta crisis, en relación con la organización y gestión de la asistencia sanitaria?” que lo que más funcionó fue el Estado de Alarma decretado por el Gobierno, con las medidas de confinamiento de la población. Sin embargo, la mayoría señaló que la medida se tomó con retraso, coincidiendo en ambas apreciaciones con el informe de Orea y Álvarez (Universidad de Oviedo)⁴⁰.

Las medidas de confinamiento, distanciamiento social y uso de mascarillas se han mostrado, en ausencia de una detección precoz de casos infectados

y trazabilidad de los contactos, como las más eficaces para luchar contra la pandemia, mientras no se disponga de un tratamiento o vacuna eficaz^{9,11,41,42,43,44,45,46,47}.

En el artículo publicado por Flaxman y cols. en Nature, comparando los tiempos en la adopción de estas medidas en 11 países europeos, España no se diferencia en cuanto al retraso en la adopción de medidas de confinamiento, distanciamiento social,... del resto de los países europeos analizados; salvo Portugal, que es el país que las adoptó con mayor rapidez¹⁹. Este trabajo estima que las medidas de confinamiento en España han salvado 450.000 vidas.



Falta de previsión

En la esfera política, en los medios de comunicación y entre los profesionales sanitarios se ha atribuido la ausencia de previsión al ámbito político (generalmente al Gobierno de España), señalando las advertencias del Fondo Económico Mundial⁴⁸ y de la Organización Mundial de la Salud⁴⁹, así como el incumplimiento de lo previsto en la Estrategia de Seguridad Nacional de 2017⁵⁰. Dicha Estrategia de Seguridad Nacional, en el apartado de “seguridad frente a pandemias y epidemias”, establecía como principal objetivo:



Adoptar planes de preparación y respuesta ante riesgos sanitarios, tanto genéricos como específicos, bajo el principio de coordinación entre la Administración General del Estado y las Administraciones Autonómicas y con organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud o, en el seno de la UE, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades”.



Sin embargo, es difícil atribuir al actual Gobierno en exclusiva dicha responsabilidad pues la Estrategia de Seguridad Nacional de 2013, gestionada por una administración de distinto color político, contenía la misma frase y tampoco se elaboraron los planes de preparación y respuesta a la pandemia.

También hay que tener en cuenta que las competencias transferidas a las Comunidades Autónomas en gestión sanitaria son prácticamente totales, por lo que no es posible atribuir a la Administración Central la exclusiva responsabilidad por la falta de previsión. La respuesta a la crisis de la COVID-19 ha tenido un carácter nacional (también dentro de la Unión Europea)⁵¹ más que internacional y multilateral, habiéndose denunciado la falta de liderazgo a nivel mundial⁵².

La alarma científica de que nos encontrábamos ante una pandemia de grandes proporciones se publicó antes de la declaración del Estado de Alarma⁵³, pero también antes de la declaración de pandemia por la Organización Mundial de la Salud (el 11.03.20, dos semanas después de la publicación del artículo de Callaway en Nature). Por último, como ejemplo del escaso acierto de instituciones internacionales tan prestigiosas como la Johns Hopkins y The Economist al evaluar las capacidades de los distintos estados para afrontar crisis similares a las de la COVID-19, el “Global Health Security Index” situaba a Estados Unidos en primer lugar del ranking de seguridad⁵⁴, seguido inmediatamente por el Reino Unido (España ocupaba el 15º lugar, flanqueada por Alemania y Noruega). No parece que esta clasificación se haya comparado con lo sucedido en la práctica.



Fallos en la red de vigilancia epidemiológica

La falta de prevención se extiende también a los servicios de vigilancia epidemiológica para un 2% de los que respondieron a la pregunta “¿Qué es lo que piensa que ha funcionado mal en esta crisis, en relación con la organización y gestión de la asistencia sanitaria?” Esto incluye a los servicios de vigilancia epidemiológica, incluyendo a los servicios de medicina preventiva de los centros. Como consecuencia del desafío de la COVID-19, la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria ha destacado la “precariedad” de la red de vigilancia epidemiológica⁵⁵.

Si bien el panorama general de la respuesta de occidente frente a la pandemia es deplorable, el “mal de muchos” no exime de la responsabilidad a los gobiernos, tanto central como autonómico. En un estudio similar al realizado por la Fundación IMAS, llevado a cabo en Reino Unido, el 67% de las respuestas hacían referencia la falta de EPI, el 90% de los encuestados consideraba que la nación no estaba preparada para la pandemia y el mismo porcentaje pensaba que se debían haber tomado medidas de confinamiento más tempranas⁵⁶.

Disparidades entre países en la eficacia de la respuesta

Mientras el Reino Unido parece jugar en nuestra liga en relación con la pandemia, hay países que reaccionaron más rápida y eficazmente que España (Figura I.1), como Alemania, Noruega o Portugal, que declaró el confinamiento 15 días después del primer caso declarado, frente a los 45 días de España¹⁴.

Incluso dentro de países con una elevada tasa de contagiados y fallecidos como Italia, regiones como Véneto^{58,59} han sido eficaces en la lucha contra la pandemia, sucediendo lo mismo en relación con Escocia, con mejores resultados que Inglaterra²⁸ o Iowa en contraposición a Illinois en Estados Unidos⁶⁰.

En conclusión: Los dos factores más importantes que, en opinión de los profesionales han definido la situación, han sido la falta de previsión y preparación contra la pandemia. Este hecho provocó el retraso en la adopción de medidas y la falta de recursos, especialmente equipos de protección individual y pruebas diagnósticas. Estos últimos probablemente han contribuido a tener una elevada tasa de morbi-mortalidad por COVID-19 entre el personal de salud en España.

LA FALTA DE
PREVISIÓN
Y PREPARACIÓN

supuso

RETRASO DE
MEDIDAS
Y FALTA DE
RECURSOS



IV.2. IDENTIFICACIÓN Y MANEJO ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES: ENFOQUE HOSPITALARIO EN LUGAR DE COMUNITARIO

A pesar de que la mayor parte de los profesionales señalan que no se dispusieron de recursos suficientes y adecuados para identificar a los pacientes con COVID-19, la respuesta de los centros a nivel local para adaptarse a la crisis y atender a los pacientes con COVID-19 se ha considerado en términos generales como eficaz (aunque posiblemente con notables diferencias entre los centros). La escasa coordinación asistencial que se intuye en algunas Comunidades Autónomas apuntan a un enfoque inadecuado, opuesto a los modelos de éxito basados en un abordaje integral en los que se ha llevado a cabo una reorganización del sistema sanitario a nivel regional⁶¹.

En la mayoría de las respuestas a la encuesta se constata la elaboración de protocolos para el manejo de los pacientes con sospecha de COVID-19 y contactos estrechos, así como el desarrollo de procesos asistenciales para el manejo de los pacientes con COVID-19 integrando a todas las unidades relevantes. También se pone de manifiesto la elaboración de planes de atención a pacientes con patologías distintas a la infección por COVID-19 que requerían también una atención prioritaria y el establecimiento de criterios de derivación a otros centros. A pesar de que el 63%

de las respuestas señalan que se elaboraron protocolos para atender a pacientes no COVID, el Instituto Carlos III y el Instituto Nacional de Estadística han detectado un incremento de la mortalidad general por encima de la que explicaría la mortalidad por COVID-19⁶² (Figura I.2). Por ejemplo, en patología cardíaca la Sociedad Española de Cardiología (SEC) detectó un descenso de un 40% en la realización de angioplastia primaria durante la pandemia. Este procedimiento constituye el tratamiento de elección en infarto agudo de miocardio⁶³, lo que indicaría un infra-tratamiento de esta patología durante la crisis.



Debilidades de la organización

Otras de las conclusiones observadas en la encuesta como posibles debilidades en el manejo asistencial de los pacientes con COVID-19 son:

1. La respuesta de los centros para elaborar planes y protocolos de atención tendió a ser tardía, puesto que se llevaron a cabo después de la segunda semana de declaración del Estado de Alarma.
2. Existió una escasa utilización de recursos disponibles de la sanidad privada (menos del 50%), situación que ha sido denunciada también por la industria del sector⁶⁴.
3. Hubo una deficiente coordinación entre atención primaria y especializada. Siendo la atención primaria una de las fortalezas del Sistema Nacional de Salud, dedicaremos a este aspecto una breve reflexión.

Atención centrada en la comunidad

Las contestaciones de los médicos, desde la perspectiva del hospital o de atención primaria, sugieren un pobre nivel de coordinación. Solamente un tercio de los médicos que trabajaban en el hospital o en el centro de salud consideraba que la coordinación primaria-especializada había sido buena. Un porcentaje importante de los médicos de hospital carecía de información al respecto y la mayoría de los médicos de centros de salud consideraba que había funcionado mal.

La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) ha señalado que la respuesta organizativa realizada desde las diferentes administraciones sanitarias y los servicios de salud pública no había tenido en consideración la fortaleza de la atención primaria⁶⁵. Como se señalaba desde el “epicentro” de la pande-

mia en Italia “los sistemas sanitarios occidentales se han construido en torno al concepto de atención centrada en el paciente, pero una epidemia requiere un cambio de perspectiva hacia un concepto de atención centrada en la comunidad”⁶⁶.

En este contexto, en colaboración con otras sociedades científicas, IMAS ha señalado que este cambio de paradigma “el fin de la enfermedad”⁶⁷ debería llevar al sistema sanitario a centrarse en la “salud poblacional”^{1,68,69}, no solamente en época de pandemia. En relación con el funcionamiento de la atención primaria y su “coordinación” con la asistencia especializada/hospital no es esperable obtener los resultados diferentes haciendo reiteradamente lo mismo, que es lo que básicamente propone el “Plan” del Ministerio de Sanidad⁷⁰. Tampoco es suficiente con repensar la



atención primaria desde su perspectiva⁷¹, pues como señala Porter “el único camino para incrementar el valor en la

atención primaria es reconocer que la atención primaria es la unidad de análisis equivocada”⁷².

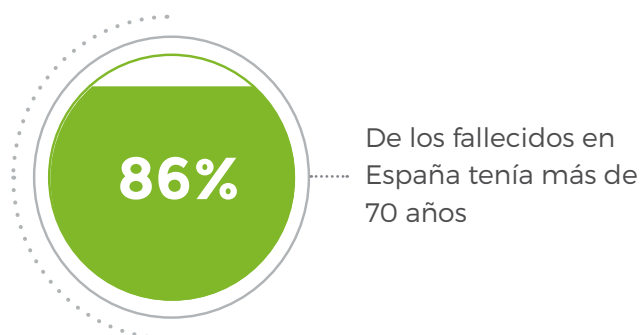
Asignación de recursos

La mayoría de las respuestas afirmaban que se habían establecido criterios explícitos de limitación del esfuerzo terapéutico (en realidad, de “cribado”) basados en las características de los pacientes y la disponibilidad de recursos. Sin embargo, un porcentaje muy bajo de dichos criterios habían sido aprobados por el Comité de Ética del centro. La respuesta al problema de recursos insuficientes se trasladó a los profesionales sin tener en cuenta la consideración básica de que, para establecer criterios de cribado, debe asegurarse que los recursos se han extendido al máximo (tanto a nivel local como regional y nacional) y que los criterios deben ser consensuados y transparentes para toda la población. La anticipación también en este punto debería haber llevado a la elaboración de criterios nacionales, pero para ello era preciso aceptar en el ámbito político la falta de recursos.

Este hallazgo debe, a nuestro juicio, considerarse una debilidad en el manejo asistencial de los pacientes con COVID-19, en la medida que los criterios de limitación no estuvieron basados en fundamentos éticos explícitos,

lo que puede dar lugar a una injusta asignación de recursos⁷³.

Aunque no se realizó una pregunta directa sobre la relación entre los centros sanitarios y los sociales, especialmente las residencias asistidas, un 4,6% de los que respondieron a la pregunta sobre lo que había funcionado mal, contestaron que la coordinación entre sistema sanitario y social, y la asistencia sanitaria en las residencias. La Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud estimaba que el 50% de las muertes por COVID-19 se producían en personas mayores de 80 o más años⁷⁴, porcentaje igual al reportado en Estado Unidos⁷⁵. En nuestro país, el 86% de los fallecidos tenía más de 70 años (fuente: Instituto de Salud Carlos III). No se dispone de datos confiables de muertes por COVID-19 en residencias asistidas en España, pero puede afirmarse que se trata de una cifra elevada.



Residencias asistidas

Los estudios publicados muestran una elevada tasa de residentes geriátricos infectados que no presentan inicialmente síntomas, una rápida diseminación de la enfermedad y una elevada tasa de muertes entre los ancianos residentes^{76,77,78}. Una detección precoz -mediante test- de posibles infectados en las residencias asistidas, tanto entre los residentes como el personal asistencial, y el confinamiento de los infectados habría contribuido a reducir notablemente la morbi-mortalidad de los mayores ingresados en dichos

centros. La situación vivida denuncia una mejorable interacción entre servicios sociales y sanitarios, que desafortunadamente la “ley de dependencia” no abordó⁷⁹. En la encuesta realizada, un 3,2% de las respuestas a la pregunta abierta sobre propuestas para adaptar la asistencia sanitaria a las demandas inmediatas y a medio plazo se referían a una mayor coordinación o integración entre el sistema sanitario y las residencias asistidas/servicios sociosanitarios, lo que representa una cuestión que se debe abordar.

Atención comunitaria

La inaceptable situación vivida en las residencias asistidas es un ejemplo de la falta de orientación comunitaria del Sistema Nacional de Salud. Este déficit se extiende también a otros aspectos relacionados con los determinantes de salud y la pobre coordinación entre servicios sociales y sanitarios. Algunos estudios han señalado la existencia

de desigualdades en la afectación por COVID-19 asociadas a determinantes sociales⁸⁰. Es necesario incorporar a la asistencia sanitaria la atención a los determinantes sociales de la salud^{81,82}, no sólo en relación con la asistencia a las personas mayores⁸³, ya que esos determinantes comprometen la eficacia de la asistencia^{84,85}.

En conclusión: la respuesta del Sistema Nacional de Salud a la crisis provocada por la pandemia ha sido notablemente inadecuada. A pesar de que la respuesta de numerosos hospitales y centros de atención primaria fue probablemente eficaz, el enfoque del sistema fue “hospitalocentrista” en lugar de comunitario, lo que se ha traducido en un número mucho mayor de fallecimientos. También brilló por su ausencia la coordinación entre hospitales y atención primaria, así como entre recursos sanitarios y sociales. Al tratarse de una respuesta fragmentada, en la que cada centro tendió a responder lo mejor que sabía o podía, no se utilizaron adecuadamente la totalidad de los recursos, incluyendo los del sector privado.



IV.3. INCIDENCIA EN LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA. ¿LA LLEGADA DEL HOSPITAL DEL FUTURO?

Uno de los aspectos más positivos de la respuesta del sistema a la pandemia ha sido el impulso de nuevas formas de organización de los centros. La SEMI, con la colaboración de IMAS, otras sociedades científico-médicas, entidades profesionales y asociaciones de pacientes, han desarrollado una propuesta de “hospital del futuro”⁸⁶, que se resume en 10 puntos⁴². Las respuestas obtenidas en la encuesta de la Fundación IMAS señalan que la crisis de la COVID-19 ha impulsado en muchos centros avances hacia el diseño propuesto del hospital del futuro.

Al menos para el manejo de los pacientes de COVID-19, probablemente la crisis ha favorecido en muchos centros la implantación, al menos para el manejo de los pacientes de COVID-19, de una gestión por procesos y la formación de equipos multidisciplinares, con un desdibuja-

miento de las tradicionales barreras entre servicios y especialidades. Un 75% de los encuestados opina que la crisis actual ha impulsado el trabajo en equipos multidisciplinares y un 6,7% de los comentarios libres a la pregunta sobre qué había funcionado bien se referían a conceptos como la capacidad de reestructuración del hospital, el trabajo en equipo, la multidisciplinariedad, etc., lo que se traduce en un sentido de pertenencia al centro y compañerismo (Box IV.1.).

Un 62% de las respuestas libres sobre lo que había funcionado bien se referían a aspectos como el personal sanitario, el compañerismo, el “factor humano”, el compromiso de los sanitarios, etc. Esta percepción no se ha visto en la valoración que han tenido los profesionales sobre la actuación de equipos directivos de los centros y las administraciones autonómica o central.

Box IV.1. Comentarios sobre la formación de equipos multidisciplinares como respuesta de los centros a la crisis de la COVID-19

- En mi hospital en concreto, la organización de las plantas COVID en equipos multidisciplinares integrados por médicos de todas las especialidades médicas.
- La nueva estructuración del hospital y la creación de equipos multidisciplinares para atender a paciente COVID-19.
- La respuesta humana de todo equipo sanitario, para poder trabajar en equipos multidisciplinares de manera ejemplar.
- La colaboración entre servicios, instauración de equipos multidisciplinares.
- Todos los profesionales sanitarios se han dejado la piel y algunos la vida por atender a los pacientes lo mejor posible con muy pocos recursos. Se ha trabajado en equipos multidisciplinares y todos han aportado mucho incluso en actividades fuera de la actividad asistencial habitual.



Asimismo, la adaptación de los centros a la crisis ha conllevado un aumento de la utilización de la telemedicina. El 90% de las respuestas afirmaba que la

respuesta a la crisis había impulsado la utilización de la telemedicina, si bien la mayoría de las respuestas libres hacían alusión especial a la consulta telefónica.

Box IV.2. Autoorganización, adaptación, flexibilidad de los centros en la crisis de la COVID-19

- Sólo ha funcionado bien la organización realizada dentro del propio servicio (arreglándonos con lo que teníamos). La organización por parte de los órganos de gobierno ha sido nefasta.
- La adaptación al cambio en tiempo record y reinención cada día según las circunstancias en una organización que por historia es rígida.
La capacidad del personal sanitario de adaptarse, trabajar en equipo y organizarse...
- La respuesta de los servicios en donde el jefe gestiona recursos se ha ganado su puesto. Los profesionales nos hemos organizado y gestionado mejor que la dirección del hospital, la Consejería o el gobierno cuyos mandos son políticos no preparados para situaciones como la que estamos viviendo
- Organización y unión intra-equipos, con reasignación de tareas y funciones, colaboración, dedicación y responsabilidad. Se ha demostrado capacidad de adaptación, aprendizaje y autocritica.

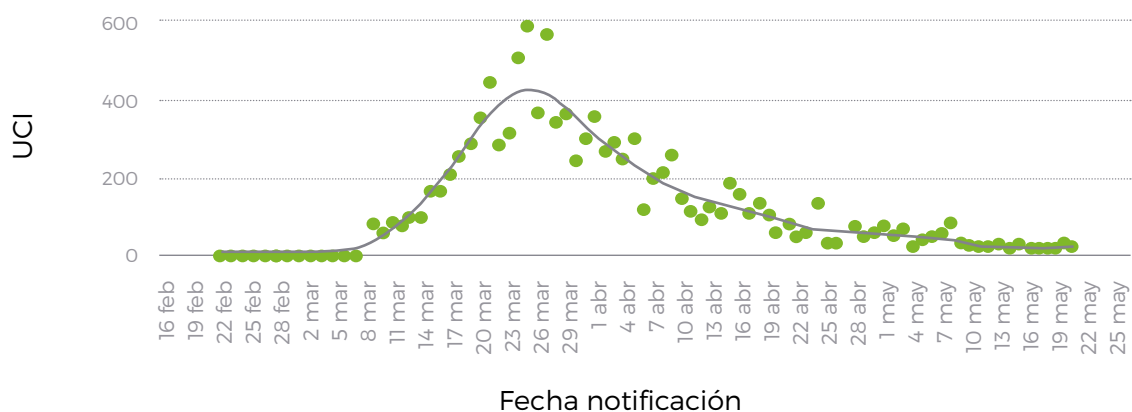
Autoorganización. Adaptación

Otro aspecto relevante de la respuesta de los centros a la crisis es la autoorganización de los equipos profesionales y la flexibilidad para adaptarse. Un 7,3% de las respuestas a la pregunta libre sobre lo que había funcionado bien se referían a la capacidad de autogestión de los equipos profesionales, contrapuesta con la rigidez e ineficacia de la gestión por parte de los órganos de

gobierno del centro o de la administración (Box IV.2). Esa capacidad de adaptación probablemente ha facilitado poder multiplicar las camas de cuidados intensivos en los momentos más exigentes de la crisis, con un desplazamiento de los recursos humanos y de toda la organización hospitalaria hacía un mayor nivel de intensidad de cuidados^{87,88}, (Figura IV.1).



Evolución diaria según nivel de gravedad (datos agregados Min. Sanidad)



- casos diarios
 - tendencia estimada con regresión local (loess) con $\alpha=0.3$ (parámetro de suavizado y $\lambda=2$ (grado polinomio local).
- Se excluyen los datos de hospitalizados y UCI del día 26 de abril por incluir un cambio en el criterio de notificación.

Casos acumulados según nivel de gravedad (datos agregados Min. Sanidad)

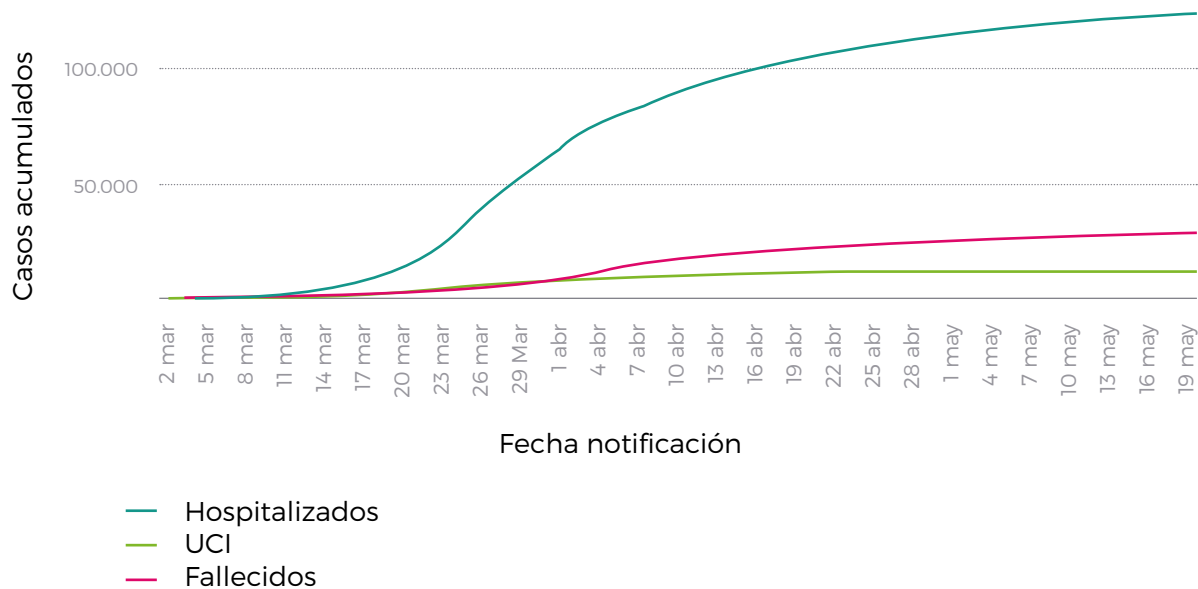


Figura IV.1. Evolución de casos hospitalizados y en unidades de cuidados intensivos

Fuente: Instituto Carlos III. Consultado el 07.06.20.

Aunque algunos hospitales españoles probablemente hayan experimentado un avance hacia “el hospital del futuro”⁸⁹, hay que destacar las dificultades para poder avanzar en autonomía y responsabilidad de gestión, en la creación de equipos y unidades multidisciplinarios, en la gestión por procesos y la garantía de continuidad asistencial o en la implantación de la teleconsulta. Mencionamos algunas de ellas:

- En la mayoría de los centros del Sistema Nacional de Salud no existe autonomía de gestión; de hecho, sería de interés analizar si ha habido diferencias en la capacidad de respuesta de las distintas formas de gestión. La estructura de gobierno de los hospitales es jerárquica y existen rígidas divisiones departamentales, entre servicios y especialidades⁵⁹.
- En los centros del Sistema Nacional de Salud no existe una cultura de gestión por procesos, incluyendo tanto la atención sistemática al paciente agudo como al crónico complejo⁵⁹.
- El sistema de formación médica especializada (MIR) está fragmentado en 44 especialidades que no parten de troncos formativos comunes, a diferencia del modelo de Estados Unidos y del Reino Unido⁹⁰ que importó España, existiendo una pulsión hacia fragmentarlo todavía más. Además, la mayoría de los hospitales se organizan por servicios de “especialidad”. Ambas características dificultan avanzar en la interdisciplinariedad y la gestión por procesos.
- La digitalización tiene un largo camino por recorrer en el Sistema Nacional de Salud⁹¹. Un reciente estudio de COTEC y FENIN determina que la madurez digital de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas es baja; 3,2 sobre 10, lo que se traduce en un “suspense” sin paliativos⁹². La implantación de la “telemedicina”, de la que la teleconsulta es el recurso tecnológicamente más sencillo, necesita aún resolver aspectos de protección de datos, de registro de la actividad y de estimación de la carga asistencial/pago a los proveedores de servicios, entre otros⁹³.

En conclusión: La crisis ha propiciado una respuesta adaptativa de los hospitales que los ha acercado a las propuestas de el “hospital del futuro”. La capacidad de autoorganización de los centros y los equipos ha sido relevante para generar esta transformación. La posibilidad de que esta evolución se mantenga y desarrolle en el tiempo dependerá de la capacidad que tenga el Sistema Nacional de Salud de introducir las reformas estructurales y de gestión que permitan la progresiva adaptación de los hospitales a integrarse en una red de servicios asistenciales. La misma reflexión se aplica al desarrollo de la telemedicina, tanto en atención primaria como en los hospitales, condicionado a la “digitalización” del Sistema Nacional de Salud, que tiene un largo camino por recorrer.



IV.4. FUNCIONAMIENTO DE LOS DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES / DE RESPONSABILIDAD. LA NECESIDAD DE REFORMAR EL GOBIERNO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Los hallazgos de la encuesta muestran una progresiva desafección de los profesionales respecto de los órganos de dirección cuanto más alejados de su puesto de trabajo, obteniendo las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad las peores valoraciones, que están situadas en el “suspense”. Sin embargo, el funcionamiento de los órganos directivos de los centros y, especialmente, de los servicios, en los que se incluye el centro de salud como unidad organizativa, obtienen las valoraciones más altas. La distancia de la valoración, de promedio, entre el servicio (lo mejor valorado) y el Ministerio de Sanidad (lo peor) es de 3,1 puntos, lo que es una brecha considerable. La valoración expresada por los profesionales sanitarios en relación con el Gobierno del Estado es similar a la de las encuestas disponibles de la población general⁹⁴.

Una encuesta continua de la población general muestra una notable distancia entre la valoración del personal sanitario (99% de popularidad) frente a las administraciones: ayuntamiento (61%), Gobierno Autonómico (56%) y Gobierno de España (42%), en relación con la respuesta a la crisis provocada por la pandemia⁹⁵. Aunque, en

parte, este hallazgo puede explicarse considerando que el malestar por la gestión de la crisis se “encona más cuanto más lejana es la instancia responsable”⁹⁶, consideramos que sería poco juicioso justificarlo únicamente en este fenómeno. De hecho, un 24% de respuestas a la pregunta abierta sobre lo que había funcionado mal señalaba a las administraciones (tanto Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas como Ministerio de Sanidad) y a los políticos (Box IV.3).



Box IV.3. La opinión de los profesionales sobre las administraciones y los políticos en la gestión de la crisis de la COVID-19

- La organización sanitaria en España es algo lamentable, con 17 sistemas que han confluido en uno mal organizado y en el peor momento imaginable, con un Ministerio de Sanidad absolutamente incapacitado para esa tarea.
- El que los organizadores de nuestro sistema sanitario estén politizados, intentando como siempre sacar rédito político de una situación tan grave como la actual...
- La respuesta del personal político y los cargos de confianza.
- La mala previsión, la desorganización y la descoordinación entre el Gobierno Central y Autonómicos.
- Han funcionado mal todas las instituciones políticas y organizativas (Ministerio y Consejerías de Sanidad), que no han sido capaz de usar el talento disponible y a los profesionales.
- Tenemos una clase política que no está preparada para gestionar.
- Los políticos que lo controlan todo sin experiencia, no hay profesionales apolíticos... si no haces caso del político de turno te destituyen y esto pesa mucho.
- Que el personal que se encuentra en puestos de poder en la pirámide sanitaria no está cualificado para hacer lo que debe. Los puestos a dedo y políticos es lo que tienen.
- Los criterios políticos prevalecen sobre los técnicos. Incompetencia del ministerio a la vez de afán de protagonismo y asunción de un mando único sin capacidad ni estructura para ejercerlo... Falta de coordinación entre autonomías, no se ha contado con los profesionales de ningún sector, ...

Valoración del Ministerio de Sanidad

Existen notables diferencias en la percepción de los profesionales sobre la eficacia de la respuesta por las distintas Comunidades Autónomas/ Servicios de Salud (Figura III.6). La baja valoración del papel del Ministerio de Sanidad por parte de los profesionales merece una breve reflexión. La declaración del Estado de Alarma se acompañó de una centralización

de competencias en el Ministerio de Sanidad⁹⁷. El Decreto establecía que “las administraciones públicas autonómicas y locales mantendrán la gestión, dentro de su ámbito de competencia, de los correspondientes servicios sanitarios, asegurando en todo momento su adecuado funcionamiento. El Ministro de Sanidad se reserva el ejercicio de cuantas fa-



cultades resulten necesarias para garantizar la cohesión y equidad en la prestación del referido servicio”.

Como se ha señalado en múltiples análisis de la estructura de gobierno del Sistema Nacional de Salud, las competencias en salud pública y gestión sanitarias están “devueltas”, transferencia con capacidad legislativa, prácticamente en exclusividad a las Comunidades Autónomas y los instrumentos de cohesión entre éstas y el Estado son extraordinariamente débiles^{13,41,14,16,20,98,99}. En ausencia de instrumentos eficaces de cohesión y también de recursos, pues el Ministerio de Sanidad ha perdido desde hace mucho tiempo su liderazgo al participar del concepto de que la sanidad estaba descentralizada en las Comunidades Autónomas, la capacidad real del Ministerio de Sanidad de influir en la gestión de la asistencia sanitaria ha sido prácticamente nula, incluyendo un aspecto tan relevante para la gestión de la crisis y la cohesión como es la información sanitaria.

No cabe duda de que existe una responsabilidad del Ministerio de Sanidad en la gestión de la crisis provocada por la COVID-19, pero dicha responsabilidad es compartida con las Comunidades Autónomas, por lo que el ejercicio de algunas de estas administraciones de trasladar la responsabilidad en exclusiva al Ministerio de Sanidad no se sustenta ni en la distribución competencial previa al Estado de Alarma, ni en la que éste estableció. La mayor responsabilidad de los gobiernos de España, también compartida con los de las Comunidades Autónomas, ha sido, a nuestro juicio, precisamente no haber abordado la “gobernanza” del sistema, desarrollando instrumentos adecuados de cohesión (o co-gobernanza).

Un 9,1% de las respuestas a la pregunta libre sobre lo que había funcionado mal mencionaba a los gestores (Box IV.4). Un hecho relevante es que la mayoría de las opiniones que expresaban su mala valoración de los gestores hacía alusión a su dependencia de los políticos (la ausencia de una gestión profesionalizada).



Box IV.4. La opinión de los profesionales sobre las gerencias en la crisis de la COVID-19

- Que los directivos de hospitales sean políticos ha sido nefasto. Reaccionaron tarde escuchando solo a sus dirigentes políticos y no a sus trabajadores.
- Incompetencia global de los gestores sanitarios.
- Falta de profesionalidad en los equipos de dirección se ha visto en la falta de toma de decisiones importantes para involucrar a todos los profesionales y todos los medios de los que dispone.
- La incompetencia de los responsables escogidos por criterios políticos (no profesionales).
- El papel de los gestores y políticos, demostrando una vez más su desconexión con el mundo real.
- Los políticos y gerentes de hospitales.
- La ineptitud a nivel de direcciones de áreas.

En conclusión: La crisis ha desvelado una notable desafección de los profesionales respecto de los niveles de gestión política, incluyendo también a los equipos de gestión de los centros que son vistos en numerosas ocasiones como instrumentos de los políticos. Este hecho, unido a la eficaz capacidad de los profesionales para autoorganizarse adecuadamente como respuesta a los retos de la crisis, debería llevar a una reconfiguración de las formas de gobierno de los centros impulsando la “gestión clínica”, en el sentido de transferir responsabilidad organizativa y de gestión a equipos profesionales multidisciplinares^{71,100}. Un componente que inmediatamente se deduce de esta propuesta y de la propia encuesta es la necesidad de “profesionalizar” la gestión, en el sentido de establecer criterios objetivos, evaluables y no “políticos” para el nombramiento y remoción de los puestos de gestión, incluyendo a los responsables de los servicios. Esto debería llevar a reconfigurar las formas de gestión, dotando a los centros de autonomía de gestión y evaluación por resultados. Otro aspecto relevante para el gobierno del Sistema Nacional de Salud es la necesidad de desarrollar instrumentos adecuados de cohesión, lo que implica el desarrollo de instituciones de co-gobierno entre la Administración Central del Estado y las Comunidades Autónomas, en los que participen todas las partes interesadas, incluyendo sociedades científicas y otras entidades profesionales, asociaciones ciudadanas y de pacientes, etc⁴¹.



IV.5. LA DISTINTA PERCEPCIÓN DE LA CRISIS ENTRE GRUPOS PROFESIONALES

La profesión enfermera es la que en mayor medida ha sufrido el contagio por el SARS-CoV-2, siendo el colectivo más expuesto y el que en mayor proporción se ha infectado.

Existen diferencias significativas en la percepción de la crisis entre grupos profesionales. Los médicos contestaban en mayor proporción que el resto de los colectivos que habían dispuesto de recursos para identificar contagios desde el inicio; un 8,4% en contraposición al 5% de las enfermeras. Asimismo, los médicos contestaban, en mayor proporción que el resto de los colectivos profesionales, que se habían elaborado protocolos para evitar contagios y disponer de EPI.

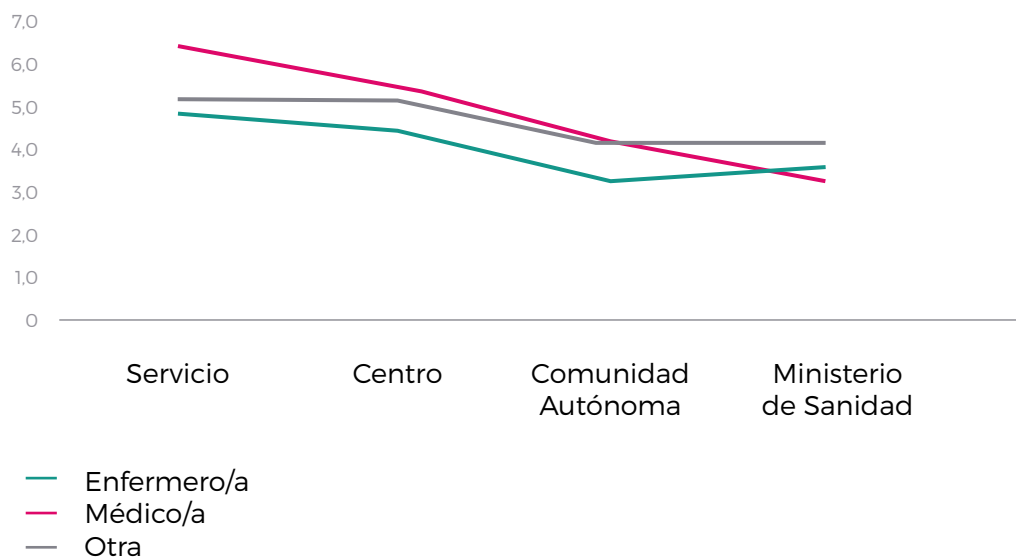
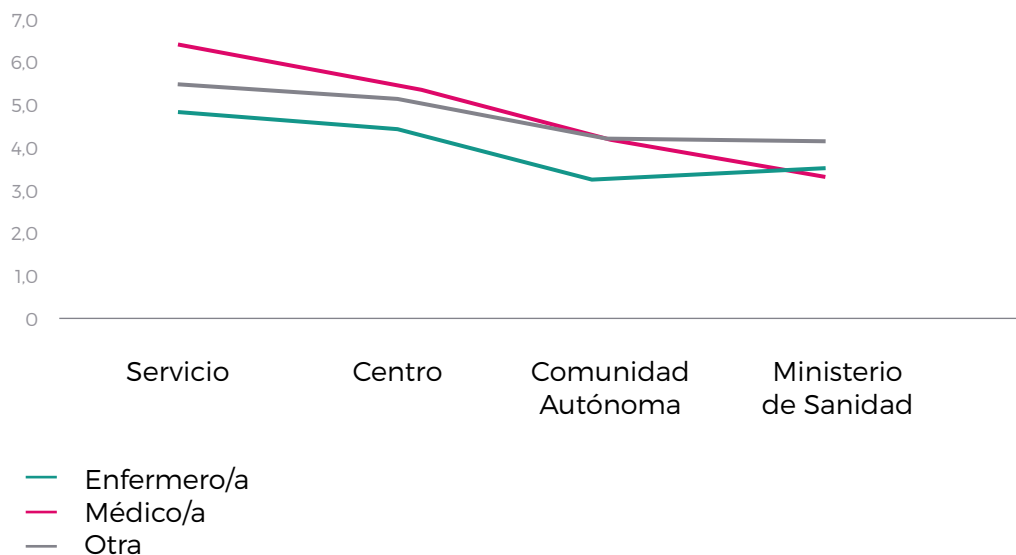
No sorprende el hallazgo de que la valoración de la eficacia de la respuesta en los distintos niveles de gestión esté mediada por la experiencia de contagio por el SARS-CoV-2. Los profesionales que no se habían contagiado tenían mejor opinión que aquellos que sí o que no lo sabían, y esta relación se daba para todos los niveles, desde el más “micro” (servicio hospitalario, centro de salud) al más macro (Ministerio de Sanidad).

El análisis de las diferencias, por colectivos profesionales, en relación con la valoración de la eficacia de las me-

didias adoptadas en los distintos niveles de gestión muestra diferencias relevantes. En términos generales, hay una valoración peor cuanto más alejado está el nivel de gestión. Sin embargo, la valoración otorgada por las enfermeras a la labor de la Consejería de Sanidad era notablemente inferior a la que le daban el resto de los grupos. Este hallazgo puede explicarse por la distinta distribución de los colectivos profesionales en la encuesta y por Comunidades Autónomas, al concentrarse el 78% de las respuestas de enfermeras en la Comunidad de Madrid.

Como puede observarse en la Figura IV.2., cuando se analizan las respuestas de la Comunidad de Madrid (panel A), en el colectivo médico la valoración empeora cuanto más alejado se sitúa el nivel de gestión. En el colectivo de enfermería y otros grupos profesionales la valoración de la actuación de la Consejería es inferior a la del Ministerio de Sanidad. Cuando se muestra el total de las respuestas (panel B), para el colectivo médico la tendencia de la valoración es gradualmente decreciente conforme se aleja del nivel de gestión más inmediato. En los colectivos de enfermería y “otros” las valoraciones de la actuación de la Consejería de Salud y del Ministerio son prácticamente idénticas.



A. Valoración por colectivo profesional y nivel de gestión.
Comunidad de Madrid**B.** Valoración por colectivo profesional y nivel de gestión.
Total respuestas**Figura IV.2.** Valoración por colectivo profesional y nivel de gestión en la Comunidad de Madrid

Un hallazgo que probablemente habla en favor de la independencia en la capacidad de evaluación de los profesionales y que, en cierto modo, resulta sorprendente es no haber en-

contrado una correlación entre la sobrecarga asistencial, medida por la tasa de contagios y de hospitalizaciones en cada Comunidad Autónoma, y las valoraciones de los profesionales.

En conclusión: El análisis por grupos profesionales mantiene las tendencias en cuanto a la valoración de los distintos niveles de gestión observadas en la muestra global, peor cuanto más alejada de la experiencia del profesional. Sin embargo, se debe señalar una diferencia relevante en relación con la valoración de la actuación del Ministerio de Sanidad, siendo el peor valorado para los médicos, mientras que para las enfermeras ha sido la Consejería de Sanidad, pudiendo estar influido por el gran peso que dentro de la muestra tiene este colectivo en la Comunidad de Madrid (78% del total de las respuestas de enfermeras).

IV.6. PROPUESTAS PARA MEJORAR LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. CONFIAR EN LOS PROFESIONALES. ENTENDERSE ENTRE ADMINISTRACIONES (PONER EN VALOR LA PROFESIONALIZACIÓN DE LA GESTIÓN).

En la encuesta realizada por la Fundación IMAS, la mayor parte de las propuestas de mejora se referían a la transferencia de responsabilidades de gestión y organización a los profesionales (“gestión clínica”) y/o a la “profesionalización” de los gestores, en el sentido de su independencia del poder político, los cuales son criterios objetivos para su selección y tener experiencia/formación.

Como se ha visto, la conveniencia de impulsar la gestión clínica en el Sistema Nacional de Salud se ha tratado con anterioridad y ha sido reclamada

reiteradamente por IMAS, FACME y las sociedades científicas^{1,71,77}. La “profesionalización de la gestión” también ha sido demandada por las citadas entidades científico-médicas, así como por la Organización Médica Colegial, la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria y la Sociedad Española de Directivos Sanitarios¹⁰¹.

Además, las propuestas de mejora organizativa y de gestión se referían a una mejor coordinación entre el Ministerio de Sanidad y las Consejerías/



Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas o a un mayor poder del Ministerio de Sanidad.

La “desarticulación” del Sistema Nacional es un aspecto señalado como debilidad por IMAS, FACME y las sociedades científico-médicas, así como numerosas entidades y no tiene parangón, por prácticamente inexistente, con los sistemas sanitarios de

países europeos con sistemas descentralizados, incluso en aquellos con estructura federal⁷⁶.

Otras propuestas se referían a la incorporación y utilización de la telemedicina, que ha sido tratada en el apartado IV.3. y a la mejora de la coordinación entre la atención primaria y el hospital, que ha sido tratada en el apartado IV.2.

En conclusión: La transferencia de responsabilidades de gestión y organización a los profesionales (“gestión clínica”) y/o a la “profesionalización” de los gestores, así como la necesidad de tener un Sistema Nacional de Salud más cohesionado son las principales propuestas de mejora organizativa y de gestión.



IV.7. PROPUESTAS PARA ADAPTAR LA ASISTENCIA SANITARIA A LAS DEMANDAS INMEDIATAS Y A MEDIO PLAZO. LAS “CUATRO OLAS” POST-COVID-19. PRIORIDAD DE LA SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA (¿QUÉ HEMOS APRENDIDO? PRIORIDAD A LA ATENCIÓN COMUNITARIA)

Hemos elegido el esquema propuesto por el Dr. Victor Tseng para ilustrar las demandas que para la asistencia sanitaria generará el impacto de la CO-

VID-19. (Figura IV.3), porque, en gran medida, coinciden con las propuestas realizadas por los profesionales sanitarios que contestaron la encuesta.

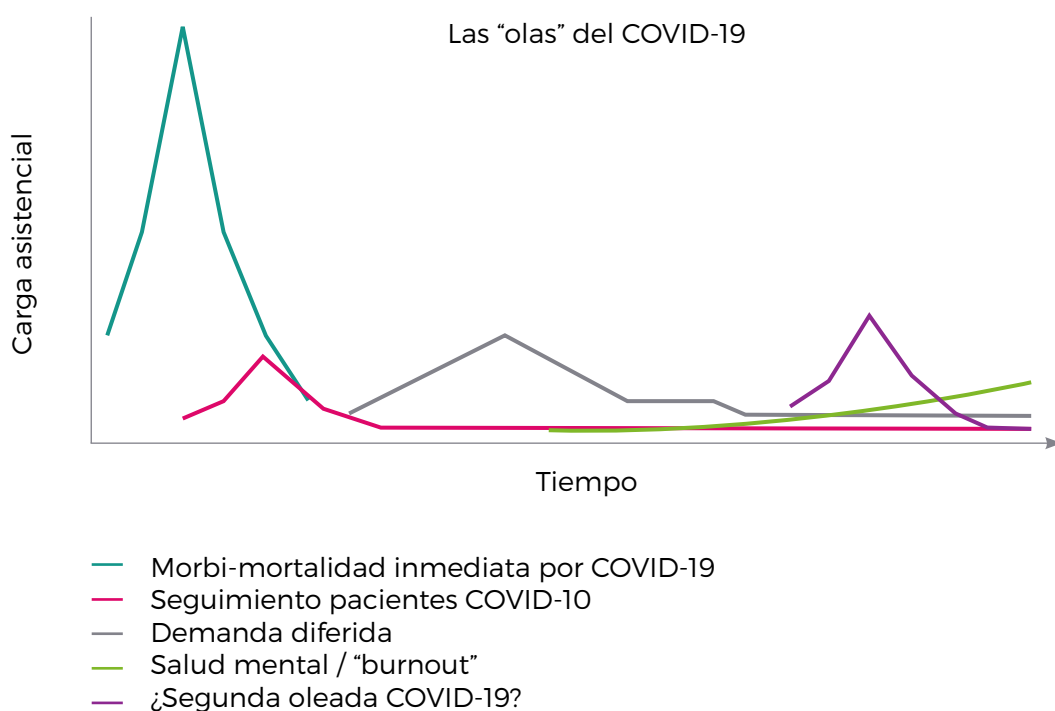


Figura IV. 3. Evolución de la carga asistencial derivada de la crisis del COVID-19

Fuente: Adaptado de V. Tseng M.D.

La mayoría de las propuestas de los profesionales que contestaron a la pregunta libre “¿qué propuestas haría para adaptar la asistencia sanitaria a las demandas inmediatas y a medio plazo?” están dirigidas al ámbito de la salud pública. La recomendación más frecuente era la realización de pruebas

(serológicas, PCR), tanto en población general como en el personal de salud. Otras propuestas dentro del mismo ámbito se referían a la educación de la población (referida también a la correcta utilización de los servicios sanitarios), distanciamiento social, uso de mascarillas, cuarentena de los contactos, etc.



En segundo lugar, en la frecuencia de propuestas para el plan de asistencia post-COVID se sitúa el incremento en la dotación de recursos. Aunque en alguna medida las propuestas de aumento de recursos responden al criterio de que la sanidad pública española está “infra-financiada”, muchas propuestas se refieren a mantener los recursos dispuestos durante la crisis en previsión de posibles repuntes, así como para asumir la demanda asistencial postergada, en el sentido de las proyecciones de Tseng (Figura IV.3).

Se debe resaltar que un porcentaje importante de estas propuestas se referían al refuerzo de la atención primaria como principal ámbito asistencial para la gestión de la pandemia a partir de la resolución de la crisis aguda. Además de que la atención primaria es el nivel adecuado para la

identificación de los infectados y sus contactos, desde la perspectiva del manejo asistencial evitar la hospitalización innecesaria puede ser beneficioso para los pacientes por diversos motivos. Gracias a ello se pueden reducir las infecciones adquiridas en el hospital y otras complicaciones, evitar el daño emocional de estar institucionalizados, reducir la carga asistencial de los hospitales y, probablemente, reducir costes¹⁰². Asimismo, se ha mostrado que los hospitales (también los centros de salud) son plataformas de diseminación del virus¹⁰³.

Con el objetivo de mantener, en la medida de lo posible, a los ciudadanos en casa, un modelo de atención primaria debe priorizar la teleconsulta (incluyendo la videoconsulta), la asistencia domiciliaria a pacientes de COVID-19 y la atención a las necesidades sociales¹⁰⁴.

En resumen: Las propuestas de los profesionales sanitarios apuntan exactamente en el sentido contrario de la respuesta del sistema a la crisis. Si la respuesta fue “hospitalocentrista”, las propuestas de futuro señalan a la salud pública¹⁰⁵ y comunitaria como principal abordaje de la pandemia. Este enfoque no implica que se deban derivar recursos de asistencia sanitaria a los de salud pública, pues el aumento de la carga asistencial derivada de la crisis de la COVID-19 se prolongará en el tiempo. Habrá que realizar una inversión importante adicional en salud pública⁸³.



El seguimiento de los pacientes afectados por la COVID-19. Unidades multidisciplinarias postCOVID-19

Dentro del incremento de la demanda de asistencia sanitaria en la etapa post-COVID-19, un aspecto relevante es el seguimiento de los afectados que tengan secuelas. Dentro de éstos se debe hacer referencia a los pacientes más graves que representan el prototipo de pacientes con síndrome post-Unidad de Cuidados Intensivos (secuelas motoras, respiratorias, cognitivas y emocionales)^{106,107}. Existen prácticas de prevención de estas secuelas en las etapas más tempranas que han demostrado evidencia científica en reducirlas¹⁰⁸. La atención precoz de los pacientes post-Unidad de Cuidados Intensivos, trabajando de forma multidisciplinar en la prevención y manejo de estas secuelas, se debería extender a todos los pacientes que hayan sido atendidos en estas unidades.

Se ha descrito afectación a largo plazo de los pulmones, el corazón, trastornos de la coagulación, daño renal y encefalitis¹⁰⁹. Por tanto, son razonables las numerosas propuestas realizadas por los profesionales de instaurar unidades multidisciplinarias para la atención de pacientes afectados por COVID-19. Se cometería, a nuestro juicio, un grave error si se volviera a centrar exclusivamente en el hospital el manejo de estos pacientes, así como si se concibe lo multidisciplinar exclusivamente desde la asistencia médica y los cuidados de enfermería sin atender

a las múltiples dimensiones de atención que demandan estos pacientes (psicológica, funcional, etc.)¹¹⁰. Por este motivo, debería elaborarse un proceso asistencial integrado que contemplara, a partir de la atención comunitaria¹¹¹, el cuidado de estos pacientes a lo largo del continuo asistencial, con los criterios de intervención de las distintas unidades y áreas de conocimiento. En este proceso, deberían participar todas las entidades científico-profesionales (médicas, de enfermería, fisioterapia y rehabilitación, salud mental, etc.) que pueden aportar en la asistencia de estos pacientes a través de sus expertos en el manejo de esta tipología de pacientes. Se ha propuesto la creación de unidades de recuperación de pacientes de COVID-19 dados de alta de cuidados intensivos integradas por un equipo multidisciplinar y orientadas a la asistencia médica, rehabilitación y necesidades neuro-psicológicas¹¹².

Debería contemplarse en la elaboración de este proceso asistencial la participación de las asociaciones de pacientes y de expertos en servicios sociales, y evitar el despilfarro de recursos (y de valor añadido) que supondría tener, como sucede con frecuencia en el Sistema Nacional de Salud, 17 procesos asistenciales integrales distintos (uno por cada Comunidad Autónoma), aunque necesariamente se deba adaptar el proceso asistencial a las características locales.



Flexibilidad de los hospitales y de la organización sanitaria para adaptarse a una demanda cambiante

Dentro de las propuestas organizativas y de gestión realizadas por los profesionales que contestaron la encuesta, un aspecto que se abordaba frecuentemente era la reorganización. Ésta se refiere especialmente a los hospitales, aunque también afecta a los centros de salud. Sus principales objetivos serían diferenciar flujos de atención a pacientes de COVID-19 del resto, así como dotar de mayor flexibilidad organizativa y funcional a los hospitales para poder “escalar” el nivel de cuidados a más intensivos en caso de un repunte de la pandemia.

El establecimiento de un doble circuito asistencial, la introducción de medidas de distanciamiento social, el uso de mascarillas (FFP2, como mínimo, para el personal sanitario) y demás medidas requerirán el empleo de recursos adicionales, incluyendo los recursos humanos, también físicos, y desarrollar modelos organizativos para utilizar lo más eficientemente posible los recursos disponibles. Aunque las soluciones para adaptarse a las demandas previsibles deben ser locales (lo que re-

fuerza la necesidad de autonomía a los centros y servicios), las soluciones a la eventual escasez de recursos deben ser de ámbito regional (Comunidad Autónoma) -en ocasiones, de ámbito nacional-.

La respuesta más inmediata es crear nuevos recursos, lo que puede conllevar inversiones costosas (y su consiguiente mantenimiento) en estructuras permanentes que posiblemente no se utilicen. Probablemente sea una mejor alternativa analizar los recursos disponibles, tanto públicos como privados, y hacer que sean complementarios entre sí, siempre con un papel subsidiario del sector privado.

Una obligación ética es que los recursos públicos sean complementarios entre sí (lo que no siempre se ha logrado entre hospitales de una misma Comunidad Autónoma, ni entre Servicios de Salud) y puede ser más eficiente utilizar la infraestructura de los hospitales privados, incluso con profesionales del sector público, que aumentar el gasto en infraestructuras de dudosa rentabilidad.



Escalar el nivel de cuidados

Un razonamiento similar al del punto anterior aplica a la flexibilidad de los hospitales para “escalar” el nivel de cuidados. En el escenario del “hospital del futuro”, se debe dar prioridad a la atención ambulatoria, ya que la intensidad de cuidados aumentará, incrementando la proporción de camas de los niveles 1 (monitorización continua) y superiores de la Intensive Care Society⁴². La implantación en los hospitales españoles de una atención sistemática al paciente agudo ingresado en el hospital no está generalizada^{113,114}, y tampoco lo está la creación de servicios ampliados de cuidados críticos (servicios de respuesta rápida, servicios extendidos de medicina intensiva)¹¹⁵, a pesar de ser recomendaciones de los documentos de Estándares y de Unidades Asistenciales del Ministerio de Sanidad^{116,117}.

La preparación de los hospitales para un aumento en el nivel de intensidad

de cuidados requerirá, como propone “el hospital del futuro”, integrar el proceso asistencial de atención al paciente agudo, así como las unidades asistenciales que en este proceso, como son urgencias, salas de hospitalización, unidades de cuidados críticos⁴². Aunque es posible que en determinados Servicios de Salud se deba incrementar el número de camas de cuidados intensivos, probablemente la solución más eficaz no consiste en un aumento generalizado pues España tiene un número de camas de cuidados intensivos comparable al de otros países de la OCDE¹¹⁸. Puede ser más eficiente elaborar planes adaptados a cada hospital para poder, si se genera la demanda, aumentar el nivel de cuidados de unidades menos intensivas^{119,120}. Esto requiere también que los profesionales sanitarios tengan las competencias y estén organizados para ello, así como que exista un soporte tecnológico adecuado¹²¹.



La atención a la demanda diferida durante la crisis de la COVID-19.

La necesidad de un abordaje integral

La saturación del sistema sanitario y el temor de los ciudadanos a acudir a los hospitales¹²² ha producido, probablemente, un aumento global de la mortalidad por causas distintas a la COVID-19, como puede ser por infarto agudo de miocardio^{123,124} o ic-tus¹²⁵. Por los mismos motivos, se ha acumulado una demanda sanitaria no atendida¹²⁶ que deberá ser acometida en los próximos meses y que habrá empeorado la situación de los pacientes con condiciones crónicas.

Como en las líneas descritas previamente de incremento de la demanda, la respuesta, probablemente equivocada, es la que ha tenido el sistema: fragmentaria y con escasa coordinación entre atención primaria y hospitalaria. Es recomendable un trabajo conjunto, en el ámbito local, de ambos niveles de atención y aplicar los estándares para una atención sistemática y de calidad a los pacientes crónicos, especialmente, los complejos y ocasionalmente frágiles. Esto

debe realizarse con una estrecha colaboración entre atención primaria, hospital y servicios sociales para que la atención esté enfocada al “automa-nejo”, la disminución de la dependencia, la prevención de la fragilidad y el mantenimiento en el ámbito comunitario del paciente, para evitar, en lo posible, el ingreso hospitalario o la asistencia en urgencias⁴².

Tanto en el hospital como en la atención primaria se precisa la identificación de personas con fragilidad y la atención a sus necesidades para disminuir los reingresos y aumentar la probabilidad de que el paciente siga residiendo en su domicilio tras el alta hospitalaria¹²⁷. De hecho, para abordar esta “ola” de incremento de la demanda se aplican las mismas estrategias que para confrontar el aumento de demanda derivada de la recuperación de los pacientes post-COVID^{80,82,88}, incluyendo el uso de la telemedicina /teleasistencia¹²⁸, aspecto que ha sido abordado en el apartado IV.3. de este informe.



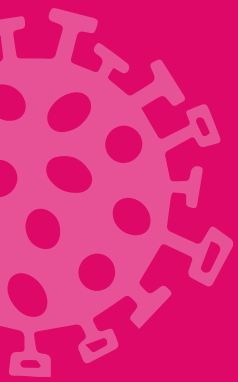
La “cuarta ola”. “Burnout” profesional y atención a la salud mental de sanitarios y población general: Cuidar a los profesionales sanitarios

Aunque sorprendentemente muy pocas respuestas de los profesionales sanitarios en la encuesta se refieren a este aspecto, debe señalarse que dentro de los escenarios de Tseng, la “cuarta ola” se refiere a problemas de salud mental para unos profesionales “quemados” por la sobrecarga física y emocional de la crisis, especialmente enfermeras y personal de salud con atención directa a pacientes con COVID-19¹²⁹. También hay riesgo de problemas de salud mental para los ciudadanos así como los problemas de salud mental para los ciudadanos que han perdido su empresa o puesto de trabajo, reduciéndose dramáticamente su renta, nivel de vida y expectativas. En Estados Unidos se ha propuesto una “estrategia nacional”

para preservar la salud de los sanitarios que, entre otras medidas, “asigne recursos federales para atender a los profesionales sanitarios con secuelas físicas o mentales por haber atendido a pacientes con COVID-19”.

Un aspecto relevante de la mencionada propuesta es la existencia, previa a la pandemia, de una política activa que persigue el bienestar de los sanitarios, situación inexistente en nuestro país. Requeriría el desarrollo de políticas específicas dirigidas a prevenir y dar soporte al desgaste profesional a través de estrategias que contemplen el bienestar de los profesionales sanitarios como uno de los aspectos claves de los sistemas sanitarios.





Capítulo V

Conclusiones de la encuesta



Capítulo V. Conclusiones de la encuesta

UN APUNTE SOBRE LA PREPARACIÓN Y RESPUESTA DEL SISTEMA SANITARIO EN EL FUTURO INMEDIATO POST-COVID-19

La encuesta lanzada por la Fundación IMAS con la colaboración de numerosas sociedades científico-médicas y entidades profesionales de las ciencias de la salud, recoge información de casi 2.500 profesionales, de los que cerca de 1.800 son médicos. Aún siendo un muestreo por oportunidad, la amplia participación en esta encuesta ofrece una valiosa información sobre la opinión de los profesionales sanitarios sobre la respuesta organizativa y de gestión del Sistema Nacional de Salud a la crisis de la COVID-19. Como aspectos más relevantes destacan los siguientes:

- 1. La tasa de infección por COVID-19 entre el personal de salud en España ha sido muy elevada (16%), especialmente entre las enfermeras (26% en aquellas en contacto con pacientes de COVID-19).** Las causas que se aducen para esta elevada incidencia probablemente son la falta de equipos de protección individual y de pruebas diagnósticas, así como la falta de previsión y preparación contra la pandemia.
- 2. La valoración de los distintos niveles de gestión por parte de los**

profesionales sanitarios ha sido peor entre los que se han contagiado por el SARS-CoV-2 o entre los que desconocían este hecho.

Paralelamente, los profesionales de enfermería han tenido peor valoración que los de medicina sobre los niveles de gestión más próximos (servicio hospitalario/centro de salud; hospital/área de salud).

- 3. La respuesta del Sistema Nacional de Salud a la crisis provocada por la pandemia ha sido notablemente inadecuada y fragmentada.** El enfoque del sistema ha sido “hospitalocentrista”, en lugar de salud pública y comunitaria. La coordinación entre hospitales y atención primaria, así como entre recursos sanitarios y sociales, ha sido muy pobre. El sistema sanitario deberá reorientarse hacia la salud y establecer mecanismos para una mejor integración de los recursos disponibles.
- 4. La crisis ha propiciado una respuesta adaptativa de los hospitales que los han acercado a las propuestas de el “hospital del futuro”.** La posibilidad de que esta evolución se mantenga y desarrolle en el tiempo dependerá de la



capacidad que tenga el Sistema Nacional de Salud de introducir las reformas estructurales y de gestión que permitan su progresiva adaptación a las necesidades de los hospitales del futuro, así como de su capacidad para “digitalizar” el Sistema Nacional de Salud.

- 5. La crisis ha desvelado una relevante desafección de los profesionales respecto de los niveles de gestión política, incluyendo también a los equipos de gestión de los centros, que son vistos en numerosas ocasiones como instrumentados políticamente.** Es preciso reformar los sistemas de gobierno del Sistema Nacional de Salud a todos los niveles, incluyendo los mecanismos de cohesión del Sistema Nacional de Salud. La “despolitización” (en el sentido de alejar la política partidaria de la toma de decisiones en sanidad), la “profesionalización” de la gestión y basar la toma de decisiones en política sanitaria en la mejor evidencia científica disponible deben ser principios que rijan la reforma de la gestión.
- 6. Existen notables diferencias en la valoración que los profesionales sanitarios hacen de la eficacia de la respuesta en sus respectivas Comunidades Autónomas.**
- 7. El análisis por grupos profesionales muestra una diferencia re-**

levante en relación con la valoración de la actuación del Ministerio de Sanidad, siendo la más baja la de los médicos. Para el colectivo de enfermería, quien peor lo ha hecho ha sido la Consejería de Sanidad, pudiendo estar influido por el gran peso que dentro de la muestra tiene este colectivo en la Comunidad de Madrid.

- 8. La transferencia de responsabilidades de gestión y organización a los profesionales (“gestión clínica”) y la “profesionalización” de los gestores, así como la necesidad de tener un Sistema Nacional de Salud más cohesionado, son las principales propuestas de los profesionales sanitarios en relación con la mejora organizativa y de gestión del Sistema Nacional de Salud.**
- 9. Las sucesivas “olas” post-COVID demandarán un enfoque integral, centrado en la salud pública y la atención comunitaria, que requerirá del trabajo conjunto, adaptado a las necesidades y recursos locales, de atención primaria, hospitales y servicios sociales.**
- 10. Se debe desarrollar una estrategia nacional para proteger la salud de los profesionales sanitarios.** Esta estrategia debería estar dotada de recursos económicos para poder cumplir sus objetivos.



V.1. PREPARACIÓN Y RESPUESTA DEL SISTEMA EN EL FUTURO INMEDIATO POST-COVID-19

Las principales propuestas de los profesionales sanitarios en relación con la preparación y respuesta en el período post-COVID se refieren a realizar pruebas diagnósticas para identificar portadores (especialmente en los centros sanitarios); medidas de salud poblacional (aislamiento de los infectados, seguimiento de los contactos); aumentar los recursos (humanos, materiales, económicos); organización de los centros para adaptarse a posibles nuevas crisis y para el manejo de los pacientes con COVID-19; e investigación. Abordaremos algunos de estos aspectos adaptando el esquema desarrollado por la Kaiser Permanente¹³⁰, cuyo objetivo principal es eliminar el SARS-CoV-2 en la población:

- Realización de pruebas para detectar la infección en pacientes sintomáticos, expuestos y asintomáticos.
- Seguimiento de los contactos y aislamiento.
- Atención comunitaria, con especial atención a los grupos de riesgo (personas mayores, socioeconómicamente vulnerables, etc.).
- Asistencia domiciliaria, siempre que ésta sea posible. La teleasistencia y la asistencia domiciliaria pueden contribuir eficazmente al logro de este objetivo.
- Educación y control estricto sobre

la capacidad de mantener las medidas preventivas (distancia social, capacidad de sectorización y aislamiento, repositorio de material de protección...) y asistenciales (ratios de personal asistencial) en los centros sociosanitarios y residenciales tanto públicos como privados.

- Mantener la capacidad de respuesta frente a posibles repuntes, elaborando planes de contingencia y estableciendo una coordinación de los recursos de ámbito regional, incorporando en esta coordinación a los recursos sanitarios privados. Esta línea de acción incluye disponer de una dotación suficiente de equipos de protección individual, mascarillas, ventiladores y medicamentos. Como se ha comentado en la discusión, parece más razonable disponer de planes para que los hospitales se adapten a un incremento de casos aumentando el nivel de cuidados que duplicar recursos (camas de UCI, hospitales de COVID, etc.) para un hipotético repunte.
- Regreso a la actividad de los centros de forma segura y dando prioridad a aquellos pacientes a los que se ha demorado la asistencia y que más se podrían beneficiar de una atención más inmediata. Los criterios de prioridad asistencial deben fundamentarse en guías de práctica clínica



basadas en la evidencia y la implementación de sistemas de estratificación del riesgo.

- Comunicación efectiva para educar a la población en la protección contra el SARS-CoV-2, uso de medidas higiénicas (lavado de manos), desarrollo de costumbres sociales preventivas (no ir al trabajo o la escuela cuando estén enfermos), reconocimiento temprano de síntomas, etc. Para ello se deben utilizar los distintos canales de comunicación disponibles: información vía web, dípticos informativos, mensajes de telefonía móvil, correo electrónico, etc. En grupos de población más vulnerables las organizaciones no gubernamentales pueden tener un relevante papel.

Algunas de las propuestas realizadas por los profesionales sanitarios que contestaron la encuesta se referían a la creación de unidades específicas para el seguimiento de pacientes con

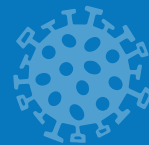
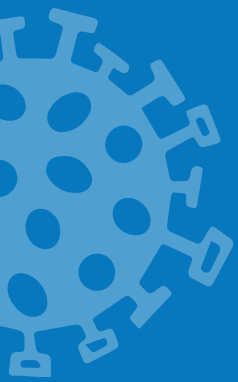
secuelas de COVID-19. Como se ha señalado en la discusión sería un error si se volviera a centrar en el hospital la atención de estos pacientes.

Para implicar a todas las unidades y servicios sanitarios relevantes en el manejo de estos pacientes a lo largo del continuo asistencial (desde su domicilio al hospital) se debería elaborar un proceso asistencial integrado para el manejo de estos pacientes con la mejor evidencia científica disponible (que probablemente se deberá ir actualizando). Aplicarían a este proceso asistencial los principios generales de un modelo asistencial integrado: continuidad de los cuidados, atención comunitaria, evitar -en la medida de lo posible- el ingreso hospitalario, incorporar al paciente en la gestión de su enfermedad, evaluar las necesidades sociales, atender a las situaciones de dependencia y fragilidad, etc. Las unidades para la atención a pacientes con secuelas de la COVID-19 deberían tener un carácter multidisciplinar.

Preparación y respuesta inmediata y a medio plazo en el período post-COVID-19. Propuestas

- Desarrollar un plan integral, basado en la salud pública, atención primaria y salud comunitaria, que tenga por objetivo eliminar la presencia del SARS-CoV-2 en la población. Los componentes más importantes de este plan se han expuesto más arriba en este informe.
- Elaborar un proceso asistencial integrado para la atención de los pacientes con secuelas de la COVID-19.
- Crear unidades multidisciplinarias para el seguimiento y atención de las secuelas de la COVID-19 en estos pacientes.





Capítulo VI

Epílogo



Capítulo VI. Epílogo

APUNTES PARA UNA REFORMA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Los análisis y las propuestas que se realizan a continuación no pretenden estar legitimados por los resultados de la encuesta, aunque sí incorporan las valoraciones y propuestas expresadas mayoritariamente por los profesionales sanitarios consultados. No obstante, la formulación concreta de las propuestas de mejora y reformas del Sistema Nacional de Salud requiere una elaboración mucho más detallada que la que puede proporcionar una encuesta.

Así, los apuntes que se exponen están basados en la experiencia y conocimientos de los profesionales que han elaborado este informe, contemplando también los trabajos que ha venido elaborando la fundación IMAS con las sociedades científico-médicas. Por ello, consideramos que es una obligación tratar de traducir enunciados manifestados por los profesionales sanitarios en la encuesta como “despolitizar” o “profesionalizar” la gestión, “orientar el sistema sanitario hacia la salud”, etc. en propuestas concretas de reforma de las instituciones del Sistema Nacional de Salud para alcanzar estos objetivos, sobre todo cuando hay un consenso político y

social sobre la necesidad de realizar mejoras o reformas en el Sistema Nacional de Salud. A este respecto se están pronunciando numerosos colectivos y personalidades.

Este compromiso se extiende al reto intelectual de someter las propuestas que se realizan al análisis sobre si en su funcionamiento pueden cumplir con los enunciados o principios generales expresados por los profesionales sanitarios.

Las propuestas que se realizan a continuación no pretenden ser exhaustivas, vinculándose únicamente con algunos de los aspectos más relevantes puestos de manifiesto en la encuesta. Muchos temas importantes quedan fuera y los que se abordan responden a los cuatro principales aspectos puestos de relieve en la encuesta:

- **El gobierno del Sistema Nacional de Salud. La participación de profesionales y pacientes.**
- **La reorientación del sistema hacia la salud.**
- **El cambio de modelo asistencial.**
- **Información. Telemedicina. Digitalización.**



VI.1. EL ENFOQUE DE LAS PROPUESTAS



Locura es hacer lo mismo una y otra vez esperando obtener resultados diferentes

Atribuida (posiblemente de forma errónea) a Albert Einstein



Es importante determinar la perspectiva desde la que se hacen propuestas de mejoras en el funcionamiento del sistema sanitario español. De entre las manifestaciones que instituciones y personalidades han realizado como propuestas de mejoras o reformas a introducir en el sistema sanitario, hay tres perspectivas que incurren -a nuestro juicio- en “hacer siempre lo mismo” (existen, lógicamente, combinaciones entre ellas):

1. El Sistema Nacional de Salud tiene unos fundamentos muy sólidos y los problemas surgidos durante la pandemia hay que atribuirlos a los “recortes” de 2012¹³¹ o, simplemente, a la sobrecarga del sistema durante la pandemia.

2. El principal problema del Sistema Nacional de Salud es su infra-financiación y lo más importante que se debe hacer es aumentar los recursos de todo tipo.

3. El problema es de coordinación y habría que ir hacia una mayor co-“gobernanza” entre la Administración Central del Estado y las Comunidades Autónomas.

Repasaremos brevemente por qué pensamos que estas tres perspectivas no aciertan suficientemente en el análisis de las necesidades de mejora o reformas del sistema sanitario español. Evitamos intencionadamente referirnos a personas o colectivos concretos para tratar de centrar el debate en el contenido de las propuestas, no en quien las haya formulado.

Los problemas de origen del Sistema Nacional de Salud

La perspectiva de que los problemas del Sistema Nacional de Salud se deben en gran medida a los “recortes” de 2012 y que la crisis de la pandemia ha puesto en evidencia la necesidad de una renovación del sistema sanitario público obvia que la Ley General de Sanidad nació con importantes insu-

ficiencias e inconcreciones¹³². Prácticamente desde su aprobación hasta la actualidad se han venido produciendo propuestas para la mejora del funcionamiento del sistema sanitario público, pero ha mostrado una notable incapacidad para adaptarse a los cambios^{2,14,15,16,17,18,19,20,21,133,134}.



A diferencia de lo que muchos hagiógrafos proclaman, la Ley General de Sanidad que creó el Sistema Nacional de Salud¹³⁵ no modificó el sistema sanitario público de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social² y los pilares más importantes sobre los que se han fundamentado la calidad y eficiencia del sistema, la “universalización” de la asistencia, sistema de formación MIR, reforma de la atención primaria, red hospitalaria, eran previos a dicha ley.

La cobertura sanitaria pública era en 1986 del 97% y la Ley General de Sanidad no estableció, por sí misma, un de-

recho universal. El sistema MIR, ahora en peligro por el proyecto de Real Decreto del Ministerio de Sanidad sobre la formación especializada, se estableció en todo el estado en 1978¹³⁶.

La reforma de la atención primaria, con la implantación de equipos de atención primaria trabajando en “centros de salud” para un ámbito geográfico y poblacional determinado (“zonas básicas de salud”) data de 1984¹³⁷. Por último, en 1986 estaba prácticamente completada la red hospitalaria del INSALUD, que disponía entonces de 1,9 camas propias por mil habitantes.

Antecedentes

La Ley General de Sanidad fue notablemente “ambigua”¹³⁸ en aspectos fundamentales, estableciendo un horizonte que servía como referencia para las reformas futuras. La Ley dejó fuera de su alcance o postergó para más adelante aspectos tan relevantes como dotar al Sistema Nacional de Salud de personalidad jurídica, las relaciones de trabajo del personal de salud, la profesionalización de la gestión y los sistemas de evaluación. Por último, la Ley General de Sanidad centralizaba en las Comunidades Autónomas los recursos sanitarios públicos, excepto los de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, que se transfirieron a las Comunidades Autónomas mediante convenios específicos en un proceso que culminó en el año 2001, en detrimento de los municipios².

El proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas no se acompañó del desarrollo de instrumentos eficaces de cohesión del Sistema Nacional de Salud. La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, aprobada dos años después de producirse las últimas transferencias de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las Comunidades Autónomas¹³⁹, desarrolló unos instrumentos muy débiles de coordinación sanitaria, mucho menos eficaces que los establecidos en otros países europeos con descentralización de la gestión en entes regionales con poder político¹⁴⁰.

Veinte años después de la aprobación de la Ley General de Sanidad, con una estructura poblacional notablemente



distinta, con un 15% de incremento de la población general y de un 62% de los mayores de 64 años, la “Ley de dependencia”¹⁴¹ no tuvo la visión de articular una coordinación o integración entre servicios sociales y sanitarios.

En resumen, parece que partir de una atribuida bondad sin crítica de la Ley General de Sanidad y del Sistema Nacional de Salud no es una buena perspectiva para analizar las necesidades de reforma del sistema sanitario público.

El aumento de recursos no resuelve, por sí solo, los problemas del sistema

Algunas propuestas hacen referencia a la “infra-financiación” del Sistema Nacional de Salud, poniendo el foco de la solución a sus problemas en un aumento de recursos económicos, materiales y humanos. Un incremento de recursos posiblemente tenderá a aumentar la producción de servicios de asistencia sanitaria, aunque no necesariamente esos recursos tengan que ir destinados a actividades que aumenten el nivel de salud.

En un trabajo se ha descrito una asociación entre el mayor porcentaje de gasto sanitario sobre el PIB (también del porcentaje de gasto sanitario privado) y la menor mortalidad por la COVID-19¹⁴². Sin embargo, la perspectiva de “más recursos” tiene, si se plantea como el principal problema, algunas insuficiencias, que comentamos a continuación.

En primer lugar, no existe evidencia alguna de que el sistema sanitario español esté “infra-financiado” en relación con el nivel de riqueza (medida

por PIB per cápita) de España respecto de otros países desarrollados. La figura V.1 muestra que el porcentaje de gasto sanitario público de España sobre su PIB (datos referidos a 2018, fuente OCDE)¹⁴³ se sitúa en la curva de correlación (el incremento marginal en el % de PIB destinado a gasto sanitario público se va reduciendo en la medida que aumenta el PIB per cápita) del resto de 25 países europeos con los que se compara cuando se establece en relación con el PIB per cápita.

La figura V.2. muestra que el porcentaje de gasto sanitario público sobre el gasto sanitario total en España se sitúa en la recta de correlación del resto de los países europeos cuando se pone en relación con el porcentaje de gasto sanitario público sobre el PIB. En otras palabras, el gasto sanitario público, tanto en su peso sobre el PIB como en su porcentaje sobre el gasto sanitario total, parece estar dentro de lo que se puede esperar del nivel de riqueza de nuestro país.



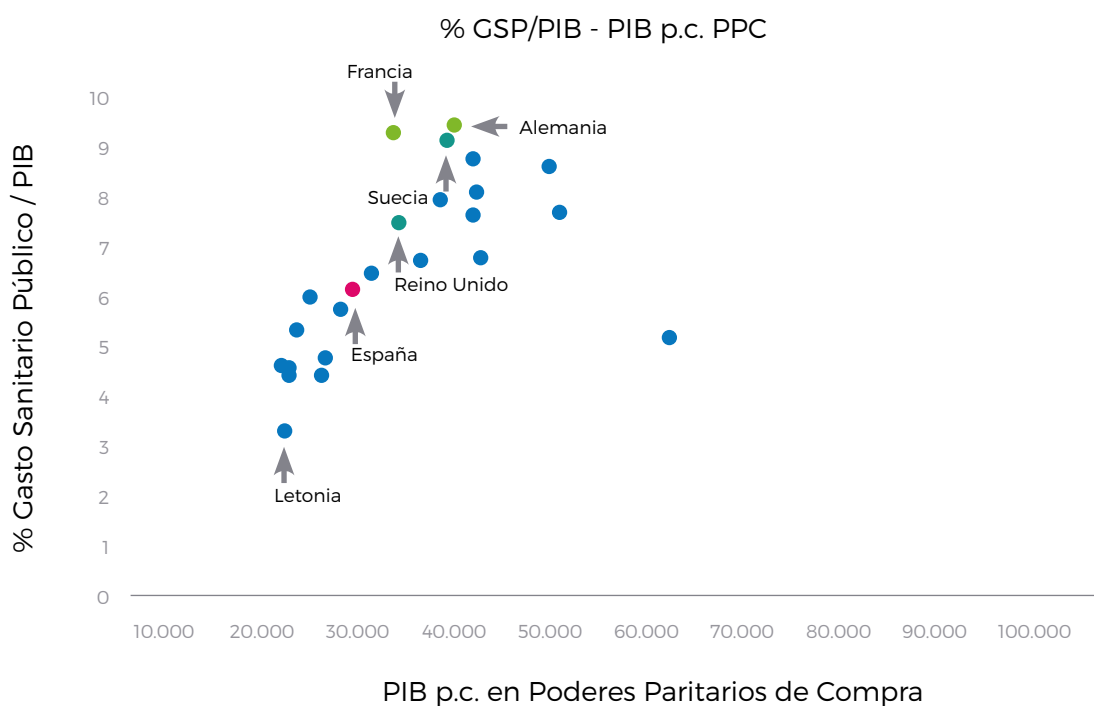


Figura V.1. Porcentaje de gasto sanitario público sobre el PIB y PIB per cápita.
Varios países de la Unión Europea

Fuente: OCDE. OECD Health Statistics 2019 - Frequently Requested Data. Elaboración propia.
Esta figura ha sido cedida también para un informe dirigido por I. Riesgo, todavía por titular y publicar

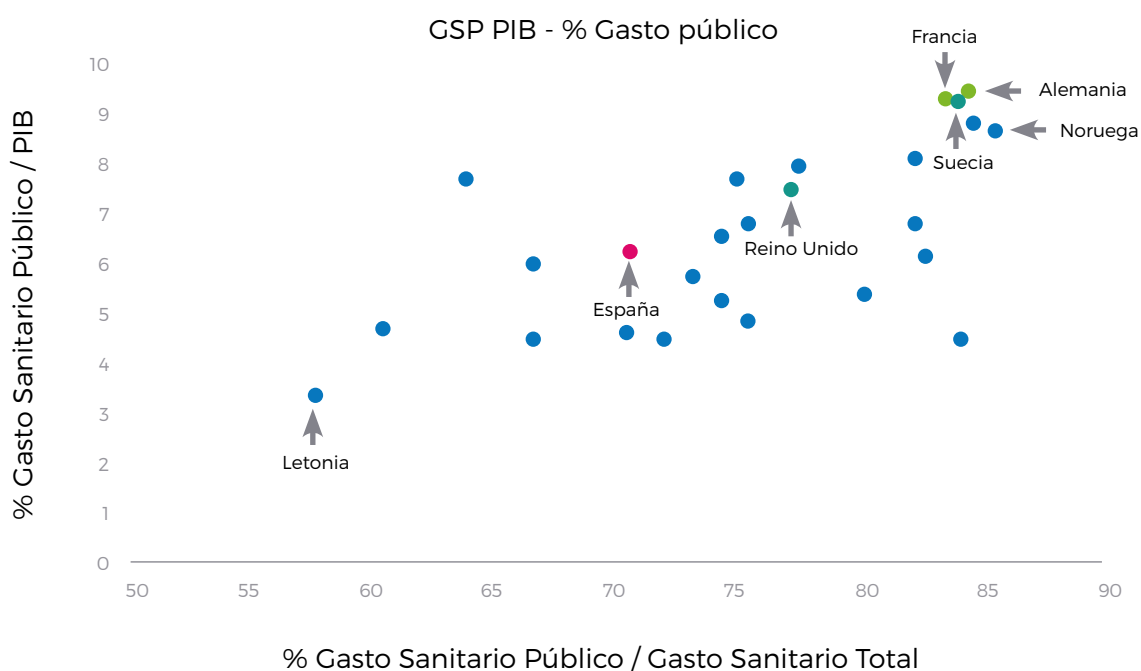


Figura V.2. Porcentaje de gasto sanitario público sobre el PIB y sobre el gasto sanitario total.
Varios países de la Unión Europea

Fuente: OCDE. OECD Health Statistics 2019 - Frequently Requested Data. Elaboración propia. Esta figura ha sido cedida también para un informe dirigido por I. Riesgo, todavía por titular y publicar

Recursos dirigidos a mejoras

En segundo lugar, por un mero efecto aritmético, el gasto sanitario público aumentará tras la crisis de la COVID-19 su peso sobre el PIB, no solamente debido a que es preciso mantener e, incluso, incrementar el gasto real para dar respuesta a las sucesivas “oleadas” de los efectos de la crisis sobre el sistema sanitario (véase Capítulo IV), sino porque al caer el PIB la proporción de gasto sanitario público sobre este indicador aumenta sin que se incrementen en sus recursos.

En la competencia por unos recursos todavía más escasos que en el período pre-COVID-19, la asistencia sanitaria pública competirá en nuestro país con los recursos necesarios para financiar otros determinantes que tienen más influencia sobre la salud que la sanidad: lucha contra la pobreza (salario mínimo vital), mantenimiento de las pensiones, mantenimiento de un nivel de ingresos en situación de desempleo, incentivos para recuperar la actividad económica y el empleo, lucha contra el cambio climático, etc.

Aunque los determinantes de la salud se pueden clasificar en estilos de vida, medio ambientales, sociales y biológicos (genética)¹⁴⁴, todos están influidos por las condiciones sociales^{82,83}. Como señala Donald Berwick, la “moral interior” (Kant) de los profesionales sanita-



rios debe llevarnos a un compromiso con las políticas que mejoren la salud de la población¹⁴⁵, siendo un imperativo ético asegurarse de que cualquier incremento de recursos para sanidad se destina a actividades de “alto valor” para la mejora de la salud, así como que simultáneamente se eliminan otras (despilfarro, déficit de productividad, actividades innecesarias, etc.)¹⁴⁶ que no contribuyen a este objetivo.

Por ello, pensamos que no es una perspectiva correcta proponer incrementos de recursos para sanidad sin que paralelamente se hagan propuestas de las reformas necesarias para que el rendimiento público de dichos recursos sea el óptimo.



Pacto sanitario y gobierno del sistema sanitario

Uno de los aspectos que ha revelado de forma contundente la encuesta de la Fundación IMAS es la desafección de los profesionales sanitarios respecto de los responsables políticos. En no pocas ocasiones se plantea el “pacto de estado” para la reconstrucción del Sistema Nacional de Salud como un pacto entre los gobiernos central y autonómicos. Concebir el “pacto por la sanidad” como un pacto entre el Gobierno de España y los de las Comunidades Autónomas es tener una visión muy limitada del papel de la sociedad civil y, especialmente, del papel que los profesionales sanitarios y los ciudadanos/pacientes deben tener en el gobierno del sistema.

No existirá un “New Deal” del Sistema

Nacional de Salud si no se produce un pacto con estos dos agentes y un acuerdo a espaldas de ellos contribuirá más a su distanciamiento.

Como se señalaba en la introducción a este informe, la propia OMS indica que “todos los sectores forman parte del camino hacia el éxito de la asistencia sanitaria universal, y todas las partes interesadas, los beneficiarios, los proveedores y el Estado deben participar en su diseño, implementación y seguimiento”²⁵. Por tanto, la perspectiva “estadista”, como algo que concierne únicamente a los partidos políticos y a los gobiernos, tampoco es apropiada para proponer la “reconstrucción” del Sistema Nacional de Salud.

La perspectiva desde la que se realizan las propuestas de reforma del Sistema Nacional de Salud

En este contexto, las propuestas que se exponen a continuación obedecen a los siguientes principios generales:

1. Preservar los principios básicos del Sistema Nacional de Salud: **asistencia sanitaria universal, financiación pública y equidad**, proponiendo una refundación del sistema desde sus orígenes, poniendo en el centro de todas las propuestas la mejora de la salud individual y co-
2. **Los recursos adicionales que se puedan atraer a sanidad deberán estar dirigidos a impulsar las mejoras y reformas** que tengan un alto valor para la salud de los ciudadanos y la población. El aumento indiscriminado y no dirigido a este objetivo es éticamente inaceptable, así como lo es no “desinvertir” en recursos (estructuras, activida-



des, etc.) que no contribuyen eficazmente a la mejora de la salud y calidad de vida.

3. **Los profesionales y los ciudadanos/pacientes deben participar en el gobierno del sistema.** No es posible tener un sistema sanitario de calidad sin la activa participación de ambos agentes, y participar no es meramente “ser oídos”.
4. **La toma de decisiones en política sanitaria deberá basarse en la**

evidencia científica disponible. La gestión sanitaria a todos los niveles debe estar guiada por la competencia profesional y estar libre de injerencia política partidaria.

5. El sistema sanitario debe ser **transparente**, con información pública de los indicadores relevantes, **medir sus resultados** (especialmente en la producción de salud) y sujeto a **evaluación** en todos sus niveles de gestión.

VI.2. EL DEDO Y LA LUNA. LA REORIENTACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO HACIA LA SALUD

La reorientación del sistema hacia la salud es probablemente la lección más importante que deja la crisis de la COVID-19. La necesidad de llevarla a cabo es ampliamente compartida por los profesionales sanitarios que respondieron a la encuesta, así como con la mayoría de los sistemas sanitarios occidentales⁶⁶. Como señala Berwick, las sociedades occidentales estamos, en relación con nuestros sistemas sanitarios, invirtiendo mucho en “talleres de reparación” (hospitales, servicios de urgencias) y muy poco en prevención de accidentes²⁴; en otras palabras, cometemos la estupidez de mirar al dedo que señala a la luna, en lugar de a la luna. Esta reorientación del sistema implica una reformulación del “modelo” asistencial.

El reto es introducir las reformas precisas para que la reorientación del sistema sanitario hacia la salud no se quede en mera retórica, como sucedió con la Ley General de Sanidad. Los ex presidentes de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria han recordado la creación del Centro Estatal de Salud Pública por la Administración General del Estado prevista en la Ley 33/2011, de 4 de octubre^{147,148}. El mencionado Centro Estatal, tal y como está concebido por la ley de salud pública, tiene un problema de “gobernanza”, sobre el que volveremos más adelante, ya que es una superestructura que no garantiza que los servicios sanitarios incorporen en su práctica asistencial el enfoque de



salud poblacional. Paradójicamente, el sistema sanitario de los Estados Unidos ha señalado el camino a través de las experiencias de las Health Maintenance Organizations, como la Kaiser Permanente, han demostrando que un enfoque de salud poblacional mejora los resultados en salud

reduciendo costes¹⁴⁹. Kaiser Permanente ha desarrollado una estrategia de salud poblacional y atención comunitaria para confrontar la crisis de la COVID-19 que ha servido de guía para ordenar las medidas para la respuesta a corto y medio plazo de la gestión post-COVID¹³³.

Incorporar el enfoque de salud al funcionamiento de los servicios sanitarios

Para que el sistema sanitario se reoriente hacia la salud es preciso no sólo dotarle de instituciones que tengan como misión mejorar la salud poblacional (se puede objetar que eso es lo que son -o deberían ser- las Consejerías de Salud y/o los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas), sino que este objetivo se incorpore al funcionamiento de los servicios de asistencia sanitaria.

Con independencia de estructuras “macro” similares al “Centro Estatal de Salud Pública”, dicha orientación se debería desplegar en los niveles “meso” y “micro” de gestión. Por razones que se expresan en el apartado de “gobierno del Sistema Nacional de Salud”, re-denominaremos el “Centro Estatal de Salud Pública” como “Agencia de Salud Pública del Sistema Nacional de Salud”.

Organizaciones regionales sociosanitarias

A nivel “meso” se han propuesto crear organizaciones regionales (ámbito poblacional de alrededor de 1 millón de habitantes) que integren las redes asistenciales (y de servicios “socio-sanitarios”) dentro de su ámbito geográfico y poblacional, y que estén orientadas a desarrollar políticas de salud poblacional (promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad) y a mejorar los resultados en salud, buscando la mejor relación posible entre los re-

ursos (costes) empleados y los resultados obtenidos⁷⁰. Estas “Agencias Regionales de Salud”, similares en su orientación a las Health Maintenance Organizations, tendrían una función de “aseguramiento”, financiando los servicios sanitarios (hospitales, atención primaria, etc.), sociosanitarios, transporte sanitario, etc., que son necesarios para cumplir con su misión.

A nivel “micro” se trataría de incorporar la orientación de salud comuni-



taria a la atención primaria, aspecto sobre el que volveremos al tratar el “modelo asistencial”. Una cuestión, en gran medida desatendida en nuestro sistema sanitario como en muchos de los países occidentales, es la incorporación de la atención a los determinantes de la salud en las organizaciones sanitarias^{84,85,86,150,151}. Las “Agencias Regionales de Salud” deberían incorporar este foco sobre los determinantes de la salud a las políticas de salud poblacional.

Un principio relevante, que aplica a todas las propuestas contenidas en este informe, es que la creación de nuevas estructuras debe conllevar la integración en estas de las pre-existentes que desarrollan una función similar. Por ejemplo, la previsión contenida en la Ley de Salud Pública de

que el Centro Estatal de Salud Pública “coordinará su actividad con los centros nacionales de Epidemiología, Microbiología, Sanidad Ambiental, Medicina Tropical, Escuela Nacional de Sanidad y Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, etc.” responde a un planteamiento a nuestro juicio equivocado, porque tiende a duplicar recursos, aumentar los costes de transacción en la toma de decisiones y producir un gasto innecesario.

El objetivo sería integrar recursos sin incrementos innecesarios del gasto y, en la medida de lo posible, su reducción. El mismo razonamiento se aplica a las “Agencias Regionales de Salud” respecto de las Consejerías de Salud, Consejerías de Servicios Sociales, de Igualdad, etc. y Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

La reorientación del sistema sanitario hacia la salud. Propuestas

1. Crear la Agencia de Salud Pública del Sistema Nacional de Salud.
2. Desarrollar “Agencias Regionales de Salud”, que integren las redes de servicios sanitarios y sociosanitarios orientadas a desarrollar políticas de salud poblacional (incluyendo la atención a los determinantes sociales de la salud) y a mejorar los resultados en salud, con una función de aseguramiento (compra) de servicios sanitarios y sociosanitarios.
3. Incorporar el enfoque de salud comunitaria a la atención primaria.



VI.3. EL GOBIERNO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. LA PARTICIPACIÓN DE PROFESIONALES Y CIUDADANOS

Los problemas de gobierno del Sistema Nacional de Salud provienen, como se ha comentado, de su diseño en la Ley General de Sanidad y que no se resolvieron en las sucesivas normas tras la ley de sanidad. Estos problemas se han puesto de manifiesto en la encuesta realizada, que muestra una notable desafección de los profesionales hacia los “políticos” y (en menor medida) los gerentes, vistos como agentes dependientes de los políticos.

Se han realizado numerosas propuestas sobre el gobierno del Sistema Nacional de la Salud¹⁵², pero no es objeto de este informe analizarlas. Desde esta perspectiva, las propuestas que se exponen a continuación se basan en los siguientes principios:

1. Todos los agentes interesados deben participar activamente en el gobierno del sistema, y entre estos agentes necesariamente se debe incluir a los profesionales sanitarios y a los ciudadanos/pacientes.
2. El gobierno del sistema no debe estar instrumentalizado por la política partidaria y la toma de decisiones debe basarse en la mejor evidencia científica disponible.
3. Se deben medir sistemáticamente los resultados en salud, así como

otros indicadores que informen sobre la calidad, eficiencia, productividad, adecuación a las necesidades de los pacientes, etc.

4. El sistema debe ser transparente, haciendo públicos los indicadores (especialmente los de resultados), permitiendo la comparación entre Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, hospitales, áreas de salud, etc.
5. El sistema sanitario debe rendir cuentas de sus resultados, sometándose sistemáticamente a evaluaciones periódicas por organismos independientes; y
6. El proceso de acceso a puestos de responsabilidad debe ser transparente, basarse en las competencias profesionales de los candidatos y su renovación en la evaluación del cumplimiento de los objetivos establecidos. Por puestos de responsabilidad se deben entender todos los puestos no políticos (estos deberán reducirse al mínimo), incluyendo -por ejemplo- las direcciones/gerencias de las “Agencias Regionales de Salud” y de los centros sanitarios, así como las jefaturas de los servicios hospitalarios, direcciones de centros de salud, etc. Repasaremos la aplicación de estos principios a los tres niveles de gestión.



El gobierno del Sistema Nacional de Salud a nivel “macro”

Numerosas propuestas que circulan en el contexto de la “reconstrucción” del sistema, incluso algunas realizadas por corporaciones profesionales o realizadas por los profesionales sanitarios en la encuesta, tienden a “re-centralizar” competencias sanitarias en la administración central del Estado, a aumentar el papel del Ministerio de Sanidad o a hacer ejecutivas las decisiones del Consejo Interterritorial. Todas estas propuestas están basadas en la lógica del reparto de competencias “exclusivas”, en la que no hay espacio para un gobierno compartido. Las propuestas que se refieren al papel del Consejo Interterritorial ignoran que la Ley General de Sanidad lo diseñó vacío de carácter ejecutivo.

Las propuestas de este informe se basan en un concepto de co-gober-

nanza implantado en otros países europeos con sistemas sanitarios descentralizados en entes territoriales con capacidad legislativa¹⁸. Las agencias para el conjunto del Sistema Nacional de Salud deben dotarse de una autonomía de gestión que posibilite establecer unos objetivos específicos y una financiación determinada vinculada a contratos-programa, lo que permitirá la evaluación externa de su desempeño y de su gestión financiera (auditorías), así como desarrollar instrumentos avanzados de gestión (planes estratégicos, etc.). Otro aspecto relevante en relación con la estructura organizativa y de gestión de las agencias del Sistema Nacional de Salud, en especial aquellas con actividades con contenido científico, es la presencia de un Comité Científico con reconocida solvencia de sus integrantes.

Órganos de gobierno de las Agencias

En el nivel superior de gobierno (consejo de administración, patronato, etc.) de las agencias del Sistema Nacional de Salud deberían estar representadas por:

1. La Administración Central del Estado.
2. La Administración de las Comunidades Autónomas.
3. Los ciudadanos a través de los en-

tes locales (la Federación Española de Municipios y Provincias podría jugar un papel) y las asociaciones de pacientes.

4. Los profesionales sanitarios a través de las sociedades científicas y otras entidades (colegios, sindicatos). Otros agentes (por ejemplo, la industria del sector) deberían tener vías de participación en aque-



llas agencias del Sistema Nacional de Salud donde fueran parte interesada.

Las vías de representación de los distintos agentes deberían ser las adecuadas al objetivo de cada agencia, correspondiendo a las sociedades científicas la participación de los profesionales sanitarios en aquellas de contenido científico-técnico. No se pretende hacer una relación exhaustiva de estas agencias, a modo indicativo se pueden señalar algunas:

1. La Agencia de Salud Pública del Sistema Nacional de Salud, que asumiría las funciones del “Centro Estatal” previsto en la Ley de Salud Pública. Esta agencia integraría el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias.
2. La Agencia de Calidad y el Observatorio de Resultados del Sistema Nacional de Salud, propuestos por FACME-IMAS³⁸, tendrían un papel relevante en el desarrollo de un sistema de información integral, la evaluación y la transparencia del Sistema Nacional de Salud.
3. La Agencia de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud integraría al Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud. En este contexto, hay que recordar que la participación de

los profesionales a través de sus sociedades científicas en la regulación de las profesiones sanitarias es notablemente mayor en los países occidentales desarrollados que en España¹⁵³, en donde está principalmente situada en el ámbito político-administrativo, mientras en la mayoría de estos países hay un elevado nivel de autorregulación.

El borrador de Real Decreto de formación especializada elaborado por el Ministerio de Sanidad aumenta la injerencia política en detrimento de la participación profesional y los criterios científico-técnicos. El sistema no cambiará si no se produce también un cambio en los profesionales. El sistema MIR necesita una profunda reforma, evitando la fragmentación y facilitando un sistema de acreditación de subespecialidades post-MIR (Áreas de Capacitación Específicas). Este es otro de los aspectos importantes que quedan fuera del alcance de este informe, al no estar directamente relacionado con las propuestas expresadas por los profesionales sanitarios en la encuesta.

4. La Agencia de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias del Sistema Nacional de Salud.
5. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.



La Corporación Sistema Nacional de Salud

Las agencias del Sistema Nacional de Salud se podrían integrar en una corporación similar al Socialstyrelsen (Consejo Nacional de Salud y Bienestar) de Suecia y el consejo de administración de esta corporación estar integrado por miembros designados por las Cortes Generales por mayoría cualificada. De hecho, cada agencia debería tener el suyo, adecuando sus componentes a garantizar la representación de los agentes interesados. Como en el Socialstyrelsen, el principal objetivo de la “Corporación Sistema Nacional de Salud” sería **“garantizar el acceso equitativo a una asistencia sanitaria y social excelente para todos los ciudadanos,**

con independencia de su lugar de residencia”. Si bien el nombramiento del consejo de administración de la corporación está mediado por la más alta representación de la voluntad popular en el ámbito estatal, los miembros del consejo y el consejero delegado de la Corporación Estatal del Sistema Nacional de Salud deberían reunir requisitos de mérito y capacidad técnica, expuestos y sujetos a examen mediante comparecencia pública.

Por último, en relación con este apartado se aplica el criterio de economía de medios. Las estructuras que se proponen no se “coordinan” con las preexistentes, las sustituyen buscando la mayor eficiencia en la utilización de recursos, lo que debería llevar a un “adelgazamiento” del Ministerio de Sanidad (probablemente integrándolo con otros) y a la integración del personal y los recursos del Instituto Carlos III en las nuevas agencias. El mismo principio de austeridad se debe plasmar también al nivel “meso” en relación con las Consejerías de Salud, Servicios Sociales, etc. y de los Servicios Regionales de Salud y otros entes de las Comunidades Autónomas, evitando las actuales duplicaciones al integrar los servicios comunes del sistema en agencias con gobierno compartido.



El gobierno del Sistema Nacional de Salud a nivel “meso”. Agencias Regionales de Salud y hospitales

Agencias Regionales de Salud

El gobierno de las “Agencias Regionales de Salud” debería basarse en los principios señalados para las agencias del Sistema Nacional de Salud: autonomía de gestión, transparencia, evaluación, profesionalización de la gestión (gestión basada en competencias) y participación de los agentes interesados en la gestión (especialmente profesionales sanitarios y ciudadanos/pacientes).

Las Agencias Regionales de Salud deberían tener un “consejo de administración” en el que participaran los representantes del Gobierno de la propia Comunidad Autónoma, representantes de los municipios del ámbito regional de influencia de la agencia, representantes de los profesionales sanitarios y los pacientes.

De forma paralela a lo propuesto para las agencias del Sistema Nacional de Salud, los miembros de los “consejos” de estas agencias deberían ser nombrados por mayoría cualificada de los parlamentos autonómicos. Asimismo, deberían dotarse de un Consejo Científico integrado por los profesionales más cualificados en salud pública y gestión sanitaria. Las Agencias Regionales de Salud deberían tener delegaciones en cada área de salud, en las que se integrara la participación de los ciudadanos, mediante la representación de los ayuntamientos comprendidos en su área de actuación, profesionales sanitarios, asociaciones de pacientes y otras organizaciones no gubernamentales que operaran en el ámbito local, especialmente las referidas a la asistencia socio-sanitaria.

Hospitales

La gestión de los hospitales está comprendida dentro del nivel “meso”. Nos referiremos aquí a la propuesta del “Hospital del Futuro” sobre la “gobernanza” de estos centros. Para no extendernos, en cuanto a su gobierno mencionaremos la necesidad de establecer un equilibrio entre gerentes y clínicos (la implicación de éstos en la gestión aumenta la calidad y la

eficiencia en la gestión sanitaria^{154,155}), la incorporación de los pacientes a través de sus organizaciones al gobierno del hospital y la transferencia de capacidad organizativa y de gestión a las redes y unidades asistenciales (equipos multidisciplinares de profesionales sanitarios, que se comentarán en el apartado de “modelo asistencial”)³³.



Otro aspecto relevante en relación con la gobernanza de los hospitales es el referido a la autonomía de su gestión. Los hospitales generales de agudos son organizaciones que, muy frecuentemente, emplean a miles de personas y manejan unos recursos económicos de cientos de millones de euros y cientos de contratos (de personal, de compra de bienes y servicios, etc.). En otras palabras, son auténticas “empresas” que requieren de flexibilidad y autonomía de gestión para ser eficientes en la utilización de los ingentes recursos que se ponen a su disposición¹⁵⁶.

La escasa información disponible dentro del sector público de nuestro país demuestra que los hospitales públicos dotados de personalidad jurídica son más eficientes técnicamente (no se dispone de información contrastables de resultados en salud, pero sí de algunos indicadores de calidad)

que los hospitales de gestión directa, sometidos al régimen burocrático-administrativo de la Administración Pública^{157,158,159}. A pesar de esta evidencia, existe una tendencia hacia la vuelta al régimen general administrativo de las escasas experiencias de “empresarializar”, manteniendo la titularidad pública de estos centros, que permitió el Real Decreto Ley de “nuevas formas de gestión”¹⁶⁰. Consideramos que esta tendencia es un error y que a los hospitales (o a las “redes de hospitales que integran hospitales generales de agudos de área con otros centros comarcales, de media estancia, etc.) deberían estar dotados de personalidad jurídica, aplicándoles los mismos criterios generales de buen gobierno que hemos expuesto con anterioridad (consejo participativo, profesionalización de la gestión, transparencia, evaluación por resultados, auditorías financieras y operativas, etc.).

El gobierno del Sistema Nacional de Salud a nivel “micro”

La implicación de los profesionales sanitarios en la gestión requerirá una transferencia de responsabilidad en la organización y gestión hacia los clínicos (gestión clínica), integrados en equipos multidisciplinares. Así, los principios generales que deben informar el gobierno de las unidades de gestión clínica, que han sido expuestos en forma de decálogo para su desarrollo por FACME¹⁰², son:

1. Prestar asistencia sanitaria de acuerdo con los principios del SNS y del correspondiente servicio de salud de la Comunidad Autónoma.
2. Promover una atención integral centrada en el paciente.
3. Permitir la transferencia de responsabilidad y riesgos a través de la autonomía de gestión.
4. Facilitar el control y evaluación mediante una gestión e información transparente.



5. Conllevar una gestión guiada por la eficiencia clínica.
6. Incorporar un modelo de incentivos ligados a la calidad y eficiencia.
7. Promover la innovación e investigación, permitiendo el desarrollo de alianzas con la Universidad, la industria, etc.
8. Contribuir a garantizar un modelo de formación pre y postgrado de alta calidad.
9. Reutilizar los ahorros que se generen para mejoras que reviertan en la atención sanitaria y ayuden a conseguir los fines sociales del sistema sanitario público.
10. Fomentar alianzas con la sociedad civil (asociaciones de pacientes, ONGs, etc.).

Existe un nivel de gestión todavía más micro que es la relación médico-paciente y que, generalmente, pasa desapercibido. Poner al paciente en el centro del sistema, así como mejorar la calidad y eficiencia del sistema sanitario requieren que el paciente se responsabilice de la gestión de su enfermedad^{32,161,162,163} y se incorpore la toma de decisiones compartidas a la práctica asistencial¹⁶⁴.

El gobierno del Sistema Nacional de Salud. Propuestas

El gobierno del Sistema Nacional de Salud deberá guiarse por los siguientes principios:

1. Todos los agentes interesados deben participar activamente en el gobierno del sistema. Entre estos agentes se debe incluir necesariamente a los profesionales sanitarios y a los ciudadanos/pacientes.
2. El gobierno del sistema no debe estar instrumentado por la política partidaria, basando la toma de decisiones en la mejor evidencia científica disponible.
3. Se deben medir sistemáticamente los resultados en salud, así como otros indicadores que informen sobre la calidad, eficiencia, productividad, adecuación a las necesidades de los pacientes, etc.
4. El sistema debe ser transparente, haciendo públicos sus indicadores (especialmente los de resultados), permitiendo la comparación entre Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, hospitales, áreas de salud, etc.
5. El sistema sanitario debe rendir cuentas de sus resultados, sometiéndose sistemáticamente a evaluaciones periódicas.
6. El proceso de acceso a puestos de responsabilidad debe ser transparente, basarse en las competencias profesionales de los candidatos y su renovación en la evaluación del cumplimiento de los objetivos establecidos.



Para desarrollar estos principios, se propone una arquitectura del sistema basada en agencias del Sistema Nacional de Salud, a nivel macro; agencias regionales de salud y hospitales dotados de personalidad jurídica y autonomía de gestión, en el nivel meso, y gestión clínica y toma de decisiones compartidas con el paciente, en el nivel micro.

En este contexto, hay que destacar que una relación “funcionarial” (la actual “estatutaria” es equivalente) de los

profesionales sanitarios es incompatible con una organización del sistema basada en la autonomía de gestión, transferencia de responsabilidad organizativa y de gestión a los profesionales, sistemas de selección y promoción basados en competencias profesionales, evaluación e incentivos basados en resultados, etc.¹⁶⁵, por lo que deberá desarrollarse una regulación de personal de los servicios de salud que permita la aplicación de estos principios, como desarrollo del Estatuto Básico del Empleado Público¹⁶⁶.

VI.4. EL CAMBIO DE MODELO ASISTENCIAL

Un notable número de propuestas realizadas por los profesionales sanitarios en la encuesta hacen referencia a la necesidad de mejorar la “coordinación” entre atención primaria y los hospitales, y muchas de las propuestas de distintos colectivos se centran en la importancia de este nivel de atención^{114,167}. La relevancia que la atención primaria y la salud comunitaria tienen para los sistemas sanitarios ha sido puesta de relieve en las estrategias que con mayor éxito han confrontado la crisis de la COVID-19 y su escasa atención por parte de los sistemas sanitarios como una de las causas del fracaso de muchos países en afrontar eficazmente la crisis^{66,102,104}.

Tanto el Ministerio de Sanidad como algunas Comunidades Autónomas han propuesto estrategias de mejora de la atención primaria^{71,72}. De forma paralela, se tiende a abordar la “reforma” de los hospitales de forma aislada, en numerosas ocasiones sin referencia a su relación con la atención primaria/comunitaria o los servicios sociosanitarios^{168,169}. Coincidimos con Porter en que la atención primaria es la “unidad de análisis equivocada” y extendemos este razonamiento al hospital como unidad de análisis. Por eso, hablamos de “modelo asistencial”. La propuesta de “mejorar la coordinación” entre atención primaria y el hospital lleva, al contemplar ambos niveles asistenciales de forma separada, incorporada el germen de su fracaso.



Centrar la atención en el paciente requerirá la creación de equipos multidisciplinares. Para que estos equipos atiendan las necesidades de los pacientes a lo largo del continuo asistencial deberán incorporar perfiles profesionales añadidos a los más tradicionales de medicina y enfermería: psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, etc. Adaptamos las propuestas de Porter para el “rediseño” de la atención primaria, para aplicarlas al modelo asistencial que proponemos:

- Organizar la asistencia en función de grupos de pacientes con necesidades similares (procesos asistenciales).
- Desarrollar equipos multidisciplinares para garantizar la atención a las necesidades de los subgrupos de pacientes a lo largo del continuo asistencial. Un instrumento para hacerlo es mediante el diseño de procesos asistenciales integrados. La continuidad asistencial y evitar, en la medida de lo posible, el recurso al ingreso hospitalario³³ deben ser principios guía para la elaboración de estos procesos.
- Medir de forma sistemática los resultados (en salud, experiencia del paciente, etc.) y costes para cada subgrupo de pacientes.
- Financiar, idealmente en función de los costes por proceso, incentivando los mejores resultados en salud alcanzados con un uso eficiente de los recursos disponibles.

Asistencia compartida

El modelo asistencial propuesto desdibuja las barreras entre atención primaria y hospital, así como las existentes entre servicios y unidades de especialidad, haciendo que tanto la atención primaria como la hospitalaria y los servicios sociales interactúen entre sí de una forma flexible en función de las necesidades (cambiantes a lo largo de la trayectoria del paciente) de cada subgrupo de pacientes. Se parte del principio de compartir la asistencia mediante equipos multidisciplinares, no de “coordinarla”. Los procesos asistenciales integrados deberán con-

templar, cuando sea preciso, la atención a la dependencia, fragilidad¹⁷¹ y etapas finales de la vida. La reconfiguración de los hospitales para adaptarse al modelo asistencial descrito se ha expuesto en otros trabajos^{33,87}.

Las Agencias Regionales de Salud y sus delegaciones de área de salud deben desempeñar un papel relevante en orientar la organización y actividad de los servicios sanitarios hacia obtener los mejores resultados en salud. Como se ha señalado en la discusión, la atención a los determinantes de



la salud es un aspecto relevante para prevención de la enfermedad y también para la eficacia de los servicios sanitarios. Es preciso, por tanto, que la

atención primaria tenga la orientación y disponga de los recursos necesarios para desarrollar una atención comunitaria eficaz.

Las enfermeras, pieza clave de la atención comunitaria

Las enfermeras deben tener en este campo de actuación un especial protagonismo, así como en la atención del paciente crónico con necesidades complejas¹⁷², para evitar, en la medida de lo posible, la institucionalización hospitalaria de estos pacientes, lo que además de mejorar su calidad de vida probablemente evita costes¹⁷³. En ambos casos (prevención, educación para la salud, atención a pacientes con necesidades complejas) la atención

comunitaria debe trabajar con la colaboración de los recursos educativos, de servicios sociales y organizaciones no gubernamentales (vecinales, de pacientes, etc.). Para ello, las delegaciones de área de salud de las Agencias Regionales de Salud deberían ser más una plataforma que diera soporte a las actividades de los distintos agentes implicados en la salud comunitaria que una instancia de carácter administrativo.

Residencias de mayores

La escasa atención que el sistema sanitario ha prestado a la salud comunitaria explica en parte el drama vivido en las residencias de mayores en la crisis de la COVID-19. La atención sanitaria de los servicios sociales debe integrarse en el sistema sanitario, lo que implica una transferencia de recursos humanos (médicos y enfermeras de las residencias con labor asistencial sanitaria) y económicos desde los ser-

vicios sociales a los sanitarios, así como probablemente la incorporación de recursos adicionales.

La atención sanitaria a las residencias de mayores se podría articular tanto desde los equipos de atención primaria que atiendan a la zona básica de salud donde estén ubicadas las residencias como desde las delegaciones de área de salud de las Agencias Regionales.



El cambio de modelo asistencial. Propuestas

El rediseño del modelo asistencial debe evitar partir de la estructura asistencial actual, que fragmenta la atención en compartimentos: atención primaria-hospitales, unidades asistenciales/servicios de especialidades, etc. La “unidad” correcta de análisis es el paciente, centrándonos en sus necesidades. Para ello, se propone un rediseño de la asistencia basada en los siguientes principios:

1. Organizar la asistencia en función de grupos de pacientes con necesidades similares (procesos asistenciales).
2. Desarrollar equipos multidisciplinares para garantizar la atención a las necesidades de los subgrupos de pacientes a lo largo del continuo asistencial. La continuidad asistencial y evitar el recurso al ingreso hospitalario deben ser principios guía para la elaboración de estos procesos.
3. Medir de forma sistemática los resultados (en salud, experiencia del paciente, etc.) y costes para cada subgrupo de pacientes.
4. Financiar, idealmente en función de los costes por proceso, incentivando los mejores resultados en salud alcanzados con un uso eficiente de los recursos disponibles.
5. Los procesos asistenciales integrados deberán contemplar la atención a la dependencia, fragilidad y etapas finales de la vida.
6. Las enfermeras deben tener un papel relevante en el desarrollo de la atención comunitaria, tanto en la prevención, la educación para la salud y la atención a los determinantes de la salud como en la atención del paciente crónico con necesidades complejas.
7. La atención comunitaria debe trabajar en estrecha colaboración con los recursos educativos, de servicios sociales y organizaciones no gubernamentales de su ámbito poblacional de influencia (área o zona de salud).



VI.5. SISTEMA DE INFORMACIÓN. TELEMEDICINA. DIGITALIZACIÓN

Las respuestas de los profesionales sanitarios a la encuesta señalaban que la crisis del COVID-19 había impulsado la utilización de la telemedicina (generalmente referida a la consulta y a la interconsulta telefónica). La telemedicina también se propone como un recurso de utilidad para afrontar las sucesivas “olas” posteriores a la crisis aguda de la COVID-19.

La información sobre los datos de actividad sanitaria y morbi-mortalidad relacionados con la COVID-19, así como la coordinación de esta información entre la Administración Central del Estado y la de las Comunidades Autónomas han sido manifiestamente mejorables,

poniendo en evidencia los problemas del sistema de información del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, este informe no es el lugar adecuado para el análisis de estos problemas, únicamente señalamos la imposibilidad para poder comparar resultados entre Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, hospitales o áreas de salud y la pérdida a partir de 2016 del registro de un importante porcentaje de altas hospitalarias en la base del CMBD del Sistema Nacional de Salud, como ejemplos de un sistema de información insuficiente y obsoleto, y de la ausencia de co-gobierno del Sistema Nacional de Salud entre administraciones centrales y autonómicas.

Digitalización centrada en el paciente

No existe debate sobre los beneficios que la “digitalización” (término que engloba los avances en las tecnologías de la información y comunicaciones: “big data”, inteligencia artificial, “machine learning”, etc.) puede aportar a la asistencia sanitaria, la salud poblacional y la investigación en salud. La digitalización puede facilitar una atención integral, centrada en el paciente; desarrollar la “Medicina de Precisión”; aumentar la seguridad en el diagnóstico y de los procedimientos; establecer nuevas formas de comunicación con el paciente y aumentar la eficiencia del sistema; etc.

Uno de los elementos de la digitalización en sanidad es la historia clínica electrónica (o digital). La fundación COTEC señaló en 2019 la distancia existente entre la “implementación total” en 2018 de la historia clínica electrónica, proclamada por el Ministerio de Sanidad, y la más modesta realidad de su implantación e interoperabilidad⁹². Más recientemente, la fundación FENIN y COTEC han evaluado con un claro suspenso la penetración de la digitalización en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas⁹³.



Sistema de información del Sistema Nacional de Salud

Telemedicina y sistema de información están comprendidos dentro del concepto de digitalización del sistema sanitario. La “digitalización” engloba un conjunto de tecnologías disruptivas, que modificarán radicalmente la organización y la prestación de servicios sanitarios, facilitando la asistencia ambulatoria y domiciliaria, y que pueden contribuir notablemente a “añadir valor” en sanidad (mejorar los resultados en salud y reducir costes)^{32,174}. La digitalización puede ser asimismo un instrumento eficaz para incorporar a pacientes y ciudadanos en la gestión de su salud^{175,176,177}.

Frente al esfuerzo sistemático de numerosos países para incorporar la digitalización a la sanidad^{178,179,180}, los informes de COTEC y FENIN señalan la

necesidad de desarrollar una estrategia nacional.

Las fragmentadas iniciativas de los Servicios de Salud (en algunas Comunidades Autónomas son iniciativas de cada hospital), con toda probabilidad, suponen un despilfarro de recursos y no contribuyen a la interoperabilidad de la historia clínica electrónica entre Servicios de Salud. Construir un sistema de información integrado, centrado en el ciudadano/paciente, para el titular del derecho a la asistencia sanitaria (la Ley General de Sanidad señala que “son titulares del derecho... todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional”) requiere un enfoque de Sistema Nacional de Salud, en contraposición al fragmentado desarrollado por cada Comunidad Autónoma.

Doble reto: teleasistencia a corto; digitalización inmediata

El Sistema Nacional de Salud afronta un doble reto, uno largamente postergado como es desarrollar una estrategia “de estado” para su digitalización y otro, inmediato, pues las estrategias de respuesta a la demanda producida por la COVID-19, tanto en la crisis como en sus consecuencias, requieren el uso de los recursos digitales, incluyendo la teleasistencia^{31,53,131,181,182}. Es el momento para que

el Sistema Nacional de Salud, con la Administración Central y de las Comunidades Autónomas, usuarios, profesionales sanitarios, pacientes, gestores e industria afronte el reto de su digitalización, que compromete su calidad, eficiencia y viabilidad en el futuro inmediato.

La digitalización del Sistema Nacional de Salud y el paralelo desarrollo



de un sistema de información deberán realizarse en consonancia con los principios propuestos en este informe (orientación del sistema hacia la salud, centrado en el paciente, medición de resultados y costes, etc.) y al servicio del modelo asistencial (continuidad asistencial, gestión por procesos, etc.).

Aquí también se aplica el criterio de que la estrategia nacional de salud digital se fundamente en la evidencia científica, para lo que el plan debe-

rá contar con los mejores expertos y científicos en las distintas tecnologías comprendidas bajo el genérico término de digitalización. El plan de digitalización del Sistema Nacional de Salud precisará recursos y éstos, en comparación con los destinados por otros países, serán importantes, por lo que utilizar los recursos de la administración central, de las Comunidades Autónomas y del sector privado juiciosa y solidariamente, evitando el solapamiento, la dispersión y el despilfarro, es una imperiosa necesidad.

Protección de datos y “brecha digital”

La digitalización del Sistema Nacional de Salud deberá abordar, entre otros muchos, dos aspectos relacionados con las propuestas contenidas en este informe. El primero se refiere a la necesidad de resolver aspectos relativos a la protección de datos, que en España han supuesto, en numerosas ocasiones, un freno para la implantación de la teleasistencia, así como la seguridad jurídica de su uso por parte de los profesionales. Es probable que la tecnología “blockchain” facilite ambos aspectos, así como la trazabilidad de las interacciones con los pacientes y su registro¹⁸³.

Un segundo aspecto se refiere a la “brecha” digital descrita especialmente

en personas mayores y niveles sociales más desfavorecidos¹⁸⁴. Dicha brecha ha sido descrita en España para las personas mayores¹⁸⁵ y se ha evidenciado en la educación de los menores durante el confinamiento. La salud comunitaria deberá atender a reducir esta brecha para hacer llegar los beneficios de la teleasistencia a estos grupos sociales.



Sistema de información. Telemedicina. Digitalización. Propuestas

1. Se debe elaborar e implantar un plan de digitalización del Sistema Nacional de Salud en el que participen todos los agentes interesados (administración central del estado y de las Comunidades Autónomas; usuarios, profesionales sanitarios, pacientes, gestores; e industria del sector -tecnologías de la información y comunicaciones, biomédica, etc.-). El plan debe de estar respaldado por la mejor evidencia científica disponible y utilizar eficientemente todos los recursos disponibles (públicos y privados), evitando el despilfarro y solapamiento de recursos que ha caracterizado el lento y precario proceso de digitalización de la sanidad pública española.
2. Paralelamente, se debe desarrollar un sistema de información integral del Sistema Nacional de Salud.
3. De forma inmediata, y dentro de las estrategias para atender las demandas post-COVID, deben resolverse los distintos aspectos (confidencialidad, seguridad jurídica, estimación de la carga asistencial, etc.) relacionados con la teleasistencia.





Anexos



Anexos

Anexo I. Formulario de la Encuesta “Y después del COVID-19... ¿qué?”

Cuestionario	Opciones
Comunidad Autónoma	17 Comunidades y 2 Ciudades Autónomas
Centro de trabajo	☒ Hospital ☒ Centro de Salud ☒ Urgencias / Emergencias ☒ Otro
Profesión	☒ Médico/a ☒ Enfermero/a ☒ Otra (especificar)
Si no es médico/a ni enfermero/a, especificar profesión	
Si es médico/a, especificar especialidad médica	
Género	☒ Hombre ☒ Mujer
Edad	☒ < 35 años ☒ 35-44 años ☒ 45-54 años ☒ 55-64 años ☒ ≥ 65 años
1. ¿Ha prestado asistencia sanitaria directa, con exposición a pacientes con COVID-19?	☒ Sí, de forma continua ☒ Sí, puntualmente ☒ No ha prestado asistencia sanitaria directa
Comentario (si lo considera oportuno)	
2. ¿Conocía, previamente a la pandemia, la existencia de un plan de contingencia en su centro para responder a una eventualidad de estas características?	☒ Sí ☒ No ☒ No sabe
Comentario (si lo considera oportuno)	
3. En su experiencia, ¿se ha dispuesto de recursos suficientes y adecuados para conocer si los sanitarios habían sido contagiados por COVID-19?	☒ Sí, desde el inicio (antes o durante las dos primeras semanas del Estado de Alarma) ☒ Sí, posteriormente a la segunda semana del Estado de Alarma ☒ No ☒ No sé
Comentario (si lo considera oportuno)	
6. ¿Ha dispuesto de equipos de protección adecuados cuando los ha necesitado?	☒ Sí, desde el inicio (antes o durante las dos primeras semanas del Estado de Alarma) ☒ Sí, posteriormente a la segunda semana del Estado de Alarma ☒ No ☒ No sé



Cuestionario	Opciones
¿Puede comentarnos, brevemente, cómo ha organizado su servicio la protección del personal?	
7. En su experiencia, ¿Se ha dispuesto de recursos suficientes y adecuados para identificar a los pacientes con COVID-19?	☒ Sí ☒ No ☒ No sé
Comentario (si lo considera oportuno)	
8. En su centro, ¿se ha elaborado algún tipo de protocolo para el manejo de los pacientes con sospecha de COVID-19 y contactos estrechos?	☒ Sí, desde el inicio (antes o durante las dos primeras semanas del Estado de Alarma) ☒ Sí, posteriormente a la segunda semana del Estado de Alarma ☒ No ☒ No sé
Comentario (si lo considera oportuno)	
9. En su centro, ¿se ha elaborado algún tipo de proceso asistencial, integrando a todas las unidades relevantes para el manejo de los pacientes con COVID-19 y a lo largo del continuo asistencial, desde el domicilio, a la atención primaria y hospital (urgencias, hospitalización convencional y cuidados intensivos)?	☒ Sí, desde el inicio (antes o durante las dos primeras semanas del Estado de Alarma) ☒ Sí, posteriormente a la segunda semana del Estado de Alarma ☒ No ☒ No sé
Comentario (si lo considera oportuno)	
10. ¿Se han establecido criterios explícitos de derivación de pacientes desde atención primaria o urgencias hospitalarias a los distintos ámbitos: atención en domicilio, hotel, hospital "de campaña", hospital general de agudos?	☒ Sí, desde el inicio (antes o durante las dos primeras semanas del Estado de Alarma) ☒ Sí, posteriormente a la segunda semana del Estado de Alarma ☒ No ☒ No sé
Comentario (si lo considera oportuno)	
11. Si se han establecido criterios explícitos de derivación de pacientes, ¿han incluido la derivación a centros sanitarios privados?	☒ Sí ☒ No ☒ No sé
Si se han derivado pacientes a centros privados, ¿puede comentar brevemente de qué tipo?	
12. ¿Ha funcionado adecuadamente la coordinación entre atención primaria y hospital general?	☒ Sí ☒ No ☒ No sé
Comentario (si lo considera oportuno)	
13. ¿Durante la fase aguda de la pandemia (cuatro primeras semanas), se elaboró en su centro un plan de atención a los pacientes que tienen patologías distintas a la infección por COVID-19 y que requieren también una atención prioritaria (partos, infarto agudo de miocardio, ictus, cáncer, etc.)?	☒ Sí ☒ No ☒ No sé
Comentario (si lo considera oportuno)	



Cuestionario	Opciones
14. ¿Se han establecido criterios explícitos de limitar el esfuerzo terapéutico (no ventilación mecánica/cuidados intensivos) basados en la disponibilidad de recursos y las características del paciente (edad, comorbilidades, etc.)?	☒ Sí ☒ No ☒ No sé
15. Si se han establecido criterios de limitación del esfuerzo terapéutico, ¿han sido aprobados por el Comité de Ética del centro?	☒ Sí ☒ No ☒ No sé
Comentario (si lo considera oportuno)	
16. En su experiencia, ¿la crisis actual ha impulsado la utilización de la telemedicina?	☒ Sí ☒ No ☒ No sé
Puede comentar, brevemente, ¿qué dificultades se han encontrado para su operatividad y qué utilidad ha supuesto su uso?	
17. En su experiencia, ¿la crisis actual ha impulsado el trabajo en equipos multidisciplinares?	☒ Sí ☒ No ☒ No sé
¿Puede comentar, brevemente, la experiencia de su centro en el funcionamiento de los equipos multidisciplinares?	
18. Valore la política de adquisición/disponibilidad de ventiladores, tests (PCR y serología) y equipos de protección individual	Escala de 1 a 10
Comentario (si lo considera oportuno)	
19. Valore la actuación de su servicio hospitalario o de la dirección/coordinación de su centro de atención primaria en la organización y gestión de la asistencia sanitaria como respuesta a la crisis provocada por el COVID-19	Escala de 1 a 10
Comentario (si lo considera oportuno)	
20. Valore la actuación de la dirección del centro en la organización y gestión de la asistencia sanitaria como respuesta a la crisis provocada por el COVID-19	Escala de 1 a 10
Comentario (si lo considera oportuno)	
21. Valore la actuación de la Consejería de Salud/Servicios de Salud de la Comunidad Autónoma en la organización y gestión de la asistencia sanitaria como respuesta a la crisis provocada por el COVID-19	Escala de 1 a 10
Comentario (si lo considera oportuno)	
22. Valore la actuación de la Consejería de Salud/Servicios de Salud de su Comunidad Autónoma en relación con la oportunidad en el tiempo de su intervención	☒ Oportuna en el tiempo ☒ Con retraso ☒ No Sabe
Comentario (si lo considera oportuno)	



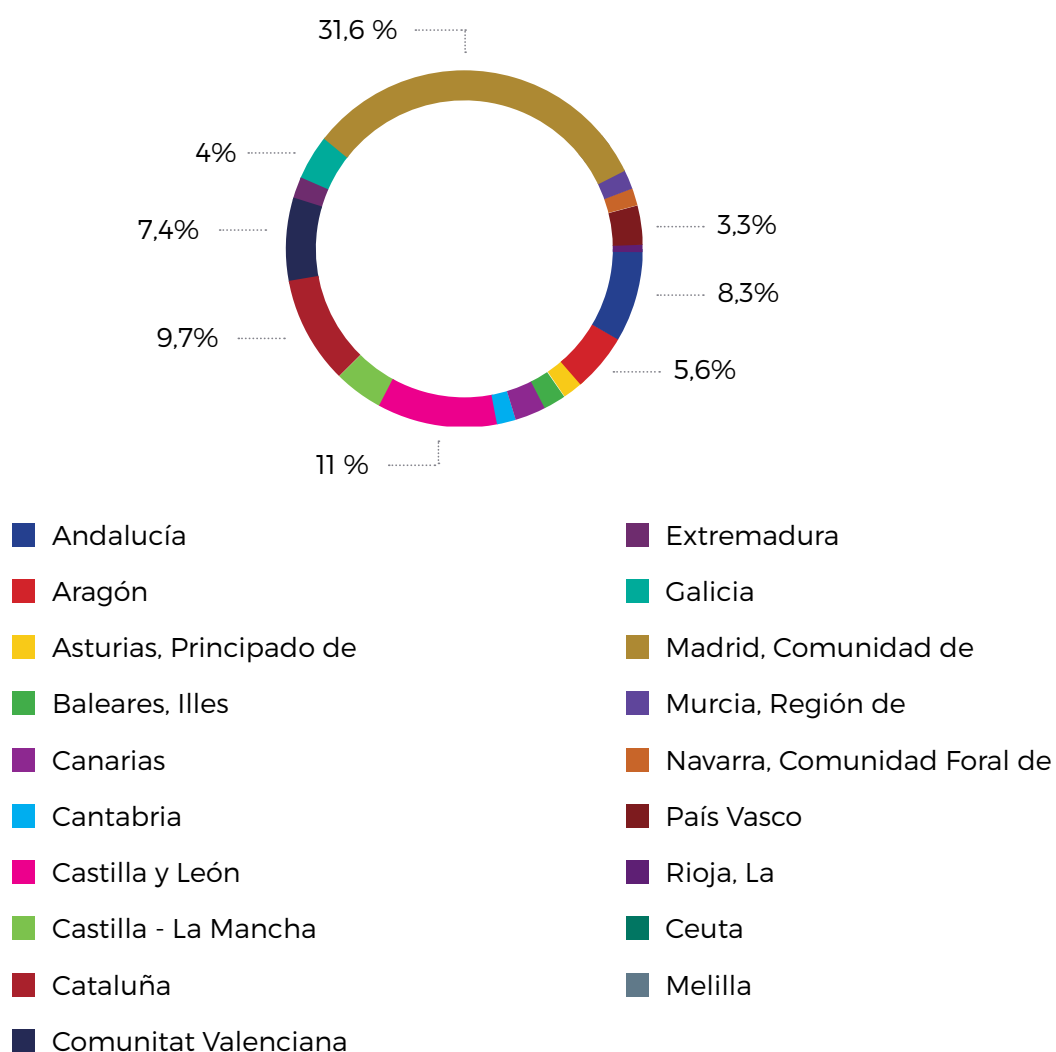
Cuestionario	Opciones
23. Dentro del marco de competencias en organización y gestión de la asistencia sanitaria entre la administración central y las Comunidades Autónomas, valore la actuación del Ministerio de Sanidad en la gestión de la respuesta a la crisis provocada por el COVID-19	Escala de 1 a 10
Comentario (si lo considera oportuno)	
24. Valore la actuación del Ministerio de Sanidad en relación con la oportunidad en el tiempo de su intervención	☒ Oportuna en el tiempo ☒ Con retraso ☒ No Sabe
Comentario (si lo considera oportuno)	
25. ¿Qué es lo que piensa que ha funcionado bien en esta crisis, en relación con la organización y gestión de la asistencia sanitaria?	
26. ¿Qué es lo que piensa que ha funcionado mal en esta crisis, en relación con la organización y gestión de la asistencia sanitaria?	
27. ¿Qué propuestas haría, en base a esta experiencia, para mejorar la organización y gestión del Sistema Nacional de Salud?	
28. ¿Qué aspectos considera más relevantes en el plan de asistencia inmediata y a medio plazo post-COVID y como llevarlo a la práctica?	



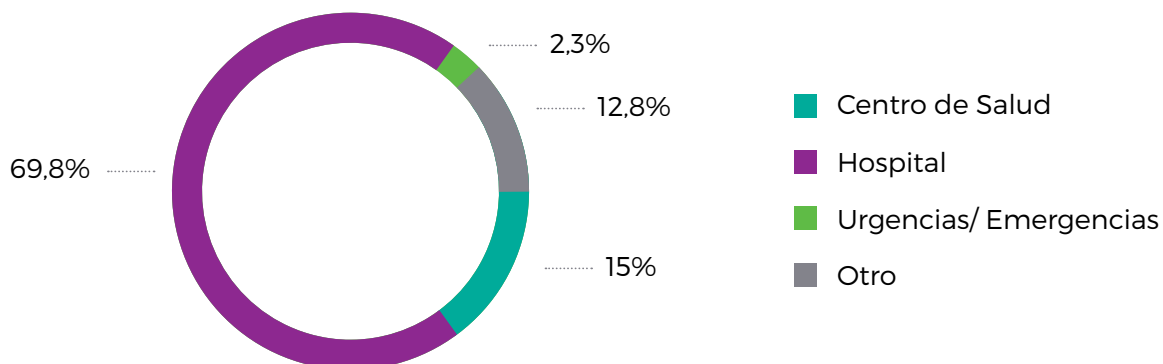
Anexo II. Resultados de la encuesta anónima (2.473 respuestas)

Anexo II. Figura 1.

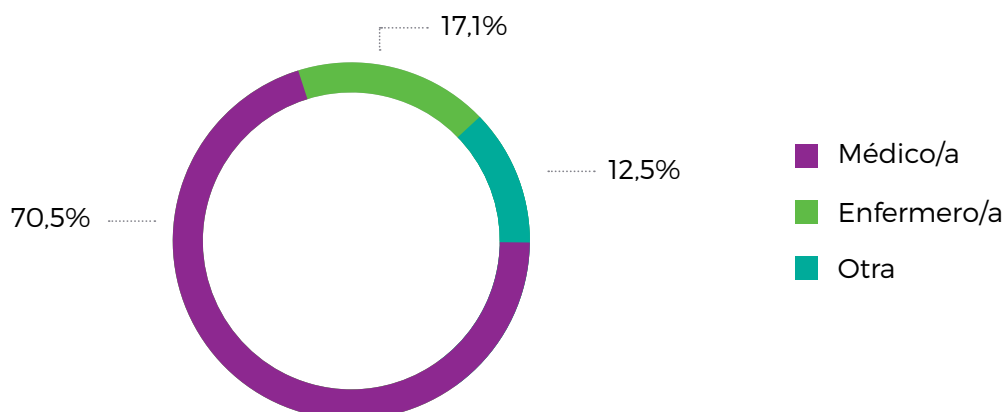
Distribución de respuestas por Comunidad Autónoma



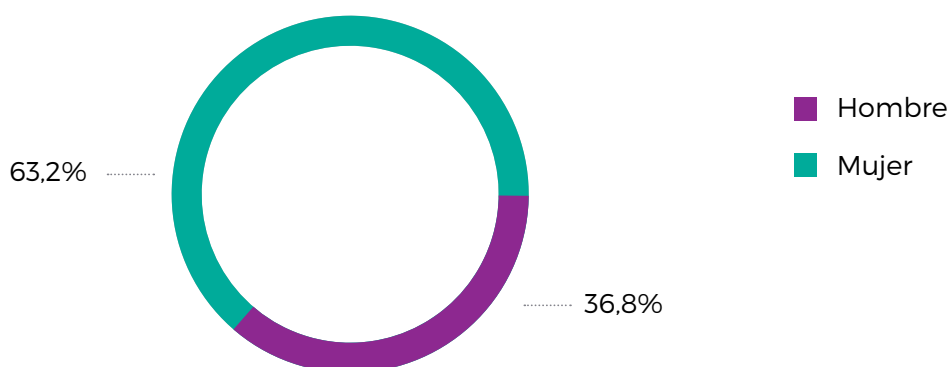
Anexo II. Figura 2. Distribución de respuestas por centro de trabajo



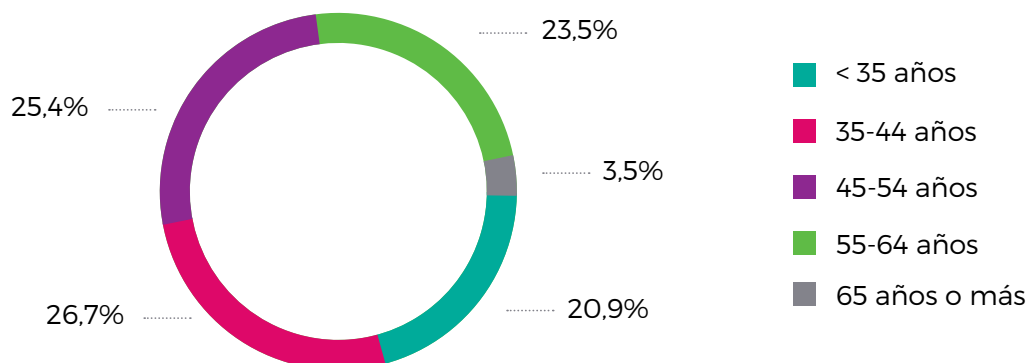
Anexo II. Figura 3. Distribución de respuestas por grupos profesionales



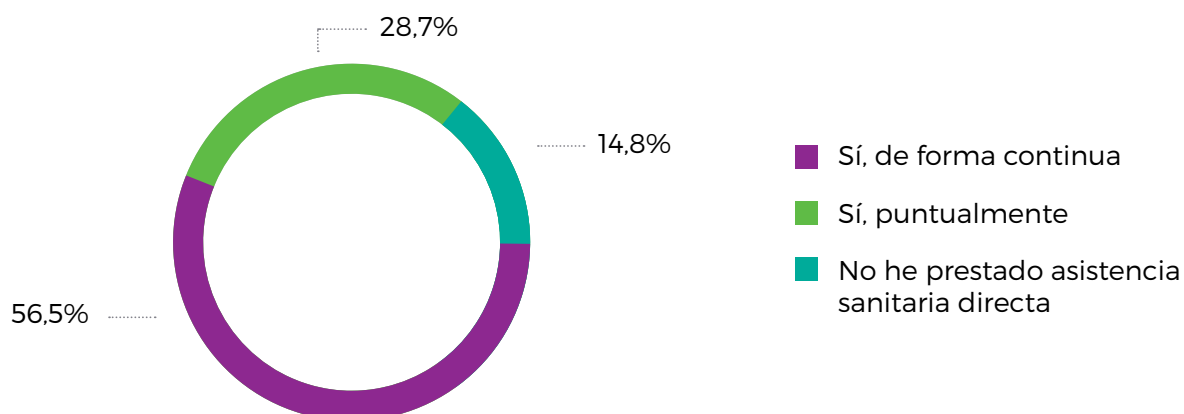
Anexo II. Figura 4. Distribución de respuestas por sexo



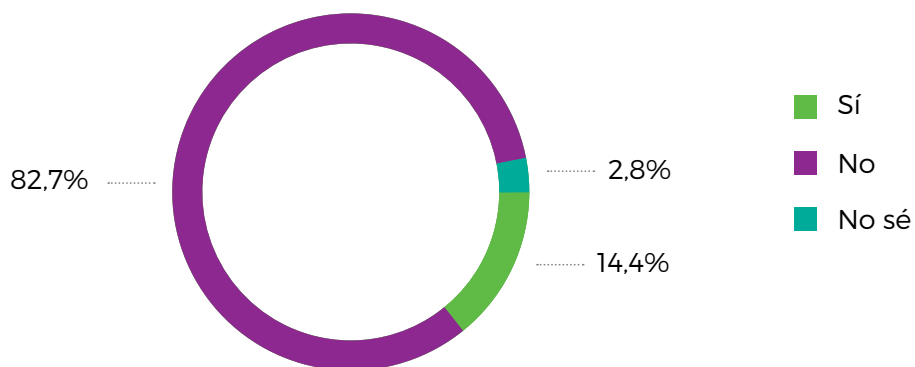
Anexo II. Figura 5. Distribución de respuestas por grupos de edad



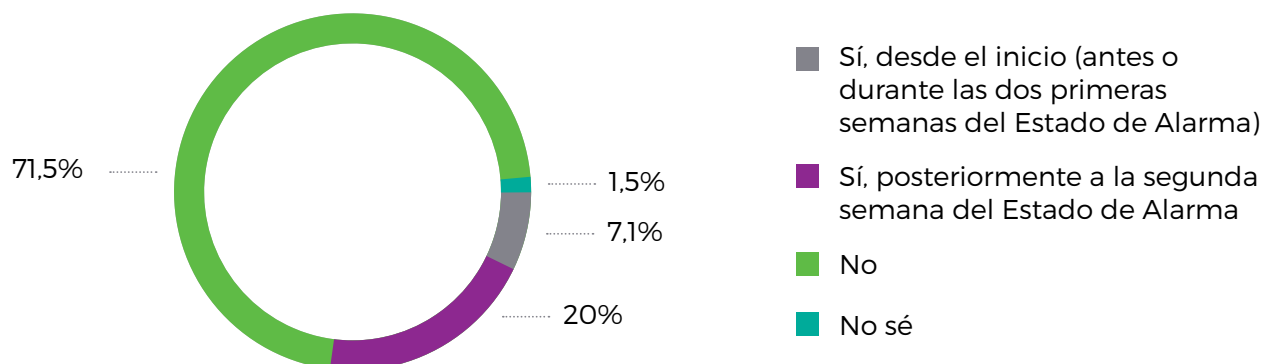
Anexo II. Figura 6. Distribución por exposición de pacientes con COVID-19



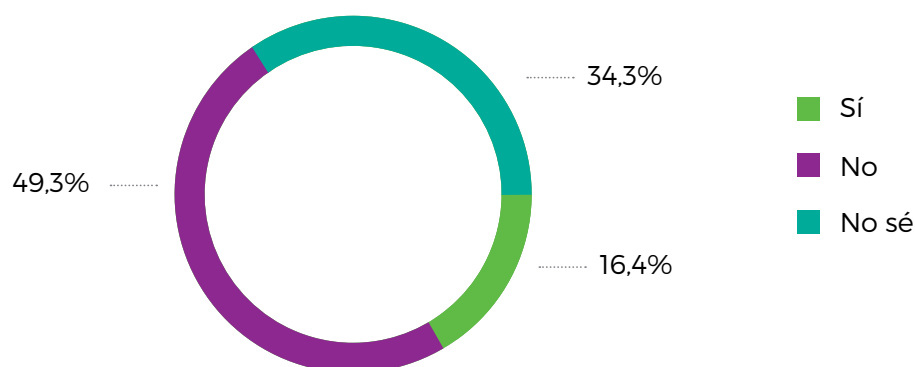
Anexo II. Figura 7. Conocimiento de un plan de contingencia frente a pandemias



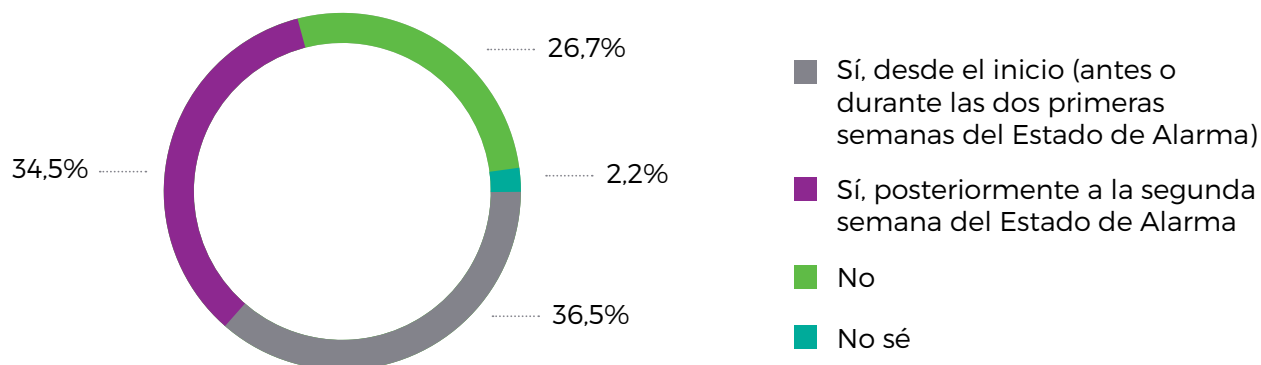
Anexo II. Figura 8. Disponibilidad de recursos suficientes



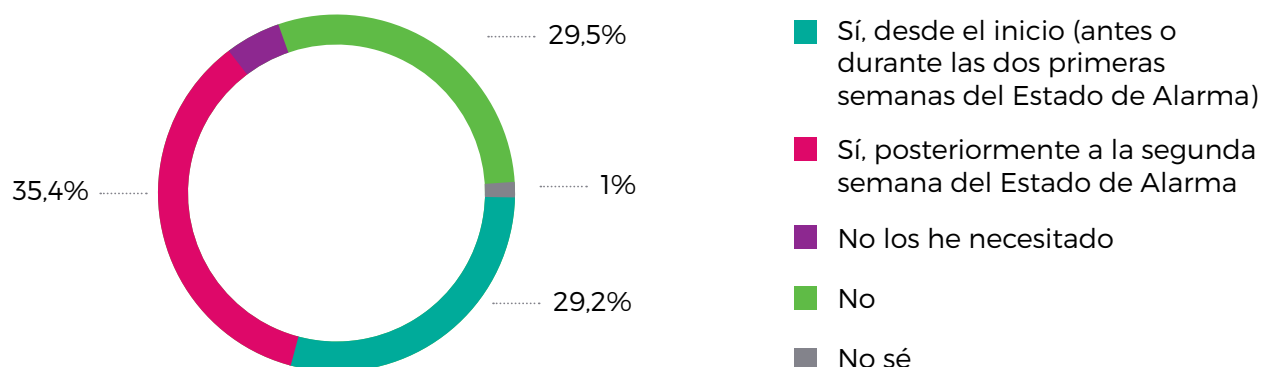
Anexo II. Figura 9. Porcentaje de contagio por COVID-19 entre profesionales sanitarios



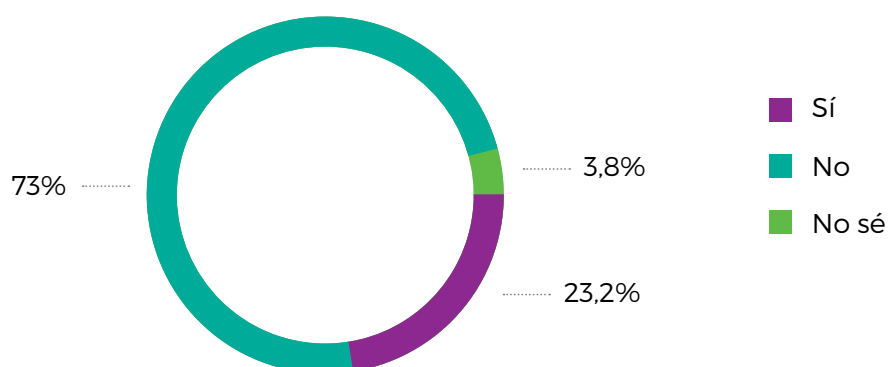
Anexo II. Figura 10. Elaboración de protocolos para evitar el contagio de los profesionales sanitarios



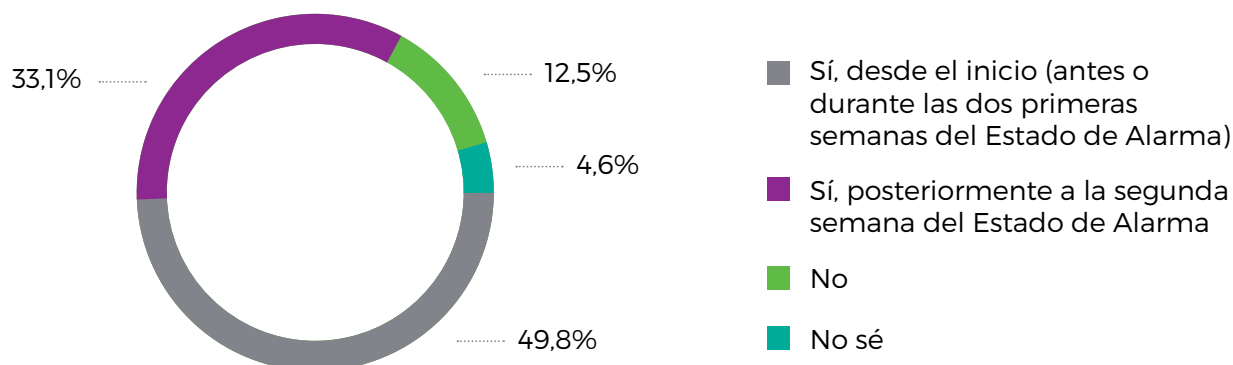
Anexo II. Figura 11. Disponibilidad de equipos de protección adecuados



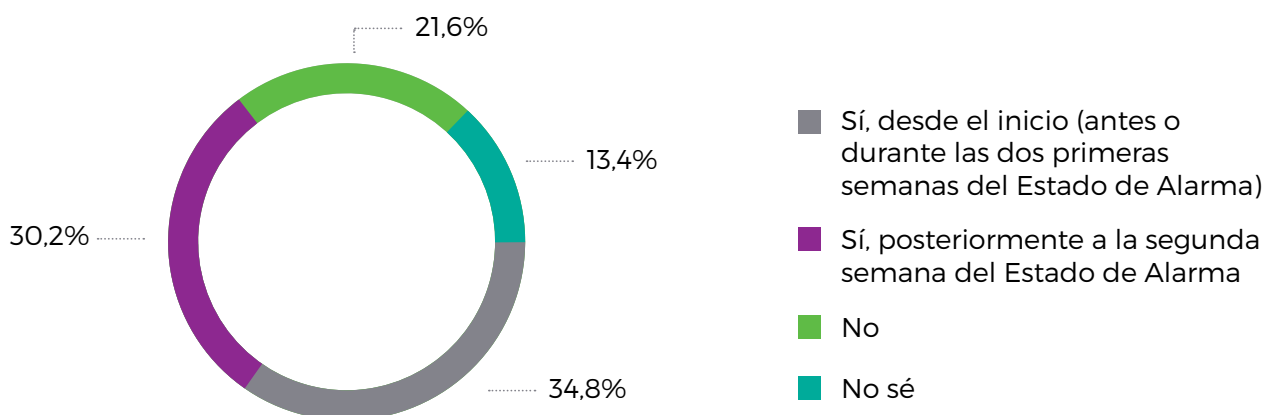
Anexo II. Figura 12. Disponibilidad de recursos para identificar a los pacientes con COVID-19



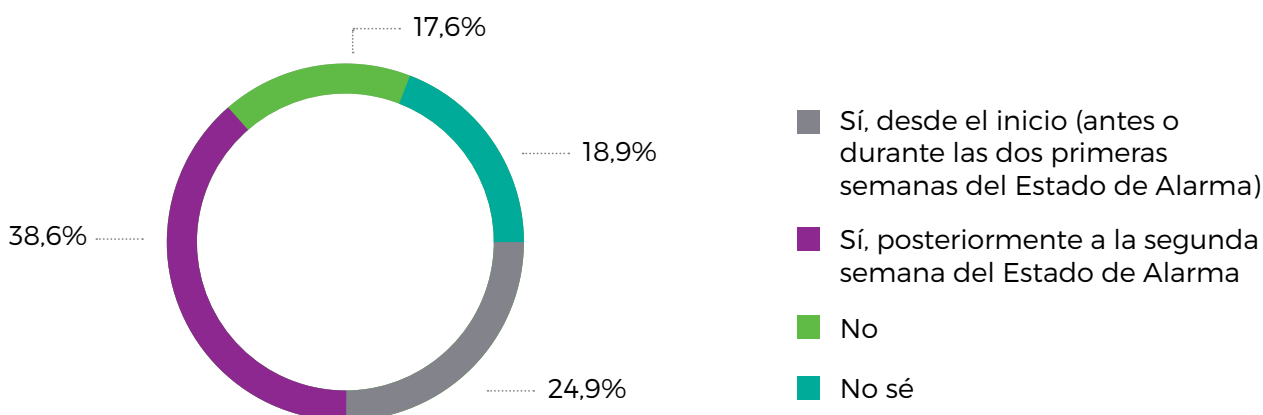
Anexo II. Figura 13. Elaboración de protocolos para el manejo de pacientes con sospecha de COVID-19 y contactos



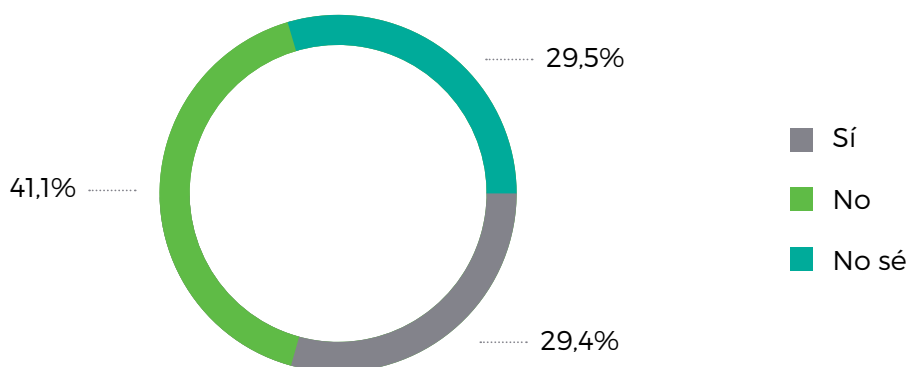
Anexo II. Figura 14. Elaboración de procesos asistenciales integrados



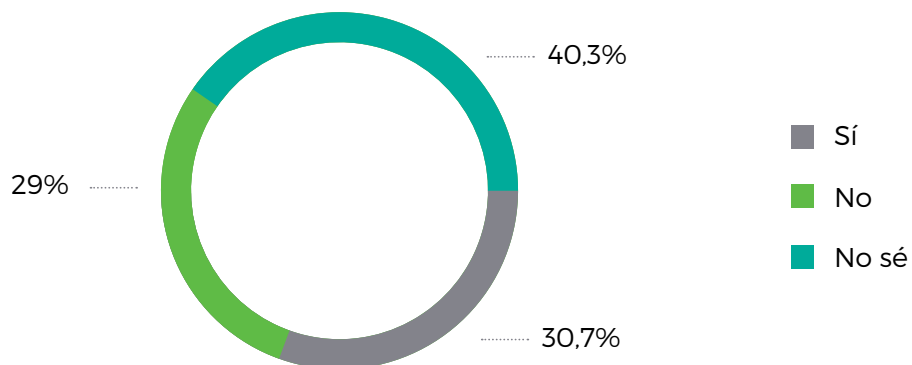
Anexo II. Figura 15. Criterios explícitos de derivación desde atención primaria y urgencias a otros recursos asistenciales



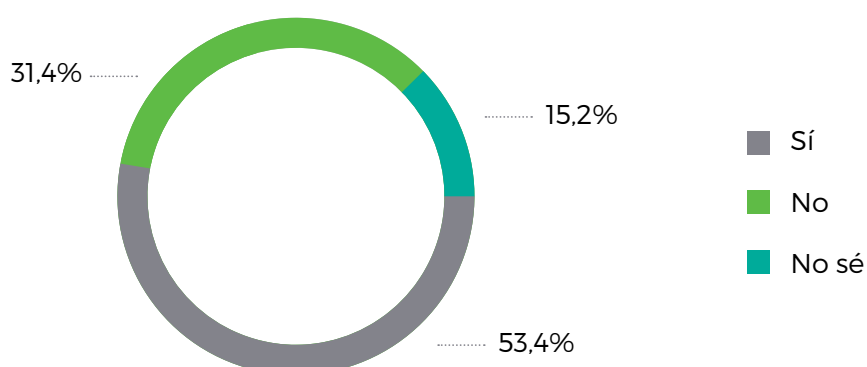
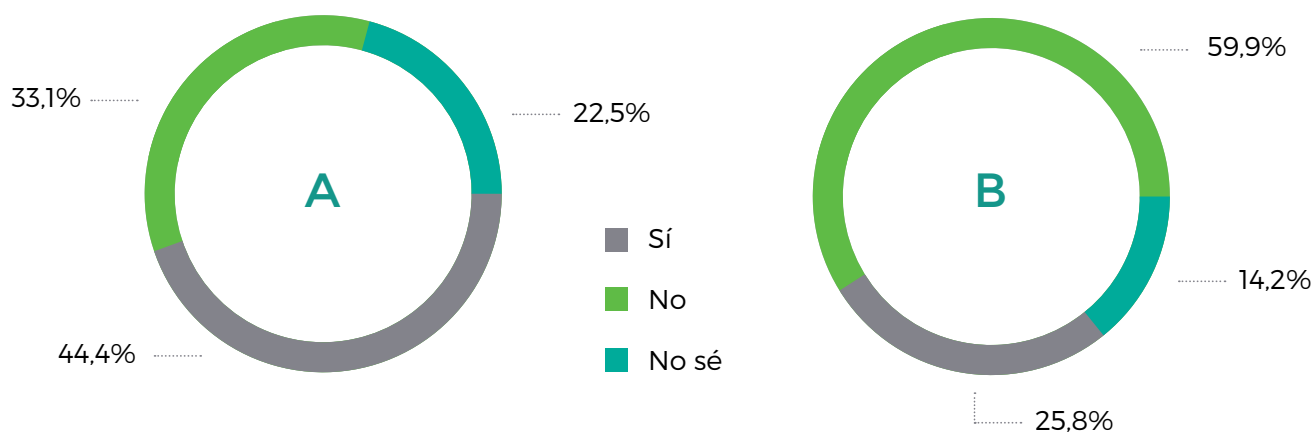
Anexo II. Figura 16. Derivación a centros privados



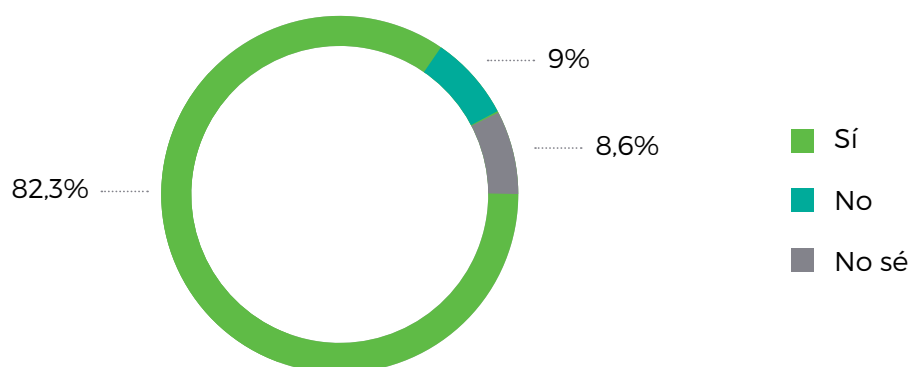
Anexo II. Figura 17. Funcionamiento correcto de la coordinación primaria-hospital



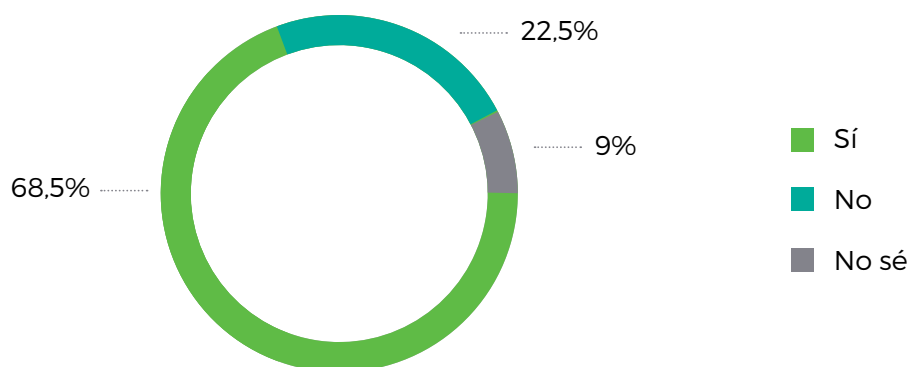
Anexo II. Figura 18. Protocolos de atención a otros pacientes con procesos prioritarios (cáncer, infarto agudo de miocardio, etc.)

Anexo II. Figura 19. Limitación del esfuerzo terapéutico (A).
Aprobación por Comité de Ética (B)

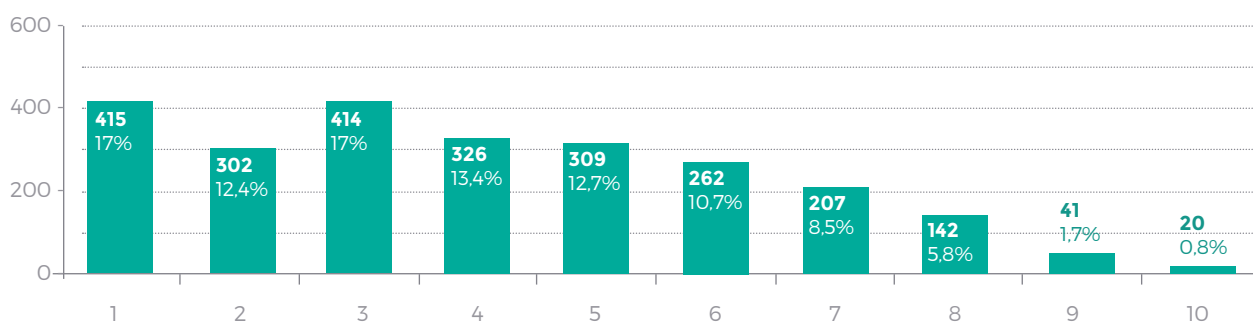
Anexo II. Figura 20. Impulso a la telemedicina



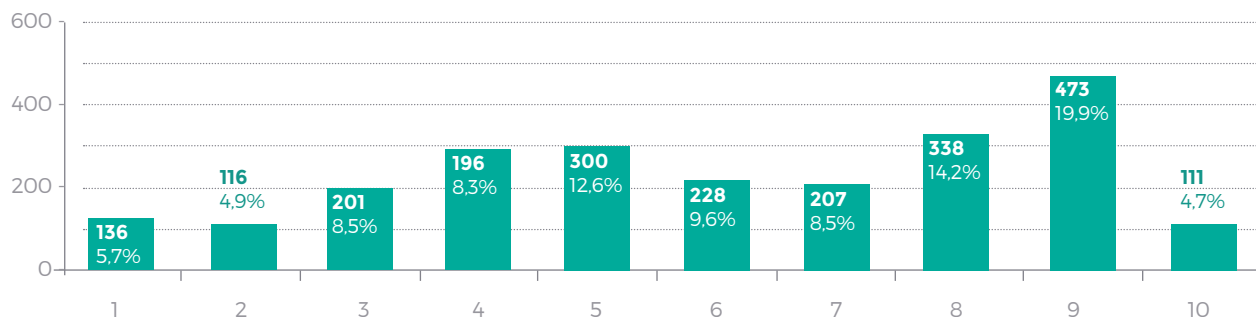
Anexo II. Figura 21. Impulso al trabajo en equipos multidisciplinarios



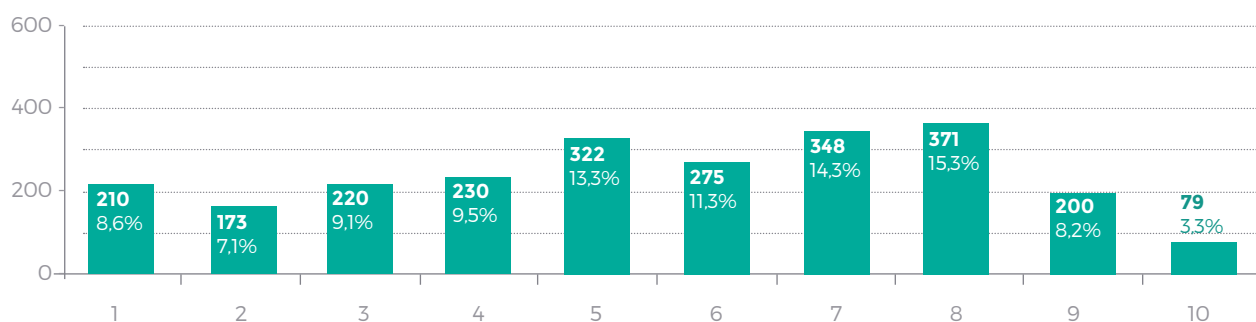
Anexo II. Figura 22. Valoración de la política de adquisición/disponibilidad de ventiladores, test y equipos de protección individual
(1. Muy ineficiente a 10. Muy eficiente)



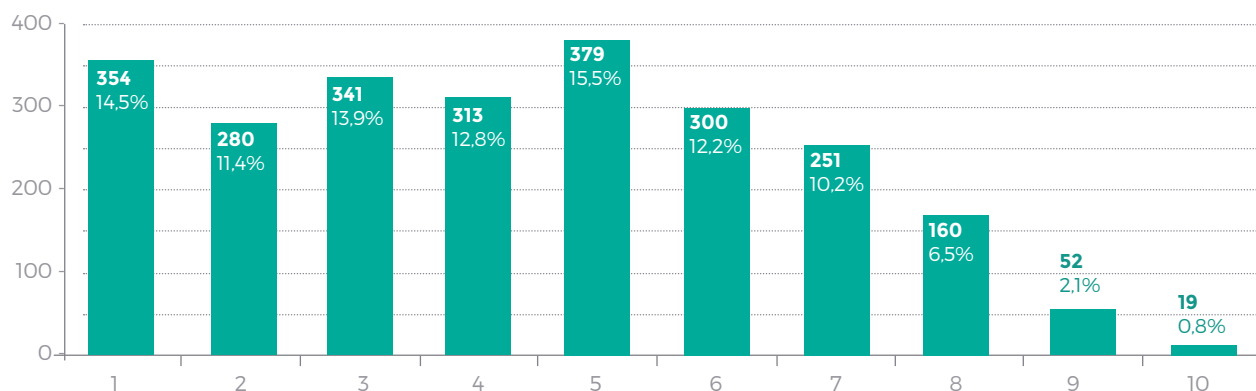
**Anexo II. Figura 23. Valoración del servicio hospitalario / centro de salud
(1. Muy ineficiente a 10. Muy eficiente)**



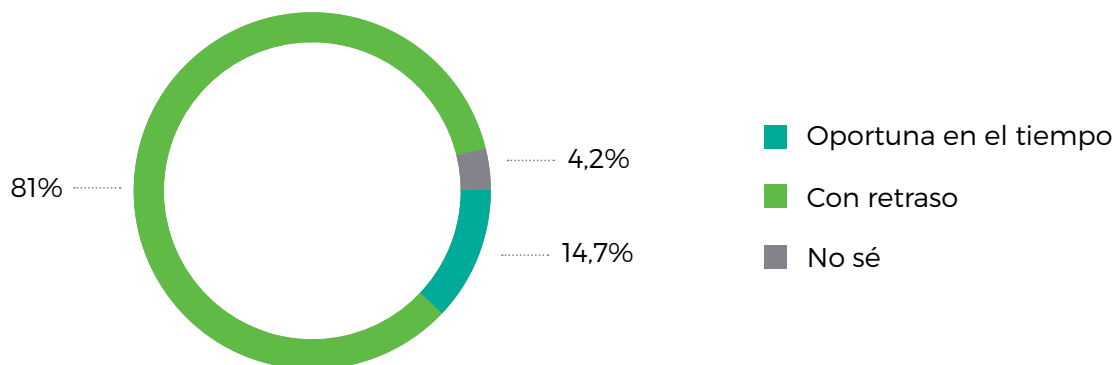
**Anexo II. Figura 24. Valoración de la dirección del centro
(1. Muy ineficiente a 10. Muy eficiente)**



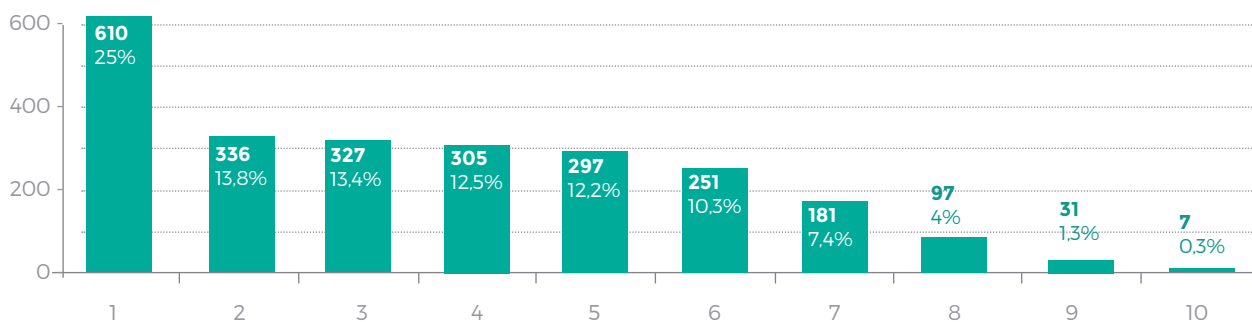
**Anexo II. Figura 25. Valoración de la Consejería / Servicio de Salud de la
Comunidad Autónoma (1. Muy ineficiente a 10. Muy eficiente)**



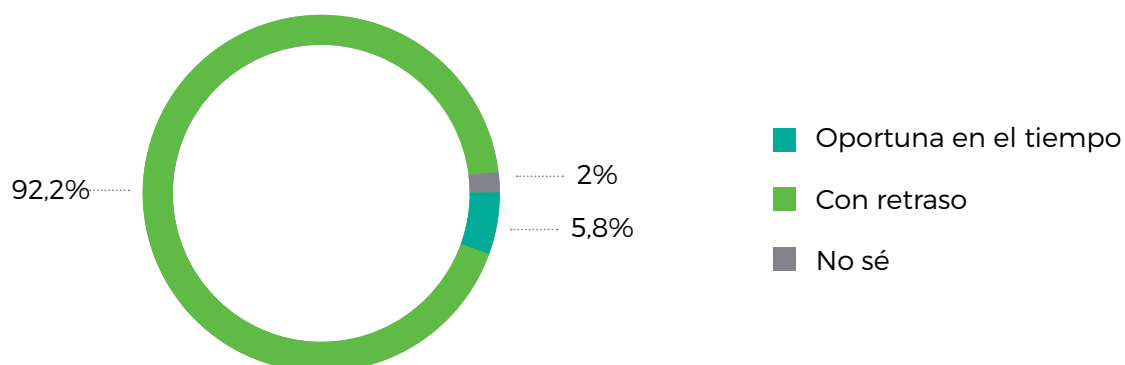
Anexo II. Figura 26. Valoración de la respuesta en el tiempo de la
Consejería / Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma



Anexo II. Figura 27. Valoración del Ministerio de Sanidad (1. Muy ineficiente a 10. Muy eficiente)



Anexo II. Figura 28. Valoración de la respuesta en el tiempo del
Ministerio de Sanidad



Referencias

- ¹ IMAS. FACME. Los retos del Sistema Nacional de Salud en la próxima legislatura. 2019-2023. 27 de junio de 2019. Disponible en: https://www.imasfundacion.es/images/documentos/Manifiesto_LosRetosSNS_2019.pdf. Consultado el 05.05.20.
- ² Johns Hopkins University. Coronavirus Resource Center. Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/>. Consultado el 05.06.20.
- ³ Nsoesie, Elaine Okanyene, Benjamin Rader, Yiyao L. Barnoon, Lauren Goodwin, and John S. Brownstein. Analysis of hospital traffic and search engine data in Wuhan China indicates early disease activity in the Fall of 2019 (2020). Disponible en: <https://dash.harvard.edu/handle/1/42669767>. Consultado el 10.06.20.
- ⁴ Latinne A, Hu B, Olival KJ, et al. Origin and cross-species transmission of bat coronaviruses in China. bioRxiv. May 2020:2020.05.31.116061. doi:10.1101/2020.05.31.116061
- ⁵ Godlee F. Prevention is the role of governments, not health systems. BMJ 2019;364:l228 doi: 10.1136/bmj.l228 (Published 18 January 2019).
- ⁶ Arteaga, F. La gestión de pandemias como el COVID-19 en España: ¿enfoque de salud o de seguridad?. Real Instituto Elcano, ARI 42/2020, 14 abril, 2020. . Disponible en: <http://www.realinstitutoelcano.org/wps/wcm/connect/e2501bf2-2f67-47fc-a130-29624e129fa6/ARI42-2020-Arteaga-gestion-de-pandemias-COVID-19-en-Espana-enfoque-de-salud-o-de-seguridad.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=e2501bf2-2f67-47fc-a130-29624e129fa6>. Consultado el 06.05.20.
- ⁷ Rubin EJ, Harrington DP, Hogan JW, Gatsonis C, Baden LR, Hamel MB. The Urgency of Care during the Covid-19 Pandemic — Learning as We Go. N Eng J Med May 7, 2020, DOI: 10.1056/NEJMe2015903
- ⁸ Wong LE, Hawkins JE, Langness S, Murrell KL, Iris P, Sammann A. Where Are All the Patients? Addressing Covid-19 Fear to Encourage Sick Patients to Seek Emergency Care. N Eng J Med Catalyst 2020;1. DOI: 10.1056/CAT.20.0193
- ⁹ Vigilancia de los excesos de mortalidad por todas las causas. MoMo Situación a 28 de mayo de 2020. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Documents/informesMoMo2020/MoMo_Situacion%20a%2028%20de%20mayo_CNE.pdf. Consultado el 01.06.20.
- ¹⁰ Rodriguez-Leor O, et al. Impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la actividad asistencial en cardiología intervencionista en España. REC Interv Cardiol. 2020. <https://doi.org/10.24875/RECIC.M20000120>
- ¹¹ Garcia S, Albaghdadi MS, Meraj PM, Schmidt C, Garberich R, Jaffer FA, Dixon S, Rade JJ, Tannenbaum M, Chambers J, Huang PP, Henry TD. Reduction in ST-Segment Elevation Cardiac Catheterization Laboratory Activations in the United States during COVID-19 Pandemic, Journal of the American College of Cardiology (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.04.011>.
- ¹² Kansagra AP, Goyal MS, Hamilton S, Albers GW. Collateral Effect of Covid-19 on Stroke Evaluation in the United States. N Eng J Med 2020. DOI: 10.1056/NEJMc2014816.
- ¹³ IMAS. FACME. Los retos del Sistema Nacional de Salud en la próxima legislatura. 2015. Disponible en: <https://www.imasfundacion.es/images/documentos/articulos/Manifiesto%20Los%20Retos%20del%20Sistema%20Nacional%20de%20Salud%20en%20la%20pr%C3%B3xima%20legislatura.pdf>.
- ¹⁴ La Administración Pública que España necesita. Libro Marrón. Círculo de Empresarios. Madrid, abril 2007. Disponible en: https://circulodeempresarios.org/app/uploads/2016/03/La-Administracion-Publica-que-Espana-necesita_1.pdf. Consultado el 24.05.20.
- ¹⁵ Gil V, Barrubés J, Álvarez JC, Portella E. Sostenibilidad financiera del sistema sanitario. Barcelona: Antares Consulting; 2010. Disponible en: <https://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/c6588ca870017ee857c1e86ac325f514a6fc5b4.pdf>. Consultado el 24.05.20.
- ¹⁶ Rubia FJ (Coord.). Libro blanco sobre el sistema sanitario español. Academia Europea de Ciencias y Artes. 2011
- ¹⁷ Un sistema sanitario sostenible. Madrid:Círculo de Empresarios. 17 de julio de 2012. Disponible en: <https://circulodeempresarios.org/publicaciones/un-sistema-sanitario-sostenible/>. Consultado el 24.05.20.
- ¹⁸ Abellán JM (Dir). El sistema sanitario público en España y sus Comunidades Autónomas. Sostenibilidad y Reformas. Fundación BBVA. 2013. Disponible en: https://www.bbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2013_IVIE_sistema_sanitario.pdf. Consultado el 24.05.20.
- ¹⁹ Innovación y sostenibilidad: construyendo la sanidad del siglo XXI. Bilbao, 14 de octubre de 2015. Disponible en: <http://svadcf.es/documentos/noticias/general/pdf/10035.pdf>. Consultado el 34.05.20
- ²⁰ Sevilla J, Riesgo I. Qué está pasando con tu sanidad. Profit Editorial I., S.L., 2018.
- ²¹ Vargas J, Riesgo I. Diez Temas candentes de la Sanidad española en 2019. Círculo de Empresarios. 2019. Disponible en: https://circulodeempresarios.org/app/uploads/2019/10/Diez-temas-candentes-de-la-sanidad-espa%C3%B1ola-2019_F.pdf. Consultado el 24.05.20.
- ²² Jiménez D. El secreto letal de España: no teníamos “la mejor Sanidad del mundo”. New York Times, 09.04.20. Disponible en: <https://www.nytimes.com/es/2020/04/09/espanol/opinion/espana-coronavirus-hospitales.html>. Consultado el 24.05.20.
- ²³ Informe sobre la situación de COVID-19 en personal sanitario en España a 21 de mayo de 2020. Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII). Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/COVID-19%20en%20>



Espa%C3%B1a.%20Situaci%C3%B3n%20en%20Sanitarios%20a%2021%20de%20mayo%20de%202020.pdf. Consultado el 01.06.20.

²⁴ Wooldrige M. Gobiernos competentes que optimicen recursos. El País, 3 de mayo de 2020.

²⁵ World Health Organization. (2016). Strategizing national health in the 21st century: a handbook. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250221>. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail/strategizing-national-health-in-the-21st-century-a-handbook>. Consultado el 05.05.20.

²⁶ Eysenbach, G. Improving the quality of Web surveys: The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *Journal of Medicine and Internet Research* 2004;6:e34. Eysenbach G. Correction: Improving the Quality of Web Surveys: the Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *J Med Internet Res*. 2012 Jan 4;14(1):e8. doi: 10.2196/jmir.2042. Erratum for: *J Med Internet Res*. 6:e34. PMID: PMC4220447

²⁷ Diamond IR, Grant RC, Feldman BM, et al. Defining consensus: a systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *J Clin Epidemiol*. 2014;67(4):401-409. doi:10.1016/j.jclinepi.2013.12.002

²⁸ Cooper ID, Johnson TP. How to use survey results. *J Med Libr Assoc*. 2016;104:174-177. doi:10.3163/1536-5050.104.2.016

²⁹ Informe sobre la situación de COVID-19 en personal sanitario en España a 14 de mayo de 2020. Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII).

³⁰ Condiciones de los médicos españoles en la práctica clínica durante la crisis del COVID-19. Asociación de Médicos Unidos por sus Derechos. MUD. Mayo de 2020. Disponible en: <https://www.consalud.es/uploads/s1/13/36/56/2/informe-mud-condiciones-de-los-me-dicos-espan-oles-en-la-pra-ctica-cli-nica-durante-la-crisis-del-covid-19.pdf>. Consultado el 07.06.20.

³¹ Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China. *JAMA* 2020;323:1239-42.

³² Felice C, Di Tanna GL, Zanusi G, Grossi U. Impact of COVID-19 Outbreak on Healthcare Workers in Italy: Results from a National E-Survey. *Journal of Community Health*. <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00845-5>

³³ Hunter E, Price DA, Murphy E, et al. First experience of COVID-19 screening of health-care workers in England. *Lancet* 2020; 395: e77-78.

³⁴ Kluytmans-van den Bergh MFQ, Buiting AGM, Pas SD, et al. Prevalence and clinical presentation of health care workers with symptoms of coronavirus disease 2019 in 2 Dutch hospitals during an early phase of the pandemic. *JAMA Netw Open*. 2020 May 1;3(5):e209673.

³⁵ Estudio ENE-COVID19: Segunda Ronda. Estudio Nacional de Sero-Epidemiología de la infección por SARS-CoV-2 en España. Informe Preliminar. 3 de Junio de 2020. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/04.06040620180155399.pdf>. Consultado el 07.06.20.

³⁶ Lessons from CEOs: Health Care Leaders. Nationwide Respond to the Covid-19 Crisis. *NEJM Catalyst*. Vol. No. | May 8, 2020 DOI: 10.1056/CAT.20.0150

³⁷ Remuzzi G. Adaptations and Lessons in the Province of Bergamo. May 5, 2020, at NEJM.org. DOI: 10.1056/NEJMc2011599

³⁸ Derek K Chu, Elie A Akl, Stephanie Duda, Karla Solo, Sally Yaacoub, Holger J Schünemann, on behalf of the COVID-19 Systematic Urgent Review Group Effort (SURGE) study authors Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2020, published online June 1, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31142-9).

³⁹ MacIntyre CR, Wang Q. Physical distancing, face masks, and eye protection for prevention of COVID-19. *Lancet* 2020, published Online June 1, <https://doi.org/10.1016/>

⁴⁰ Orea L, Álvarez IC. How effective has the Spanish lockdown been to battle COVID-19? A spatial analysis of the coronavirus propagation across provinces. *Economic Discussion Papers*. Departamento de Economía. Universidad de Oviedo. Draft: April 13, 2020. Disponible en: https://www.uniovi.es/oeg/ESP/esp_2020_02.pdf. Consultado el 26.05.20.

⁴¹ Beyond Containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD. OECD. Updated 16 April 2020. Disponible en: https://oecd.dam-broadcast.com/pm_7379_119_119689-ud5comtf84.pdf. Consultado el 27.05.20.

⁴² Portella E, Barrubés J, Honrubia L, Rodríguez P, Barreteau A, Día O, Van Uytven M, de Vicente M. La pandemia del COVID-19. Implicaciones y reflexiones. Madrid -Barcelona: Antares Consulting, 2020. Disponible en: https://www.antares-consulting.com/pdf/Antares%20Consulting_InformeCOVID19_ES.pdf. Consultado el 24.05.20.

⁴³ Pan A, Liu I, Wang C et al. Association of Public Health Interventions With the Epidemiology of the COVID-19 Outbreak in Wuhan, China. *JAMA*. 2020;323(19):1915-1923. doi:10.1001/jama.2020.6130.

⁴⁴ Hartley DM, Perencevich EN. Public Health Interventions for COVID-19. Emerging Evidence and Implications for an Evolving Public Health Crisis. *JAMA* 2020; 323:1908-9.

⁴⁵ Sen S, Karaca-Mandic P, Georgiou A. Association of Stay-at-Home Orders With COVID-19 Hospitalizations in 4 States. *JAMA* Published online May 27, 2020

⁴⁶ Banerjee A, Pasea L, Harris S et al. Estimating excess 1-year mortality associated with the COVID-19 pandemic according to underlying conditions and age: a population-based cohort study. *Lancet* 2020; 395: 1715-25. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30854-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30854-0)

⁴⁷ Flaxman, S., Mishra, S., Gandy, A. et al. Estimating the effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in Europe. *Nature* (2020). <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2405-7>

⁴⁸ The Global Risks Report 2016, World Economic Forum. Eleventh Edition, 2016. Disponible en: http://www3.weforum.org/docs/GRR/WEF_GRR16.pdf. Consultado el 24.05.20.



- ⁴⁹ Global Preparedness Monitoring Board. A world at risk: annual report on global preparedness for health emergencies. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_annualreport_2019.pdf. Consultado el 24.05.20.
- ⁵⁰ Estrategia de Seguridad Nacional. Presidencia de Gobierno. 2017. Disponible en: https://www.dsn.gob.es/sites/dsn/files/Estrategia_de_Seguridad_Nacional_ESN%20Final.pdf. Consultado el 24.05.20.
- ⁵¹ Garton Ash T. La ausencia de solidaridad de Europa. El País, 3 de mayo de 2020.
- ⁵² Harari NY. En la batalla contra el coronavirus la humanidad carece de líderes. El País, 13 abril 2020.
- ⁵³ Callaway E. Time to use the p-word? Coronavirus enter dangerous new phase. Nature 2020; 579: 12.
- ⁵⁴ Cameron EE, Nuzzo JB, Bell JA (GHS Index co-leaders). Global Health Security Index. October 2019. Disponible en: <https://www.ghsindex.org/report-model/>. Consultado el 24.05.20.
- ⁵⁵ Manzanera R, Villalbí JR, Segura A. Covid 19 y salud pública: El desafío de la covid-19 para la salud pública y administración sanitaria. Disponible en: <https://sespas.es/2020/05/06/presidentes-de-sespas-suscriben-un-manifiesto-conjunto-ante-el-desafio-que-supone-la-covid-19-para-la-salud-publica-y-administracion-sanitaria/>. Consultado el 28.05.20.
- ⁵⁶ Iqbal MR, Chaudhuri A. "COVID-19: Results of a national survey of United Kingdom healthcare professionals' perceptions of current management strategy – a cross-sectional questionnaire study", International Journal of Surgery, <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2020.05.042>
- ⁵⁷ Mjåset C. On Having a National Strategy in a Time of Crisis: Covid-19 Lessons from Norway. N Eng J Med Catalyst 2020;1. May 6, 2020. DOI: 10.1056/CAT.20.0120
- ⁵⁸ Odone A, Delmonte D, Scognamiglio T, Signorelli C. COVID-19 deaths in Lombardy, Italy: data in context. Lancet Public Health 2020. Published Online. April 24, 2020. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30099-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30099-2)
- ⁵⁹ Pisano GP, Sadun R, Zanini M. Lessons from Italy's Response to Coronavirus. Harvard Business Review. March 27, 2020
- ⁶⁰ Lyu W, Wehby GL. Comparison of Estimated Rates of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Border Counties in Iowa Without a Stay-at-Home Order and Border Counties in Illinois With a Stay-at-Home Order. JAMA Network Open. 2020;3(5):e2011102. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.11102
- ⁶¹ Kim J-H, Ah-Reum An J, Min P-k, Bitton A, Gawande AA. How South Korea Responded to the Covid-19 Outbreak in Daegu. N Eng J Med Catalyst 2020; June 3. DOI: 10.1056/CAT.20.0159
- ⁶² Vigilancia de los excesos de mortalidad por todas las causas. MoMo Situación a 01 de junio de 2020. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Documents/informesMoMo2020/MoMo_Situacion%20a%201%20de%20junio_CNE.pdf. Consultado el 07.06.20.
- ⁶³ Rodríguez-Leor O, et al. Impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la actividad asistencial en cardiología intervencionista en España. REC Interv Cardiol. 2020. <https://doi.org/10.24875/RECIC.M20000120>
- ⁶⁴ La sanidad privada atiende a 610 pacientes en UCIs con una capacidad de 2.200 camas adicionales. Alianza de la Sanidad Privada en España (ASPE). 2 de abril 2020. Disponible en: <https://aspesanidadprivada.es/la-sanidad-privada-atiende-a-610-pacientes-en-ucis-con-una-capacidad-de-2-200-camas-adicionales/>. Consultado el 27.05.20.
- ⁶⁵ Comunicado: Posicionamiento en relación con el cierre de los Centros de Salud. SEMFYC. 23/03/2020. Disponible en: <https://www.semfyc.es/comunicado-posicionamiento-en-relacion-con-el-cierre-de-los-centros-de-salud>. Consultado el 27.05.20.
- ⁶⁶ Nacoti M, Ciocca A, Giupponi A et al. At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. N eng J Med Catalyst Vol. 1, March 21, 2020. DOI: 10.1056/CAT.20.0080
- ⁶⁷ Tinetti ME, Fried T. The End of the Disease Era. Am J Med. 2004;116:179-185.
- ⁶⁸ Population health systems. Going beyond integrated care. The King's Fund. February 2015. Disponible en: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/population-health-systems-kingsfund-feb15.pdf. Consultado el 27.07.19
- ⁶⁹ Gómez Huelgas R, et al. El hospital de futuro en 10 puntos. Rev Clin ERScpE. 182400201--6 <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.04.009>
- ⁷⁰ Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria 10 de Abril de 2019. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 10 de Abril de 2019. Disponible en: https://www.msccbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf. Consultado el 27.05.20.
- ⁷¹ Abarca B, Armenteros del Olmo L, Carrera Viñas M y cols. Por una atención primaria vertebradora del sistema de salud. Documento estratégico y de gestión. SERGAS. Noviembre 2019. Disponible en: <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1154/Por%20una%20atenci%C3%B3n%20primaria%20vertebradora%20del%20sistema%20de%20salud%20-%20WEB.pdf>. Consultado el 27.05.20
- ⁷² Porter ME, Pabo EA, Lee TH. Redesigning Primary Care: A Strategic Vision To Improve Value By Organizing Around Patients' Needs. Health Aff 2013;32: 516-525. doi: 10.1377/hlthaff.2012.0961
- ⁷³ Emanuel EJ, Persad G, Upshur R. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. N Eng J Med 2020; 382:2049-2055. DOI: 10.1056/NEJMs2005114
- ⁷⁴ Statement – Older people are at highest risk from COVID-19, but all must act to prevent community spread. 2 April 2020, Copenhagen, Denmark, Dr Hans Henri P. Kluge, WHO Regional Director for Europe. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/4/supporting-older-people-during-the-covid-19-pandemic-is-everyones-business>. Consultado el 28.05.20.



- ⁷⁵ Abbasi J. "Abandoned" Nursing Homes Continue to Face Critical Supply and Staff Shortages as COVID-19 Toll Has Mounted. JAMA Published online June 11, 2020. doi:10.1001/jama.2020.10419
- ⁷⁶ McMichael TM et al. Epidemiology of Covid-19 in a long-term care facility in King County, Washington. N Engl J Med 2020 Mar 27; [e-pub]. (<https://doi.org/10.1056/NEJMoa2005412>).
- ⁷⁷ Kimball A et al. Asymptomatic and presymptomatic SARS-CoV-2 infections in residents of a long-term care skilled nursing facility— King County, Washington, March 2020. MMWR Recomm Rep 2020 Mar 27; 69:1. (<https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6913e1>).
- ⁷⁸ Gandhi M, Yokoe DS, Havlir DV. Asymptomatic Transmission, the Achilles' Heel of Current Strategies to Control Covid-19. N Engl J Med 2020;382:2158-2160. doi: 10.1056/NEJMe2009758
- ⁷⁹ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. «BOE» núm. 299, de 15 de diciembre de 2006.
- ⁸⁰ Williams DR, Cooper LA. COVID-19 and Health Equity—A New Kind of "Herd Immunity". JAMA. Published Online: May 11, 2020. doi:10.1001/jama.2020.8051
- ⁸¹ Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health. The solid facts. 2nd Edition. WHO. 2003. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/social-determinants-of-health-the-solid-facts> . Consultado el 29.05.20.
- ⁸² Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet 2005; 365: 1099-104
- ⁸³ Dilnot A. The burden of triumph: meeting health and social care needs. Lancet 2017;390:1630-1.
- ⁸⁴ Tobias M. Social rank: a risk factor whose time has come? Lancet 2017;390:1172-4. Published Online: May 11, 2020. doi:10.1001/jama.2020.8051
- ⁸⁵ Eisenson H, Seth Mohta N. Health Care Organizations Can and Must Incorporate Social Determinants. NEJM Catalyst 2020;Vol. 1 No. 3. May-June 2020. 10.1056/CAT.20.0130.
- ⁸⁶ El Hospital del Futuro. El papel de una asistencia sanitaria centrada en el paciente. SEMI. 2020. Disponible en: <https://www.fesemi.org/quienes/semi/hospital-del-futuro>. Consultado el 28.05.20.
- ⁸⁷ Peters AW, Chawla KS, Turnbull ZA. Transforming ORs into ICUs. N Eng J Med 2020;382:e52 DOI: 10.1056/NEJMc2010853
- ⁸⁸ Kumaraiah D, Yip N, Ivescu N, Hill L. Innovative ICU Physician Care Models: Covid-19 Pandemic at New-York-Presbyterian. N Eng J Med Catalyst, April 28, 2020. DOI: 10.1056/CAT.20.0158
- ⁸⁹ Barba R, Rosado C, Pardo-Moreno J, Rey-Biel J. Managing People, Roles, and Resources During Covid-19 Surge. N Eng J Med Catalyst. May 18, 2020. DOI: 10.1056/CAT.20.0152
- ⁹⁰ Weggemans MM, van Dijk B, van Dooijeweert B, Veenendaal AG, Ten Cate O. The postgraduate medical education pathway: an international comparison. GMS J Med Educ. 2017 Nov 15;34(5):Doc63. doi: 10.3205/zma001140. PMID: 29226231; PMCID: PMC5704606.
- ⁹¹ Informe Digitalización en Salud. COTEC. 2019. Disponible en: <https://cotec.es/cotec-analiza-la-digitalizacion-del-sistema-nacional-de-salud/>. Consultado el 28.05.20.
- ⁹² Índice FENIN de madurez digital en salud. FENIN. COTEC. 2020. Disponible en: <https://www.fenin.es/documents/document/778>. Consultado el 07.06.20.
- ⁹³ Hollander JE, Carr BC. Virtually Perfect? Telemedicine for Covid-19. N Engl J Med 2020;382:1679-81.
- ⁹⁴ CIS Estudio nº3281. Barómetro especial de mayo 2020. Disponible en: http://datos.cis.es/pdf/Es3281rei_A.pdf. Consultado el 30.05.20.
- ⁹⁵ G1. Comparativa de popularidad diferentes actores de la crisis (% de aprobados a la gestión). El Español. Disponible en: https://www.elespanol.com/espana/politica/20200417/encuesta-continua-coronavirus-espanoles-desaprueba-sanchez-psoe/483202529_0.html. Consultado el 30.05.20.
- ⁹⁶ García L. Esto no es una guerra. La Vanguardia, 19 de abril de 2020.
- ⁹⁷ Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática «BOE» núm. 67, de 14 de marzo de 2020 Referencia: BOE-A-2020-3692.
- ⁹⁸ Informe sobre desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social en el sistema sanitario. Consejo Económico y Social. Octubre, 2010.
- ⁹⁹ Elola J (Dir). Informe sobre Cohesion Sanitaria en Europa. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Este informe no ha sido publicado por el Ministerio de Sanidad.
- ¹⁰⁰ Decálogo para el desarrollo de la Gestión Clínica en el Sistema Nacional de Salud. FACME. Disponible en: <http://facme.es/wp-content/uploads/2016/10/decalogo.pdf>. Consultado el 07.06.20.
- ¹⁰¹ Decálogo para el Buen Gobierno de los centros sanitarios y la profesionalización de la dirección. OMC, SESPAS, SEDISA. 2005. Disponible en: http://www.aeds.org/img/aeds/files/documents_informacion/16/dec_buen_gobierno.pdf. Consultado el 07.06.20.
- ¹⁰² John J, Councik L, Zallman L, Blau J. Developing an Intensive Community Covid-19 Management Strategy: Helping Our Patients Access Patient-Centered Care across a Continuum of Covid-19 Disease Needs. N Eng J Med Catalyst 2020, May 27. DOI: 10.1056/CAT.20.0181
- ¹⁰³ Lee IK, Wang CC, Lin MC, Kung CT, Lan KC, Lee CT. Effective strategies to prevent coronavirus disease-2019 (Covid-19) outbreak in hospital. J Hosp Infect March 3, 2020 [Online ahead of print]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32142886/>.
- ¹⁰⁴ Myers G, Price G, Pykosz M. A Report from the Covid Front Lines of Value-Based Primary Care. N Eng J Med Catalyst, May 1, 2020. DOI: 10.1056/CAT.20.0148.



- ¹⁰⁵ Wlaensky RP, del Río C. From Mitigation to Containment of the COVID-19 Pandemic Putting the SARS-CoV-2 Genie Back in the Bottle. JAMA Published online April 17, 2020.
- ¹⁰⁶ Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med*. 2012;40:502-9.
- ¹⁰⁷ Griffiths J, Hatch RA, Bishop J, Morgan K, Jenkinson C, Cuthbertson BH, et al. An exploration of social and economic outcome and associated health-related quality of life after critical illness in general intensive care unit survivors: a 21-month follow-up study. *Crit Care* 2013; 17: R100.
- ¹⁰⁸ Pun BT, Balas MC, Barnes-Daly MA, et al. Caring for Critically Ill Patients with the ABCDEF Bundle: Results of the ICU Liberation Collaborative in Over 15,000 Adults. *Crit Care Med*. 2019;47(1):3-14. doi:10.1097/CCM.0000000000003482.
- ¹⁰⁹ Disease background of COVID-19. European Centre for Disease Prevention and Control. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/2019-ncov-background-disease> (página actualizada a 08.05.20). Consultado el 09.06.20.
- ¹¹⁰ Grabowski DC, Maddox KEJ. Postacute Care Preparedness for COVID-19. Thinking Ahead. JAMA. Published online March 25, 2020.
- ¹¹¹ Covid-19 y Atención Primaria. Las oleadas que vienen: Altas hospitalarias, pacientes críticos sin tratamiento hospitalario y atención demorada que pasa a ser indemorable o urgente. SEMFYC, 30.03.20. Disponible en: <https://www.semfyc.es/covid-19-y-atencion-primaria-las-oleadas-que-vienen-altas-hospitalarias-pacientes-criticos-sin-tratamiento-hospitalario-y-atencion-demorada-que-pasa-a-ser-indemorable-o-urgente/>. Consultado el 10.06.20.
- ¹¹² A Gupta R, Gupta A, Ghosh AK et al. Paradigm for the Pandemic: A Covid-19 Recovery Unit. *N Eng J Med Catalyst* 2020; May 29. DOI: 10.1056/CAT.20.0238
- ¹¹³ Acutely ill patients in hospital. Recognition of and response to acute illness in adults in hospital. NICE Clinical Guideline 50. July, 2007. [consultado 4 Mar 20]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg50>.
- ¹¹⁴ Zapatero-Gaviria A, Gómez-Huelgas R, Díaz Manglano J, et al. RECALMIN. Cuatro años de evolución de las Unidades de Medicina Interna del Sistema Nacional de Salud (2013-2016). *Rev Clín Esp*. 2019;219:171-6.
- ¹¹⁵ Chapter 27. Critical care outreach teams. Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organisation. NICE guideline 94. Developed by the National Guideline Centre, hosted by the Royal College of Physicians. March, 2018. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng94/evidence/27.critical-care-outreach-teams-pdf-172397464640>. Consultado el 09.06.20.
- ¹¹⁶ Palanca I, Esteban A, Elola FJ (Dir.). Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>. Consultado el 09.06.20.
- ¹¹⁷ Palanca I, Elola FJ, González-Cabezas L (Dir.). Unidad de enfermería en hospitalización polivalente de agudos. Estándares y recomendaciones. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UEH.pdf>. Consultado el 09.06.20.
- ¹¹⁸ Beyond Containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD. OECD. Updated 16 April 2020 Disponible en: https://oecd.dam-broadcast.com/pm_7379_119_119689-ud5comtf84.pdf. Consultado el 09.06.20.
- ¹¹⁹ Alexander W, Peters AW, Chawla KS, Turnbull ZA. Transforming ORs into ICUs *N.Engl.J.Med* DOI: 10.1056/NEJM2010853.
- ¹²⁰ M. Giulio, G.M. Mari, J. Crippa, F. Casciaro, D. Maggioni, A 10-step guide to convert a surgical unit into a COVID-19 unit during the COVID-19 pandemic, *Int. J. Surg*. 2020;78:113-114.
- ¹²¹ Kumaraiah D, Yip N, Ivascu N. Innovative ICU Physician Care Models: Covid-19 Pandemic at NewYork-Presbyterian. *N Eng J Med Catalyst* 2020. April 28. DOI: 10.1056/CAT.20.0158
- ¹²² Wong LE, Hawkins JE, Langness S, Murrell KL, Iris P, Sammann A. Where Are All the Patients? Addressing Covid-19 Fear to Encourage Sick Patients to Seek Emergency Care. *N Eng J Med Catalyst* 2020;1. DOI: 10.1056/CAT.20.0193
- ¹²³ Rodríguez-Leor O, et al. Impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la actividad asistencial en cardiología intervencionista en España. *REC Interv Cardiol*. 2020. <https://doi.org/10.24875/RECIC.M20000120>
- ¹²⁴ García S, Albaghdadi MS, Meraj PM, Schmidt C, Garberich R, Jaffer FA, Dixon S, Rade JJ, Tannenbaum M, Chambers J, Huang PP, Henry TD. Reduction in ST-Segment Elevation Cardiac Catheterization Laboratory Activations in the United States during COVID-19 Pandemic, *Journal of the American College of Cardiology* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.04.011>.
- ¹²⁵ Kansagra AP, Goyal MS, Hamilton S, Albers GW. Collateral Effect of Covid-19 on Stroke Evaluation in the United States. *N Eng J Med* 2020. DOI: 10.1056/NEJMc2014816.
- ¹²⁶ Gogia S, Newton-Dame R, Boudourakis et al. Covid-19 X-Curves: Illness Hidden, Illness Deferred. *N Eng J Med Catalyst* 2020. May 26. DOI: 10.1056/CAT.20.0231.
- ¹²⁷ Comprehensive care. Older people living with frailty in hospitals. NIHR Dissemination Centre NIHR research on older people living with frailty in hospitals. NHS. December 2017. [consultado 30 Dic 19]. Disponible en: <https://www.dc.nihr.ac.uk/themedreviews/Comprehensive-Care-final.pdf>.
- ¹²⁸ Mehrotra A, Ray K, Brockmeyer DM, Barnett ML, Bender JA. Rapidly Converting to "Virtual Practices": Outpatient Care in the Era of Covid-19. *N Eng J Med Catalyst* 2020, April 1. DOI: 10.1056/CAT.20.0091
- ¹²⁹ Lai J, Ma S, Wang Y et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*. 2020;3(3):e203976. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
- ¹³⁰ Parodi S, Choucair B, Young S, Bellows J, Grossman D, Liu VX. Kaiser Permanente's System Capabilities to Suppress Covid-19. *N Eng J Med Catalyst* 2020, June 9. DOI: 10.1056/CAT.20.0187



- ¹³¹ Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. «BOE» núm. 98, de 24/04/2012.
- ¹³² Elola Somoza, FJ. Crisis y Reforma de la Asistencia Sanitaria Pública en España (1983-1990). Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social, 1991.
- ¹³³ Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud ("Comisión Abril"). Informe y recomendaciones. Madrid:Ministerio de Sanidad y Consumo. Julio 1991.
- ¹³⁴ Vega de Seoane J, Bonet JL, Coronil A y cols. Informe sobre las Reformas e Innovaciones que requiere el Sistema de Sanidad español (IRISS). Informes del Grupo de Trabajo Mixto Covid-19. Fedea Policy Papers - 2020/08. Disponible en: <http://documentos.fedea.net/pubs/fpp/2020/06/FPP2020-08.pdf>. Consultado el 19.06.20.
- ¹³⁵ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. «BOE» núm. 102, de 29/04/1986.
- ¹³⁶ Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas. «BOE» núm. 206, de 29 de agosto de 1978.
- ¹³⁷ Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. «BOE» núm. 27, de 1 de febrero de 1984.
- ¹³⁸ Aparicio J. La Seguridad Social y la protección de la salud. Madrid:Civitas. 1989.
- ¹³⁹ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. «BOE» núm. 128, de 29/05/2003.
- ¹⁴⁰ Elola J (Dir). Informe sobre Cohesion Sanitaria en Europa. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008. Este informe no ha sido publicado por el Ministerio de Sanidad.
- ¹⁴¹ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. «BOE» núm. 299, de 15/12/2006.
- ¹⁴² Luongay TA. The role of health expenditures in health outcomes: Evidence from the Covid-19 pandemic. De Montfort University. 28 April, 2020. Disponible en: <http://www.tuanluong.com/uploads/1/0/2/7/10273613/jpe.pdf>. Consultado el 13.06.20.
- ¹⁴³ OECD Health Statistics 2019 - Frequently Requested Data. Disponible en: OECD Health Statistics 2019: website. Consultado el 13.06.20.
- ¹⁴⁴ Health Policy Brief: The Relative Contribution of Multiple Determinants to Health Outcomes," Health Affairs, August 21, 2014
- ¹⁴⁵ Berwick DM. The Moral Determinants of Health. JAMA. Published online June 12, 2020. doi:10.1001/jama.2020.11129.
- ¹⁴⁶ Berwick DM. Elusive waste: the fermi paradox in US health care. 2019;322:1458-1459. doi:10.1001/jama.2019.14610
- ¹⁴⁷ Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. «BOE» núm. 240, de 05/10/2011.
- ¹⁴⁸ Manzanera R, Villalbí JR, Segura A y otros. Covid 19 y salud pública: El desafío de la covid-19 para la salud pública y administración sanitaria. Disponible en: <https://covid19saludpublica.blogspot.com/2020/05/el-desafio-de-la-covid-19-para-la-salud.html>. Consultado el 13.06.20.
- ¹⁴⁹ Nuño R. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. Rev Admin Sanit. 2007;5:283-92. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-pdf-13107524>. Consultado el 14.06.20
- ¹⁵⁰ Artiga S, Hinton E. Beyond Health Care: The Role of Social Determinants in Promoting Health and Health Equity. San Francisco, CA: The Henry J. Kaiser Family Foundation; May 2018. Disponible en: <https://www.kff.org/disparities-policy/issue-brief/beyond-health-care-the-role-of-social-determinants-in-promoting-health-and-health-equity/> Consultado el 14.06.20.
- ¹⁵¹ Maani N, Galea S. The Role of Physicians in Addressing Social Determinants of Health. JAMA Published Online: April 3, 2020. doi:10.1001/jama.2020.1637
- ¹⁵² Profesión médica y reforma sanitaria. Propuestas para una acción inmediata. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos Diciembre, 2012. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/profesion_medica_reforma_sanitaria.pdf . Consultado el 16.06.20.
- ¹⁵³ Elola J (Dir.). Análisis de los estándares de necesidades de médicos especialistas en países occidentales desarrollados y propuesta de estructura y procesos para su elaboración en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2007. Este informe no ha sido publicado por el Ministerio de Sanidad.
- ¹⁵⁴ Rotar M, Botje D, Klazinga NS, Lombarts KM, Groene O, Sunol R, Plochg T. The involvement of medical doctors in hospital governance and implications for quality management: a quick scan in and an in depth study in 7 OECD countries. BMC Health Services Research 2016, 16(Suppl 2):160: 1396-4. DOI 10.1186/s12913-016
- ¹⁵⁵ Stoller JK, Goodall A, Baker A. Why The Best Hospitals Are Managed by Doctors. Harvard Business Review, September 2017. Disponible en: <https://hbr.org/2016/12/why-the-best-hospitals-are-managed-by-doctors>. Consultado el 08.01.19.
- ¹⁵⁶ Barea J. El hospital, empresa de servicios. I Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Hospitalarios. Hellín, Enero 1993. Disponible en <https://www.fundacionsigno.com/archivos/editor/Profesor%20Barea.pdf>. Consultado el 19.06.20.
- ¹⁵⁷ Análisis comparativo de la actividad realizada por dos hospitales del sistema sanitario público de Andalucía: Hospital Virgen de Valme y Hospital Costa del Sol. Ejercicio 2008. (OE 04/2009). Cámara de Cuentas de Andalucía. Sevilla, Septiembre 2010.
- ¹⁵⁸ Evaluación de resultados de los hospitales en España según su modelo de gestión. IASIST, 2012.



- ¹⁵⁹ Pérez-Romero C, Ortega-Díaz I, Ocaña-Riola R, Martín-Martín JJ. Análisis de la eficiencia técnica en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Gac Sanit*. 2017;31:108-115.
- ¹⁶⁰ Real Decreto-ley 10/1996, de 17 de junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del INSALUD. «BOE» núm. 147, de 18 de junio de 1996.
- ¹⁶¹ Boissy A. Patient Engagement versus Patient Experience. *NEJM Catalyst* 2017. Disponible en: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0481>. Consultado el 16.06.20.
- ¹⁶² Hodgkin P, Taylor J. Power to the people: what will bring about the patient centred revolution? *BMJ* 2013; 347:f6701.
- ¹⁶³ Reiser SJ. The era of the patient: using the experience of illness in shaping the mission of health care. *JAMA* 1993; 269: 1012-1017.
- ¹⁶⁴ Montori V. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ*. 2012;344:e256. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.e256>.
- ¹⁶⁵ Régimen de personal: cuello de botella a la modernidad. En: Sevilla J, Riesgo I. Qué está pasando con tu sanidad. Profit Editorial I., S.L., 2018. Págs.: 177-83.
- ¹⁶⁶ Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público. «BOE» núm. 261, de 31/10/2015.
- ¹⁶⁷ Posicionamiento de SESPAS sobre el rol de la atención primaria de salud ante la epidemia de COVID-19. SESPAS. 21, abril 2020. Disponible en: <https://sespas.es/2020/04/21/posicionamiento-sespas-sobre-el-rol-de-la-atencion-primaria-de-salud-ante-la-epidemia-de-covid-19/>. Consultado el 16.06.20.
- ¹⁶⁸ Ribera J, Antoja G, Rosenmöller M, Borrás P. Hospital of the Future. A New Role for Leading Hospitals in Europe. Center for Research in Healthcare Innovation Management. IESE. Barcelona, January 2016. Disponible en: <https://media.iese.edu/research/pdfs/ST-0383-E.pdf>. Consultado el 22.01.19.
- ¹⁶⁹ Future Hospital Commission. Future hospital: caring for medical patients. A report from the Future Hospital Commission to the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians, 2013.
- ¹⁷⁰ Bodenheimer T. Coordinating Care: A Perilous Journey Through the Health Care System. *N Eng J Med*. 2008;358:1064-71.
- ¹⁷¹ Comprehensive care. Older people living with frailty in hospitals. NIHR Dissemination Centre NIHR research on older people living with frailty in hospitals. NHS. December 2017. Disponible en: <https://evidence.nihr.ac.uk/wp-content/uploads/2020/03/Comprehensive-Care-final.pdf>. Consultado el 16.06.20.
- ¹⁷² Bodenheimer T, Bauer L. Rethinking the Primary Care Workforce — An Expanded Role for Nurses. *N Engl J Med* 2016; 375:1015-1017.
- ¹⁷³ Bodenheimer T, Berry-Millett R. Follow the Money — Controlling Expenditures by Improving Care for Patients Needing Costly Services. *N Engl J Med* 2009; 361:1521-1523
DOI: 10.1056/NEJMp0907185
- ¹⁷⁴ Narváez M, Toribio C. Ciencias de la Salud e-Salud 2020. Estudio de Prospectiva. Fundación OPTI y FENIN. Agosto, 2006.
- ¹⁷⁵ Honeyman M, Dunn P, McKenna HM. A digital NHS?. An introduction to the digital agenda and plans for implementation. The King's Fund. September, 2019. Disponible en: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/digital-nhs>, consultado el 17.01.19.
- ¹⁷⁶ Peden CJ, Saxon LA. Digital Technology to Engage Patients: Ensuring Access for All. *NEJM Catalyst*. Article · October 12, 2017. Disponible en: <https://catalyst.nejm.org/digital-health-technology-access/>, consultado el 17.01.19.
- ¹⁷⁷ Ghafur S, Schneider EC. Engaging Patients Using Digital Technology - Learning from Other Industries. *N Eng J Med Catalyst*. 2019, June 5. doi/full/10.1056/CAT.19.0654
- ¹⁷⁸ National Information Board (2014). Personalised health and care 2020. Using data and technology to transform outcomes for patients and citizens: a framework for action. London: Department of Health and National Information Board. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/384650/NIB_Report.pdf. Consultado el 17.01.19.
- ¹⁷⁹ Harwich E, Laycock K. Thinking on its own: AI in the NHS. January 2018. Disponible en: <https://reform.uk/research/thinking-its-own-ai-nhs>. Consultado el 16.06.20.
- ¹⁸⁰ USAID's Center for Innovation and Impact. Artificial intelligence in Global Health: Defining a Collective Path Forward. Last updated: April 01, 2019. Disponible en: <https://www.usaid.gov/cii/ai-in-global-health>. Consultado el 16.06.20.
- ¹⁸¹ Keesara S, Jonas A, Schulman K. Covid-19 and Health Care's Digital Revolution. *N Eng J Med* 2020. DOI: 10.1056/NEJMp2005835.
- ¹⁸² Kuy S, Gupta R, Correa R, Tsai R, Vohra S. Best Practices for a Covid-19 Preparedness Plan for Health Systems. *N Eng J Med Catalyst* 2020; April 30. DOI: 10.1056/CAT.20.0108
- ¹⁸³ Halamka JD, Lippman A, Ekblaw A. The potential of Blockchain in Healthcare. *Harvard Business Review*. March 3th 2017; pp:12-13.
- ¹⁸⁴ Nouri S, Khoong EC, Lyles CR, Karliner L. Addressing Equity in Telemedicine for Chronic Disease Management During the Covid-19 Pandemic. *N Eng J Med Catalyst* 2020, May 4. DOI: 10.1056/CAT.20.0123
- ¹⁸⁵ Abellán A; Ayala A; Pérez J; Pujol R. (2018). "Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos". Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 17, 34 p. [Fecha de publicación: 07/02/2018].





IMAS

Instituto para la Mejora
de la Asistencia Sanitaria



Fundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria

c/ Pintor Rosales 18, 1º Izqda.

28008, Madrid

www.imasfundacion.es