

Por un sistema de salud asturiano de vanguardia



Documento de reflexión y propuestas de mejora



REAL INSTITUTO DE ESTUDIOS ASTURIANOS

Oviedo - 2025

POR UN SISTEMA DE SALUD ASTURIANO DE VANGUARDIA

Documento de reflexión y propuestas de mejora

PROMOTOR



REAL INSTITUTO DE ESTUDIOS ASTURIANOS

Co-promotores



Universidad de Oviedo



Real Academia de Medicina
y Cirugía del Principado de Asturias



Oviedo
Cámara de Comercio
de Oviedo



Cámara de Comercio de Gijón



Instituto para la Mejora
de la Asistencia Sanitaria



PLATAFORMA DE ORGANIZACIONES
DE PACIENTES

Por un sistema de salud asturiano de vanguardia

Documento de reflexión y propuestas de mejora



REAL INSTITUTO DE ESTUDIOS ASTURIANOS

Oviedo - 2025



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS



CECEL
CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE
CENTROS DE ESTUDIOS LOCALES

© de esta edición, Real Instituto de Estudios Asturianos ®

Plaza de Porlier, 9-1ª planta

33003 Oviedo

Teléfono: 984 18 28 01

Correo electrónico: ridea@asturias.org

© del autor

ISBN: 978-84-129570-6-8

Depósito legal: AS 00951-2025

Imprime: Gráficas Summa, Llanera, Asturias

Todos los derechos reservados. No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma y por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin permiso previo por escrito del autor.

Índice general

PRESENTACIÓN DEL DIRECTOR DEL RIDEA.....	21
PRÓLOGO.....	22
UNA APORTACIÓN DEL RIDEA AL DEBATE SOBRE LA SANIDAD ASTURIANA	29
PARTICIPANTES.....	33
LOS MENSAJES FUNDAMENTALES, EN UNA SOLA HOJA.....	40
RESUMEN EJECUTIVO	41
1.INVERTIR EN SALUD. ORIENTAR EL SISTEMA SANITARIO HACIA LA SALUD.....	55
2.ENVEJECIMIENTO SALUDABLE	63
3.MODELO ASISTENCIAL	75
4. TRANSFORMACIÓN DIGITAL	85
5. INVESTIGACIÓN & INNOVACIÓN.....	95
6.GOBERNANZA.....	109
7.PROFESIONALISMO	123
8.COLABORACIÓN PÚBLICA/PRIVADA	135
9.SALUD MENTAL.....	147
10.LA SALUD Y EL DESARROLLO ECONÓMICO DE ASTURIAS	161
ÍNDICE DE TABLAS.....	183
ÍNDICE DE FIGURAS.....	183
ÍNDICE TEMÁTICO SIMPLIFICADO	185
PATROCINADORES Y CONTACTOS.....	190

Índice detallado

PRESENTACIÓN DEL DIRECTOR DEL RIDEA.....	21
PRÓLOGO	23
UNA APORTACIÓN DEL RIDEA AL DEBATE SOBRE LA SANIDAD ASTURIANA	29
PARTICIPANTES	33
LOS MENSAJES FUNDAMENTALES, EN UNA SOLA HOJA	40
RESUMEN EJECUTIVO	41
1. INVERTIR EN SALUD. ORIENTAR EL SISTEMA SANITARIO HACIA LA SALUD	55
PLANTEAMIENTO DE PARTIDA.....	57
<i>Un cambio de paradigma en el sistema sanitario.....</i>	<i>57</i>
<i>Lo importante es no enfermar.....</i>	<i>57</i>
<i>La Salud no es solo la Asistencia Sanitaria. El conjunto de las políticas y de la sociedad debe estar implicada en la Salud.....</i>	<i>57</i>
<i>Los autocuidados y la implicación del ciudadano en la preservación de su propia salud son un componente fundamental de este nuevo enfoque</i>	<i>57</i>
<i>El papel de la promoción de la salud</i>	<i>58</i>
<i>Determinantes de la salud.....</i>	<i>58</i>
<i>El papel central del municipalismo</i>	<i>58</i>
ESTRATEGIA FUNDAMENTAL	59
RECOMENDACIONES PARA ASTURIAS.....	60
<i>Estrategia “Salud en todas las políticas” e intersectorialidad en la promoción de la salud</i>	<i>60</i>
<i>Sistema de información sobre resultados en salud</i>	<i>60</i>
<i>Impulso a estrategias de “no hacer”</i>	<i>61</i>
<i>Impulso a las políticas de promoción de la salud</i>	<i>61</i>
<i>Énfasis en los autocuidados.....</i>	<i>61</i>
<i>Énfasis en la orientación comunitaria de la Atención Primaria.....</i>	<i>61</i>
<i>Implicación de los Ayuntamientos en las políticas de salud</i>	<i>62</i>
ALGUNAS MEJORES PRÁCTICAS DE POSIBLE INTERÉS PARA ASTURIAS.....	62

<i>Pla Interdepartamental i Intersectorial de Salut Pública (PINSAP)</i>	62
2. ENVEJECIMIENTO SALUDABLE.....	63
PLANTEAMIENTO DE PARTIDA.....	65
<i>La década del Envejecimiento Saludable 2020-2030</i>	65
<i>El envejecimiento es el reto de la sociedad en las próximas décadas.....</i>	65
<i>Es necesario un enfoque holístico sobre este problema</i>	66
<i>Los servicios sanitarios y socio sanitarios deben superar la fragmentación y la falta de compartición de la información.....</i>	66
<i>Gran mejora de la longevidad, pero lo que debería importar son los años en buena salud.....</i>	67
<i>Elemento clave: las políticas de envejecimiento saludable</i>	70
<i>La importancia de la tecnología</i>	70
ESTRATEGIAS FUNDAMENTALES.....	70
RECOMENDACIONES PARA ASTURIAS.....	71
<i>Estrategia del Gobierno sobre Envejecimiento Saludable</i>	71
<i>La Salud Pública y el envejecimiento saludable</i>	71
<i>Mejorar la asistencia, de acuerdo con las necesidades de las personas mayores</i>	72
<i>Promoción de la investigación e innovación en este ámbito</i>	72
MEJORES PRÁCTICAS DE POSIBLE INTERÉS PARA ASTURIAS.....	73
<i>Healthy Ageing and care for older populations.....</i>	73
<i>Estrategia Vasca de Envejecimiento Activo 2015-2020</i>	73
<i>Plan de Atención Integral a la Fragilidad y Promoción de la Longevidad Saludable en personas mayores de la Comunidad de Madrid 2022-2025</i>	73
<i>I Plan Estratégico Integral para personas mayores en Andalucía 2020-2023</i>	74
CEOMA.....	74
3. MODELO ASISTENCIAL	75
QUÉ ENTENDEMOS POR MODELO ASISTENCIAL.....	77
POR QUÉ HAY QUE CAMBIAR EL MODELO ASISTENCIAL	77
BASES ESTRATÉGICAS PARA EL CAMBIO	77

RECOMENDACIONES PARA ASTURIAS.....	79
<i>Gestión integral por grandes grupos de patologías</i>	81
<i>Aprovechar la reconfiguración en 3 áreas sanitarias para avanzar en la integración de salud pública, asistencia sanitaria y servicios sociales</i>	81
<i>Segmentar a la población</i>	81
<i>Introducir reformas en la Atención Primaria</i>	81
<i>Medición de las hospitalizaciones evitables y plan para su minimización</i>	81
<i>Énfasis en la hospitalización domiciliaria</i>	82
<i>Medir el valor</i>	82
<i>Dar valor a la farmacia comunitaria</i>	82
<i>Gestor del paciente y plan asistencial personalizado</i>	82
<i>Dar participación a las asociaciones de pacientes</i>	82
<i>Empoderamiento de los pacientes a través de programas de “pacientes expertos”</i>	82
<i>Avanzar en la reconfiguración de los servicios diagnósticos</i>	83
<i>Mejorar la adherencia a los programas de cribado de cáncer</i>	83
<i>Reducir los tiempos de espera</i>	83
MEJORES PRÁCTICAS DE POSIBLE INTERÉS PARA ASTURIAS.....	83
<i>Kaiser Permanente</i>	83
<i>Karolinska University Hospital</i>	83
<i>Propuestas para los hospitales españoles</i>	83
<i>Estrategias para incorporar la experiencia de los pacientes</i>	83
<i>Cadena de valor entre atención primaria y especializada</i>	84
<i>Las unidades de gestión clínica frente al anacronismo de los servicios médicos</i>	84
<i>Buurtzorg, enfermeras de atención a la comunidad</i>	84
4. TRANSFORMACIÓN DIGITAL	85
QUÉ ENTENDEMOS POR TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN SANIDAD.....	87
POR QUÉ HAY QUE AVANZAR EN LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN SANIDAD.....	88
OBSTÁCULOS PARA AVANZAR EN LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN SANIDAD	89
BASES ESTRATÉGICAS PARA EL CAMBIO.....	90

RECOMENDACIONES PARA ASTURIAS.....	91
<i>Objetivos y planificación claros</i>	91
<i>Facilitar el acceso a los datos</i>	91
<i>Definición de una política de gobierno del Dato en Salud</i>	91
<i>Evaluación</i>	91
<i>Repensar los modelos asistenciales</i>	91
<i>Impulsar la promoción de la salud</i>	91
<i>Rol clave de pacientes y profesionales</i>	92
<i>Formación de profesionales</i>	92
<i>Nuevos roles profesionales</i>	92
<i>Utilización de casos de uso</i>	92
<i>Interoperabilidad del dato sanitario</i>	92
<i>Inteligencia artificial en la Historia Clínica Electrónica</i>	92
<i>Cartografía de soluciones</i>	92
<i>Nuevos modelos de compra de tecnología digital</i>	92
<i>Preocupación por el desarrollo de un ecosistema empresarial en tecnologías digitales en salud</i>	92
<i>Hacia una historia de salud del ciudadano</i>	93
MEJORES PRÁCTICAS DE POSIBLE INTERÉS PARA ASTURIAS.....	93
<i>Planificación estratégica de Salud Digital en las Comunidades Autónomas</i>	93
Cantabria.....	93
Galicia	94
Cataluña.....	94
Castilla-La Mancha.....	94
<i>Oficina de Datos de Salud</i>	94
<i>El caso de Estonia</i>	94
<i>Open Innovation en Ribera</i>	94
5. INVESTIGACIÓN & INNOVACIÓN	95
POR QUÉ ES IMPORTANTE LA INVESTIGACIÓN & INNOVACIÓN EN EL SECTOR SANITARIO	97

CRITERIOS GENERALES PARA LA ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN & INNOVACIÓN EN EL SECTOR SANITARIO	97
ESTRATEGIAS FUNDAMENTALES PARA IMPULSAR LA INVESTIGACIÓN & INNOVACIÓN EN LOS CENTROS SANITARIOS.....	98
ORGANIZACIÓN Y ACREDITACIÓN DE LOS INSTITUTOS DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA POR PARTE DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III.....	99
EL PUNTO DE PARTIDA EN ASTURIAS.....	100
<i>Una importante y prestigiada masa crítica de profesionales en investigación & innovación</i>	100
<i>Una comunidad autónoma que dedica pocos recursos económicos a la I&I</i>	100
<i>Un tardío reconocimiento del ISPA (Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias) como Instituto de investigación por el Instituto de Salud Carlos III</i>	100
<i>Problemas de gobernanza en la I+D sanitaria en Asturias.....</i>	101
<i>Insuficiente política de atracción y retención de investigadores</i>	101
<i>Ausencia de carrera profesional sanitaria en investigación.....</i>	102
<i>Un cierto retraso en el desarrollo de ensayos clínicos.....</i>	102
<i>Una cierta cultura de rechazo a la colaboración público/privada y a las alianzas con empresas.....</i>	102
RECOMENDACIONES PARA ASTURIAS.....	102
<i>Cambio en el tipo de Fundación ligada a la investigación sanitaria</i>	103
<i>Garantizar la reacreditación del ISPA.....</i>	103
<i>Impulso a las políticas de atracción y retención de talento</i>	103
<i>Carrera investigadora sanitaria</i>	104
<i>Desarrollo y consolidación de plataformas investigación.....</i>	104
<i>Apertura a las relaciones con empresas</i>	104
<i>Impulso a la expansión de los espacios de investigación</i>	104
<i>Relaciones con redes internacionales en I&I en biomedicina.....</i>	104
<i>Impulso a la realización de tesis doctorales</i>	104
<i>Política de captación de los mejores residentes</i>	104
<i>Captación de líderes clínicos que tengan experiencia y proyección en I&I en biomedicina</i>	104
<i>Desde el punto de vista asistencial, integración en red del sistema de salud asturiano, con los mismos protocolos de actuación.....</i>	105
<i>Integración de otras disciplinas en la investigación biosanitaria</i>	105

<i>Impulso al proyecto de secuenciación del exoma/genoma de los asturianos y al fortalecimiento del Área transversal de envejecimiento.....</i>	105
<i>Integración de las asociaciones de pacientes en los esfuerzos de I&I.....</i>	105
<i>Impulso a los ensayos clínicos.....</i>	105
<i>Fomentar la innovación en tecnologías médicas</i>	105
<i>Concreción de ciertos proyectos anunciados</i>	105
<i>Renovación de la formación de carreras sanitarias y, en concreto, en Medicina.....</i>	105
ALGUNAS MEJORES PRÁCTICAS EN I+D SANITARIA DE POSIBLE INTERÉS PARA ASTURIAS	106
<i>Carrera profesional ICS (Instituto Catalán de la Salud).....</i>	106
<i>Oficinas de Ensayos Clínicos</i>	106
Oficina de Ensayos Clínicos en Oncología (Hospital Valle de Hebrón), Barcelona	106
Unidad Balear de Investigación Clínica y Ensayos Clínicos (UBICEC).....	106
<i>Proyecto Xenoma Galicia.....</i>	106
ANEXO I: PROPUESTA EN RELACIÓN CON EL PROYECTO EXOMA/GENOMA	106
ANEXO II: PROPUESTA EN RELACIÓN CON EL PROYECTO SOBRE ENVEJECIMIENTO	107
6. GOBERNANZA.....	109
QUÉ SE ENTIENDE POR GOBERNANZA	111
ELEMENTOS CLAVE DE LA GOBERNANZA	111
GOBERNANZA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS): UN PROBLEMA NUNCA SOLUCIONADO.....	111
<i>Un tema mal resuelto en la Ley General de Sanidad</i>	111
<i>Un abordaje en tres niveles.....</i>	113
Nivel macrosistema.....	113
Nivel mesosistema	114
Nivel microsistema.....	115
<i>¿Por qué una mala gobernanza está en el origen de los problemas del sistema?</i>	115
UN RESUMEN DE LA SITUACIÓN ACTUAL.....	116
PRINCIPIOS DE BUEN GOBIERNO	116
RECOMENDACIONES PARA ASTURIAS.....	117

<i>Énfasis en la transparencia</i>	118
<i>Refuerzo de la participación</i>	118
<i>Cambios en el SESPA, hacia una Agencia Regional de Salud</i>	118
<i>Nuevo enfoque a la red asistencial</i>	119
<i>Impulso a la gestión clínica</i>	120
<i>Nueva política de directivos</i>	120
MEJORES PRÁCTICAS DE POSIBLE INTERÉS PARA ASTURIAS.....	120
<i>Mejores prácticas en transparencia</i>	120
7. PROFESIONALISMO	123
QUÉ SE ENTIENDE POR PROFESIONALISMO	125
EL “NUEVO” PROFESIONALISMO MÉDICO.....	125
EL PROFESIONALISMO MÉDICO EN LA ESPAÑA DEL SIGLO XXI	126
COMPETENCIAS Y PERFIL DEL MÉDICO DEL SIGLO XXI.....	128
EL PUNTO DE PARTIDA EN ASTURIAS.....	132
RECOMENDACIONES PARA ASTURIAS.....	132
<i>Foro de Profesionalismo</i>	133
<i>Comité de Profesionalismo Médico</i>	133
<i>Cambios en la docencia en la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud</i>	133
<i>Mayor implicación de la Administración en la formación continuada</i>	133
<i>Profesionalización de los directivos</i>	133
<i>Definición de competencias profesionales</i>	133
<i>Modificar el sistema de selección de personal</i>	133
<i>Dar contenido y recuperar el modelo de gestión por objetivos</i>	134
<i>De una gestión de control a una de colaboración</i>	134
<i>Esfuerzos en la identificación del talento</i>	134
<i>Definir el compromiso bilateral</i>	134
MEJORES PRÁCTICAS DE POSIBLE INTERÉS PARA ASTURIAS.....	134
Experiencias en algunos países de definir el tipo de profesional médico	134
El Scottish Doctor	134
El planteamiento en Canadá	134

<i>Gestión por competencias</i>	134
8.COLABORACIÓN PÚBLICA/PRIVADA.....	135
EL ABUSO DEL TÉRMINO PRIVATIZACIÓN	137
UNA PERSPECTIVA INTERNACIONAL	138
LAS DIFICULTADES TANTO PARA LA TRANSFORMACIÓN EMPRESARIAL DEL SISTEMA PÚBLICO COMO PARA LA COLABORACIÓN PÚBLICA/PRIVADA EN SANIDAD	140
<i>La dificultad de transformación del sector público de gestión directa administrativa</i>	140
<i>La dificultad de la gestión indirecta</i>	140
<i>Una ausencia de evaluación</i>	141
<i>Las causas de este fracaso</i>	141
VENTAJAS PARA EL SISTEMA PÚBLICO Y PARA LAS COMPAÑÍAS PRIVADAS DE LA COLABORACIÓN PÚBLICA/PRIVADA.....	141
REQUERIMIENTOS DE ÉXITO PARA LA COLABORACIÓN PÚBLICA/PRIVADA EN SANIDAD	142
<i>Por parte de la Administración</i>	142
<i>Por parte de las empresas</i>	143
¿ES POSIBLE UN SECTOR PRIVADO PRESTIGIADO Y EFICAZ SIN LA COLABORACIÓN PÚBLICA/PRIVADA?.....	143
NUEVAS PERSPECTIVAS	144
PROPUESTAS PARA ASTURIAS	144
<i>Comisión Mixta Sistema Público-Sistema Privado</i>	144
<i>Planificación a más largo plazo de los conciertos</i>	145
<i>Plan conjunto de necesidades</i>	145
<i>Utilización conjunta de profesionales</i>	145
<i>Interoperabilidad de la historia clínica entre el sector público y el privado</i>	145
<i>Transparencia en cuanto a resultados</i>	145
<i>Nuevas áreas de colaboración</i>	145
<i>Replanteamiento de la exclusividad</i>	146
<i>Explorar la posibilidad de implantación de EBAs en Atención Primaria</i>	146
MEJORES PRÁCTICAS DE POSIBLE INTERÉS PARA ASTURIAS.....	146

<i>El modelo de las EBAs en Cataluña</i>	146
<i>Acuerdo entre el NHS y el sector independiente en el Reino Unido para abordar las listas de espera</i>	146
9.SALUD MENTAL	147
LA POSICIÓN DE PARTIDA	149
<i>Datos globales</i>	149
<i>Europa</i>	149
<i>Datos España</i>	150
<i>Consumo de medicamentos de salud mental</i>	151
<i>La pandemia de la covid-19 y la salud mental</i>	151
<i>Salud Mental en la Infancia y Juventud</i>	151
<i>Mortalidad por suicidio/Trastornos mentales</i>	151
<i>Profesionales de salud mental en España</i>	152
EL MARCO ESTRATÉGICO GENERAL	152
EL PLAN DE SALUD MENTAL DE ASTURIAS.....	152
EL PUNTO DE PARTIDA EN ASTURIAS.....	153
EL HORIZONTE DEL PACTO POR LA SALUD MENTAL.....	156
PROPUESTAS PARA ASTURIAS.....	157
<i>Medidas generales</i>	157
Reconocer la atención a la Salud Mental como un derecho,.....	157
Énfasis en la participación,	157
Construir e invertir en un sistema de información en Atención a la Salud Mental.....	157
Fomentar el trabajo en red a nivel regional	157
Cambiar el modelo hacia la promoción y prevención.....	157
Diferenciar los trastornos psiquiátricos graves de los “malestares de la vida”	157
Reforzar el papel de la Atención Primaria	158
Papel de las farmacias comunitarias	158
<i>Programas específicos</i>	158
Implantación modelos de promoción y prevención en el ámbito educativo	158
Programas específicos de trastornos personalidad	158
Mejorar la prevención del comportamiento suicida	158

Atención especial al aislamiento y soledad no deseada.....	158
Atención a los problemas de Atención Mental en las residencias de mayores	158
Atención a las personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios.....	158
Atención a niños nacidas en centros penitenciarios	158
Reformulación del problema de las adicciones.....	158
Detección, y seguimiento de los niños hijos de pacientes vulnerables con trastorno mental grave.....	158
Coordinación entre Sanidad, Asunto Sociales, Educación y Empleo.....	158
<i>Investigación y Evaluación.....</i>	<i>159</i>
Seguimiento y evaluación de los protocolos implantados	159
Apoyo a la investigación	159
<i>Derechos de los pacientes</i>	<i>159</i>
Abordar el problema del estigma.....	159
Programas de vivienda digna para las personas con problemas de salud mental.....	159
Impulso al empleo protegido.....	159
Humanización en el conjunto de los dispositivos	159
<i>Profesionales</i>	<i>159</i>
Desarrollar el mapa competencial de los distintos profesionales de la salud mental	159
Fomentar el trabajo multidisciplinar conjunto.....	159
Crear las condiciones de trabajo para que se cubran las plazas en Asturias.....	159
<i>Otras medidas</i>	<i>159</i>
Utilización de las terapias no farmacológicas con todas las garantías.....	159
Tender a la generalización de las terapias psicológicas.....	160
Habilitar espacio para el desarrollo de las alternativas a los tratamientos finalistas, como protocolo de voluntades previas.....	160
Humanización de los espacios físicos de atención a las personas con problemas de salud mental grave.....	160
Ampliar el trabajo en red a los distintos recursos de atención al bienestar y a las necesidades de toda la población.	160
ALGUNAS MEJORES PRÁCTICAS DE POSIBLE INTERÉS PARA ASTURIAS.....	160
<i>Código suicidio</i>	<i>160</i>
<i>Programas específicos sobre trastornos de la personalidad.....</i>	<i>160</i>
10.LA SALUD Y EL DESARROLLO ECONÓMICO DE ASTURIAS.....	161

EL ECOSISTEMA DE INNOVACIÓN Y PUNTOS DE APOYO EN ASTURIAS PARA EL

IMPULSO A LA INNOVACIÓN EN SALUD.....	163
SEKUENS, COMO ELEMENTO CLAVE EN EL IMPULSO AL ECOSISTEMA DE INNOVACIÓN EN SALUD.....	164
LA DIMENSIÓN DEL SECTOR SALUD EN ASTURIAS	166
LAS GRANDES TENDENCIAS DE INNOVACIÓN EN EL SECTOR SANITARIO	169
CONDICIONANTES DE ASTURIAS	170
LAS DIFERENTES PERSPECTIVAS EN CUANTO A LA MADUREZ DE LA TECNOLOGÍA, DEL INVESTIGADOR A LA EMPRESA.....	170
LA EFICIENCIA Y LA TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO: UN PRERREQUISITO PARA IMPULSAR LA INNOVACIÓN.....	172
APROXIMACIÓN A UN DAFO SOBRE LAS POSIBILIDADES DEL DESARROLLO INDUSTRIAL EN ASTURIAS LIGADO A LA SALUD.....	174
PROPUESTAS PARA ASTURIAS.....	175
<i>Concreción muy clara de la voluntad política de impulsar un ecosistema de innovación en salud</i>	<i>176</i>
Apoyo desde Presidencia.....	176
Recursos.....	176
Liderado desde la política industrial	176
Dotación de una Estructura de impulso y seguimiento.....	176
Elementos facilitadores	176
Estructura de alianzas.....	176
Elaboración de un Plan.....	176
<i>Transformación del sistema sanitario en la línea de facilitar la innovación</i>	<i>176</i>
Mejora de la eficiencia y de los procesos (LEAN health).....	176
Agilidad en la compra.....	176
Compra pública de innovación	176
Transparencia y acceso a los datos de salud	177
Impulso a ciertos proyectos, como el anillo radiológico.....	177
Incorporación de la IA a la labor diagnóstica y terapéutica	177
<i>Nichos prioritarios.....</i>	<i>177</i>
Servicios digitales, IA.....	178
Ensayos clínicos.....	178
Empresas de otros ámbitos que quieran diversificar introduciéndose en el sector salud	179
Servicios sociales, bienestar y envejecimiento saludable.....	179

Promoción y prevención.....	179
Industria agroalimentaria del futuro	179
<i>Impulso a un clúster de salud en Asturias.....</i>	<i>179</i>
MEJORES PRÁCTICAS DE POSIBLE INTERÉS PARA ASTURIAS.....	181
<i>Clúster de salud</i>	<i>181</i>
<i>Anillo radiológico</i>	<i>181</i>
<i>Ensayos clínicos.....</i>	<i>181</i>
<i>Laboratorio de innovación para interacción con empresas en el hospital.....</i>	<i>181</i>
<i>Portal de investigación</i>	<i>181</i>
<i>Gestión de datos.....</i>	<i>181</i>
ÍNDICE DE TABLAS	183
ÍNDICE DE FIGURAS	183
ÍNDICE TEMÁTICO SIMPLIFICADO.....	185
PATROCINADORES Y CONTACTOS	190

PRESENTACIÓN DEL DIRECTOR DEL RIDEA

Desde su creación, entre los principales objetivos del RIDEA se encuentra el de analizar los distintos ámbitos de la realidad cultural, económica y social de nuestra región y ofrecer ideas y propuestas constructivas en beneficio de la sociedad asturiana en su conjunto. Es en ese sentido que desde siempre nos ha preocupado nuestro Estado de Bienestar, y hacer que éste sea sostenible y responda a las necesidades de nuestros ciudadanos.

La calidad de nuestra Sanidad, como uno de los pilares de ese Estado de Bienestar, es cuestión que a lo largo de los años el Instituto ha abordado desde diferentes perspectivas. En los últimos cursos hemos venido dedicando a este tema diversas reflexiones, tanto a través de conferencias y ciclos de conferencias como con la publicación de libros. En nuestras actividades también hemos puesto en relación el sistema de salud con algunos de los factores que en los últimos años -y cada vez con más fuerza- pueden añadir incertidumbre a su viabilidad, como puedan ser el reto de su financiación, la difícil situación demográfica, el balance de los 20 años desde las transferencias realizado por cuatro de nuestros consejeros, el debate sobre los problemas del mundo rural, la insuficiente investigación científica llevada a cabo en nuestra región y la amenaza de las infecciones epidémicas como elemento de tensión sobre la equidad asistencial, todo ello con gran asistencia de público y siempre queriendo proyectarlo como información hacia la sociedad asturiana.

En esta ocasión, nuestra inclinación a abrir el debate público a cuestiones esenciales de nuestro sistema de salud y hacerlo con la participación de reconocidos expertos sobre la materia -más de 120, de dentro y de fuera de Asturias, participando en 10 grupos de trabajo-, nos ha llevado a acoger entusiásticamente la iniciativa y hacer nuestros cada uno de sus pasos. Debemos destacar que el documento resultante tiene una organización que hace fácil su manejo y permite ir de lo más general a las consideraciones más técnicas. Contiene al final un índice de tablas y figuras y un índice temático simplificado que permitirá a quienes lo consulten ir directos a alguno de los temas tratados. Como Promotor principal de la misma el RIDEA se siente satisfecho. También tenemos que dar importancia a los copromotores que han ayudado a dar contenido a los grupos de trabajo. Creemos que hemos favorecido un gran paso en la identificación de los principales problemas de la sanidad asturiana, en su comprensión y en la elaboración de propuestas realistas para garantizar su futuro. Los principales responsables y los redactores merecen todo nuestro agradecimiento: el doctor Ignacio Riesgo como líder de todas las actuaciones y a los miembros de número del Instituto don Juan Luis Rodríguez-Vigil y el doctor Venancio Martínez Suárez.

Es evidente que sin el apoyo de unos patrocinadores identificados con la importancia del proyecto el plan no hubiese podido llevarse a cabo. Su generosidad y el altruismo con que se han acercado al mismo debe de ser reconocido.

Con las reflexiones recogidas en esta publicación y con las sesiones pendientes para darla conocer, aspiramos a contribuir al necesario debate público sobre la Sanidad, una de las cuestiones más relevantes de cualquier sociedad avanzada, justa y solidaria.

Ramón Rodríguez Álvarez

Director del RIDEA

PRÓLOGO

Desde hace bastantes años es público y notorio el interés del Real Instituto de Estudios Asturianos (RIDEA) por las cuestiones relacionadas con la sanidad, con la salud pública y, muy especialmente, con el servicio público sanitario asturiano. De hecho, han sido reiteradas e importantes las actividades del RIDEA relacionadas con esos temas a través de jornadas de estudio y de ciclos de análisis, algunos de los cuales se han plasmado en textos sobre la materia que son de obligada referencia.

El estudio y el debate sobre todo cuanto atañe a la salud pública y a la atención sanitaria y social de los asturianos es algo que en el ámbito del RIDEA viene de lejos y que, evidentemente, no tiene carácter esporádico, ni excepcional. Conviene subrayar que los debates sobre estas materias que han tenido lugar en el RIDEA se han situado invariablemente al margen de la coyuntura y del avatar político partidario astur, algo que siempre se ha eludido de conformidad con el código académico e imparcial que rige en el Instituto y que, desde luego, es un principio que se ha mantenido estrictamente en el proyecto que ahora se presenta al público.

Después de la pandemia del COVID nada en el mundo sanitario puede ser igual. Y es que en toda situación de grave crisis, o en toda guerra, (y la lucha contra una pandemia tiene muchos puntos de conexión con una guerra) siempre sale a la superficie, casi en paralelo, lo mejor y peor de una sociedad, y eso lo hemos podido comprobar fehacientemente en el caso del COVID-19, durante el cual ha salido a la luz lo mejor y lo peor en relación con nuestro sistema legal e institucional sanitario. Efectivamente, en esas dramáticas circunstancias se han puesto de relieve claramente las insuficiencias y los problemas de todo tipo de nuestro sistema de salud que no habían sido afrontados, o que habían sido deficientemente resueltos, pese a que se venían arrastrando desde décadas atrás.

Pero a la par, también hemos podido comprobar, afortunadamente, las virtudes de nuestro sistema sanitario, que no son pocas, principalmente la alta profesionalidad y la elevada capacidad técnica de la inmensa mayoría de sus trabajadores, y la bondad de bastantes de sus instalaciones y órganos, algo que ha paliado, o evitado posibles desastres.

Y es que a la sanidad le sucede como a casi todos los demás servicios públicos e instituciones: Que pasa el tiempo inexorablemente y que, con ello, habitualmente se necesitan, se hacen imperiosas y urgentes las reformas y las adaptaciones a los nuevos aires, a las nuevas corrientes, al nuevo espíritu, per se cambiante, de los tiempos actuales, aunque, obviamente, sin hacer nunca tabla rasa de lo ya construido que funciona, que normalmente es la seña más evidente de la civilización de una sociedad.

A fin cuentas, como decía Jacques René Tenon en su Memoria sobre los Hospitales de París publicada en el lejano 1760, «los hospitales (y por extensión los servicios sanitarios) son, en cierto modo, la medida de la civilización de un pueblo». Y con el paso del tiempo, esa afirmación se ha revelado indiscutible y certera, de forma que en la actualidad el mundo hospitalario (y por extensión el sanitario) es un claro indicador del funcionamiento de la sociedad asturiana como conjunto que mira al futuro, valorando, no obstante lo positivo de su pasado, algo que en sanidad resulta paradigmático y necesario, dado que cualquiera que sea la cuestión de la que se trate en política de sanidad no se puede ignorar su pasado, ni su dimensión ética, científica económica o social, que influye determinadamente en la vida de los ciudadanos.

Lo que resulta evidente es que desde la crisis del COVID (aunque no solo por ello) sabemos que la situación de la sanidad asturiana es crítica (al igual que la del resto de España) y que está colocada ante una encrucijada extraordinariamente compleja que la obligará, se quiera o no, a adoptar nuevas posiciones, nuevos criterios, nuevas fórmulas de organización en multitud de supuestos, habida cuenta del parcial pero manifiesto agotamiento del modelo que, con escasas y no significativas modificaciones, ha venido funcionando hasta ahora, el cual es, básicamente, el que se había creado en los ya lejanos años ochenta del pasado siglo, pues desde entonces han pasado muchas aguas bajo los puentes y por las torrenteras .

Pero esos cambios, esas nuevas posiciones deben adoptarse conservando todo aquello que ha demostrado sin lugar a duda su carácter positivo y eficaz, que es bastante.

Por tanto, era evidente que sería acogida por el RIDEA con sumo interés una iniciativa como la presente, que pretende analizar con espíritu extraordinariamente abierto y muy amplio los horizontes de la sanidad asturiana del siglo XXI, y que, por ello, abre con rigor, diría más, con osadía indudable y plural, el debate sobre la orientación de nuestro sistema de salud hacia posiciones de vanguardia en un futuro que ya está en puertas.

Y hay que decir que ese interés del Real Instituto fue, incluso, mayor del habitual al conocer la singular metodología que se pensaba utilizar para los debates y para las distintas aportaciones de los muchos (más de cien) expertos intervinientes, todo ellos de reconocido y merecido prestigio regional y nacional, y también para la propia organización del ciclo.

En la organización de este ciclo, de este proyecto, el RIDEA ha podido contar, afortunadamente, con la colaboración como patrocinadoras de un número significativo de empresas privadas, además de que también hayan sido co-promotores del proyecto un número apreciable, y muy significativo, de importantes entidades públicas y corporativas regionales y nacionales.

A todas ellas es obligado expresar el agradecimiento más sincero.

Esas empresas han sido Medicina Asturiana S.A.-Hospital Centro Médico de Asturias, MBA, Quirónsalud y el Grupo Ribera, que generosamente han contribuido a financiar los obligados gastos de los distintos intervinientes de forma altruista, sin condicionar para nada ningún tipo de debate, ni propuesta. Al contrario, hay que poner de manifiesto que su colaboración ha permitido plasmar en la realidad la idea previa que teníamos de establecer la máxima libertad en los trabajos del proyecto con las condiciones adecuadas para los intervinientes, facilitando, incluso, la publicación de los trabajos, algo que nos obliga, como RIDEA al agradecimiento, pero también a proseguir en esta labor de cooperación con el mundo empresarial y con la sociedad civil asturiana, teniendo en cuenta, además, que la escasa imbricación de todos esos sectores en la vida política y cultural de Asturias, generalmente no buscada por ellos, ha sido, posiblemente un factor de ocaso para muchos ámbitos asturianos, que por muchas razones convendría superar de una vez por todas, y este caso creemos que ha ido en esa acertada dirección.

El agradecimiento debe extenderse también a las corporaciones, asociaciones e instituciones públicas co-promotoras del proyecto: a la Universidad de Oviedo, a la Real Academia de Medicina y Cirugía del Principado de Asturias y a los Colegios Profesionales de Farmacéuticos, de Veterinarios, de Psicología y de Enfermería de Asturias, a la Federación Asturiana de Empresarios

(FADE), a las Cámaras de Comercio de Oviedo y de Gijón, al Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS) y a la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP).

Todos ellos, de una u otra manera, han participado en los debates y en las actividades del proyecto, y su aportación ha sido significativa para esta notable iniciativa.

Ciertamente el temario elegido para debatir en el proyecto, con ser amplio, no pretendía, ni mucho menos, ser exhaustivo. Sin embargo, los temas elegidos para las discusiones y debates tienen entidad sumamente relevante por sí mismos, para ser tratados por separado en cualquier ámbito, además de una importancia determinante para el futuro del sistema sanitario asturiano.

Por ello, su elemental, simple, enumeración, previene nítidamente de lo sobresalientes que han sido los asuntos debatidos, cada uno de los cuales, es obvio y lo reitero, permitiría un ciclo de análisis complejo y sumamente denso, pero que visualizados en conjunto permiten entender cómo podría, como puede ser, si se quiere, el conjunto, el sistema sanitario asturiano del futuro: vanguardista y eficaz.

Los temas objeto de debate han sido: en primer lugar, el valor de la salud, la necesidad de invertir en ella. La necesaria reorientación de la actividad de los Ayuntamientos hacia la salud, algo que se perdió, seguramente por déficits de atención, en el lejano momento de reordenación de la Atención Primaria, en el cual, seguramente de forma poco meditada no se tuvo en cuenta suficientemente ni la problemática ni el papel positivo que de suyo tenían las Jefaturas Locales de Sanidad, algo que habría que corregir de algún modo.

También la compleja problemática del envejecimiento, determinante de casi todo en la actividad asistencial y de salud pública, y que absolutamente presente en la realidad asturiana, seguramente una de las regiones españolas donde este asunto es más acuciante y grave.

El análisis de un nuevo modelo asistencial definido en áreas de tan decisiva importancia, como son la del Cáncer, la Cardiovascular ; las Neurociencias o el ámbito Locomotor, y en la reordenación de las Áreas Sanitarias de Asturias , integrando en ellas a efectos de su adecuada coordinación y funcionamiento los servicios de salud pública, la asistencia sanitaria y los servicios sociales, lo que supondría, sin duda, una decisiva innovación y mejora en el sistema sanitario español, tan necesitado de nuevas ideas sobre estas cuestiones.

La Transformación digital del sistema y la investigación y la innovación sanitarias; igualmente, la problemática que plantea la muy difícil Gobernanza del sistema sanitario y la enorme complejidad de su modificación. Junto a ella, la cuestión del profesionalismo, con todas las implicaciones que tal asunto suscita en gestión de los servicios asistenciales, de salud pública y en el orden económico, en la docencia, en la formación MIR y en la continuada.

También la singular, urgente y en bastantes ocasiones dramática problemática que plantea la Salud Mental, tanto en relación con sus especialidades, como en su adecuado encaje en la red asistencial y en las políticas de prevención.

Y por fin, el análisis de las Políticas de salud y el desarrollo económico de Asturias a partir del concepto evidente de que la Sanidad es, y cada vez más, no solo un área de gasto público, también y sobre todo un pilar de la economía por su capacidad generadora de actividad y por su imbr-

cación en áreas de conocimiento tan importantes como la biotecnología, la bioinformática o la biomedicina y las modernas tecnologías relacionadas con el diagnóstico y los tratamientos médicos y quirúrgicos.

Eso es algo especialmente a valorar en una región como Asturias, que ha cerrado definitivamente el capítulo del carbón y de todo lo que se relacionaba con él, amén de que ha visto el fin, en general no muy satisfactorio, que tienen las empresas públicas, y que por ello, se encuentra en una clara encrucijada en la que tiene que optar por nuevos caminos industriales y empresariales, que solo pueden basarse en el talento y en la innovación

Los temas elegidos para el debate en este proyecto son cuestiones que en el actual momento tienen indudable y perentorio carácter candente.

Todos ellos tienen como nota común la necesidad de adaptación del sistema sanitario asturiano a nuevos tiempos, a nuevos modelos, a toda una oleada de innovaciones científicas, técnicas, culturales, e incluso de género, que afectan de manera decisiva a nuestro sistema sanitario y a su futuro, sobremanera si se pretende, como es lógico y deseable, que este se situó en la vanguardia del sector, al menos en España.

Por su parte, la metodología acordada para los trabajos del proyecto, de máxima libertad, de democracia entendida como conversación continua desde distintos nodos de información, es obvio que establecía de antemano que los criterios expuestos en cada uno de los temas objeto de tratamiento por los distintos expertos intervinientes únicamente a ellos podría vincular, pues ni el RIDEA, ni los organizadores-coordinadores de los debates podrían, ni querrían, ni deberían asumirlos sin más, pues no era ese el objetivo del proyecto, que estuvo orientado desde su concepción inicial hacia el conocimiento y el debate y no hacia la conformidad con lo debatido, justamente porque en bastantes ocasiones los pareceres de los expertos, como no podía ser de otra manera, son reflejo de opiniones, obviamente libres, pero también subjetivas, que normalmente están determinadas por sus propias experiencias gestoras o institucionales, también ir su singular personalidad, las cuales, per se, son muy difíciles, a veces imposibles, de generalizar y de compartir, aunque siempre sirven, y eso es lo que en este caso se buscaba, de circunstancia propicia para el debate y para el adecuado conocimiento de los temas.

Las propuestas que nacen del proyecto son muy variadas. En general, muy positivas y que enriquecen, y mucho, el acervo cultural sanitario asturiano, de forma que su deseable puesta en práctica seguramente podría mejorar mucho el funcionamiento del sistema de salud asturiano y, por tanto, la calidad de vida de quienes aquí residen.

En todo caso, en su mayor parte son, como se pretendía ab inicio, discutibles, y ninguna de ellas obliga al acuerdo.

Con ellas se puede estar conforme en todo, en parte, e incluso en nada, pero partiendo siempre de que la mera discusión del asunto ya enriquece y aporta datos relevantes para el conocimiento y solución de cada problema.

Es obvio que algunas de las propuestas pueden resultar más discutibles que otras, en todo o en parte, al menos en cuanto a las soluciones ofertadas.

De hecho, yo mismo tengo serias discrepancias y criterios claramente contrapuestos respecto de algunas opiniones expuestas en el documento, que me parecen inconvenientes por contradictorias con la filosofía de búsqueda de eficacia y modernidad que lo preside.

Concretamente, en relación con las recomendaciones realizadas por algún o algunos expertos que proponen posibles cambios en relación con el tipo de Fundación ligada a la investigación sanitaria en Asturias.

Efectivamente, recomendar que se cree una Fundación Pública para la gestión de la investigación, bajo una única dirección, técnica e institucional, ejercida por el director científico del ISPA, resulta contradictorio con toda la filosofía que inspira este proyecto, basado en promover la cooperación público-privada allí donde sea posible. Y resulta que el ámbito de la investigación es paradigmáticamente posible en este terreno.

Independientemente de ello, lo cierto es que la experiencia en Asturias (y en España) de Fundaciones exclusivamente Públicas no puede ser más concluyente y más escasamente ilusionante.

En definitiva, la experiencia asturiana (y no solo asturiana, sino véase lo ocurrido con la Fundación Nacional del Cáncer) demuestra que en todos los casos se trata únicamente de apéndices más o menos espurios de la propia administración, que únicamente sirve para liberar a esta de alguna traba administrativa, especialmente en materia de contratación, y que en su práctica diaria se han caracterizado por una gestión burocrática, escasamente innovadora y eficaz .

En concreto, y en relación con la investigación sanitaria en Asturias la experiencia de gestión hegemonizada por la dirección técnica del ISPA, no es convincente. Solamente a partir de la creación de un Patronato plural, el de la FINBA, en el que existe participación activa de empresas, empresarios y personas ligadas al ámbito civil y también de la propia administración, se ha podido revitalizar la gestión de la investigación sanitaria en Asturias, poniendo término a situaciones más o menos regulares, pero no excesivamente eficaces, de contratación y de gestión, de relación con empresas farmacéuticas y de investigación y con el propio Instituto Carlos III.

Por tanto, considero que debe de mantenerse la fórmula que se ha arbitrado en Asturias para la gestión de la investigación sanitaria en torno a la modelo actual de relación entre la FINBA y el ISPA, que es buena, que ha dado, objetiva y de forma comprobada fehacientemente, buenos resultados y que no requiere, por tanto, del cambio propuesto. Por otro lado, claro está que estoy de acuerdo con otros muchos términos de la propuesta sobre investigación, que son perfectamente compatibles con el mantenimiento del actual sistema gestor.

Este proyecto está dirigido al conjunto de la sociedad asturiana, pero sobremanera a los profesionales que actúan en la misma, a los pacientes que se benefician de sus servicios y, por supuesto, a los propios administradores o gestores de la sanidad pública y privada. Tenemos la convicción de que a través del mismo este proyecto, de los análisis y propuestas que contiene, se podrán conocer o divulgar las experiencias más recientes y más innovadoras del mundo sanitario actual, elaboradas con la participación de expertos nacionales y regionales del máximo nivel que, sobre todo, y esto es algo a resaltar, se han pronunciado en cada caso, como hemos dicho, con la máxima independencia de criterio, sin idea previa alguna y sin que tal criterio conforme una posición más o menos oficial, del RIDEA, que en absoluto tenemos.

Todo él es material para la discusión y como tal discutible.

El horizonte al que ha de enfrentarse la sanidad pública asturiana, la de aquí, al igual que las demás de España, tiene enormes incertidumbres económicas, dificultades de engarce de sus políticas de personal con las del funcionariado general, tanto del autonómico como del estatal, nuevos elementos problemáticos, algunos relacionados con su propio enfoque y distribución como organización sanitaria muy compleja, regida por criterios organizativos claramente desfasados, con la dificultad de gestionar un sistema que exige sobre todo agilidad, con normas pensadas para organizaciones para las que ese no es, ni mucho menos, el valor principal, pero también tener que solventar cuestiones de tan difícil afrontamiento como el notable envejecimiento, la cronicidad y dependencia de buena parte de la población que necesita asistencia, y además tener que lidiar con la irrupción de la medicina personalizada y las terapias génicas que obligarán a incorporar nuevos modos de organización del trabajo profesional y con nuevas exigencias en los perfiles profesionales, sin olvidar el impacto que el cambio climático y la transición energética van a tener en todas las organizaciones y en todos los países.

Para afrontar ese complejo y difícil horizonte serán relevantes las enormes fortalezas con la que cuenta nuestro sistema de salud, que pienso son las que forzarán a los políticos asturianos y a los de otros lados a hacer los profundos cambios que este necesita para evitar que las amenazas que definen el futuro lleven a nuestro sistema sanitario a rumbo de colisión y dificulten su capacidad para cuidar de la salud de los ciudadanos asturianos.

El principio de universalidad en el aseguramiento público, la financiación del Sistema Nacional de Salud a través de los impuestos, como garantía de equidad y la no discriminación en el acceso a las prestaciones y la cada vez más estrecha colaboración entre el sector sanitario público y el privado deben de ser los principios irrenunciables que sobre los cuales se realicen las reformas político administrativas y técnicas necesarias con las que actualizar y mejorar en términos de vanguardia el que es el principal logro en el territorio del Estado Democrático Español salido de la Constitución de 1978, el Sistema Nacional de Salud (SNS), que no debe dejarse que resbale por la pendiente de la incuria, la rutina, la inercia, el corporativismo esterilizante, la irresponsabilidad en la gestión económica, la desprofesionalización y consiguiente hiperpolarización de los cargos directivos y, en fin, el ventajismo político coyuntural, que necesariamente le llevarían a la quiebra.

Juan Luis Rodríguez-Vigil Rubio

Ex presidente del Principado de Asturias

Miembro de Número del RIDEA

o ideológico concreto; ni un documento académico. Tampoco es un encargo del gobierno del Principado, aunque este, por supuesto, está informado de la iniciativa.

Un conjunto amplio de copromotores y patrocinadores

El promotor principal del proyecto es el RIDEA, pero este no ha querido hacerlo solo sino apoyándose en las aportaciones de otras instituciones, concretamente la Universidad de Oviedo, la Real Academia de Medicina y Cirugía del Principado de Asturias, los Colegios Profesionales de Farmacéuticos, Veterinarios, Psicología y Enfermería de Asturias, la FADE, las Cámaras de Comercio de Oviedo y Gijón, el Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria y la Plataforma de Organizaciones de Pacientes. A todos ellos agradecemos su entusiasta colaboración.

Igualmente, aunque todos los que participan en el proyecto lo hacen pro-bono, de forma altruista, esto no quiere decir que el proyecto no tenga algunos gastos que son generosamente sufragados por un conjunto de distinguidos patrocinadores, cuyo único interés en este proyecto es la mejora del sistema sanitario en Asturias, concretamente Medicina Asturiana-Hospital Centro Médico de Asturias, MBA, Quirónsalud y Ribera.

Los principios inspiradores del proyecto

El proyecto parte de unos principios compartidos por todos los participantes en el mismo: el **valor de la salud** en cualquier sociedad y el relevante papel del sistema sanitario en su preservación; el sistema sanitario como orientado a **dar valor a los pacientes**; el sistema sanitario como un conjunto constituido por **el sistema público y el privado**; la **importancia de los profesionales** en cualquier sistema sanitario; la **sostenibilidad** como una exigencia de cualquier sistema sanitario; el **valor aportado por las múltiples empresas que dan servicios al sector** (empresas farmacéuticas, de tecnología médica, de tecnologías de la información en salud, aseguradoras sanitarias, proveedores públicos y privados, nuevos entrantes en sanidad, etc.); la **incorporación de tecnología y la apertura a la innovación** como un componente fundamental del cualquier sistema sanitario de calidad; el necesario impulso a la **colaboración público/privada**; y, la innovación en salud y en empresas vinculadas a la misma como **motor de desarrollo** económico para Asturias.

La filosofía de la aportación

La aportación parte de dos reflexiones, una de Víctor Lapuente y otra de Harari.

Víctor Lapuente, en su libro “El retorno de los chamanes”, compara la retórica del chamán con la de la exploradora. La primera se basa en la indignación, en la lucha, en soñar con lo imposible, en poner la realidad frente al espejo de la utopía, en las grandes expectativas de cambio, en la política transformadora. La retórica de la exploradora se basa en la solidaridad, el consenso, en soñar con lo posible, en poner la realidad frente a las alternativas factibles, en las pequeñas expectativas, en la política incrementalista. En todos los debates y propuestas en este proyecto nos basaremos más en la retórica de la exploradora que en la del chamán.

Por su parte, Harari, en su reciente libre “Nexus”, caracteriza la democracia como una conversación continua desde distintos nodos de información, no como en las autocracias desde un único nodo central, en principio infalible. Una aportación a esta conversación sobre sanidad es lo que pretende ofrecer el proyecto.

Los temas seleccionados

Aunque el proyecto no pretende agotar toda la problemática sanitaria, se han elegido 10 temas clave: Invertir en salud, orientar el sistema sanitario hacia la salud; envejecimiento; modelo asistencial; transformación digital; investigación & innovación; gobernanza; profesionalismo; colaboración pública/privada; salud mental; y, por último, la salud y el desarrollo económico en Asturias.

Más de 100 participantes regionales y nacionales

Para cada uno de los temas se constituye un grupo de trabajo, que durante una reunión de cuatro horas dedica las tres primeras al debate general sobre el tema en cuestión y la última hora a propuestas específicas para Asturias.

Al final, más de 100 expertos y profesionales habrán participado en la elaboración del documento. Son todos los que están, pero, lógicamente, no están todos los que son.

Un conjunto de propuestas sobre el sistema de salud asturiano

El proyecto está en marcha. En la fecha de aparición de este artículo ya se habrán celebrado ocho de las diez reuniones previstas. Nuestra idea es poder presentar sus resultados en torno a abril de 2025. La única pretensión del RIDEA es hacer una contribución de valor al debate sobre el sistema de salud en Asturias, para favorecer su mejora.

PARTICIPANTES

Nota previa:

- Todos los participantes en este proyecto lo han hecho *pro bono*, dedicando generosamente su tiempo a esta iniciativa del RIDEA
- Aunque en cada uno de los temas abordados se ha tenido en cuenta, tras amplio debate, la posición mayoritaria en el grupo de trabajo, esto no significa que todos los participantes en el proyecto se identifiquen con la literalidad de algunas de las afirmaciones del texto

Equipo del RIDEA implicado en el proyecto:

- **Ramón Rodríguez Álvarez**, director Real Instituto de Estudios Asturianos (RIDEA)
- **Juan Luis Rodríguez-Vigil Rubio**, ex presidente del Principado de Asturias, miembro de número del RIDEA
- **Venancio Martínez Suárez**, pediatra, miembro de número del RIDEA

Dirección Técnica:

- **Ignacio Riesgo González**, médico y consultor en salud

Equipo asesor externo:

- **Javier Elola Somoza**, médico, cardiólogo, director de la Fundación IMAS (Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria)
- **Jesús María Fernández Díaz**, médico, ex vicepresidente de Sanidad del País Vasco, ex portavoz del PSOE en la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados, director de HIRIS
- **José Luis Puerta López-Cózar**, médico y filósofo, ex director del Gabinete de Educación y Sanidad en la Presidencia del Gobierno de España (1996-2000)
- **Antonio Roibás**, médico y consultor sanitario

Participantes en los distintos grupos de trabajo:

(citados por orden alfabético del primer apellido en cada uno de los grupos)

Invertir en salud. Orientar el sistema sanitario hacia la salud

Reunión: 9 octubre, 2024;
RIDEA, 16-20 horas

- **María Fernández Prada**, Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Vital Álvarez-Buylla, Mieres
- **Amalia Franco Vidal**, Preventivista y Coordinadora de Calidad e Innovación del Área Sanitaria V de Asturias
- **Javier García Alegría**, Médico, Medicina Interna, presidente de la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME)
- **Rodrigo Gómez Ruiz**, consultor, socio-director de Petri
- **Rubén Hidalgo**, director Innovación, CAPSA
- **Ricard Meneu de Guillerma**, Médico y Doctor en Economía, vicepresidente de la Fundación Instituto de Investigación y Servicios en Salud
- **Enrique Oltra Rodríguez**, Enfermero, Doctor por la Universidad de Oviedo, vicepresidente de la Asociación Nacional de Enfermería Comunitaria
- **Ignacio Riesgo González** (Moderador), médico, consultor sanitario
- **Boi Ruiz García**, Ex conseller de Salut de Catalunya

Envejecimiento saludable

Reunión: 17 octubre, 2024;
RIDEA, 16-20 horas

- **María José Abraham Buades**, directora general, Fundación Edad & Vida
- **Rafael Bengoa Rentería**, Ex consejero de Sanidad del País Vasco
- **Ana María Coto Montes**, Catedrática de Biología Celular, Universidad de Oviedo
- **Jesús María Fernández Díaz (Moderador)**, Ex viceconsejero de Sanidad, Gobierno Vasco
- **Alberto Fernández León**, Médico internista, gestor de servicios sanitarios y calidad del Principado de Asturias
- **María Gallego Villalobos**, jefe de Sección Medicina Interna, Hospital San Agustín
- **María Jesús Lobo Castañón**, Catedrática de Química Analítica, Universidad de Oviedo, experta en sensores (ISPA)
- **José Menéndez Guerra**, médico geriatra, ex gerente Fundación Hospital Avilés
- **Juan Oliva Moreno**, Catedrático de Economía, Castilla-La Mancha
- **José María Pérez Freije**, Catedrático de Bioquímica, Universidad de Oviedo
- **Maribel Pérez Jordán**, ACD Rehabilitación
- **Ana Rodríguez Llana**, especialista en enfermería geriátrica, directora de la residencia de El Cristo y vocal del Colegio Oficial de Enfermería del Principado de Asturias
- **Leocadio Rodríguez Mañas**, jefe de servicio de Geriátrica del H.U. de Getafe. Coordi-

nador del CIBERFES (Centro de Investigación Biomédica en Red Fragilidad y Envejecimiento Saludable)

- **María Josefa Soriano Ruiz**, enfermera, directora corporativa y líder del programa PHM (Population Health Management) del Grupo Ribera

Modelo asistencial

Reunión: 29 octubre, 2024;
RIDEA, 16-20 horas

- **Carlos Catalán Oliver**, director Asistencial Corporativo Grupo Ribera
- **Ana I. Cachero Menéndez**, Vocal de la Junta del Colegio de Farmacéuticos de Asturias
- **Jon Darpón Sierra**, director de Operaciones de Keraltly, ex consejero de Sanidad del Gobierno Vasco
- **Íñigo de Diego Martín**, director Económico y de Personas, Área Sanitaria VIII (Asturias)
- **Francisco Javier Elola Somoza**, director de la Fundación IMAS (Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria)
- **Carina Escobar Manero**, presidenta de la POP (Plataforma de Organizaciones de Pacientes)
- **Emilio Esteban González**, jefe del Servicio de Oncología, HUCA
- **Esteban Gómez Suárez**, presidente del Colegio Oficial de Enfermería del Principado de Asturias
- **Enrique González Fernández**, Ex vicepresidente Sanidad Andalucía, exgerente Hospital San Agustín (Avilés, Asturias)

- **Laura López Álvarez**, Médico de familia, directora del Centro de Atención Primaria de Castrillón

- **Venancio Martínez Suárez** (Moderador), Pediatra, miembro de número del RIDEA

- **María del Rocío Quince Camino**, Vocal de la Junta del Colegio de Veterinarios de Asturias

- **Enrique Sommer Álvarez**, Gerente Área Sanitaria II Asturias, Cangas del Narcea

- **Jordi Varela i Pedragosa**, Médico, consultor sanitario

- **Pedro Zaldívar Alonso**, director Médico Hospital Centro Médico de Asturias

Transformación digital

Reunión: 6 noviembre, 2024;
RIDEA, 16-20 horas

- **Ignacio Ayerdi Salazar**, Expresidente de Philips Ibérica

- **Antonio Bahamonde Rionda**, Catedrático, Ciencia de la Computación e IA, Universidad de Oviedo

- **Francisco Javier Castro Jiménez**, Responsable IT Hospital Centro Médico de Asturias

- **Francesc García Cuyás**, director d'Estrategia Digital i Dades (CDDO), Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona

- **Yolanda López Mínguez**, subdirectora de Infraestructuras y Servicios Técnicos, Servicio de Salud del Principado de Asturias

- **Tania Menéndez Hevia**, Líder del proceso de transformación digital de Ribera

- **Sergio Muñoz Lezcano**, director de Innovación de Tecnalia
- **Miriam Rodríguez**, CEO Savana
- **Antonio Roibás Valdés** (Moderador), Médico, consultor sanitario
- **Carlos Suárez Nieto**, ex jefe de Servicio y Catedrático de ORL, exdirector científico del ISPA
- **José Antonio Vega Álvarez** (Moderador), Decano de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Catedrático Universidad de Oviedo

Investigación & Innovación

Reunión: 14 noviembre, 2024;
RIDEA, 16-20 horas

- **Juan Cadiñanos Bañales**, director Científico, Hospital Centro Médico de Asturias
- **Susana Delgado Palacio**, Área Transversal de Microbioma del ISPA. IPLA (Instituto de Productos Lácteos, CSIC)
- **Emilio Esteban González**, jefe de Servicio de Oncología, HUCA, Catedrático de Medicina
- **Mario Fernández Fraga**, CINN (Centro de Investigación en Nanotecnología y Nanomedicina), ISPA
- **Mercedes Gozalvo Mestres**, Gerente Fundación Ribera Salud
- **Rubén Martín Payo**, director del Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Oviedo
- **Vicenç Martínez Ibáñez**, Exdirector científico del Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud de Castilla-La Mancha, actualmente asesor global OMS/WHO para hospitales y atención primaria
- **Juan Pablo Rodrigo Tapia**, Catedrático de ORL, Universidad de Oviedo
- **José Manuel Sierra Velasco**, Escuela Politécnica Superior de Ingeniería de Gijón, Universidad de Oviedo

Gobernanza

Reunión: 20 noviembre, 2024;
RIDEA, 16-20 horas

- **Javier Elola Somoza**, director Fundación IMAS
- **Carina Escobar Manero**, presidenta de la POP (Plataforma de Organizaciones de Pacientes)
- **Jesús María Fernández Díaz** (Moderador), Ex Viceconsejero de Sanidad del Gobierno Vasco
- **Enrique González Fernández**, Ex Viceconsejero de Salud de Andalucía, exdirector gerente del Hospital San Agustín (Avilés)
- **José Antonio López Cerezo**, Catedrático de Humanidades, Universidad de Oviedo
- **Beatriz López Muñoz**, directora Gerente del Hospital Central de Asturias (HUCA), Oviedo
- **José Ramón Repullo, Profesor**, Instituto de Salud Carlos III
- **Sergio Vallés García**, director general de política y planificación sanitaria en Asturias durante la pandemia

Profesionalismo

Reunión: 3 diciembre, 2024;
RIDEA, 16-20 horas

- **Esperanza María Alonso Jiménez**, Especialista en enfermería del trabajo, presidenta de la Comisión Deontológica del Colegio de Enfermería de Asturias
- **Ana Braña Rodríguez-Abello**, responsable de Personas del Hospital Centro Médico de Asturias
- **Javier Elola Somoza**, presidente de la Comisión de Profesionalismo del Colegio de Médicos de Madrid
- **Venancio Martínez Suárez** (Moderador), Pediatra, miembro de número del RIDEA
- **Jesús Morán Barrios**, presidente de honor de la Sociedad Española de Formación Sanitaria Especializada (SEFSE). Editor asociado de Educación Médica
- **Manuel Peiró Posadas**, Profesor ESADE, director Executive Master en Dirección de Organizaciones Sanitarias (EMDOS)
- **María del Rocío Quince Camino**, Colegio de Veterinarios de Asturias
- **Jaume Raventós Monjo**, director general del Hospital del Mar (Barcelona)
- **Salvador Sanchís Plaus**, director Corporativo de Personas de Ribera
- **Fernando Vázquez Valdés**, director Laboratorio Medicina del HUCA, miembro Real Academia de Medicina y Cirugía del Principado de Asturias
- **Gonzalo Solís Sánchez**, jefe Neonatología, Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Oviedo

Colaboración pública/privada

Reunión: 12 diciembre, 2024;
RIDEA, 16-20 horas

- **Fernando Antoñanzas Villar**, Catedrático de Economía Aplicada (Universidad de La Rioja)
- **Ricardo Arbizu Rodríguez**, jefe de Servicio de Calidad y Gestión Clínica, SESPA
- **Rafael Caviedes Duprá**, Ex director de FONASA, ex presidente de la Asociación de ISAPRES (Chile)
- **Julián García Vargas**, Ex ministro de Sanidad y Consumo y Defensa
- **Pablo Hernández Fernández-Canteli**, director general IMQ (Iguatorio Médico Quirúrgico y de Especialidades de Asturias, SA), en representación de FADE (Federación Asturiana de Empresarios)
- **Francisco J. de Juan**, Adjunto al presidente de ASISA y director de la Zona Norte
- **Ricardo Llavona Fernández**, director Gerente Hospital Centro Médico de Asturias
- **Guillem López Casanovas**, Catedrático, Departamento Economía y Empresa (Universidad Pompeu Fabra, Barcelona)
- **Ignacio Maestre Mulas**, Gerente de la concesión del Hospital de Villalba (Quirónsalud)
- **José Luis Puerta López-Cózar**, Médico y filósofo, ex director del Gabinete de Sanidad en la Presidencia del Gobierno
- **Ignacio Riesgo González** (Moderador), Médico y consultor en salud
- **Alberto de Rosa Torner**, presidente de Ribera

Salud Mental

**Reunión: 8 enero, 2025;
RIDEA, 16-20 horas**

- **Julio Bobes García** (Moderador), Catedrático de Psiquiatría, miembro de la Real Academia de Medicina y Cirugía del Principado de Asturias
- **Lorena Busto Prada**, Enfermera Especialista en Pediatría, Coordinadora de Atención Educativa del Área II y vicepresidenta del Colegio Oficial de Enfermería del Principado de Asturias
- **Eduardo Fonseca Pedrero**, Catedrático de Psicología, Universidad de La Rioja
- **Paz García-Portilla González**, Catedrática de Psiquiatría vinculada, Universidad de Oviedo
- **Nel Ánxelu González Zapico**, presidente Confederación Salud Mental España
- **Ángel José López Díaz**, director general de Salud Pública y Atención a la Salud Mental, Consejería de Salud, Principado de Asturias
- **Lucía Martínez Pérez**, Enfermera especialista en Salud Mental, representante comisión seguimiento drogodependencias y en el Foro de Salud Mental del Principado de Asturias
- **Alfredo Menéndez Antolín**, presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Asturias
- **Ana María Pastor Julián, Médica**, ex ministra de Sanidad y Fomento, Ex presidenta del Congreso de los Diputados, presidenta de AMA (Agrupación Mutual Aseguradora)
- **Daniel Pedro Rodríguez Vázquez**, presidente de la Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Asturias (AFESA)
- **Elisa Seijo Zazo**, Psiquiatra infantil y de la adolescencia, HUCA, vicepresidenta Primera del Colegio de Médicos de Asturias
- **Pilar Sáiz Martínez**, Catedrática de Psiquiatría vinculada, Universidad de Oviedo
- **María Suárez Álvarez**, Enfermera especialista en Salud Mental, Técnico en la Dirección General de Salud Mental del SESPA
- **María Elvira Vilorio González**, Decana-presidenta del Colegio Oficial de Psicología del Principado de Asturias

La salud y el desarrollo económico de Asturias

**Reunión: 16 enero, 2025;
RIDEA, 16-20 horas**

- **Margarita Alfonsel Jaén**, Ex secretaria general de FENIN, ex secretaria del Patronato de la Fundación Tecnología y Salud
- **Mikel Álvarez Yeregui**, Médico, gestor sanitario, expresidente Basque Health Cluster. Expresidente de MONDRAGON Unibertsitatea
- **Humberto Arnés Corellano**, Ex director general del Instituto de Fomento Regional (IFR) de Asturias, ex director general de Farmindustria
- **Enrique Castellón Leal**, Ex subsecretario del Ministerio de Sanidad, presidente de CrossRoadBiotech (CRB)
- **Javier Elola Somoza**, director general Fundación IMAS (Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria)
- **Rodolfo Gutiérrez Palacios** (Moderador), Catedrático de Sociología, Universidad de Oviedo

- **David González Fernández**, director ejecutivo de SEKUENS (Agencia de Ciencia, Competitividad Empresarial e Innovación del Principado de Asturias)
- **Félix Lobo Aleu**, Ex director general de Farmacia, Profesor Emérito, Máster de Evaluación Sanitaria y Acceso al Mercado (Fármaco-Economía), Universidad Carlos III de Madrid
- **Carlos Panicles Estrada**, presidente de la Cámara de Comercio de Oviedo
- **Josep Pomar Reynés**, director general del Institut Català de la Salut
- **Ana Rodríguez Álvarez**, Catedrática Análisis Económico, Universidad de Oviedo
- **Ramón Rodríguez Álvarez**, director del RIDEA (Real Instituto de Estudios Asturianos)



LOS MENSAJES FUNDAMENTALES, EN UNA SOLA HOJA

En primer lugar, **orientar el sistema sanitario hacia la salud**. Que no sea solo un sistema reactivo a la enfermedad. Los conceptos de promoción y prevención, autocuidados y salud en todas las políticas son fundamentales. Como lo es el del envejecimiento saludable, teniendo en cuenta que lo importante son los años en buena salud, sin discapacidad.

En segundo lugar, **impulsar un cambio en los procesos y en la gobernanza** aprovechando la reconfiguración organizativa hacia tres áreas sanitarias. Transformar el SESPA en una Agencia Regional de Salud, avanzando en la integración de salud pública, asistencia sanitaria y servicios sociales. Creación de un modelo de gobernanza basada en órganos de gobierno corporativo, tanto en el SESPA como en las redes asistenciales, con participación de profesionales y pacientes. Gestión integral de grandes procesos (cáncer, cardiovascular, entre otros). Introducir reformas en la Atención Primaria, creando procesos integrales de acuerdo con las patologías más prevalentes en colaboración con el hospital y los servicios sociales. Gestor del paciente y plan personalizado para los crónicos complejos.

En tercer lugar, **avanzar en la transformación digital**, entendiendo esta como un cambio profundo y estratégico en la manera con que se ofrecen los servicios de salud, utilizando tecnologías digitales.

En cuarto lugar, **mucha mayor presencia de los valores del profesionalismo** a través del Foro de Profesionalismo, que se propone, como elemento fundamental de cohesión entre las Administraciones sanitarias y la representación colegial de las distintas profesiones sanitarias. En el caso de los médicos, se estima la conveniencia de crear un Comité de Profesionalismo Médico, con la Administración, el Colegio Profesional y las sociedades científicas, representadas por FACME; y el sistema docente-educativo desde la Universidad. Solo un diálogo continuo y un entendimiento garantizará el éxito del sistema. Esto requiere puntos de encuentro habitual entre estos distintos agentes, como forma de articular su colaboración en la planificación y gestión de todos los recursos del sistema sanitario. El objetivo es que la Administración pueda tomar las mejores decisiones, informadas por la evidencia científica.

Por último, **reforzar el ecosistema de innovación en salud** como gran apuesta de región e impulso al desarrollo empresarial ligado al sector salud. Esto requiere voluntad política; la eficiencia y transformación del sistema sanitario público como prerrequisito para impulsar la innovación y la apuesta por unos nichos concretos bien seleccionados.

RESUMEN EJECUTIVO

Las intenciones del proyecto

Como se ha comentado en el artículo reproducido publicado en la prensa, las intenciones del proyecto son las de hacer una aportación al conjunto de la sociedad asturiana, a los profesionales sanitarios, a los pacientes y a las instituciones, con un conjunto de propuestas para la mejora del sistema de salud asturiano.

Ya hemos visto que no es un enfoque sistemático de cambio, ni expresa la opinión de un grupo político, empresarial o ideológico concreto.

Una metodología muy participativa

La metodología no ha podido ser más participativa. Todo parte de la invitación a un grupo de personas (expertos regionales y nacionales, profesionales destacados, representantes de pacientes, miembros de instituciones, ...) para participar en unas reuniones de debate sobre cada tema. Hasta 112 personas han formado parte de los distintos grupos de trabajo. Obviamente, son todos los que están, pero no están todos los que son. Del resumen de cada reunión se enviaron borradores a los participantes, que los enriquecieron con valiosas aportaciones. También el borrador final del conjunto del proyecto fue enviado a los participantes en los grupos y a los co-promotores, para posibles nuevas aportaciones, lo que también hicieron.

Técnicamente, es lo que se denomina “metodología del grupo nominal”, un proceso que evita que una sola persona domine el debate, anima a todos los miembros del grupo a participar y da lugar a un conjunto de soluciones o recomendaciones prioritarias que representan las preferencias del grupo.

Lógicamente, la metodología impedía – de haber habido esa intención, que no la había – el control o la imposición de criterios por parte de los responsables del proyecto. Es imposible ir en contra el razonamiento expresado y ampliamente compartido por la mayoría de los participantes en las sesiones.

Salud no es solo el sistema sanitario

Un elemento central del proyecto es que salud no es solo el sistema sanitario.

El sistema sanitario, por supuesto, es importante, pero no agota, ni mucho menos, todos los elementos relacionados con la salud.

Salud es educación, es vivienda, es hábitos de vida, es alimentación, es seguridad laboral, es transporte, es medio ambiente, es planificación financiera para la vejez, es nivel de desarrollo económico, es impulso a la innovación, ... Todos esos elementos y quizá más están relacionados con la salud.

Qué no se pide en el proyecto

En este documento se hacen muchas propuestas y peticiones.

No obstante, contrariamente a lo que suele ser una constante en este tipo de documentos, en este no se piden tres cosas:

- **Más dinero**, ya que partimos de la base de que tenemos el gasto per cápita en sanidad más elevado de España (inmediatamente por detrás del País Vasco) y lo que se propone es una reasignación de recursos y mejoras en la eficiencia. Con la posible sola excepción de los recursos dedicados a Investigación &

Desarrollo (I&D), que deben aumentar, ya que ahí partimos de que Asturias está en la cola entre las comunidades autónomas en gasto de I&D por habitante. Esto también debe reflejarse en más recursos económicos para el ISPA.

- **Más médicos**, lo que puede resultar chocante a la vista de tantas declaraciones políticas. Se razona en el documento, pero tenemos uno de los mayores índices de médicos por 1.000 habitantes entre los países de la Unión Europea. Proponemos otras soluciones.
- **Más estructuras**. Siguiendo a Rafael Bengoa, también participante en este proyecto, en sus propuestas al gobierno de Irlanda del Norte (“Systems, not structures”), no se proponen nuevas estructuras en el documento, sino que el foco lo ponemos en los “sistemas” (organización, gestión, procesos). En relación con las estructuras hay que pensar si los beneficios que genera superan los costes de su gestión y mantenimiento. En un sistema caracterizado -entre otros aspectos- por la fragmentación, crear una estructura más puede contribuir a ahondar en el puzzle. Por eso se huye de la tentación de crear estructuras para presuntamente solucionar problemas o déficits.

Estructura del enfoque de los temas

Con las variaciones propias de asuntos tan variados, en todos los temas analizados se ha tratado de mantener un mismo esquema expostivo:

- Un enfoque estratégico y un cierto análisis de la situación actual, en particular en Asturias
- Las propuestas para Asturias
- Las “mejores prácticas” relacionadas con el tema de posible interés para Asturias

Invertir en salud. Orientar el sistema sanitario hacia la salud

Enfoque estratégico

- Lo importante es no enfermar, orientando el sistema sanitario hacia la salud, en el sentido de hacer énfasis en su promoción y en el retraso o evitación de la aparición de enfermedades.
- Salud es mucho más que la mera Asistencia Sanitaria.
- El conjunto de las políticas y de la sociedad debe estar implicada en la salud.
- La buena salud está, en gran parte, relacionada con la asunción de la responsabilidad de esta por parte del individuo.
- El autocuidado, cuando es apropiado, es preferible a la atención profesional.
- Impulso a la promoción de la salud: acciones que educan, guían y motivan al individuo a llevar a cabo acciones personales que mejoran la posibilidad de una buena salud mantenida.
- Es fundamental identificar y actuar sobre los determinantes de la salud.
- En todo esto, tiene un papel central el municipalismo.

Propuestas para Asturias

- **Estrategia “Salud en todas las políticas” e intersectorialidad en la promoción de la salud**
 - Se parte de la base de que las políticas de Salud no son solo de la Consejería de Salud, sino que afectan a todas las acciones del gobierno. Por lo tanto la política “Salud en todas las políticas” no dependería solo de la Consejería de Salud sino de la Presidencia de la Comu-

nidad, ya que no hay ninguna competencia del gobierno que no tenga impacto en salud.

cidad funcional que hace posible el bienestar. Es un proceso que abarca toda la vida y que afecta a todas las personas.

- **Impulso a las políticas de promoción de la salud**
 - Actuaciones sobre los condicionantes de la salud, educación para la salud, estilos de vida, alimentación saludable, ejercicio físico, movilidad, salud laboral, vacunaciones.
- **Énfasis en los autocuidados**
 - Dotar de información a la población para que puedan decidir por sí mismos cuando su estado de salud les obliga a requerir ayuda profesional o cuando pueden cuidarse por sí mismos.
- **Énfasis en la orientación comunitaria de la Atención Primaria**
 - Este enfoque parte de la base de que la comunidad no está en la sala de espera ni en la lista de espera de la Atención Primaria y, sin embargo, es fundamental llegar a ella si queremos impulsar políticas de promoción y evitación de enfermedades. Los agentes clave para esta estrategia son los enfermeros.
- **Implicación de los Ayuntamientos en las políticas de salud**
 - La implantación del Sistema Nacional de Salud ha ido en paralelo con una cierta inhibición de los ayuntamientos en los temas de salud, tendencia que hay que revertir, si queremos un sistema no solo asistencialista, sino orientado hacia la salud. Elaboración de planes de salud municipales, en colaboración con otras Administraciones.
- Las medidas para asegurar un envejecimiento saludable pueden y deben adoptarse a todas las edades.
- El envejecimiento necesita una planificación y esta debe incluir un componente económico, social y de salud.
- En todo caso, el abordaje del envejecimiento no puede limitarse a una visión asistencialista.
- La fragmentación y la falta de continuidad es uno de los problemas en el ámbito sanitario, tanto dentro del propio entorno sanitario (Atención Primaria, hospital, etc.), como de este con los servicios sociales y sociosanitarios.
- La longevidad no es necesariamente calidad de vida, lo importante son los años en buena salud, sin discapacidad.
- España es líder en longevidad, pero, en cambio, no en años de vida saludable, dónde somos superados por muchos países.
- En Asturias no somos líderes, en el contexto de las distintas comunidades autónomas, en años de vida saludable.
- La fragilidad marca una situación de máximo riesgo de discapacidad y muerte. Es reversible y lo importante es que no avance hacia la dependencia.
- Desde el punto de vista sanitario, el énfasis debe estar en la prevención, en la detección precoz de la fragilidad y en la evitación de la dependencia.

Envejecimiento saludable

Enfoque estratégico

- El envejecimiento saludable consiste en desarrollar y mantener a edades avanzadas la capa-

Propuestas para Asturias

- **Estrategia del Gobierno sobre Envejecimiento Saludable**

- Dicha Estrategia no debe ser liderada por una consejería, sino por el Gobierno, ya que afecta a varias políticas. Igualmente, debe implicarse en el mismo a otras instituciones (Ayuntamientos, en primer lugar) y otras entidades públicas y privadas.
 - El objetivo sería favorecer el envejecimiento saludable y, al mismo tiempo, aprovechar el valor económico y social de la gente mayor.
- **Mejorar la coordinación institucional**
 - El principal objetivo es impulsar la creación de un proceso común para las personas mayores que vaya desde la estratificación, acciones de promoción de la salud, detección precoz de la fragilidad, actuaciones de los recursos sociales, sanitarios y sociosanitarios, integración de los sistemas de información, coordinación profesional, etc.
 - La Salud Pública y el envejecimiento saludable
 - Incorporando una serie de acciones que no suelen ser objeto de atención por los servicios asistenciales de salud: estratificación de la población, fomento de la actividad física y social, ocio intelectual y físicamente activo, consejos nutricionales, Planes de Salud de los Ayuntamientos, ...
 - **Mejorar la asistencia, de acuerdo con las necesidades de las personas mayores**
 - Valoración integral y detección precoz de la fragilidad; introducir el enfoque geriátrico en la asistencia; potenciación de las Unidades hospitalarias geriátricas para cuidados de complejidad intermedia y recuperación; desarrollo de programas de atención a domicilio; desarrollo de servicios de fisioterapia y rehabilitación comunitarios.
 - **Promoción de la investigación e innovación en este ámbito**
 - Impulso y apoyo a los equipos de investigación en esta área, tanto en su vertiente

básica como aplicada; plan específico de impulso a la innovación (desarrollo de empresas o colaboración con empresas consolidadas).

Modelo asistencial

Enfoque estratégico

- Entendemos por **modelo asistencial** la forma en cómo se atienden las necesidades de salud de la población (procesos), para distinguirlo del **modelo sanitario** (en nuestro caso de tipología Servicio Nacional de Salud) y del **sistema sanitario** (el conjunto de recursos materiales y humanos que moviliza el sistema).
- Partimos de la base de que el modelo asistencial hay que cambiarlo porque no se ha adaptado a los profundos cambios sociales, demográficos, epidemiológicos, profesionales y tecnológicos que ha experimentado la sociedad española.
- Las bases estratégicas fundamentales para el cambio son: Estrategia One Health; integrar salud pública, asistencia sanitaria y servicios sociales; fomentar el componente comunitario y preventivo de la Atención Primaria; implantar procesos asistenciales integrados; segmentar a la población por sus necesidades de salud; algunos procesos asistenciales necesitan borrar/difuminar las diferencias entre niveles asistenciales (primaria-especializada) y entre sistema sanitario-servicios sociales; reconstruir equipos asistenciales integrados; trasladar funciones desarrolladas actualmente por los médicos a enfermería; impulsar el papel de los “asistentes clínicos”; evitar, siempre que sea posible, el ingreso hospitalario; potenciar la telemedicina; evaluar los resultados; garantizar la equidad en el acceso; reducir los tiempos de espera de consultas, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas; e impulsar la participación de los pacientes en el diseño de los procesos asistenciales integrados.

Propuestas para Asturias

- **Gestión integral en grandes grupos de patologías**

- Principalmente en cuatro grandes áreas: Cáncer, Cardiovascular, Neurociencias y Locomotor. Dichos planes tendrán un enfoque regional.

- **Aprovechar la reconfiguración en 3 áreas sanitarias para avanzar en la integración de salud pública, asistencia sanitaria y servicios sociales**

- Constituyendo “regiones sanitarias” equivalentes a HMO (Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud), que integren y coordinen el conjunto de los dispositivos sanitarios en su área de influencia.

- **Segmentar a la población**

- De acuerdo con sus necesidades.

- **Introducir reformas en la Atención Primaria**

- Diversificando la oferta asistencial dirigiéndola a los distintos segmentos de población; crear procesos integrales de acuerdo con las patologías más prevalentes en colaboración con el hospital y los servicios sociales; constituir equipos multidisciplinares; incorporar los “Asistentes Clínicos” en Atención Primaria; reforzar la actividad on line; incrementar la atención domiciliaria; reforzar la vertiente preventiva y comunitaria de la atención primaria, etc.

- **Medición de las hospitalizaciones evitables y plan para su minimización**

- Sobre todo en tres condiciones muy comunes: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia cardíaca congestiva.

- **Énfasis en la hospitalización domiciliaria**

- Concepto distinto al de “atención domiciliaria”, vinculada a la Atención Primaria.

Los pacientes de hospitalización domiciliaria requieren atención hospitalaria, pero pueden ser seguidos desde el hospital en su domicilio.

- **Medir el valor**

- Elaborar nuevos marcos evaluativos de la actividad clínica basados en la experiencia de los pacientes y en los resultados esperables (PREM/PROM).

- **Dar valor a la farmacia comunitaria**

- Mediante tres programas: mayor implicación en la actividad asistencial del Sistema Nacional de Salud: vacunaciones, preventivas, cribados, etc.; dispensación en farmacias comunitarias de medicamentos de dispensación hospitalaria; y, refuerzo de las farmacias comunitarias rurales.

- **Gestor del paciente y plan asistencial personalizado**

- Para los pacientes crónicos complejos, teniendo en cuenta que estas enfermedades son el mayor desafío actual de los servicios de salud.

- **Dar participación a las asociaciones de pacientes**

- En el rediseño de los procesos y en la gestión general del sistema sanitario.

- **Avanzar en la reconfiguración de los servicios diagnósticos**

- Laboratorio, imagen, etc. Estos servicios deberían tener un planteamiento regional en su planificación.

- **Reducir los tiempos de espera**

- De consulta, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas, tanto en atención primaria como hospitalaria. Las listas de espera representan un gran problema para los pacientes, que no conviene minimizar, y, al mismo tiempo, son una de las mayores causas de deslegitimación del sistema entre los ciudadanos.

Transformación digital

Enfoque estratégico

- La transformación digital en el ámbito sanitario implica un cambio profundo y estratégico en la manera en que se conciben, gestionan y ofrecen los servicios de salud, utilizando tecnologías digitales para mejorar la calidad de la atención, la eficiencia operativa y la experiencia del paciente
- Es una oportunidad para repensar los procesos, tanto asistenciales como no asistenciales y hay toda una serie de tecnologías que facilitan este rediseño: Historia Clínica Electrónica (HCE); Telemedicina; Big Data y Analítica Predictiva; Inteligencia Artificial (IA); Wearables y Dispositivos médicos conectados; Automatización de procesos; Ciberseguridad, ...

Propuestas para Asturias

- **Estrategia de Salud Digital del Principado de Asturias**
 - Partimos de la base de que una Estrategia Digital de Asturias, como la existente, de carácter obviamente general, no sustituye la necesidad de una Estrategia de Salud Digital.
- **Facilitar el acceso a los datos**
 - Tanto para uso primario asistencial como secundario de investigación científica.
- **Definición de una política de gobierno del Dato en Salud**
 - Asturias tiene la oportunidad de ser pionera en todo lo que tenga que ver con el manejo, gestión y empleo del dato en salud.
- **Evaluación**
 - Aplicando métodos adecuados para evaluar los proyectos de transformación digital.

- **Repensar los modelos asistenciales**
 - Explorando las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías en la mejora de la asistencia y en la experiencia del paciente.
- **Impulsar la promoción de la salud**
 - Cambio desde la atención a la enfermedad a la promoción de la salud, aprovechando el potencial de la tecnología.
- **Rol clave de pacientes y profesionales**
 - Tanto en el diseño de cualquier proyecto de transformación digital, como en su implantación, seguimiento y evaluación.
- **Formación de profesionales**
 - El profesional sanitario debe formarse en el empleo de las nuevas tecnologías digitales.
- **Nuevos roles profesionales**
 - La transformación digital precisa de nuevos roles profesionales (bioinformáticos, analistas de datos, expertos en seguridad informática, etc.).
- **Utilización de casos de uso**
 - Planteando una estrategia de entrada empezando por casos de uso, escalables.
- **Interoperabilidad del dato sanitario**
 - Tanto entre los distintos niveles asistenciales, como entre el sector público y el privado.
- **Inteligencia Artificial en la Historia Clínica Electrónica**
 - Incorporando la Inteligencia Artificial a los sistemas de Historia Clínica Electrónica.
- **Cartografía de soluciones**
 - Que nos permita tener una visión panorámica de las soluciones más útiles.
- **Nuevos modelos de compra de tecnología digital**

- Explorando formas ya aplicadas en el sector, sin necesidad de grandes cambios normativos.

- **Hacia una historia de salud del ciudadano**

- Transitar desde una historia clínica del paciente hacia una historia de salud del ciudadano (HDS), en la que Asturias podría ser pionera.

Investigación & Innovación (I&I)

Enfoque estratégico

- La investigación e innovación sanitaria y biomédica en hospitales y centros sanitarios es fundamental para mejorar la calidad de la asistencia, y avanzar en el conocimiento médico.
- El punto de partida de Asturias puede conceptualizarse de esta manera: una importante y prestigiada masa crítica de profesionales en investigación & innovación; una comunidad autónoma que dedica pocos recursos económicos por habitantes a la I&I; un tardío reconocimiento del ISPA (Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias) como Instituto de Investigación por el Instituto de Salud Carlos III; problemas de gobernanza en la I&I sanitaria en Asturias; insuficiente política de atracción y retención de investigadores; ausencia de carrera profesional sanitaria en investigación; una cierta cultura de rechazo a la colaboración pública/privada y a las alianzas con empresas.

Propuestas para Asturias

- **Cambio en el tipo de Fundación ligada a la investigación sanitaria**
 - El ISPA se dotaría de una Fundación Pública instrumental de apoyo a la investigación, bajo la dirección científica del Instituto.

- **Garantizar la reacreditación del ISPA**

- Teniendo en cuenta los criterios establecidos en la “Guía Técnica de Evaluación de Acreditaciones de los Institutos de Investigación Biomédica o Sanitaria”, publicada por el Instituto de Salud Carlos III.

- **Impulso a las políticas de atracción y retención de talento**

- Lo que no significa infravalorar las altas capacidades humanas de investigación que hay en Asturias.

- **Carrera investigadora sanitaria**

- En la doble vertiente de carrera de investigadores puros y valoración de la actividad investigadora en la carrera profesional de los clínicos.

- **Desarrollo y consolidación de plataformas de investigación**

- Al menos, las siguientes: Terapias avanzadas; Biobanco; Análisis de Datos; Genómica; Medicina Personalizada; y Bioterio.

- **Captación de líderes clínicos que tengan experiencia y proyección en I&I en biomedicina**

- Prospección nacional e internacional del mejor talento para traerlo a Asturias.

- **Impulso a determinados proyectos**

- Como el de la secuenciación del exoma/genoma o en relación con el envejecimiento.

Gobernanza

Enfoque estratégico

- La gobernanza de los sistemas de salud se refiere a los procesos, estructuras e instituciones que existen para supervisar y gestionar el sistema sanitario de un país o región. Gestiona las relaciones entre los distintos agentes y partes interesadas que intervienen

en la atención sanitaria, incluidos organismos gubernamentales, proveedores de atención sanitaria, pacientes y sus familias, personas y comunidades, organizaciones de la sociedad civil y entidades del sector privado.

- Elementos clave de una gobernanza madura son: liderazgo; rendición de cuentas; participación; y, regulación.
- Existen unos principios generales de buen gobierno que tienen que ser incorporados por los sistemas sanitarios, en general, y por el asturiano, en particular.

Propuestas para Asturias

- **Énfasis en la transparencia**

- Se trataría de publicar en red los datos de actividad, resultados y de eficiencia de todos y cada uno de los centros sanitarios, tanto de Atención Primaria como de Hospitales y otros centros sanitarios, así como del conjunto del sistema, de tal manera que la propia Administración, los gestores, los pacientes y el conjunto de la sociedad tuvieran acceso a esos datos.

- **Refuerzo de la participación**

- Se propone la presentación anual de un Informe sobre el estado de salud regional al Parlamento Regional (Junta General del Principado de Asturias).

- **Cambios en el SESPA, hacia una Agencia Regional de Salud**

- Transformar al SESPA en un Agencia Regional de Salud, dotada de personalidad jurídica propia como empresa pública. Esta Agencia se relacionaría con las distintas Áreas e instituciones sanitarias por medio de contratos-programa.

- Los miembros del consejo de administración de la Agencia Regional de Salud del Principado de Asturias deberían ser nombrados por mayoría cualificada de la Junta General del Principado.

- La Agencia Regional de Salud debería dotarse de un Consejo Científico, integrado por los profesionales más cualificados en salud pública, gestión y asistencia sanitaria.

- La Agencia Regional de Salud del Principado de Asturias tendría delegaciones en cada una de las tres áreas del mapa sanitario de Asturias (de acuerdo con el proyecto en marcha del gobierno), 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 operen en el ámbito local.

- **Nuevo enfoque de la red asistencial**

- Los hospitales asturianos se integrarían en tres redes asistenciales, y deberían compartir:

- un “anillo radiológico” (de imagen);
- una red de laboratorios con un “core” central común; y,
- la anatomía patológica.

- Asimismo debería haber cuatro redes asistenciales regionales para equilibrar la regionalización con la asistencia lo más cercano posible al ámbito comunitario de los pacientes garantizando la equidad (servicios de la misma calidad para la misma necesidad, trabajando con los mismos protocolos). Estas cuatro redes serían:

- Cáncer
- Cardiovascular
- Neurociencias
- Locomotor

- Las redes hospitalarias deberían tener autonomía de gestión (empresa pública) a la que se aplicarían los mismos principios de buen gobierno que la Agencia Regional de Salud del Principado de Asturias: consejo de administración participativo, profesionalización de la gestión, transpa-

rencia, evaluación de resultados, auditorías financieras y operativas, etc.

- En los hospitales habrá una dirección asistencial, que integre asistencia y cuidados.

• Impulso a la gestión clínica

- La transferencia de responsabilidad organizativa y de gestión a los profesionales (“gestión clínica”) es un elemento necesario para la participación de los profesionales (especialmente los médicos) en la gestión. Un elemento nuclear de la gestión clínica es la gestión por procesos asistenciales en cuyo diseño deberían participar activamente los pacientes.

• Nueva política de directivos

- La falta de relevos de personal directivo en Asturias -algo común a otras comunidades autónomas- obliga a replantear esta política en términos de selección, formación, retribuciones, marco contractual y evaluación.

Profesionalismo

Enfoque estratégico

• Entendemos por profesionalismo, siguiendo a Victoria Camps, el disponer no solo de competencia científica y técnica para el ejercicio de una profesión, sino también de ciertos valores, ese plus de moral que la excelencia profesional requiere y, más concretamente, en las profesiones sanitarias.

• Cuando hablamos de profesionalismo en sanidad nos referimos a todas las profesiones sanitarias: el médico, los enfermeros, farmacéuticos, veterinarios, psicólogos, ... El ejercicio de cualquiera de estas profesiones requiere competencia técnica y ciertos valores hacia el paciente, hacia la propia competencia profesional, hacia los colegas y conjunto de profesionales sanitarios y hacia la sociedad.

• En España, ha habido problemas de encaje del “profesionalismo” en el sistema sanitario.

• Hay varios elementos que no favorecen este encaje: un marco contractual funcional; una insuficiente valoración del profesionalismo médico; una insuficiente integración en la gestión y la toma de decisiones de dos elementos clave: los profesionales y los pacientes; una descompensación entre el alto peso relativo de los sindicatos en la gestión sanitaria con el muy escaso papel de la representación profesional; entre otros.

Propuestas para Asturias

• Foro de profesionalismo

- Como plataforma de diálogo permanente y consenso, entre la Administración Sanitaria y los colegios de las profesiones sanitarias: médicos, farmacéuticos, enfermería, veterinarios, psicólogos, fisioterapeutas, dentistas, ...

• Comité de Profesionalismo Médico

- Como instrumento -órgano no ejecutivo, sino de debate y propuestas- que haga visible y operativo al profesionalismo como elemento de cohesión entre la Administración sanitaria -pública y privada- la representación profesional y el sistema educativo.

- En el caso de los médicos, este entendimiento debe ser entre la Administración, la representación profesional -colegial y de las sociedades científicas, representadas colectivamente por FACME, y la Real Academia de Medicina y Cirugía del Principado de Asturias- y la Universidad, entidades todas ellas que deberían estar representadas en este Comité.

• Cambios en la docencia en la Facultad de Medicina

- Para incorporar otras competencias a la formación -aparte de las puramente técnicas- las llamadas “competencias transver-

sales”: Deontología y bioética; relación y comunicación con los pacientes; toma de decisiones compartidas; calidad asistencial y seguridad del paciente; trabajo en equipos multidisciplinares; competencias digitales aplicadas a la Medicina y la sanidad, entre otras.

- **Mayor implicación de la Administración en la formación continuada**

- No dejar este papel exclusivamente a la industria biomédica, sino implicarse financiando y organizando formación profesional continuada, particularmente en las “competencias transversales”, siempre en colaboración con la representación profesional, básicamente colegios profesionales y sociedades científicas.

- **Definición de competencias profesionales**

- Que respondan al perfil del puesto de trabajo.
- Modificar el sistema de selección de personal
- Básicamente que no prime solo -ni siquiera predominantemente- la antigüedad y que se incorpore un papel del propio centro y de la Unidad asistencial en su selección.

Colaboración pública/privada

Enfoque estratégico

- Entendemos como colaboración pública/privada en sanidad, la participación, con financiación pública, del sector privado en la prestación del servicio público
- Entendemos que las aportaciones del sector privado al servicio público son buenas tanto para el sector privado como para el público.
- Para que la colaboración pública/privada sea exitosa tienen que darse ciertos requisitos, tanto por parte de la Administración como de las empresas privadas implicadas.

- Aparte de las formas conocidas de colaboración pública/privada en sanidad, hay otras posibles, que bien merecen ser exploradas: empresas mixtas; utilización conjunta de tecnología, compartición de profesionales, nuevos servicios on line, etc.

Propuestas para Asturias

- **Comisión Mixta Sistema Público-Sistema Privado**

- Partimos de la base de que la confianza es necesaria y que no hay confianza sin una relación estable y un conocimiento mutuo.

- Es por lo que proponemos una Comisión Mixta Sistema Público-Sistema Privado, con unas reuniones periódicas, tal vez semestrales, en las que cada uno de los sectores exponga aquellos problemas que quiera compartir y se exploren conjuntamente soluciones desde la aportación de cada uno de los sectores.

- **Planificación a más largo plazo de los conciertos**

- La respuesta adecuada por parte del sector privado a los conciertos requiere unas ciertas previsiones de contratación, compra de equipamientos, reserva de espacio, etc., necesidades que solo pueden abordarse con garantía desde una cierta planificación.

- **Utilización conjunta de profesionales**

- Dada la actual escasez de determinados profesionales -particularmente en algunas especialidades o para determinados lugares- cabe la posibilidad de que el sector público disponga de esos profesionales y no el privado o viceversa. En ese caso, una utilización conjunta de esos recursos sobre la base de la transparencia y el acuerdo profesional es posible y beneficioso para la población.

- **Nuevas áreas de colaboración**

- Aparte de las áreas de colaboración pública/privada ya existentes en Asturias

-conciertos tradicionales, convenios singulares y la parte correspondiente del sistema MUFACE- es posible explorar otras áreas de colaboración en determinadas áreas, basándose en necesidades sociales: Utilización de tecnología, Ciclotrón, por ejemplo; Servicios específicos en relación con el envejecimiento, dadas las características de la población asturiana; Asistencia domiciliaria, etc.

- **Replanteamiento de la exclusividad**

- Se propone el replanteamiento de este concepto, así como de la exigencia de exclusividad para los cargos de jefes de Servicio, sustituyéndolo por una evaluación rigurosa y profesional de la performance del personal.

Salud Mental

Enfoque estratégico

- El 34% de los españoles tiene algún problema de salud mental, el más frecuente la ansiedad.
- Cuatro de cada diez adolescentes españoles han tenido un problema de salud mental en el último año y hasta un 60% de los jóvenes oculta sus problemas mentales por miedo o no saber cómo pedir ayuda.
- España es el tercer país de la Unión Europea en el consumo de antidepresivos, tan solo por detrás de Portugal y Suecia.
- La prevención, la detección precoz y el abordaje desde edades tempranas de problemas ligados con la salud mental es cardinal.
- España destina solo el 5% de todo el gasto sanitario público a salud mental (unos 4.000 millones de euros), frente al 7% de media de la Unión Europea.
- Asturias cuenta con un Plan de Salud Mental 2023-2030.

- La prevalencia ajustada por edad de problemas de salud mental en Asturias es superior a la media de España.
- Asturias tiene la tasa de mortalidad por suicidio más alta de España
- El número de psiquiatras en el sistema público en Asturias es uno de los más altos de España.
- Asturias está en un proceso de Pacto por la Salud Mental, previa constitución del Foro de Salud Mental, que cuenta con una amplia representación de entidades, agrupaciones y asociaciones; profesionales y colegios profesionales. El objetivo final es impulsar una Ley de Salud Mental en Asturias.

Propuestas para Asturias

- **Énfasis en la participación**
 - Particularmente de los pacientes y sus familiares.
- **Construir e invertir en un sistema de información en Atención Mental**
 - Que dé respuesta a la investigación y a la innovación, así como acceso a la información disponible y que favorezca el conocimiento de esta a todos los profesionales.
- **Fomentar el trabajo en red a nivel regional**
 - Con protocolos comunes y utilización conjunta de los recursos, incluyendo protocolos de derivación estandarizados y coordinación y gestión compartida en los distintos niveles asistenciales.
 - Las áreas sanitarias han de poder ofrecer la misma cartera de servicios y dar las respuestas adecuadas a los pacientes de salud mental.
- **Cambiar el modelo hacia la promoción y prevención**
 - Sobre todo en infancia y adolescencia.

- **Diferenciar los trastornos psiquiátricos graves de los “malestares de la vida”**

- Procurando que estos últimos sean tratados en el ámbito comunitario (Atención Primaria, familia, residencias, servicios sociales, etc.) con el fin de que no sobrecarguen los propios servicios especializados de Salud Mental.

- **Reforzar el papel de la Atención Primaria**

- Incluyendo la pediátrica, así como asegurar el papel de los psicólogos clínicos en este nivel, incorporando a las tareas de estos profesionales, actividades de promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad en grupos más vulnerables.

- **Impulso al papel de las farmacias comunitarias**

- Consenso para una mayor implicación de las farmacias comunitarias en la Atención a la Salud Mental, colaborando en varios programas y, muy específicamente, en los temas relacionados con la adherencia al tratamiento.

- **Implantación de modelos de promoción y prevención en el ámbito educativo**

- Incluyendo a toda la comunidad educativa, apoyando las familias como factor prioritario para conseguir dichos objetivos. Implantación de modelos de promoción y prevención en los centros educativos dirigidos a toda la comunidad educativa (alumnado, familias, docentes y personal no docente), ya que todos forman parte de la convivencia en el centro.

- **Mejorar la prevención del comportamiento suicida**

- Conocer las tentativas suicidas y hacer el seguimiento adecuado.

- **Apoyo a la investigación**

- Incluyendo a la innovación, en relación con las empresas. Disposición rápida de las bases de datos por parte de los inves-

tigadores, tal vez a través de un convenio Sanidad-Justicia, de tal manera que los investigadores tengan acceso rápido a la información debidamente anonimizada.

- **Impulso a la vivienda digna y al empleo protegido**

- Como formas fundamentales de evitación del estigma de estos pacientes.

- **Desarrollar el mapa competencial de los distintos profesionales de la salud mental**

- Y, específicamente, de la enfermería especializada en salud mental. Cubrir las plazas con profesionales debidamente homologados, evitando sustituciones inadecuadas.

La Salud y el desarrollo económico de Asturias

Enfoque estratégico

- Partimos de la base de que las industrias relacionadas con la salud en sentido amplio (prestadores de asistencia sanitaria, industria farmacéutica, de tecnología médica, de tecnologías de la información en salud, biotecnología, turismo sanitario, turismo de salud, wellness, formación, prevención, ...) pueden llegar a ser un motor de desarrollo económico importante en cualquier país y en cualquier comunidad autónoma.

- El desarrollo industrial está sustentado en la innovación. Para eso tiene que haber un adecuado ecosistema, cuyos elementos son: Empresas, Gobierno, Universidad, Emprendedores y entidades de Capital Riesgo.

- Asturias dispone, con distinto grado de desarrollo, de todas las piezas que componen este ecosistema de innovación.

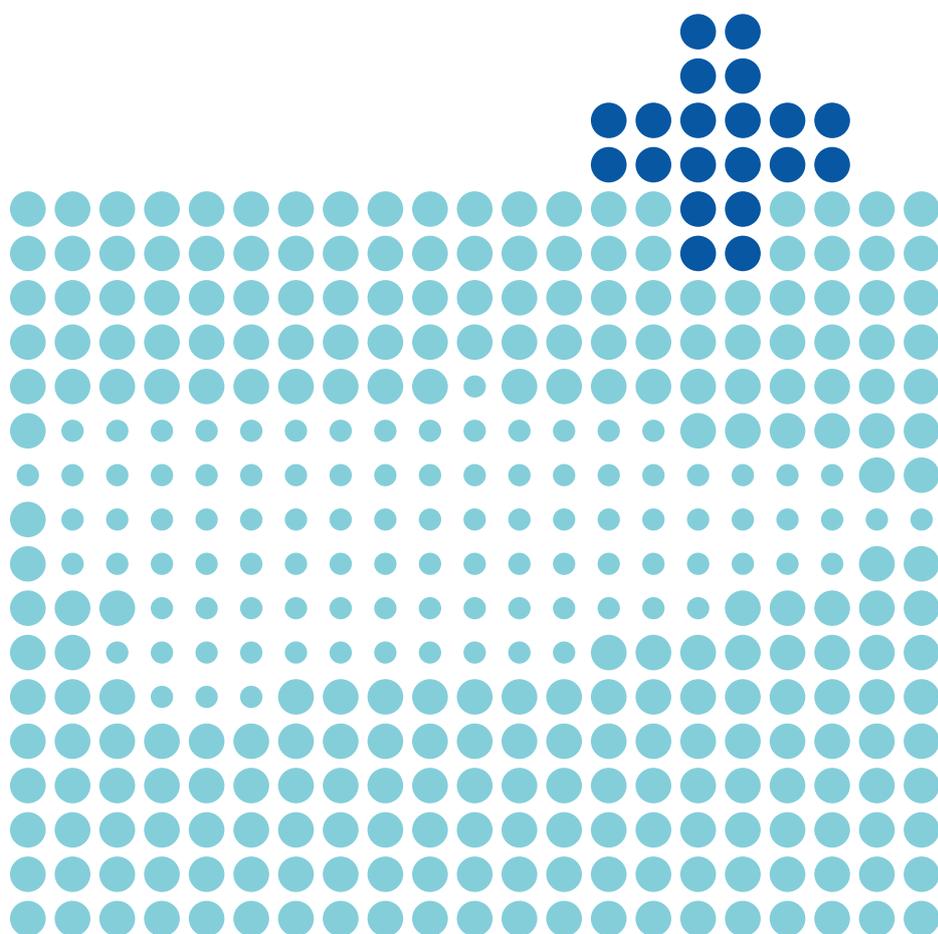
- De las tres grandes áreas industriales ligadas a salud (sector farmacéutico, tecnologías médicas y tecnologías de la información en salud) es en todo lo relacionado con la salud digital, dónde se esperan los mayores crecimientos.

- Para impulsar este desarrollo industrial en Asturias en torno a las empresas ligadas a la salud es fundamental cumplir con una serie de requisitos básicos, especialmente: 1) **Voluntad política**, lo que implica la asignación de recursos, inversiones, planes de acción y el apoyo y colaboración de todas las partes concernidas; 2) **Integración en redes nacionales o internacionales** que salve las limitaciones del tamaño, permitiendo compartir recursos, conocimientos y proyectos; y, 3) **Enfoque estratégico en especialización**, priorizando áreas de nicho que no requieran un gran volumen de personal, pero sí muy cualificado, ni grandes inversiones iniciales.
- La eficiencia y la transformación del sistema sanitario público es un prerrequisito para impulsar la innovación.
- **Transformación del sistema sanitario en la línea de facilitar la innovación**
 - Mejora de la eficiencia y de los procesos (LEAN health)
 - Agilidad en la compra
 - Compra pública de innovación
 - Transparencia y acceso a los datos de salud
 - Impulso a ciertos proyectos, como el anillo radiológico
 - Incorporación de la IA a la labor diagnóstica y terapéutica
- **Identificación de nichos prioritarios**
 - Salud Digital
 - Ensayos clínicos
 - Diversificación empresarial
 - Servicios sociales, bienestar y envejecimiento saludable
 - Promoción y prevención
 - Industria agroalimentaria del futuro

Propuestas para Asturias

- **Concreción muy clara de la voluntad política de impulsar un ecosistema de innovación en salud**
 - Apoyo desde Presidencia
 - Recursos
 - Liderado desde la política industrial
 - Dotación de una estructura de impulso y seguimiento
 - Elementos facilitadores
 - Estructura de alianzas
 - Elaboración de un Plan

Invertir en salud. Orientar el sistema sanitario hacia la salud



Planteamiento de partida

Un cambio de paradigma en el sistema sanitario

- Tenemos un sistema sanitario en España y en Asturias- como en la mayoría de los países- fundamentalmente orientado a la enfermedad
- Es un **sistema reactivo**, cuyas funciones se activan, en general, cuando aparece la enfermedad
- Incluso dentro de la enfermedad está orientado sobre todo hacia la enfermedad episódica y no tanto hacia las crónicas, que son las predominantes en el momento actual

Lo importante es no enfermar

- Tenemos que orientar el sistema sanitario hacia la salud, en el sentido de hacer **énfasis en su promoción y en el retraso o evitación de la aparición de enfermedades**
- Se trata de bajar la carga de enfermedad, entendiendo por tal la suma integrada de todos los ataques cardíacos, traumatismos de circulación, accidentes cerebro-vasculares, cánceres, artritis y otras formas de morbilidad.
- Esta carga es posible disminuirla, teniendo en cuenta que **las enfermedades evitables suponen el 70% de la morbilidad y los costes**. Estadísticas nacionales bien desarrolladas demuestran claramente este hecho central ^(1,2)

La Salud no es solo la Asistencia Sanitaria. El conjunto de las políticas y de la sociedad debe estar implicada en la Salud

- Hay que tener en cuenta que **Salud no es solo Asistencia Sanitaria**. El SNS (Sistema Nacional de Salud), y el SESPA (Servicio de Salud del Principado de Asturias), se preocupan fundamentalmente de la asistencia sanitaria, pero tenemos que hacer que el conjunto de la sociedad -gobierno en su conjunto, empresas, ciudadanos, instituciones varias, el sistema sanitario en la parte que le corresponda, ... - se preocupen de la salud
- Desde este punto de vista, una política de salud no es lo mismo que **una política de asistencia sanitaria**

Los autocuidados y la implicación del ciudadano en la preservación de su propia salud son un componente fundamental de este nuevo enfoque

- **La buena salud está, en gran parte, relacionada con la asunción de la responsabilidad sobre la misma por parte del individuo**. Educar al ciudadano para que tome decisiones mejor informadas disminuiría la frecuencia con la que se realizan ciertas intervenciones sanitarias
- Múltiples estudios han demostrado que educar al ciudadano con información y guías para el autocuidado puede descender la utilización de los servicios en un 7-17% ⁽³⁾
- **El concepto fundamental es que el autocuidado, cuando es apropiado, es prefe-**

Un cambio de paradigma de los sistemas sanitarios: de la enfermedad a la salud

^[1] Healthy People 2000, Departamento f Health and Human Services-CDC, 2001, <https://www.cdc.gov/nchs/data/hp2000/hp2k01.pdf>, consultado 1 febrero, 2025

^[2] McGinnis, JM, Foegen, WH, Actual causes of death in the United States, JAMA, 1993 Nov 10;279(18): 2207-12, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8411605/>, consultado 1 febrero, 2025

^[3] J.F. Fries, C. Everett Koop, J Sokolov, C.E. Beadle, D. Wright Beyond Health Promotion: Reducing Need and Demand For Medical Care Health Affairs 17, no. 3 (1998): 70-84, <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.17.2.70>, consultado 1 febrero, 2025



Los Ayuntamientos
tienen que jugar un
papel más importante
en la salud

rible a la atención profesional. Además, el individuo puede determinar cuándo se requiere atención profesional si se le facilita información relevante.

- Este enfoque parece funcionar por medio de dos mecanismos: mejor información al ciudadano y aumento de la confianza sobre determinados tratamientos de la enfermedad en casa. La educación, que aumenta la confianza en las propias decisiones de salud, se ha visto que puede reducir sustancialmente el coste de los cuidados a largo plazo, incluso en personas con enfermedades crónicas tales como artritis o Parkinson. Muchos millones de copias de las clásicas guías de autocuidados se han distribuido, con frecuencia en el contexto de programas sistemáticos de reducción de la demanda.

El papel de la promoción de la salud

Acciones que educan, guían y motivan al individuo a llevar a cabo acciones personales que mejoran la posibilidad de una buena salud mantenida aumentan la buena utilización de los servicios médicos.

Hay múltiples programas aplicados de educación sanitaria y promoción de la salud cuyos resultados han sido la mejora de la salud y la reducción de los costes ⁽⁴⁾.

Determinantes de la salud

La identificación, análisis y la actuación frente a los determinantes de la salud forma parte también de este nuevo enfoque.

El papel central del municipalismo

Aunque en los Ayuntamientos se hacía una cierta actividad sanitaria, a medida que se desarrolla la red de atención primaria se van desmontando centros y programas municipales basándose en la creencia de que serían ofertados por los sistemas de salud, progresivamente gestionados desde las comunidades autónomas.

Sin embargo, el ámbito municipal se configura como un elemento fundamental para el impulso de políticas públicas que mejoren la salud de las poblaciones, incidan sobre los determinantes sociales de la salud, y tengan en cuenta de forma transversal la equidad, la participación ciudadana y la intersectorialidad.

Hay tres herramientas clave para la acción local: la intersectorialidad, la participación comunitaria y el trabajo conjunto con otras administraciones.

En lo que respecta a la intersectorialidad, las áreas clave para la salud urbana se representan en la **Tabla 1**.

⁽⁴⁾ Ver J.F. Fries et al, *Beyond Health Promotion: Reducing Need and Demand For Medical Care* (citado)

Nueve áreas de actuación para promover la salud municipal

- Primera infancia
- Escuelas y alumnado saludable
- Empleo de calidad
- Transporte activo y seguro
- Viviendas seguras, accesibles y con suficiencia energética
- Acceso a espacios verdes al aire libre y a los servicios de ocio y cultura
- Protección de la salud y normativa
- Planificación urbana

Tabla 1: Áreas de actuación clave en la salud municipal

Fuente: (5).

En lo que se refiere a la **participación comunitaria**, se propone activar espacios de gobernanza local y de trabajo en red donde confluyen los niveles político, técnico y ciudadano, como espacios de reflexión, debate y propuestas sobre políticas de salud pública y comunitaria.

En cuanto a **redes y trabajo conjunto con otras Administraciones**, es importante elaborar planes de salud de los Ayuntamientos, en colaboración con la Administración autonómica, entre otras iniciativas.

Hay redes en las que participan los ayuntamientos y Asturias no es ajena a este impulso, como demuestra la red **Asturias Actúa** (6), integrada en el Observatorio de Salud, que dinamiza activos en salud localizados en los municipios asturianos.

Estrategia fundamental

- Asturias tiene el mayor gasto sanitario per cápita de las comunidades de régimen de

financiación común. De las comunidades autónomas, es solo superada por el País Vasco

- No es previsible, por lo tanto, un gran crecimiento en la financiación per cápita en nuestra región
- Por eso hay que hacer énfasis en **estrategias de “no hacer”** (no hacer aquello que es inútil o no está indicado), de tal manera que, asegurando la mejor asistencia sanitaria, puedan dedicarse recursos a políticas activas de promoción de la salud en el sentido más amplio
- En ese marco, la estrategia fundamental debe ser concentrar un conjunto de acciones sobre:
 - La salud en todas las políticas
 - Actuación sobre los determinantes de la salud
 - Autocuidados
 - Promoción de la salud

(5) *Municipalismo y salud comunitaria: transformar desde los ayuntamientos. Informe SESPAS 2018*, <https://www.gacetasanitaria.org/es-municipalismo-salud-comunitaria-transformar-desde-articulo-S0213911118301602>, consultado 3 febrero, 2025

(6) *Asturias Actúa*, <https://obsaludasturias.com/obsa/que-es-el-obsa-2/que-es-asturias-actua/>, consultado 3 febrero, 2025

Recomendaciones para Asturias

Estrategia “Salud en todas las políticas” e intersectorialidad en la promoción de la salud

Se parte de la base de que las políticas de Salud no son solo de la Consejería de Salud, sino que afectan a todas las acciones del gobierno. Por lo tanto, la estrategia “**Salud en todas las políticas**” no dependería solo de la Consejería de Salud sino de la Presidencia de la Comunidad.

Esto significa:

- Que todas las consejerías tienen que desarrollar políticas de mejora de la salud
- Que todas las iniciativas del Gobierno, de la misma forma que tienen una evaluación de su impacto económico, deben tener una evaluación de su impacto en salud

No hay ninguna competencia en el Gobierno que no tenga un impacto en la salud.

Esta política podría incluso concretarse en un Plan, si bien hay que tener en cuenta que los Planes requieren habitualmente un gran esfuerzo, no siempre acompañado de resultados.

Con esto nos situaríamos en línea con las recomendaciones de la OMS: **Declaración de Adelaida 2010 sobre la Salud en Todas las Políticas** ⁽⁷⁾ y de los nuevos enfoques **One Health (Una sola salud)** ⁽⁸⁾, idea según la cual la salud humana está relacionada con la salud animal y con la preservación del medio ambiente y, en concreto, con la lucha contra el

cambio climático (que es también una política de salud).

Este enfoque de “**Salud en todas las políticas**” ya se ha puesto en marcha en alguna otra comunidad autónoma en España (Cataluña) y en otros países (Finlandia, Suecia, Australia, Canadá, Nueva Zelanda, ...)

Un planteamiento de este tipo requiere una **gobernanza compleja** con tres componentes:

- Decisiones participadas, es decir oyendo a todos los agentes implicados (no necesariamente consensuadas)
- Transparente
- Con rendición de cuentas

En esta línea recomendamos **un acuerdo con la OMS** de monitorización y seguimiento de estas políticas.

Sistema de información sobre resultados en salud

La Estrategia “Salud en todas las políticas” debe dotarse de un sistema de información de resultados en salud de las políticas llevadas a cabo, con el fin de dotar de “evidencias de éxito” a las políticas puestas en marcha, base de cualquier política de innovación.

Este sistema de información de resultados es un elemento fundamental de la rendición de cuentas.

En este sentido, recomendaríamos un **convenio con SADEI** ⁽⁹⁾ para la puesta en marcha de este sistema de información.

⁽⁷⁾ Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas, OMS-Government of South Australia, https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44391/9789243599724_spa.pdf, consultado 31 marzo, 2025

⁽⁸⁾ Una sola salud, 2023, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/one-health>, consultado 3 febrero, 2025

⁽⁹⁾ SADEI (Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales), <https://www.sadei.es/inicio>, consultado 3 febrero, 2025

Impulso a estrategias de “no hacer”

La esencia de los proyectos de “no hacer” en sanidad, por ejemplo Choosing Wisely⁽¹⁰⁾ o la Iniciativa no hacer del Ministerio de Sanidad⁽¹¹⁾ consiste en impulsar conversaciones entre clínicos y pacientes sobre qué pruebas, tratamientos y procedimientos son necesarios y cuáles no. **No se trata de racionar nada, sino de hacer una utilización juiciosa de los recursos, siempre en beneficio del paciente.**

En la iniciativa del Ministerio de Sanidad están implicadas las sociedades científicas que hicieron una serie de recomendaciones en cada una de las especialidades.

Esto permitirá, sin empeorar la atención a los pacientes, dedicar recursos a las áreas de promoción de la salud y evitación o retraso en la aparición de enfermedades.

Impulso a las políticas de promoción de la salud

Principales iniciativas (relación no exhaustiva):

- Condicionantes de salud (el 80% de los determinantes de la salud se encuentran fuera del sistema sanitario)
- Educación para la salud (la salud en la escuela)
- Estilos de vida
- Alimentación saludable
- Ejercicio físico
- Movilidad
- Salud laboral

- Vacunaciones (especial énfasis a las vacunaciones del adulto, teniendo en cuenta el cambio de paradigma: vacunación a lo largo de toda la vida)

Énfasis en los autocuidados

Los autocuidados son un elemento fundamental de cualquier sistema sanitario del futuro.

En esencia, consiste en dotar de información a la población para que puedan decidir por sí mismos cuando su estado de salud les obliga a requerir ayuda profesional o cuando pueden cuidarse por sí mismos.

Esta política supone iniciar, mantener e intensificar campañas de información y formación.

Énfasis en la orientación comunitaria de la Atención Primaria

Este enfoque parte de la base de que la comunidad no está ni en la sala de espera ni en la lista de espera de la Atención Primaria y, sin embargo, es fundamental llegar a ella si queremos impulsar políticas de promoción y de evitación de enfermedades.

Estrategias de captación activa de poblaciones vulnerables, desde dependientes y sus cuidadores, hasta soledad no deseada, pasando por minorías étnicas, sin techo, emigrantes, y desfavorecidos en general.

Los agentes clave para esta estrategia son **los enfermeros, a través del impulso a la especialidad de Enfermería comunitaria**, aprobada ya en el año 2005⁽¹²⁾.

Todo ello de acuerdo con las recomendaciones de la 9ª Conferencia Mundial de Promoción de

Importancia de las estrategias de “no hacer”

Énfasis en promoción y autocuidados

^[10] Choosing Wisely, <https://www.choosingwisely.org>, consultado 3 febrero, 2025

^[11] Recomendaciones de “no hacer”, [guíasalud.es, https://portal.guiasalud.es/no-hacer/](https://portal.guiasalud.es/no-hacer/), consultado 1 febrero, 2025

^[12] Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2005-7354>, consultado 31 marzo, 2025

El énfasis en la salud conlleva una mayor implicación de los Ayuntamientos

la Salud, que tuvo lugar en 2016, en Shanghái⁽¹³⁾

Implicación de los Ayuntamientos en las políticas de salud

El desarrollo de la Ley General de Sanidad llevó a que se suprimiera de facto la figura del jefe local de Sanidad de los Ayuntamientos (no de iure, ya que en este sentido no se ha modificado la Ley del Régimen Local). Con lo cual los Ayuntamientos se quedan sin un referente en material de salud.

De alguna manera las políticas que se implanten tienen que **reconocer e impulsar el papel de los Ayuntamientos en la salud.**

Un desarrollo de esta política sería la elaboración de Planes de Salud municipales (o incluso en algunos barrios), en colaboración con otras Administraciones

Algunas mejores prácticas de posible interés para Asturias

Pla Interdepartamental i Intersectorial de Salut Pública (PINSAP)

El PINSAP desarrolla de forma efectiva la estrategia de Salud en Todas las Políticas en Cataluña.

Al declarar su objetivo principal, en consonan-

cia con lo expuesto en puntos `previos, el “Plá” declara que: [...] mantiene los objetivos fundamentales de incorporar el aspecto de la salud como uno de los pilares de todas las políticas gubernamentales, desde la política estatal hasta la política municipal. Por otro lado, se propone que estas actuaciones sirvan para aumentar los años en buena salud de la población de Cataluña.

[...] Su principal objetivo será centrarse en reducir las desigualdades que afectan a la salud y, en este sentido, cabe señalar que el 80% de los determinantes de la salud no dependen directamente del sistema de salud, sino de otros aspectos como el entorno físico o los factores socioeconómicos. Redefine los estilos de vida relacionados con la salud y establece el uso deseable de los servicios sanitarios.

Ha sido reconocido desde la OMS como un ejemplo de aplicación de este tipo de estrategias. Incorpora actuaciones nuevas y recoge las propias de cada departamento que pueden tener una influencia más directa sobre la salud. Cuenta también con un sistema de seguimiento^(14, 15).

De este plan se han publicado informes de evaluación^(16, 17).

^[13] Declaración de Shanghái sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, 2016, <https://www.who.int/es/news/item/21-11-2016-9th-global-conference-on-health-promotion-global-leaders-agree-to-promote-health-in-order-to-achieve-sustainable-development-goals>, consultado 2 abril, 2025

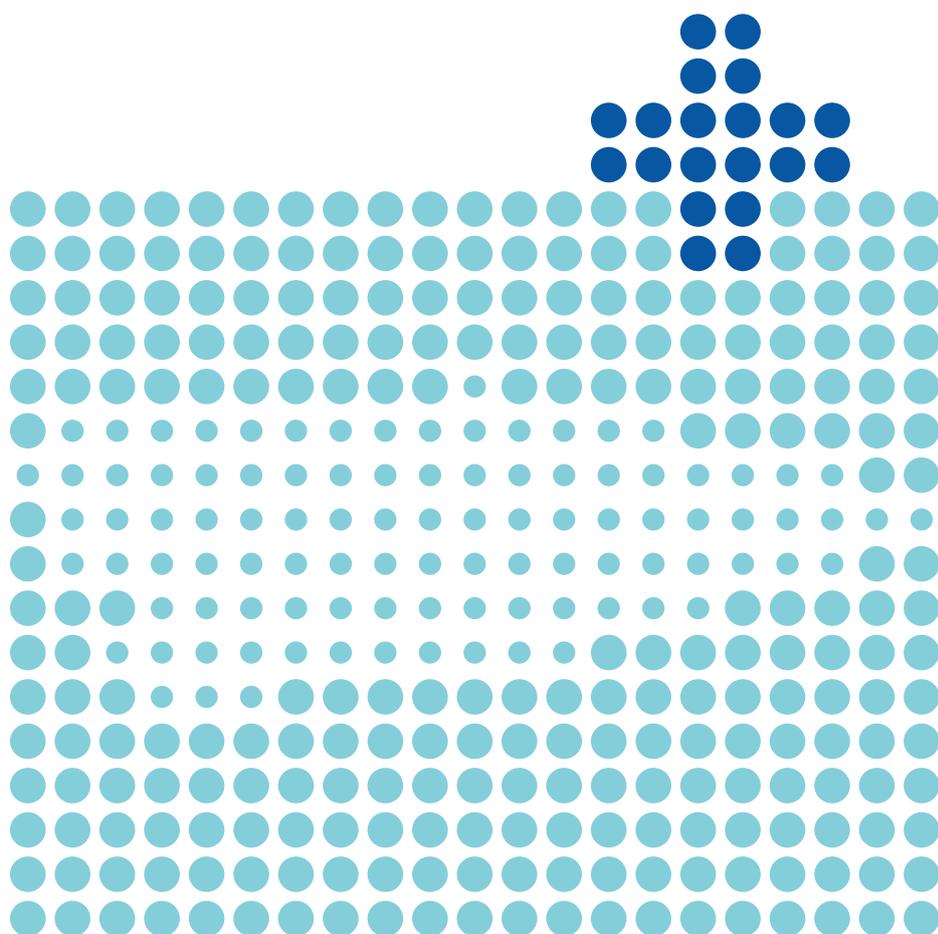
^[14] Pla Interdepartamental i Intersectorial de Salut Pública (PINSAP), <https://salutpublica.gencat.cat/ca/agencia/plans-estrategics/pinsap/index.html>, consultado 3 febrero, 2025

^[15] Sepucha, KR, Ten Years, Forty Decision Aids, and Thousands of Patient Uses: Shared Decision Making At Massachusetts General Hospital. *Health Affairs*, 35 (4), April 2016

^[16] Informe de Salud 2013, septiembre de 2014, Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3168/informe_salut_2013_cast.pdf?sequence=3&isAllowed=y, consultado 31 marzo, 2025

^[17] Salud en todas las políticas, Informe núm. 1, septiembre 2015, Gobierno de Cataluña, https://salutpublica.gencat.cat/web/content/minisite/aspocat_sobre_lagencia/pinsap/informes/Informe-Anual-2015-PINSAP-vCastella.pdf, consultado 31 marzo, 2025

Envejecimiento saludable



Planteamiento de partida

La década del Envejecimiento Saludable 2020-2030

Las Naciones Unidas han proclamado el período 2021-2030 como la **Década del Envejecimiento Saludable** ⁽¹⁸⁾, con la OMS liderando los esfuerzos para mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y comunidades. Se trata del segundo plan de acción de la Estrategia Mundial de la OMS sobre el envejecimiento y la salud, que desarrolla el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento ⁽¹⁹⁾ de las Naciones Unidas.

La posibilidad de vivir más tiempo es uno de

los logros colectivos más extraordinarios.

Hoy en día, la mayoría de las personas pueden esperar vivir hasta los 60 años o más. Una persona que tenga 60 años al comienzo de la Década del Envejecimiento Saludable puede esperar vivir, de promedio, 22 años más.

Sin embargo, a nivel mundial hay pocas pruebas que indiquen que las personas mayores gozan hoy de mejor salud que las generaciones anteriores ⁽²⁰⁾.

El concepto de envejecimiento saludable se representa en la Declaración de la Década como se hace en la **Tabla 2**.

Las medidas para el envejecimiento saludable deben adoptarse a cualquier edad

El envejecimiento saludable consiste en desarrollar y mantener a edades avanzadas la capacidad funcional que hace posible el bienestar.

La capacidad funcional viene determinada por la capacidad intrínseca de una persona (es decir, por la combinación de todas sus capacidades físicas y mentales), por el entorno en el que vive (entendido en su sentido más amplio e incluyendo el entorno físico, social y político) y por las interacciones entre ambos.

Tabla 2: Envejecimiento saludable

Fuente: *Decade of Healthy Ageing 2020-2030* (citado)

El envejecimiento saludable es un proceso que abarca toda la vida y que afecta a todas las personas.

Las medidas para asegurar un envejecimiento saludable pueden y deben adoptarse a todas las edades.

El envejecimiento es el reto de la sociedad en las próximas décadas

- **Muchas personas no llegan a la edad avanzada como deberían haber llegado, y esta situación no debe seguir.**

^[18] *Decade of Healthy Ageing 2020-2030*, <https://social.desa.un.org/sdn/decade-of-healthy-ageing-2021-2030>, consultado 31 marzo, 2025

^[19] *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, 2002, <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>, consultado 31 marzo, 2025

^[20] *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*, Ginebra, OMS, 2015, <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042>, consultado 5 febrero, 2025

Elemento clave:
superación de la
fragmentación de los
servicios sanitarios,
socio-sanitarios y
sociales

- Un envejecimiento activo se alcanza viviendo de manera activa y saludable en las diferentes etapas de la vida. Por ello, las intervenciones no deben esperar a llegar a la edad avanzada. Hay que intervenir antes de llegar a la edad avanzada y mantener las intervenciones durante la vejez. Sin embargo nunca es tarde para iniciar la intervención.
- El envejecimiento necesita una planificación y esta debe incluir un componente:
 - Económico
 - Social (recursos para la relación interpersonal, reconocimiento social, ...)
 - De salud, evitando la fragilidad y la vulnerabilidad
- Evitar los estigmas tradicionales de la persona mayor: pasiva, inútil, analógica, enferma, consumidora de recursos (pensiones, sanitarios, ...).
- Al mismo tiempo el patrimonio acumulado por las nuevas generaciones de personas mayores es una fuente de oportunidad en beneficio de ellos mismos y de la sociedad y economía en su conjunta si se sabe movilizar bien.

Es necesario un enfoque holístico sobre este problema

- Este enfoque debe incluir aspectos de planificación económica, vivienda, educación, servicios sociales, servicios sanitarios y socio-sanitarios, etc.
- Un gran problema es la soledad no deseada, que no siempre se corresponde

con personas que viven solas, ya que se sabe que un 25% de ellas viven acompañadas. Esta soledad en el envejecimiento puede favorecer el desarrollo de graves patologías.

- Dentro de la problemática está la vivienda. Hay nuevas fórmulas, intentando el desarrollo de lo que podríamos llamar **nuevos dispositivos con servicios**.
- En todo caso el abordaje del envejecimiento **no puede limitarse a una visión asistencialista**. Es necesario producir cambios sociales que pongan en valor, por una parte, el rol y reconocimiento social de las personas mayores; y al mismo tiempo fomentar entre las personas la necesidad de abordar su propio envejecimiento de una manera activa y planificada, mejorando los recursos personales y sociales para mejorar la calidad de vida en el momento de envejecer.

Los servicios sanitarios y socio-sanitarios deben superar la fragmentación y la falta de compartición de la información

- Esta actividad de los servicios sanitarios y socio-sanitarios para enfrentarse al reto del envejecimiento debe ser consciente de la existencia de una tercera red de cuidados (cuidados informales o familiares).
- Dentro de los servicios sanitarios y socio-sanitarios también hace falta un enfoque holístico frente al problema del envejecimiento, como en su día representó el programa ESTHER, que nació en el condado de Jönköping en el Sur de Suecia, ya en los años 90 del pasado siglo. El marco conceptual de dicho planteamiento se representa en la **Figura 1**.



Figura 1: Marco conceptual del modelo Esther (modificado)

Fuente: cortesía del Dr. Rafael Bengoa (21)

- Es importante una **estratificación de la población**, y tener planes de respuesta personalizados en relación con los distintos problemas.
- La **fragmentación y la falta de continuidad** es uno de los problemas en el ámbito sanitario, tanto dentro del propio ámbito sanitario (Atención Primaria, hospital, etc.) como de este con los servicios sociales y sociosanitarios. Hay problemas de fragmentación y de falta de compartición de la información. Desde este punto de vista de compartición de la información, en la práctica la Ley de Protección de Datos puede ser un obstáculo.
- Desde el punto de vista de **gasto sanitario**, no se gasta más por la edad, sino por

el estado de salud y, en concreto, por la fragilidad y la discapacidad. De ahí la importancia de las políticas de prevención tanto desde el punto de vista de salud como de sostenibilidad del sistema a largo plazo.

Gran mejora de la longevidad, pero lo que debería importar son los años en buena salud

Lo importante son los años en buena salud

- La **longevidad no es necesariamente calidad de vida**. Junto a la mayor longevidad, lo importante son los **años en buena salud, sin discapacidad**

En este sentido en España, aunque tenemos una excelente longevidad, no tenemos la mejor salud, como se pone de manifiesto en la **Tabla 3** y en la **Figura 2**.

[21] The Esther approach to healthcare in Sweden, <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-023-09870-1>, consultado 2 abril, 2025

Tabla 3: Ranking de esperanza de vida por países

Fuente: Cortesía de la Profesora Ana Coto.

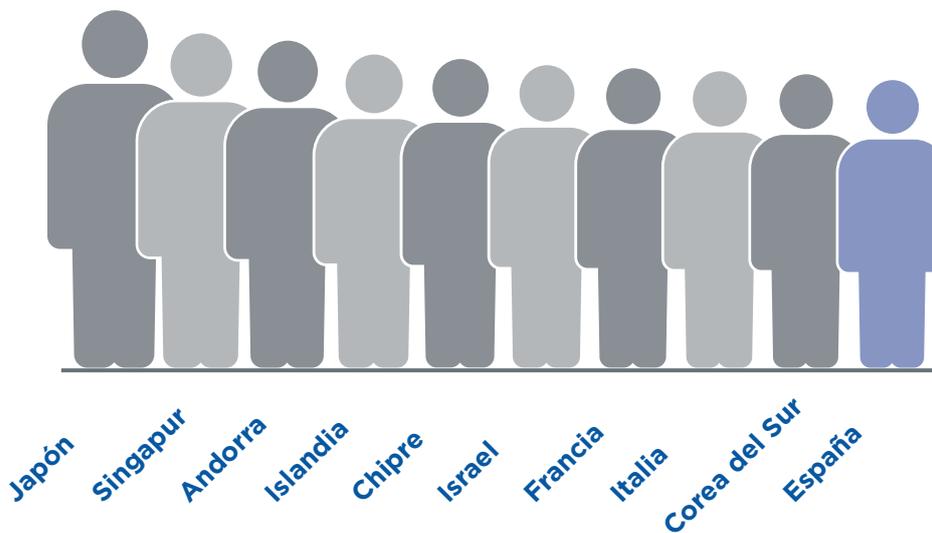


Figura 2: Años de vida saludable

Fuente: Cortesía de la Profesora Ana Coto

Años de vida saludable:

Tiene en cuenta no solo la mortalidad, sino también el impacto de enfermedades no mortales y los años vividos con discapacidad y los años perdidos por muerte prematura.



En las gráficas anteriores queda claro que España es líder en longevidad, pero, en cambio, no lo es en años de vida saludable, dónde somos superados por muchos países.

En lo que se refiere a Asturias, no somos líderes, en el contexto de las distintas comunidades autónomas, en años de vida saludable, como también se pone de manifiesto en las Figuras 3 y 4.

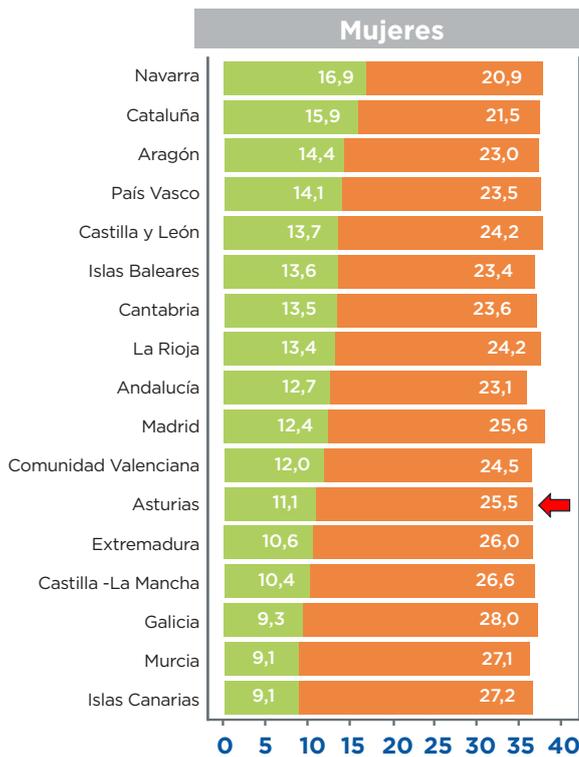


Figura 3: Esperanza de vida para las mujeres a partir de los 50 años de edad en buena salud (verde) y en mala salud (naranja)

Fuente: Cortesía de la Profesora Ana Coto (22)

Asturias tiene espacio de mejora de años en buena salud



Figura 4: Esperanza de vida para los hombres a partir de los 50 años de edad en buena salud (verde) y en mala salud (naranja), en 2019 y por comunidad autónoma

Fuente: Cortesía de la Profesora Ana Coto (22)

[22] Rentería Pérez, E, Zueras Castillo, P. Public Health Expenditure and Life Expectancy: A Healthy Investment https://ddd.uab.cat/pub/worpaper/2022/268237/PerspectivesDemografiques_029IENG.pdf (consultado 22 octubre, 2024)

- **La mejora de la longevidad se ha producido de manera llamativa en las dos últimas generaciones.** En ausencia de cambios genéticos, esto demuestra que lo importante en este cambio ha sido lo ambiental, no la genética.
- **Hay un límite biológico a la longevidad,** que se estima en unos 120 años, mientras no se cambien los genes.

Elemento clave: las políticas de envejecimiento saludable

- Es fundamental el diseño e implantación de políticas de envejecimiento saludable.
- Dado que el conjunto de políticas es tan amplio (sanitarias, vivienda, educación, fiscales, ...) hay que elegir sabiamente aquellas que mayor impacto tengan en la salud de la población, en términos de eficiencia (partiendo de los recursos disponibles) y equidad.
- La **fragilidad** marca una situación de máximo riesgo de discapacidad y muerte. Es reversible y lo importante es que no avance hacia la dependencia. Es crítica la detección precoz de la fragilidad.

La importancia de la tecnología

- La tecnología puede contribuir mucho a este plan de envejecimiento saludable (sensores, robots, plataformas tecnológicas, etc.).

Estrategias fundamentales

- Lo importante es **aumentar los años en buena salud.**
- **Lo primero: ir con las luces largas y con las cortas.** Considerar, en primer lugar, los **determinantes sociales de la salud** y la **Salud en Todas las Políticas.** Reducir hoy la pobreza infantil, mejorará el estado de salud de las cohortes que lleguen a los 70 años dentro de 60 años. Eso es sembrar en el muy largo plazo. Políticas que tengan éxito en

mantener el empleo de personas de 50 años en riesgo de perder el suyo tendrán efecto en la salud a los 50, a los 60, a los 70, ... Políticas de acceso a la jubilación más flexibles, adaptadas a las condiciones, capacidad laboral, intereses y voluntad de la persona. Políticas fiscales que penalicen bebidas azucaradas tendrán efecto en la salud de población de todo tipo de edades. Quizás la política más evidente que ahora apremia es la de **vivienda.** Y no solo las políticas de vivienda hacia los mayores, sino también hacia los jóvenes. Un país donde su población joven se emancipa a los 30 años, no tiene hijos hasta que consolida su carrera laboral y entonces tendrá uno. Esto significa a estar en pocos años en lo que se denomina una “alteración demográfica”.

Es obligado referirnos a que el envejecimiento activo no es algo que se logre solo poniendo el foco en las personas de 70 y más años. No solo. Hay que ir con las luces largas y con las cortas. Con ambas.

- **Enfoque multiinstitucional,** que incorpore a la estrategia del envejecimiento saludable a **múltiples instituciones** (sanidad, servicios sociales, educación, vivienda, ...) y agentes, sin olvidar el papel importante de los **ayuntamientos,** donde residen muchas de las políticas potencialmente favorecedoras de un envejecimiento saludable, y las **familias.**
- Desde el punto de vista sanitario, el énfasis debe estar en la prevención, en la detección precoz de la fragilidad y en la evitación de la dependencia.

- **La tecnología es un elemento clave** para combatir algunas de las condiciones más asociadas al envejecimiento: aislamiento, pérdida de autonomía, control y autocuidado de enfermedades crónicas, facilitación de entornos cuidados colaborativos (personas, familiares, cuidadores, profesionales).
- Cualquier política en relación con el envejecimiento debe impulsar un **plan de investigación e innovación en este campo,** teniendo

La fragilidad,
situación de máximo
riesgo, es reversible

en cuenta además que Asturias no parte de cero sino que ya hay grupos de investigación bien posicionados.

Recomendaciones para Asturias

En el planteamiento del grupo de trabajo se ha querido contemplar una visión integral de las propuestas, sin limitarse a las más asistencialistas, aunque sin olvidarlas.

Desde este punto de vista, se proponen cinco grandes áreas de actuación:

Estrategia del Gobierno sobre Envejecimiento Saludable

- **Desarrollo de una estrategia de envejecimiento saludable para la región**, como instrumento fundamental. Dicha estrategia no debe ser liderada por una consejería, sino por el Gobierno, ya que afecta a varias políticas. Igualmente, debe implicarse en el mismo a otras instituciones (Ayuntamientos, en primer lugar) y otras entidades públicas o privadas.
- El objetivo sería favorecer el envejecimiento saludable y, al mismo tiempo, aprovechar el valor económico y social de la gente mayor.
- Entre otros elementos, dicha Estrategia incluirá:
 - **Oír a las personas mayores**, creando un **Consejo de Personas Mayores**, teniendo en cuenta que suponen en torno al 20% de la población y que este porcentaje continuará creciendo en las próximas décadas.
 - **Programa de inclusión tecnológica para personas mayores**, ya que muchas veces para esta población la tecnología es lo que les permite mantener ciertas relaciones familiares y sociales. Y favorecer servicios de teleasistencia avanzada que cuiden de las necesidades integrales de la persona: caídas, seguimiento farmacoterapéutico, consejos de salud, ...).

péutico, consejos de salud, ...).

- **Impulso a los servicios de atención domiciliaria, de calidad y con valor añadido (no solo actividades esenciales de limpieza, aseo y comida)**, como forma de mantener a estas personas en sus domicilios, que suele ser su preferencia.
- **Favorecer la profesionalización y el desarrollo de los cuidadores formales**, que permitan a las personas mayores vivir en sus casas, desarrollando beneficios fiscales, formación a estos profesionales, regulación de situaciones en el caso de los inmigrantes, etc.
- **Favorecer la reutilización del patrimonio de las personas mayores en servicios para atender sus necesidades vitales**, mediante fórmulas fiscales y financieras que faciliten una movilización de esos recursos (por ejemplo reducción de la carga fiscal sobre la reinversión de patrimonio inmobiliario en servicios de cuidados personales, cohabitación, ...). Todo ello teniendo en cuenta que el 80% de las personas mayores tienen vivienda en propiedad.
- **Impulso a las viviendas con servicios para personas mayores**, que no necesariamente pasen por la necesidad de compra. Mediante soluciones públicas o privadas.
- **Desarrollar programas de formación, apoyo e información (“ventanilla única”)** para las personas cuidadoras informales.
- **Programas de voluntariado social adaptado para personas mayores.**

La Salud Pública y el envejecimiento saludable

Incorporamos en este apartado una serie de acciones generales de Salud Pública, que no suelen ser objeto de atención por los servicios asistenciales de salud.

Estrategia sobre envejecimiento saludable, liderada por el Gobierno



- Estratificación de la población, con el fin de tener siempre claras las necesidades y las pautas necesarias de actuación.
- **Acciones para el fomento de la actividad física y social**, como elemento esencial del envejecimiento saludable.
- **Ocio intelectual y físicamente activo.**
- **Consejos nutricionales**, que más allá de la prescripción de dietas saludables faciliten la adopción efectiva de estos hábitos (escuelas de cocina saludable, ...).
- **Planes de Salud de los Ayuntamientos**, teniendo en cuenta que muchas de estas acciones son municipales. En este sentido es necesario apoyo a los Ayuntamientos, ya que en Asturias, la mayor parte de los Ayuntamientos son pequeños y poblados por gente mayor.
- **Potenciación de las Unidades hospitalarias geriátricas para cuidados de complejidad intermedia y recuperación** para estar bien dotados y financiados. Se dispone de este tipo de centros en Oviedo, Gijón, Avilés y Langreo. Estas unidades deben estar bien coordinadas con sus referentes del hospital de agudos y con los equipos de atención primaria.
- **Desarrollo de programas de atención a domicilio** (hospitalización a domicilio, cuidados paliativos, incluso consultas de Atención Primaria cuando los pacientes tienen problemas de movilidad o cognitivos que les impiden acudir a los centros sanitarios).
- **Los centros residenciales debieran contar con servicios sanitarios propios**, pero ello no es óbice para reforzar el papel de los servicios sanitarios públicos en las residencias.

Mejorar la asistencia, de acuerdo con las necesidades de las personas mayores

Potenciar, mantener y recuperar la capacidad funcional es la esencia de la atención a las personas mayores. Para ello es necesario un abordaje integral que tenga en cuenta los componentes físicos, mentales y sociales que condicionan la enfermedad en el paciente anciano.

- **La valoración integral y la detección precoz de la fragilidad**, es un elemento fundamental, tanto de la medicina como de la enfermería, cuando se atiende a las personas mayores.
- **Introducir el enfoque geriátrico en la asistencia**, sobre todo de las personas mayores y aquellas que por su condición de salud puedan estar en riesgo de fragilidad: valoración geriátrica integral; prevención de la sarcopenia; movilización precoz de los pacientes ingresados en el hospital; valoración nutricional; respeto del sueño, etc. (evitar el síndrome de post-hospitalización -Krumholtz-).

- **Desarrollar los servicios de fisioterapia y rehabilitación comunitarios** públicos y privados, tanto de carácter independiente como de aquellos dependientes de asociaciones de enfermos, y entidades de iniciativa social (asociación de demencias y Alzheimer, ...).

Promoción de la investigación e innovación en este ámbito

En Asturias existe un amplio desarrollo de la investigación en el área del envejecimiento, sustentado en gran parte por equipos sólidos dirigidos en su día por el Prof. López-Otín, que trabajan tanto en los aspectos más básicos (envejecimiento celular, etc.), como en los más aplicados (desarrollo de biomarcadores y sensores y otros dispositivos de ayuda a las personas mayores). Luego no se parte, ni mucho menos, de cero, sino de un esfuerzo de muchos años. Estos equipos de investigación están también integrados en el ISPA (Instituto de Salud del Principado de Asturias), reconocido como centro de investigación en salud por el Instituto de Salud Carlos III.

Introducir el enfoque
geriátrico en la
asistencia

Las líneas de desarrollo a impulsar serían:

- **Impulso y apoyo a los equipos de investigación**, tanto en su vertiente básica como aplicada.
- **Plan específico de Impulso a la innovación en esta área**, mediante el desarrollo de empresas (startups) o la colaboración con empresas consolidadas.

En resumen, una política hacia el envejecimiento sobrepasa con mucho simples actuaciones en el ámbito sanitario -con ser estas muy importantes-. Debe implicar al conjunto de las Administraciones Públicas (Nacional, Autonómica y Local), así como a un conjunto amplio de agentes (profesionales, asociaciones de pacientes, voluntarios y ONGs, Universidades y centros de investigación y de generación de conocimiento, entidades financieras, empresas de construcción, etc.).

Mejores prácticas de posible interés para Asturias

Asturias contó en su día con una **Estrategia de Envejecimiento Activo (ESTRENA)**, 2018-2021, impulsado por la Consejería de Servicios y Derechos Sociales ⁽²³⁾, que orientaba las políticas en esta línea hasta 2021.

Sin perjuicio del valor en su momento de esta Estrategia, seguramente ha llegado el momento, como se propone en este documento, de hacer una Estrategia que implique no solo a una Consejería, sino al conjunto del Gobierno del Principado y con colaboración multiinstitucio-

nal (Ayuntamientos, en primer lugar, pero también otras entidades públicas y privadas).

En esta línea, a título exclusivamente de referencia a consultar, puede ser bueno inspirarse en las iniciativas de otras comunidades autónomas, así como de otras instituciones, entre ellas:

Healthy Ageing and care for older populations

Documento del Parlamento británico de 2024 sobre envejecimiento saludable ⁽²⁴⁾.

Estrategia Vasca de Envejecimiento Activo 2015-2020 ⁽²⁵⁾

Una de las aportaciones es el impulso del “Índice de envejecimiento activo”, creado por la Comisión Europea y la Comisión Económica para Europa de las Naciones Unidas (UNECE) ⁽²⁶⁾. Su planteamiento general no es tanto asistencialista, sino que hace énfasis en los cambios sociales necesarios para favorecer un envejecimiento activo.

Plan de Atención Integral a la Fragilidad y Promoción de la Longevidad Saludable en personas mayores de la Comunidad de Madrid 2022-2025 ⁽²⁷⁾

Al revés que el Plan Vasco, este de Madrid está impulsado desde la Consejería de Sanidad. Se definen en el mismo 6 líneas estratégicas y es fundamentalmente asistencialista.

Promoción de la investigación e innovación en envejecimiento

^[23] Estrategia de Envejecimiento Activo (ESTRENA), 2018-2021, Principado de Asturias, <https://prospectcv2030.com/wp-content/uploads/2020/03/ESTRENA46.pdf>, consultado 31 marzo, 2025

^[24] Healthy Ageing and care for older populations, <https://post.parliament.uk/healthy-ageing-and-care-for-older-populations/>, consultado 8 marzo, 2025

^[25] Estrategia Vasca de Envejecimiento Activo 2015-2020, http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/ESTRATEGIAVASCA_2015.pdf, consultado 5 febrero 2025

^[26] 2018 Active Ageing Index, Analytical Report, 2019, <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210048040>, consultado 5 febrero, 2025

^[27] Plan de Atención Integral a la Fragilidad y Promoción de la Longevidad Saludable en personas mayores de la Comunidad de Madrid 2022-2025, <https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/plan-atencion-integral-fragilidad-y-promocion-longevidad>, consultado 31 marzo, 2025

I Plan Estratégico Integral para personas mayores en Andalucía 2020-2023 ⁽²⁸⁾

Impulsado por la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. Tiene 5 líneas estratégicas: 1. Prevención de la dependencia; 2. Atención a la dependencia; 3. Atención a las personas mayores con especial vulnerabilidad; 4. Fomento del buen trato a las personas mayores; y, 5. Lucha contra la soledad no deseada.

CEOMA ⁽²⁹⁾

Esta entidad ha impulsado un **Manifiesto para impulsar el envejecimiento saludable en España** ⁽³⁰⁾, que ha obtenido un amplio apoyo social entre varias organizaciones muy variadas: sociedades científicas, colegios profesionales, asociaciones empresariales, entidades asociativas, etc.

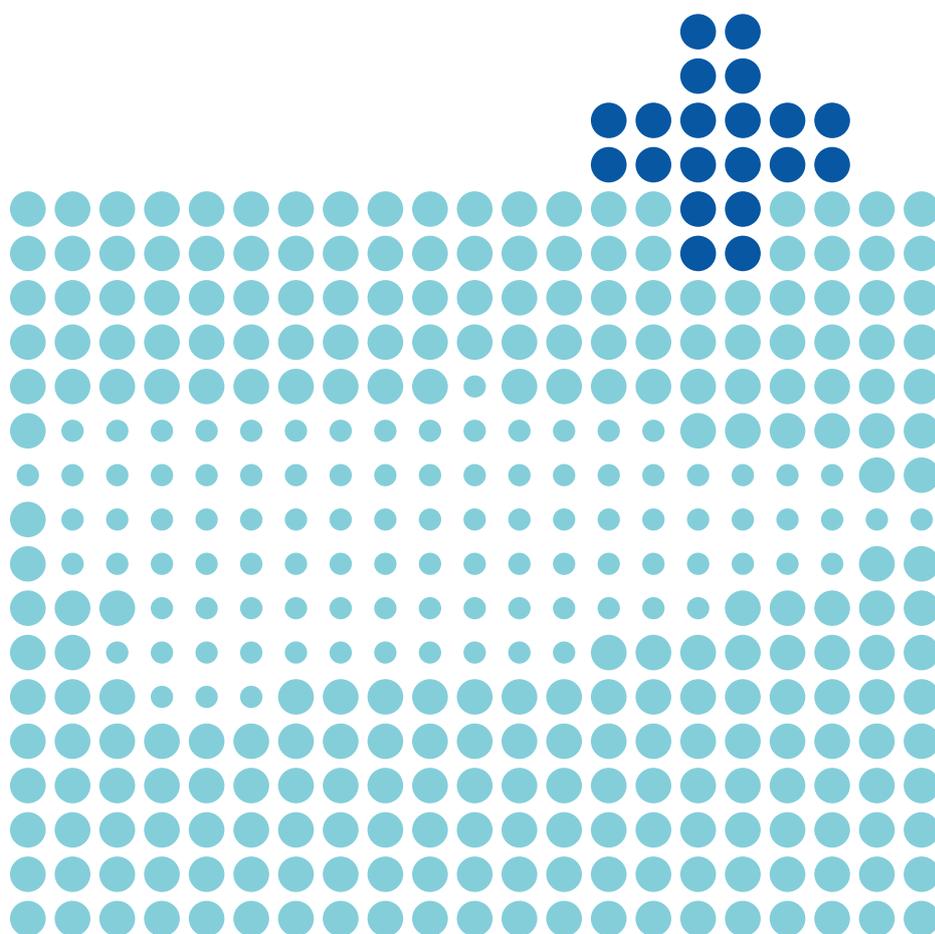
^[28] Plan Estratégico Integral para personas mayores en Andalucía 2020-2023, <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/transparencia/planificacion-evaluacion-estadistica/planes/detalle/208782.html>, consultado 31 marzo, 2025

^[29] CEOMA, <https://ceoma.org>, consultado 5 febrero, 2025

^[30] Manifiesto para impulsar el envejecimiento saludable en España, https://ceoma.org/wp-content/uploads/2022/10/Manifiesto_CEOMA_definitivo.pdf, consultado 5 febrero, 2025

3

Modelo asistencial



Qué entendemos por modelo asistencial

Existen diferencias entre:

- **Modelo sanitario.** El español corresponde a la tipología Servicio Nacional de Salud, en este caso muy descentralizado.
- **Sistema sanitario.** Las instituciones que organiza y los recursos que moviliza para atender específicamente las necesidades de salud de la población. Tiene que ver con la organización y gestión del sistema e incorpora aspectos como los de gobernanza; modelo de gestión de personas; etc. (estructura)
- **Modelo asistencial.** La forma en cómo se atienden las necesidades de salud de la población (procesos).

A los efectos de este documento nos referiremos específicamente al **modelo asistencial** con esta última acepción, es decir, a cómo se organizan los procesos para dar la asistencia y atender a las necesidades de salud de los pacientes/ciudadanos.

Por qué hay que cambiar el modelo asistencial

El actual modelo sanitario (no solo de Asturias, sino del conjunto del país) es heredero (con mínimos cambios) del antiguo “INSALUD”, reformado por la Ley General de Sanidad de 1986.

Se ha adaptado muy poco a los profundos cambios sociales, demográficos, epidemiológicos, profesionales y tecnológicos que ha experimentado la sociedad española.

Sin querer hacer una relación exhaustiva, el actual modelo tiene los siguientes problemas:

- **Uniformidad** (es un “prêt à porter”, en el que “one size fits all”).

- **Fragmentación:** sistema sanitario/servicios sociales; servicios sanitarios/salud pública; dentro de servicios sanitarios: dos niveles asistenciales (primaria y “hospitalaria”); dentro de los hospitales (pero también interiorizado por el sistema): estructurado en relación con órganos y aparatos (especialidades médicas). Bastante alejado del concepto de “holístico” e “integral”. También con fragmentación relevante entre la asistencia sanitaria general y la salud mental, lo que fomenta la estigmatización de esta última.
- La “fragmentación” se está dando también en la práctica entre “curación” y “cuidados”, con una separación entre medicina y enfermería (modelo jerárquico -anterior- > auto-crático -actual- > colaborativo).
- **Reactivo** (en contraposición a preventivo/anticipador), por lo tanto centrado en la enfermedad, no en la salud.
- **Gestionado desde la oferta** (estructura de las instituciones; profesionales) no desde la demanda (ni “centrado en la persona”, paciente/familiar/cuidador en general como sujeto pasivo).
- **Discontinuo** (brechas de calidad en fines de semana; vacaciones; etc.)
- **Orientado a actividad** en contraposición a resultados.
- **Con retrasos en innovación tecnológica**, especialmente TICs, para fomentar la relación entre niveles, la toma de decisiones, el autocuidado y el manejo domiciliario y comunitario.

Bases estratégicas para el cambio

El secretario de salud del nuevo gobierno británico, Wes Streeting, hizo una declaración el 18 de septiembre de 2024, sobre la orientación de los cambios en el National Health Service, que se representan en la **Tabla 4:**

El modelo asistencial debe adaptarse a los profundos cambios sociales



Tabla 4: Orientación de los cambios en el NHS

Fuente: ⁽³¹⁾

- De analógico a digital
- De hospitales a comunidad
- De enfermedad a prevención

Los procesos asistenciales integrados, un elemento clave

Entendemos que esta orientación no es solo válida para el Reino Unido, sino que es de aplicación para cualquier sistema sanitario, al menos de los países desarrollados. Y Asturias no es una excepción.

Algunos elementos adicionales, que inspiran las recomendaciones que vamos a hacer para Asturias son los siguientes:

- **Estrategia One Health.** La idea fundamental es que la salud humana depende también de la salud animal y del estado del medio ambiente, tal y cómo ha sido definida por la OMS ⁽³²⁾.
- **Integrar mejor la farmacia comunitaria en el servicio sanitario.**
- **Integrar salud pública, asistencia sanitaria y servicios sociales.**
- **Fomentar el componente comunitario y preventivo de la Atención Primaria.**
- **Implementar recursos de salud mental,** especialmente en el ámbito comunitario en coordinación con la Atención Primaria.
- **Implantar procesos asistenciales integrados,** olvidando el planteamiento “cambios en la atención primaria, en los hospitales, etc.”,

ya que esta formulación lleva a pensar desde la oferta. Hacerlo desde el proceso asistencial, mediante reingeniería de procesos.

- **Segmentar a la población por sus necesidades de salud.** No debe haber sólo un modelo asistencial sino varios ordenados en relación con las necesidades de las distintas poblaciones: desde la persona sana al crónico complejo/pluripatológico; por grupos de edad; por sexo; tomar en consideración los determinantes sociales -niveles de renta; educación; empleo-.
- **Determinar los KPI (indicadores clave de desempeño) de cada uno de los modelos asistenciales.** Centrarse en resultados. Incorporar a los pacientes en su diseño: PROMS (Experiencia reportada por el paciente) y PREMS (Resultados Reportados por el Paciente), como mecanismos fundamentales para calificar la experiencia del paciente en la asistencia y en los resultados ⁽³³⁾.
- **Algunos procesos asistenciales necesitan borrar/difuminar las diferencias entre niveles asistenciales** (primaria-especializada) y **entre sistema sanitaria-servicios sociales** (por ejemplo: crónico complejo, pluripatológico); otros las diferencias **entre servicios/especialidades en favor de uni-**

^[31] Secretary of State for Health and Social Care's address to IPPR, <https://www.gov.uk/government/speeches/secretary-of-state-for-health-and-social-cares-address-to-ippir> (consultado 2 noviembre, 2024)

^[32] ONE HEALTH, https://www.who.int/health-topics/one-health#tab=tab_1 (consultado 3 noviembre, 2024)

^[33] Bull C, Teede H, Watson D, Callander E.J. Selecting and Implementing Patient-Reported Outcome and Experience Measures to Assess Health System Performance. JAMA Health Forum. 2022 Apr 1;3(4):e220326

- **dades multidisciplinares** (crónico complejo; cáncer).
- **Reconstruir equipos asistenciales integrados** (especialmente médicos y enfermeras), pero también dar entrada a otros perfiles profesionales (bioingenieros; analistas de datos; comunicadores; gestores de redes; etc.) e incrementar el rol y la participación de perfiles existentes (psicólogos; asistentes sociales; terapeutas ocupacionales; nutricionistas; administrativos sanitarios; etc.).
- **Implementar en el ámbito de la atención primaria, equipos multidisciplinares** que reúnan los servicios de salud pública, atención primaria, atención comunitaria y salud mental.
- **Trasladar funciones desarrolladas actualmente por los médicos a enfermería**, dentro de protocolos consensuados por las sociedades científicas en base a la evidencia disponible. Por ejemplo: control y seguimiento del niño sano; del adulto sano; del embarazo; cribado de las consultas “urgentes” en atención primaria; manejo de algunas condiciones frecuentes en atención primaria (por ejemplo: catarro; infección urinaria -cistitis- en la mujer); seguimiento protocolizado del paciente crónico.
- **Papel de los “Asistentes clínicos”** en la reducción de la “sobrecarga” de los médicos de atención primaria, como ayuda real al trabajo clínico. En Estados Unidos los llaman “Medical Assistants” y en el Reino Unido “Health Care Assistants”. Lo importante es considerar que su papel es algo más que el de meros administrativos tradicionales.
- **Evitar, siempre que sea posible, el ingreso hospitalario** (procedimientos resolutivos ambulatorios; hospital de día, hospital a domicilio).
- **Potenciar la telemedicina**, especialmente en zonas rurales, facilita las interconsultas y mejora la accesibilidad a los servicios de salud.
- **Evaluar los resultados**, hacerlos públicos y tomar decisiones en función de ellos.
- **Garantizar la equidad de acceso** (también a los servicios/programas concentrados en ciertos hospitales centrales) y la continuidad asistencial a lo largo de todos los procesos asistenciales, pero especialmente en el crónico complejo/pluripatológico (primaria-hospitalaria-servicios sociales); cáncer (primaria-hospitalaria-servicios sociales); pero también en procesos agudos (angioplastia primaria; código ictus) y en procedimientos que requieren un alto volumen para garantizar la calidad (cirugía cardíaca; cirugía de determinados cánceres -esófago; páncreas; etc.).
- **Reducir los tiempos de espera de consulta, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas, tanto en atención primaria como hospitalaria**, es un aspecto fundamental del contrato social entre el Servicio de Salud y la población.
- **Potenciar las campañas de sensibilización al paciente sobre el autocuidado y la responsabilidad en su propia salud** e implicarle en las políticas sanitarias, reforzando, por ejemplo, la red de escuelas de salud dependientes en la mayoría de los casos de los Ayuntamientos.
- **Impulsar la participación de los pacientes en el diseño de los procesos asistenciales integrados.**
- **La necesaria colaboración con el sector privado debe hacerse de forma más integral** (sistemas capítativos, hospitales sustitutorios, etc.) que el mero recurso a la solución de problemas puntuales (listas de espera quirúrgicas y de radiología, por ejemplo).

Profunda reforma de la Atención Primaria

Recomendaciones para Asturias

Unas consideraciones previas antes de las recomendaciones:

Las comunidades autónomas tienen un amplio margen de mejora en el modelo asistencial, que, en general, no han utilizado

Hay que medir la productividad

- **Las Comunidades Autónomas tienen un amplísimo margen de autonomía para transformar su sistema sanitario y modelo asistencial.** Margen que, en términos generales no ha sido utilizado, habitualmente amparándose en la inoperatividad del Ministerio de Sanidad.
- **No va a haber significativamente más dinero para sanidad,** según se desprende de la Actualización del Programa de Estabilidad 2023-2026, que contempla un porcentaje de PIB destinado a gasto sanitario público en sanidad del 6,7%, en el período 2024-2026⁽³⁴⁾. Tampoco las políticas desde Europa van a acompañar en este sentido. Dado que el cambio de modelo va a requerir más dinero, se propone minimizar el 30-40% de los gastos del sistema que no aportan valor (algo común en los sistemas sanitarios) y utilizar las bolsas de ineficiencia del sistema. En este sentido las políticas de “no hacer”, la evitación de hospitalizaciones innecesarias y la hospitalización domiciliaria serían prioritarias.
- **No faltan médicos en España,** a pesar de las afirmaciones de ciertos políticos y empresas sanitarias, estando por encima de la media de médicos por 1.000 habitantes de los países de la OCDE⁽³⁵⁾, muy por encima de Bélgica, Francia, Irlanda, Italia, Países Bajos, Reino Unido y Francia, por citar solo algunos países europeos. En este asunto deberíamos considerar los distintos problemas: en primer lugar, **qué hacen los médicos,** ya que parte de su trabajo puede ser realizado por otros profesionales, como enfermeras, dentro de protocolos consensuados; un **problema de plazas de difícil cobertura** (sobre todo en el medio rural), el sistema ha descubierto

hace poco las plazas de difícil cobertura y la dificultad de abordar este problema con la actual normativa de personal; **déficit de algunas especialidades** (por problemas de falta de planificación); y, **falta de atracción de la atención primaria.** Sí que tenemos, en cambio, un **número bajo de enfermeras,** por debajo de la media de los países de la OCDE⁽³⁶⁾ y muy por debajo de la mayoría de los países europeos: Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, Francia, Irlanda, Italia, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, Suecia y Suiza, por citar solo algunos.

- **Hay que medir la productividad.** Esto está especialmente indicado en un sistema como el español en el que la ausencia de una política de personal integral ha sido sustituida por libranzas múltiples, que verosíblemente atentan contra una adecuada productividad. La medición de la productividad en sanidad no es fácil, ya que no se trata de incentivar la actividad, sino la “actividad adecuada” y los resultados en salud. Pero hay varias experiencias interesantes de medición de la productividad en sistemas sanitarios⁽³⁷⁾.
- **La petición, muy habitual, de que “hay que reforzar la atención primaria”, puede ser casi una propuesta sin contenido,** si a lo que se refiere es a más dinero para hacer lo mismo. Se trata de introducir cambios en profundidad.
- **Segmentar a la población por sus necesidades de salud.** No debe haber sólo un modelo asistencial sino varios ordenados en relación con las necesidades de las distintas poblaciones: desde la persona sana al crónico complejo/pluripatológico; por grupos de edad; por sexo; tomar en consideración los

^[34] Actualización del Programa de Estabilidad 2023-2026, Reino de España, cuadro 3-12, pág. 76, https://portal.mineco.gob.es/RecursosArticulo/mineco/economia/macro/Programa_Estabilidad/Programa_Estabilidad_2023-2026.pdf, consultado 31 marzo, 2025

^[35] Médicos (por cada 1.000 personas), OECD members, <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.PHYS.ZS?locations=OE>, (consultado 5 noviembre, 2024)

^[36] Enfermeras y parteras (por cada 1.000 personas-OECD members, <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.NUMW.P3?locations=OE>, (consultado 5 noviembre, 2024)

^[37] Public service productivity, healthcare, England: financial year ending 2022, <https://www.ons.gov.uk/economy/economicoutputandproductivity/publicservicesproductivity/articles/publicservicesproductivityestimateshealthcare/financialyearending2022>, consultado 31 marzo, 2025

determinantes sociales -niveles de renta; educación; empleo-.

- **La funcionarización del personal de la mayor parte del Sistema Nacional de Salud no contribuye a facilitar un cambio de modelo asistencial, por lo que representa de rigidez.** En este sentido, se defiende una gestión pública moderna, como la que propone Víctor Lapuente ⁽³⁸⁾, dónde el trabajo de los grupos profesionales no sea evaluado por control previo sino por resultados.

Las propuestas son las siguientes:

Gestión integral por grandes grupos de patologías

Al menos en cuatro grandes áreas:

- Cáncer
- Cardiovascular
- Neurociencias
- Locomotor

Dichos planes tendrán un enfoque regional y sus características serán:

- Principio de que el paciente se trate en el sitio más próximo a su domicilio, salvo que la complejidad requiera desplazamiento
- Integración multiprofesional (médicos de distintas especialidades, enfermeros, psicólogos, fisioterapeutas, ...) y multinivel (atención primaria, hospitales, servicios sociales).
- Participación profesional y de las asociaciones de pacientes en el diseño de estos procesos
- Evaluación y transparencia de los resultados

Aprovechar la reconfiguración en 3 áreas sanitarias para avanzar en la integración de salud pública, asistencia sanitaria y servicios sociales

Constituyendo “regiones sanitarias” equivalentes a las HMO (Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud), que integren y coordinen el conjunto de los dispositivos sanitarios en su área de influencia.

Segmentar a la población

De acuerdo con sus necesidades de salud: persona sana/crónico complejo; por grupos de edad; por sexo; de acuerdo con los determinantes de salud, etc.

Introducir reformas en la Atención Primaria

Diversificando la oferta asistencial dirigiéndola a los distintos segmentos de población; crear procesos integrales de acuerdo con las patologías más prevalentes en colaboración con el hospital y los servicios sociales; constituir equipos multidisciplinares; incorporar los “Asistentes Clínicos” en Atención Primaria; reforzar la actividad on line; incrementar la atención domiciliaria; reforzar la vertiente preventiva y comunitaria de la atención primaria, etc.

Medición de las hospitalizaciones evitables y plan para su minimización

El concepto de hospitalizaciones evitables fue desarrollado en la década de los 80, como un indicador indirecto de problemas en la atención sanitaria.

La asunción que subyace es que el acceso, a tiempo y durante tiempo, a una atención primaria efectiva, dará como resultado una reducción de ingresos hospitalarios para determinadas enfermedades. Según la OCDE hay

Gestión integral a nivel regional de grandes grupos de patologías

^[38] Víctor Lapuente, *El retorno de los chamanes*, Península 2015

Gestor del paciente para pacientes crónicos complejos

tres condiciones muy comunes (asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia cardíaca congestiva) cuyo correcto seguimiento desde Atención Primaria podría evitar muchas hospitalizaciones y, seguramente, cualquier plan debiera concentrarse sobre esos procesos ⁽³⁹⁾.

En Asturias, el Observatorio de Salud ha publicado datos sobre hospitalizaciones evitables, observándose una gran variedad entre los diferentes concejos ⁽⁴⁰⁾.

Énfasis en la hospitalización domiciliaria

Concepto distinto al de “atención domiciliaria”, vinculada a la Atención Primaria. Los pacientes de hospitalización domiciliaria requieren atención hospitalaria, pero pueden ser seguidos desde el hospital en su domicilio.

Medir el valor

Elaborar nuevos marcos evaluativos de la actividad clínica basados en la experiencia de los pacientes y en los resultados esperables (PREM/PROM).

Dar valor a la farmacia comunitaria

Mediante tres programas:

- Mayor implicación en la actividad asistencial del Sistema Nacional de Salud: dispensación, soporte a la atención y hospitalización domiciliaria, vacunaciones, prevención, cribados, ...
- Programa de dispensación en farmacias comunitarias de medicamentos de dispensación hospitalaria.

- Refuerzo de las farmacias comunitarias rurales

Gestor del paciente y plan asistencial personalizado

Para los pacientes crónicos complejos, teniendo en cuenta que estas enfermedades son el mayor desafío actual de los servicios de salud. Un enfoque que se ha demostrado exitoso es la asignación a cada uno de estos pacientes, con un plan personalizado, de un gestor de caso, habitualmente una enfermera, que asesora y orienta al paciente en relación con la atención a su enfermedad, mediante contactos periódicos.

Criterios de éxito son la definición clara de la responsabilidad y roles del gestor de casos, el apoyo para garantizar sus competencias, la existencia de mecanismos válidos para la detección de casos, ratios de asignación adecuados, sistemas de registro accesibles e integración de servicios de salud y sociales.

Dar participación a las asociaciones de pacientes

En el rediseño de los procesos y en la gestión general del sistema sanitario.

Empoderamiento de los pacientes a través de programas de “pacientes expertos”

En varias comunidades autónomas se ha impulsado el movimiento de los “pacientes expertos”, como aquellos, en general con alguna enfermedad crónica, que adquieren conciencia de ser el principal responsable de su salud y que disponen de los instrumentos, motivación y confianza para lograrlo, siempre en estrecha colaboración con los profesionales sanitarios ^(41, 42).

^[39] Health at a Glance 2019, pág. 126, https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en.html, consultado 13 febrero, 2025

^[40] Observatorio de salud, hospitalizaciones evitables, <https://obsaludasturias.com/obsa/?indicador=hospitalizaciones-evitables&tipo=0&anio=2019>, consultado 13 febrero, 2025

^[41] El paciente experto. ¿Un nuevo modelo sanitario? Medicina de Familia, SEMERGEN 49 (2023) 101873, <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-el-paciente-experto-un-nuevo-S1138359322002477>, consultado 4 marzo, 2025

^[42] Programa paciente experto Catalunya: una estrategia para impulsar la autorresponsabilidad del paciente y el fomento del autocuidado, https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3288/programa_paciente_experto_catalunya_estrategia_potenciar_autorresponsabilidad_paciente_fomento_autocuidado_2016.pdf?sequence=2, consultado 2 abril, 2025

En el caso de Asturias se parte de la experiencia de la Escuela Asturiana de Cuidados ⁽⁴³⁾.

Avanzar en la reconfiguración de los servicios diagnósticos

Laboratorio, imagen, etc. Estos servicios deberían tener un planteamiento regional en su planificación.

En el caso de la imagen, contar con un “anillo radiológico” o, mejor, “hub” o centro de operaciones de imagen, porque además de las imágenes radiológicas y de medicina nuclear, hay que incorporar la anatomía patológica, la ecografía, el fondo de ojo, etc. En realidad, cualquier imagen puede ser compartida e interpretada por el profesional más experto. Además la IA está avanzando en este campo de forma exponencial.

En lo que se refiere al laboratorio, contar con un laboratorio central de análisis clínicos.

Mejorar la adherencia a los programas de cribado de cáncer

Tanto a los existentes (mama, útero y colon) como con la incorporación de otros nuevos en línea con el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer ⁽⁴⁴⁾.

Reducir los tiempos de espera

De consulta, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas, tanto en atención primaria como hospitalaria.

Mejores prácticas de posible interés para Asturias

Kaiser Permanente

Como ejemplo de cadena de valor que incluye prevención; mantener en el entorno comunitario (evitar consultas urgentes y hospitalizaciones); empoderar al ciudadano/paciente en la gestión de su salud; potente sistema de información ⁽⁴⁵⁾

Karolinska University Hospital

Como ejemplo de la superación del modelo divisional del hospital y organización de este por grandes patologías ⁽⁴⁶⁾

Propuestas para los hospitales españoles

“El Hospital del Futuro. El papel de una asistencia sanitaria centrada en el paciente” ⁽⁴⁷⁾

Estrategias para incorporar la experiencia de los pacientes

La experiencia pionera en la Cleveland Clinic ⁽⁴⁸⁾

La notable experiencia del Hospital Clínic de Barcelona, dirigida por Joan Escarrabil ⁽⁴⁹⁾

Reconfiguración servicios diagnósticos

^[43] Escuela Asturiana de Cuidados, <https://alojaweb-salud.asturias.es/web/escuela-asturiana-de-cuidados>, consultado 31 marzo, 2025

^[44] Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer, https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/ip_22_702, consultado 31 marzo 2025

^[45] Nuño Solinís, R, Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente, <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-buenas-practicas-gestion-sanitaria-caso-kaiser-permanente-13107524>, consultado 31 marzo, 2025

^[46] Karolinska University Hospital organization, <https://www.karolinskahospital.com/about-us/organization/> (consultado 5 noviembre, 2024)

^[47] Sociedad Española de Medicina Interna, Fundación IMAS: El hospital del futuro, <https://www.fesemi.org/publicaciones/hospital-del-futuro> (consultado 5 noviembre, 2024)

^[48] Merlino, JI, Raman, A, Health Care's Service Fanatics, Harvard Business Review, <https://hbr.org/2013/05/health-cares-service-fanatics> (consultado 5 noviembre 2024)

^[49] Escarrabil, J, Experiencia del paciente en el Hospital Clínic: 10 años, <https://lagestioimporta.cat/arees/experiencia-de-pacient-a-lhospital-clinic-10-anys/>, consultado 31 marzo, 2025

Cadena de valor entre atención primaria y especializada

Cómo elaborar una cadena de valor a partir de una trayectoria clínica ⁽⁵¹⁾

Las unidades de gestión clínica frente al anacronismo de los servicios médicos

Los servicios médicos, un anacronismo ⁽⁵²⁾

Buurtzorg, enfermeras de atención a la comunidad

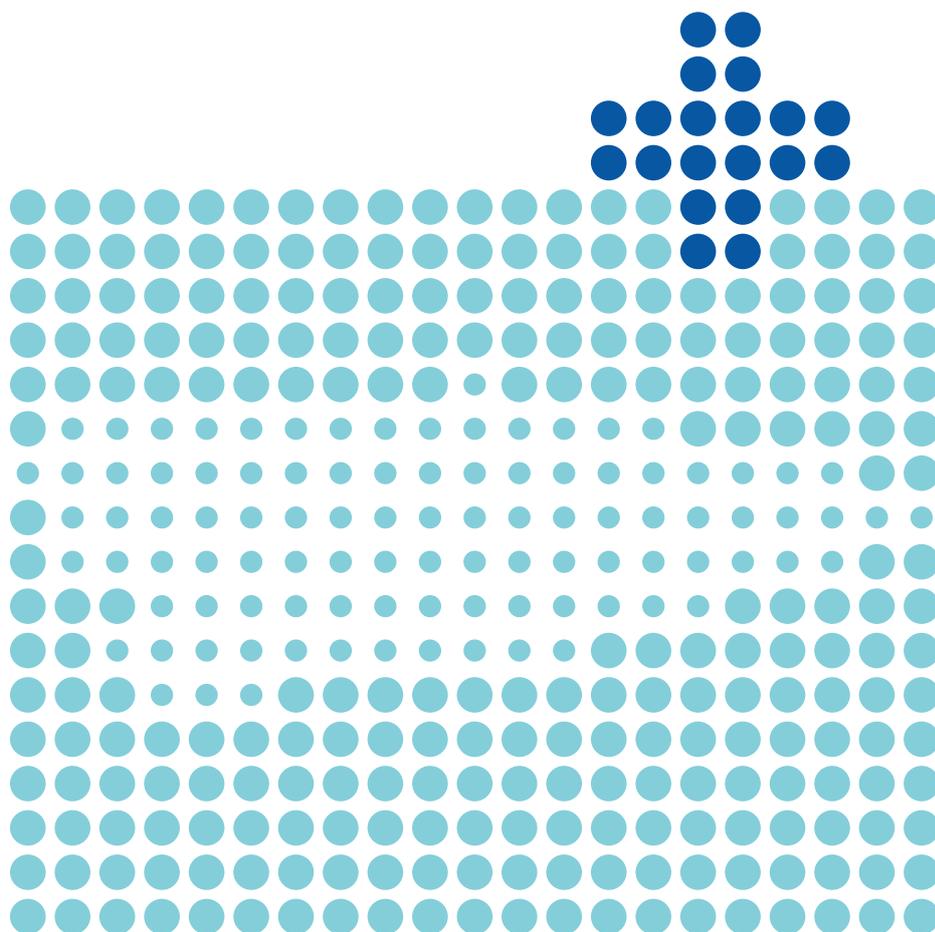
Buurtzorg, la experiencia de una empresa sin ánimo de lucro en los Países Bajos, para enfermeros comunitarios en colaboración con médicos de familia ⁽⁵³⁾

^[50] Varela, J, Cómo elaborar una cadena de valor a partir de una trayectoria clínica, <https://gestionclinicavarela.blogspot.com/2018/06/como-elaborar-una-cadena-de-valor.html>, consultado 31 marzo, 2025

^[51] Varela, J, Los servicios médicos, un anacronismo, <https://gestionclinicavarela.blogspot.com/2021/09/los-servicios-medicos-un-anacronismo.html> (consultado 5 noviembre 2024)

^[52] Varela, J, Buurtzorg, un proyecto de trabajo enfermero, <https://gestionclinicavarela.blogspot.com/2016/02/buurtzorg-un-proyecto-de-trabajo.html>, consultada 5 noviembre 2024

Transformación digital



Qué entendemos por transformación digital en sanidad

La transformación digital en el ámbito sanitario implica un cambio profundo y estratégico en la manera en que se conciben, gestionan y ofrecen los servicios de salud, utilizando tecnologías digitales para mejorar la calidad de la atención, la eficiencia operativa y la experiencia del paciente.

La transformación digital, es una oportunidad para repensar los procesos tanto asistenciales como los no asistenciales, donde hay toda una serie de tecnologías que facilitan este re-diseño, entre ellas:

- **Historia Clínica Electrónica (HCE)**, reemplaza a las historias clínicas en papel, vigentes en toda la era predigital, permitiendo operar con esa historia desde cualquier lugar (consulta, hospital, domicilio, etc.), algo impensable en la historia clínica en papel, ligada en general a una institución o una consulta concreta.
- **Telemedicina**, que posibilita la consulta a distancia entre médicos y otros profesionales sanitarios y pacientes. Esto es especialmente importante en zonas rurales, para personas con movilidad reducida o para el seguimiento remoto de pacientes crónicos.
- **Big Data y Analítica Predictiva**. Permite analizar grandes volúmenes de datos, para detectar patrones de enfermedad, realizar estudios de vida real, predecir y comprobar la efectividad de los tratamientos y mejorar la toma de decisiones clínicas y operativas.
- **Inteligencia Artificial (IA)**. Es una tecnología que desarrolla sistemas capaces de realizar tareas que tradicionalmente requieren de la inteligencia humana, como el razonamiento, el aprendizaje, la toma de decisiones y la percepción sensorial. La IA busca replicar, en alguna medida, la capacidad humana de integrar información, interpretar, analizar y reaccionar ante situaciones complejas, lo que la convierte en una herramienta poderosa en diversos campos, desde la medicina hasta la industria y el entretenimiento. La IA se basa en la creación de algoritmos y modelos matemáticos que permiten a las máquinas aprender de los datos, detectar patrones, hacer predicciones y adaptarse a nueva información sin necesidad de programación explícita para cada tarea.
- **Wearables y Dispositivos médicos conectados**. Recogen datos en tiempo real sobre signos vitales, actividad física, patrones de comportamiento y otros indicadores de salud del paciente/ciudadano, permitiendo un seguimiento continuo, personalizado y a distancia.
- **Automatización de procesos**. Optimizando tareas administrativas o no repetitivas, como la facturación o gestión de citas, compras electrónicas, recordatorios, ...
- **Ciberseguridad**, para preservar tanto la integridad como la seguridad de los datos. Algo crucial, debido a la cantidad de datos sensibles que existen en cualquier entorno sanitario y al carácter estratégico del sistema de salud.

Las nuevas tecnologías permiten un cambio en el modelo de atención actual y posibilitan a cualquier sistema u organización sanitaria plantearse algunas preguntas clave:

- **Qué debe hacerse con el paciente “en presencial” y qué puede**

La transformación digital, una forma distinta de ofrecer los servicios de salud

hacerse a distancia, muchas veces con ventaja de rapidez y comodidad para el paciente

- **Qué obliga a la intervención de un profesional y qué puede hacerse mediante una máquina. O también, cómo una máquina puede ayudar al profesional a tomar mejores decisiones**
- **Autoservicio del cliente/paciente**

Por qué hay que avanzar en la transformación digital en sanidad

La transformación digital requiere un gran esfuerzo organizativo

La transformación digital es un proceso que requiere cuantiosas inversiones, un gran esfuerzo organizativo y la actividad coordinada de profesionales muy variados. Hay que estar muy seguros de las ventajas de ese proceso para avanzar en un proyecto de estas características y disponer de un sistema de evaluación de lo que se va logrando.

Desde el punto de vista sanitario, la transformación digital significa:

- **Acceso a información en tiempo real:** Los profesionales pueden acceder a la información clínica del paciente de forma inmediata, sin depender de barreras físicas o temporales. Esto favorece el trabajo colaborativo y una atención más personalizada y efectiva.
- **Optimización de procesos clínicos y administrativos:** La automatización y digitalización de procesos administrativos, como la gestión de citas y la administración de medicamentos, reducen errores y liberan tiempo para tareas de mayor valor.
- **Atención centrada en el paciente:** El uso de herramientas digitales permite que los pacientes tengan un rol más activo en su cuidado y personalizar los servicios asistenciales a las características y expectativas de

cada paciente. Las plataformas de telemonitorización y aplicaciones de salud permiten una mayor autogestión de enfermedades, especialmente en el manejo de enfermedades crónicas.

- **Interoperabilidad:** La transformación digital requiere que los sistemas de diferentes hospitales y redes de atención se conecten y comuniquen, facilitando un flujo de información continuo que permite un seguimiento integral de los pacientes.
- **Mejora en la precisión diagnóstica y terapéutica:** Gracias a tecnologías como la inteligencia artificial y el análisis de grandes volúmenes de datos, se pueden desarrollar modelos predictivos que ayudan a anticipar complicaciones o detectar patrones en enfermedades, mejorando la calidad y la precisión de los diagnósticos y tratamientos.
- **Cambio cultural en la organización:** La transformación digital exige que tanto los profesionales como las organizaciones desarrollen una mentalidad abierta a la innovación, promoviendo la formación continua y el uso de herramientas digitales como elementos habituales en su práctica diaria.
- **Entornos de gestión en tiempo real que faciliten la toma de decisiones al gestor,** tanto a nivel macro, meso como de microgestión, lo que es propiciado por la introducción de entornos como el Command Center que pueden dar esta mirada de radar del sistema de salud.

En resumen, la transformación digital en sanidad representa una oportunidad para construir un sistema de salud más accesible, eficaz y equitativo, en el que las tecnologías digitales sean un motor de cambio hacia un modelo asistencial de alta calidad, centrado en el paciente y basado en datos.

Al mismo tiempo, la digitalización de datos clínicos, genómicos y de comportamiento ofrece un potencial de crecimiento económico de pri-

mera dimensión, en un sector como el sanitario basado en el conocimiento y la investigación.

Obstáculos para avanzar en la transformación digital en sanidad

La transformación digital en sanidad puede ofrecer grandes beneficios. Sin embargo, avanzar en ese proceso no es tarea fácil. De ahí la gran diferencia entre las posibilidades tecnológicas y la utilización real de esa potencialidad en el sector sanitario.

Algunos de los principales obstáculos son:

- **Limitaciones presupuestarias**, ya que estos proyectos requieren una inversión inicial no menor en infraestructura tecnológica, capacitación y mantenimiento, lo que está muchas veces en contradicción con las posibilidades presupuestarias de muchas entidades sanitarias públicas y privadas, si bien la implantación puede modularse para hacerla compatible con el entorno presupuestario.

Este problema es especialmente agudo en España, ya que el gasto en IT en sanidad es bajo, en comparación con otros sectores. El presupuesto en IT en relación con el presupuesto total del Sistema Nacional de Salud fue de un 1,17% en 2023 ⁽⁵³⁾, muy alejados de otros sectores que invierten entre 5 y 10% de sus gastos operativos.

- **Interoperabilidad de los sistemas**. Los sistemas de información sanitaria a menudo no están conectados, lo que limita el intercambio de información entre instituciones y departamentos. Esto limita la posibilidad de una historia clínica única para cada paciente.
- **Resistencia al cambio**. La adopción de nuevas tecnologías y procesos requiere un cambio cultural dentro de las instituciones sanitarias, lo que nunca es fácil. Es necesario

tener presente este aspecto en los proyectos que planteemos.

- **Desigualdad en el acceso a la tecnología**. La brecha digital también opera en el sector sanitario, especialmente en áreas rurales o en poblaciones con menor nivel socioeconómico o de mayor edad (y con mayores necesidades sanitarias).
- **Complejidad en la integración de nuevas tecnologías**. La implantación de tecnologías complejas, como Big Data o IA, requiere personal capacitado, así como la actualización de infraestructuras y procesos, lo que no siempre está al alcance de muchos centros sanitarios.
- **Problemas de formación y capacitación**. El personal sanitario requiere capacitación continua para poder utilizar eficazmente las nuevas herramientas digitales, las cuales además presentan una altísima velocidad de cambio.
- **Estructuras burocráticas y normativas**. Las regulaciones del sector sanitario, aunque necesarias, pueden ralentizar las innovaciones. Eso, que es cierto en cualquier entorno sanitario, es más cierto en el sistema sanitario español, tan colonizado por una administración obsoleta y con grandes dificultades para entender la complejidad de este sector.
- **Desconexión entre las necesidades clínicas y las soluciones tecnológicas**, lo que ocurre cuando las soluciones se diseñan sin suficiente colaboración con los profesionales de la salud.
- **Falta de estrategia clara**. Puesto que la transformación digital es un proceso complejo, requiere sin duda una estrategia bien definida y de elaboración muy participativa, alineada con la estrategia de transformación asistencial.

Hay obstáculos para la transformación digital, que deben ser tenidos muy en cuenta

^[53] Índice SEIS 2023 (pág. 15), <https://seis.es/indice-2023/>, consultado 31 marzo, 2025

Es muy importante conocer los obstáculos, para hacer un planteamiento realista de cualquier estrategia de transformación digital en salud.

Bases estratégicas para el cambio

Hay algunos elementos que siempre deben ser tenidos en cuenta para una planificación estratégica de un proyecto de transformación digital.

- **Estar alineado con la estrategia funcional, y, en el caso de Asturias, con el Plan de Salud del Principado de Asturias** ⁽⁵⁴⁾
- **Tener en cuenta el marco estratégico general**

Que en este caso viene dado fundamentalmente por la política europea en salud definida en el Programa de Salud EU4 2021-2027 ⁽⁵⁵⁾ y en el programa del Espacio Europeo de Datos Sanitarios ⁽⁵⁶⁾; en España, mediante la Estrategia de Salud Digital del SNS ⁽⁵⁷⁾; en Asturias, a través de la Estrategia de Transformación Digital de Asturias 2030 ⁽⁵⁸⁾, así como por las múltiples mejores prácticas tanto a nivel nacional como internacional.

- **Cocreación con el profesional y el usuario:** aportación de valor
- **Centrarse en el paciente**

Tener en cuenta la experiencia del paciente, el empoderamiento y la autogestión (faci-

litando herramientas que permitan a los pacientes gestionar su proceso de salud y resolver sus necesidades de atención sanitaria) y el acceso a la información (asegurando que los pacientes tengan acceso sencillo a su historial médico)

- **Gobierno del Dato**
- **Interoperabilidad y Datos compartidos**

Implementar sistemas interoperables, estándares de datos, e Historia Clínica Unificada.
NS

- **Uso de Inteligencia Artificial y Analítica Avanzada**

Para el apoyo a la toma de decisiones clínicas, predicción y prevención y optimización de recursos.

- **Seguridad y protección de datos**

Cumplimiento normativo, Ciberseguridad y Gestión del consentimiento.

- **Capacitación del Personal**

Formación en nuevas tecnologías, cambio cultural, habilidades en datos.

- **Incorporación de nuevos profesionales** especializados en las nuevas tecnologías (ingenieros informáticos, científicos de datos, agentes de salud).

Contar con los pacientes y los profesionales, fundamental para este cambio

^[54] Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030, https://www.astursalud.es/documents/35439/39186/Version%20final%20Plan_de_Salud_2019-30.pdf/43db1691-4eee-834e-56bd-bb32c937b01e, consultado 13 noviembre, 2024

^[55] UEproSalud 2021-2027, https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_es, consultado 13 noviembre, 2024

^[56] Espacio Europeo de Datos Sanitarios, https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_es, consultado 13 noviembre, 2024

^[57] Estrategia Salud Digital del SNS, https://www.sanidad.gob.es/areas/saludDigital/doc/Estrategia_de_Salud_Digital_del_SNS.pdf, consultado 13 noviembre, 2024

^[58] Estrategia de Transformación Digital Asturias 2030, https://ciencia.asturias.es/documents/40538/47930/Estrategia_de_Transformacion_digital_Asturias_2030_Doc_Ejecutivo.pdf/d45de3ce-d104-6e1d-3892-3ba823d44cc0?t=1646162850581, consultado 13 noviembre, 2024

- **Infraestructura y Ecosistema Tecnológico**

Actualización de infraestructura, servicios en la Nube, Internet de las Cosas Médicas (IoMT).

- **Evaluación y Mejora continua**

Indicadores del rendimiento, Ciclo de Retroalimentación, Pruebas Piloto y Escalabilidad. Certificación de aplicaciones.

- **Sostenibilidad económica y medioambiental**

Alineamiento con estrategias generales, contar con los profesionales, centrarse en el paciente y gobierno del dato, son los elementos claves de cualquier estrategia.

Recomendaciones para Asturias

Objetivos y planificación claros

Para afrontar cualquier reto de digitalización es fundamental tener muy claro el objetivo que se pretende alcanzar, formar adecuadamente al personal que va a emplear cada herramienta, que asimismo debe comprender cual es el objetivo de la incorporación de la herramienta digital, y dotar al proyecto de suficiente presupuestación.

Ser conscientes de que una parte del presupuesto del proyecto de transformación debe dedicarse a planificación, con la filosofía de que el 1% en planificación garantiza el éxito del 99% del esfuerzo restante.

En este sentido, como en otras comunidades autónomas, proponemos la elaboración de una **Estrategia de Salud Digital del Principado de Asturias**. Partimos de la base de que una Estrategia de Transformación Digital de Asturias, como la existente, de carácter necesariamente general, no sustituye la necesidad de una Estrategia de Salud Digital.

Facilitar el acceso a los datos

Tanto para uso primario asistencial como secundario de investigación científica, lo cual exige unos criterios y una gobernanza del dato, así como la fijación de estándares, que puede liberar el dato de las aplicaciones concretas.

Definición de una política de gobierno del Dato en Salud

El objetivo es utilizar el dato para mejorar la planificación (función de la Agencia Regional de Salud), la asistencia y la investigación.

Asturias tiene la oportunidad de ser un pionero en todo lo que tenga que ver con el manejo, gestión y empleo empresarial del dato en salud.

Evaluación

Es importante encontrar y aplicar métodos adecuados para evaluar los proyectos de transformación digital, tanto en términos de mejor asistencia y beneficios para los pacientes y profesionales, como desde el punto de vista de la eficiencia.

Repensar los modelos asistenciales

Mediante el empleo de nuevas tecnologías y, en concreto, qué posibilidades ofrecen en la mejora de la asistencia y en la experiencia del paciente.

Esto es especialmente relevante para el medio rural, casos de discapacitados o en el seguimiento de pacientes crónicos.

Igualmente, pensar en promover nuevas modalidades asistenciales con alto componente tecnológico y capacidad de resolución.

Impulsar la promoción de la salud

Explorar el cambio de paradigma desde la atención a la enfermedad a la promoción de la

Se requiere una “Estrategia de Salud Digital”

Acceso al dato, para uso primario asistencial y secundario



Incorporar la inteligencia artificial a la historia clínica electrónica

salud, aprovechando el potencial de la tecnología y contemplando esta perspectiva en el proyecto de transformación digital.

Rol clave de pacientes y profesionales

Tanto en el diseño de cualquier proyecto de transformación digital, como en la implantación, seguimiento y evaluación es fundamental implicar a los pacientes y profesionales.

Formación de profesionales

El profesional sanitario del presente debe formarse en el empleo de las nuevas tecnologías digitales, y hacerlo desde un planteamiento de formación continuada.

Nuevos roles profesionales

La transformación digital precisa de nuevos roles profesionales (bioinformáticos, analistas de datos, expertos en seguridad informática, ...), que deben ser incorporados al sector, tanto público como privado.

Utilización de casos de uso

Plantear una estrategia de entrada empezando por casos de uso y escalar hacia arriba desde ellos, y a su vez con un planteamiento realista. El criterio de escalabilidad es importante en la definición de los casos de uso.

Emplear la táctica de hacer virales los éxitos.

Interoperabilidad del dato sanitario

Tanto entre los distintos niveles asistenciales, atención primaria, hospitales y servicios sociales, como entre el sector público y el privado. Puede haber, no obstante, problemas de confidencialidad por el acceso de aseguradores privados a las historias clínicas, tanto públicas

como privadas. Este problema se resolvería con la historia digital del ciudadano, que, al ser propiedad de este, él decide quién puede acceder a ella.

Inteligencia artificial en la Historia Clínica Electrónica

Incorporación de la Inteligencia artificial a los sistemas de Historia clínica electrónica y sistemas de ayuda a la decisión clínica.

Cartografía de soluciones

Tener actualizada una cartografía global de soluciones, que nos permita tener una visión panorámica de las soluciones más útiles, contrastadas y aplicables a Asturias, en el ámbito de la transformación digital en sanidad.

Nuevos modelos de compra de tecnología digital

Explorar nuevos modelos de compra para la incorporación de la tecnología, aprovechando las enseñanzas de las mejores prácticas en el sector, como puede ser el caso de Galicia. Todo ello con el fin de avanzar hacia formas de compra innovadora, como las estrategias de riesgo compartido, acuerdos win-win con empresas, etc.

Lo anterior no necesariamente requiere un cambio normativo, aunque sí acuerdos entre los Servicios Jurídicos-Intervención-gestores.

Preocupación por el desarrollo de un ecosistema empresarial en tecnologías digitales en salud

La necesaria transformación digital de la salud supone una oportunidad para el desarrollo de un entorno de empresas digitales relacionadas con la salud orientadas a la innovación. Desde este punto de vista, tanto los modelos de compra innovadora como el desarrollo de iniciativas

público-privadas pueden favorecer el desarrollo en Asturias de un ecosistema empresarial relacionado con las tecnologías digitales en salud.

Hacia una historia de salud del ciudadano

Transitar desde una historia clínica del paciente hacia una historia de salud del ciudadano (HDS) ⁽⁵⁹⁾.

La Historia Digital de Salud tiene un enfoque holístico que pretende cubrir toda la historia de salud del ciudadano desde su gestación hasta su desenlace, incorporando los múltiples determinantes individuales y sociales que actúan sobre la salud individual y colectiva.

Las características de esta historia son:

- Pone el foco en la **salud**, con una visión holística desde la concepción hasta la defunción
- La **HDS** es propiedad del ciudadano. Las actuales historias clínicas lo son (y deben seguir siéndolo) de las respectivas entidades públicas y privadas
- La **HDS** debe seguir al paciente dónde vaya (“portable”)
- La **HDS** debe recoger toda información relevante sobre la salud del ciudadano, no solamente los contactos con el sistema sanitario a las que responden las historias clínicas actuales
- La **HDS** debe recoger todos los contactos con el sistema sanitario, público o privado. Garantiza la continuidad asistencial
- La **HDS** debe incorporar información

facilitada por el paciente, en especial la referida a funcionalidad y calidad de vida

- La **HDS** debe ser uno de los principales medios de relación del ciudadano con el sistema sanitario y social
- La **HDS** contiene elementos de ayuda al paciente en el cuidado de la salud: ayudas al cumplimiento terapéutico, acceso a consejo sanitario, escuela de pacientes, comunidades de salud y autoayuda

Este enfoque supone un empoderamiento radical del paciente, que refuerza la corresponsabilidad del ciudadano en la gestión de su salud.

Asturias podría ser pionera en España de la implantación de esta historia de salud, que supera la clásica historia clínica digital, cuyas limitaciones han sido puestas de manifiesto reiteradamente ^(60, 61).

Mejores prácticas de posible interés para Asturias

Planificación estratégica de Salud Digital en las Comunidades Autónomas

Hay varias comunidades que han avanzado en esta línea, en algunos casos con planes que podríamos llamar de “nueva generación” (creación de un único modelo de datos, adaptación de estándares abiertos, inteligencia artificial, plataforma de servicios, etc.). Sin afán de exhaustividad, estos son algunos ejemplos:

Cantabria

Plan de Salud Digital del Sistema Sanitario Público de Cantabria 2024-2028 ⁽⁶²⁾. La Con-

Un desiderátum: La historia de salud del ciudadano

^[59] Historia Digital de Salud del ciudadano, <https://www.imasfundacion.es/salud-digital/historia-de-salud-digital>, consultado 13 noviembre, 2024

^[60] McCoy, LG et al, Large Language Models and the Degradation of the Medical Record, *New England Journal of Medicine*, 391:17, October 31, 2024, <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2405999>, consultado 13 noviembre, 2024

^[61] Eric Topol, *Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again*, 2019

^[62] Plan de Salud Digital del Sistema Sanitario Público de Cantabria, <https://saludcantabria.es/plan-de-salud-digital>, consultado 31 marzo, 2025

sejería de Sanidad de Cantabria ha asignado 98 millones de euros a este Plan ⁽⁶³⁾.

Galicia

Plan Estratégico de Transformación y Salud Digital de la Consellería de Sanidade 2023-2026 ⁽⁶⁴⁾.

Cataluña

Estratègia de Salut Digital de Catalunya 2024-2030: Un Futur Més Saludable i Connectat ⁽⁶⁵⁾.

Castilla-La Mancha

Esta comunidad está preparando un Plan de Salud Digital ⁽⁶⁶⁾.

Oficina de Datos de Salud

El País Vasco acaba de anunciar la creación de una Oficina de Datos de Salud, que utilice la información para mejorar la planificación y la investigación en beneficio de los pacientes ⁽⁶⁷⁾.

El caso de Estonia

Estonia es un país que ha logrado grandes avances en la transformación digital en general y, muy en concreto en el ámbito de la sanidad ^(68, 69).

Open Innovation en Ribera ⁽⁷⁰⁾

Esta iniciativa ha desarrollado unos 20 casos de uso digitales en diferentes áreas y ha trabajado con 10 startups. Algunos de los casos han pasado de la fase de piloto a la implementación en el proceso asistencial:

- Cuidador virtual basado en IA y tecnología de voz para la gestión de pacientes crónicos
- Cribado y seguimiento de pacientes con patología dermatológica mediante la IA
- Nutrición digital en pacientes con enfermedad renal
- Telerrehabilitación mediante IA y computer vision

^[63] 98 millones para el Plan de Salud Digital de Cantabria, <https://www.diariomedico.com/medicina/politica/cantabria-98-millones-plan-salud-digital.html>, consultado 14 febrero, 2025

^[64] Plan Estratégico de Transformación y Salud Digital de la Consellería de Sanidade 2023-2026, <https://www.xunta.gal/es/notas-de-prensa/-/nova/002455/gomez-caamano-destaca-plan-estrategico-transformacion-salud-digital-como-ejemplo>, consultado 31 marzo, 2025

^[65] Estratègia de Salut Digital de Catalunya 2024-2030, <https://societaddelainnovacion.es/la-estrategia-de-salud-digital-de-cataluna-2024-2030/>, consultado 14 febrero, 2025

^[66] Sanidad anuncia un "plan de salud digital", <https://diariosanitario.com/salud-digital-castilla-la-mancha/>, consultado 14 de febrero, 2025

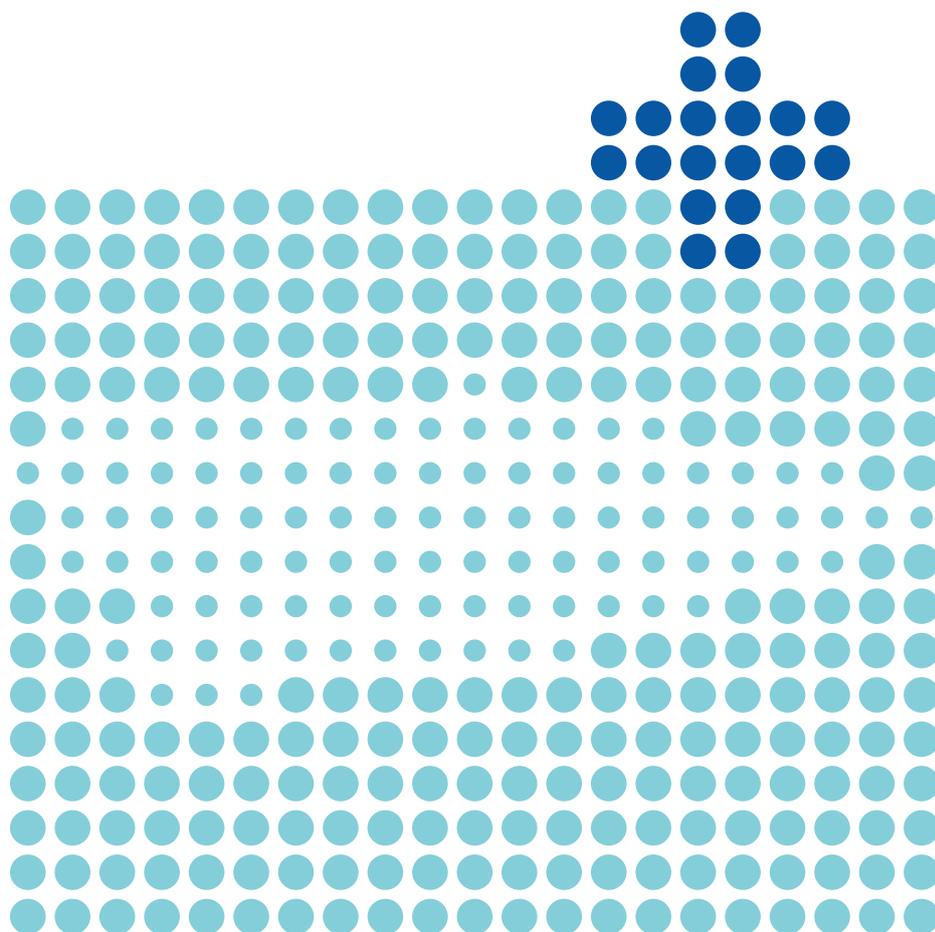
^[67] Euskadi creará una Oficina propia de datos de salud, <https://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/-/noticia/2025/euskadi-creara-oficina-propia-datos-salud-que-utilice-informacion-mejorar-planificacion-y-investigacion-beneficio-y-pacientes/>, consultado 2 abril, 2025

^[68] We have built a digital society and we can show you how, <https://e-estonia.com>, consultado 13 noviembre, 2024

^[69] E-Health, <https://investinestonia.com/business-opportunities/e-health/>, consultado 31 marzo, 2025

^[70] Cortesía de Tania Menéndez Hevia, Digital Transformation Officer de Ribera

Investigación & Innovación



Por qué es importante la investigación & Innovación en el sector sanitario

La investigación e innovación sanitaria y biomédica en hospitales y centros sanitarios es fundamental para mejorar la calidad de la asistencia, y avanzar en el conocimiento médico.

Su importancia radica en:

- **Mejora de la asistencia y los resultados en salud**, ya que los pacientes se benefician de la incorporación de los últimos avances en el diagnóstico y tratamiento médicos. Pensemos, por ejemplo, que la incorporación de terapias avanzadas, como el CAR-T, han revolucionado el tratamiento de ciertos tipos de cáncer.
- **Atracción y retención de talento**, ya que los hospitales que fomentan la investigación atraen profesionales motivados y altamente capacitados, interesados en estar a la vanguardia de la medicina. Esto es difícil de lograr en un hospital puramente asistencial, que no tenga un desarrollo de la investigación y que no dé a sus profesionales la posibilidad de implicarse en la misma. El mejor talento en la investigación y en la clínica, mejora la asistencia al paciente.
- **Contribución a la sostenibilidad del sistema de salud**, ya que al implementar soluciones innovadoras se pueden reducir las hospitalizaciones innecesarias y los errores médicos.
- **Promoción de alianzas estratégicas**, entre hospitales, universidades y otros centros académicos, gobiernos e industrias, fortaleciendo el sistema sanitario global. Estas alianzas impulsan la transferencia de conocimiento y la financiación de proyectos innovadores.
- **Fuente de ingresos para los hospitales y centros sanitarios**. Mediante el impulso a los ensayos clínicos y otros acuerdos con

agencias financiadoras de la investigación o la industria, pueden obtenerse ingresos adicionales, que revierten en una mejor financiación del sistema y de la propia asistencia.

- **La visibilidad de la investigación y la asistencia entre la ciudadanía hace que haya orgullo de pertenencia entre los profesionales y entre los conciudadanos** y favorece la donación entre ellos para impulsar y mejorar aún más la investigación y la innovación en salud.

La investigación es fundamental para mejorar la calidad de la asistencia

Criterios generales para la organización de la Investigación & Innovación en el sector sanitario

La investigación e innovación en los hospitales y centros sanitarios no nace por generación espontánea, sino que requiere una cierta estructura organizativa y planificación de esta y significa un esfuerzo para los clínicos que debe ser recompensado con los frutos de su investigación, siendo para ello necesario un ambiente favorecedor de la investigación y la innovación en salud.

Elementos críticos son:

- **Estructura organizativa**
 - Unidades o departamentos de investigación e innovación. Por ejemplo, unidades de ensayos clínicos, plataformas de investigación, oficinas de transferencia de tecnología.
 - Comités éticos y de evaluación científica.
 - Alianzas con instituciones externas. Esta es la filosofía de los Institutos de Investigación Sanitaria, impulsados por el Instituto de Salud Carlos III, que no fía todo al esfuerzo aislado de los hospitales, sino a la colaboración con otras instituciones de investigación, innovación y empresas.

Los elementos ligados a la investigación deben influir en la selección de profesionales

- **Planificación estratégica**
 - Identificación de prioridades en investigación y organización de la captación de fondos de agencias públicas y privadas de financiación de la investigación.
- **Gestión de la investigación**
 - Mediante procedimientos de gestión de proyectos y de control de calidad y seguimiento.
- **Innovación**
 - Fomento de la cultura innovadora y desarrollo o colaboración con oficinas de transferencia tecnológica (para gestionar la propiedad intelectual y facilitar la comercialización de patentes, licencias y productos derivados de la investigación).
- **Formación y desarrollo del personal**
 - Mediante la celebración de planes de formación específicos, cursos, seminarios y otro tipo de actividades para formar en investigación al personal sanitario.
- **Comunicación**
 - Publicaciones, eventos científicos, y redes sociales, como formas fundamentales de difusión de los resultados de la investigación.

Estrategias fundamentales para impulsar la investigación & innovación en los centros sanitarios

La investigación e innovación en hospitales y centros sanitarios solo puede desarrollarse si este intento impregna el conjunto de la estrategia general de la institución y su gestión (y no solo de la parte dedicada a investigación, sino del conjunto de la institución).

Esto requiere:

- **Fomento de la cultura de investigación**
 - Incentivar la participación
 - Reconocimiento profesional, carrera profesional en la que se recompense la investigación. Los dos grados máximos de la carrera profesional deben ser la investigación como uno de los factores diferenciales como lo tienen otras comunidades autónomas.
 - Selección de profesionales, en la que se tengan en cuenta elementos ligados a la investigación e innovación. En el baremo para la oposición de profesionales con contrato fijo, el doctorado ha de tener una evaluación diferencial. El doctorado es el primer paso sólido para la investigación.
 - Capacitación continua
- **Facilitar recursos y financiación**
 - Acceso a recursos y asegurar fondos, mediante alianzas con instituciones públicas y privadas
- **Crear equipos multidisciplinares**
 - Tanto a nivel interno (médicos, farmacéuticos, enfermeros, biólogos, físicos, técnicos, ...), como externo (mediante la conexión con universidades, centros de investigación y empresas tecnológicas).
- **Promover el tiempo protegido para investigación**
 - Mediante la asignación de tiempos específicos, para que los profesionales puedan dedicarse a tareas de investigación, sin interferir con sus actividades asistenciales
 - Según la Ley 17/2022 ⁽¹⁾, hay la posibilidad de contratar facultativos asistencia-

⁽¹⁾ Ley 17/2022, de 5 de septiembre, por la que se modifica la Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación (Disposición Final Primera)

les que se puedan dedicar en un 50% a la investigación, estando incluso algunos subvencionados por el Instituto de Salud Carlos III (contratos Joan Rodés)

- **Establecer las infraestructuras adecuadas**

- Básicamente, las unidades de investigación y las oficinas de soporte

- **Difundir y aplicar los resultados**

- Mediante publicaciones científicas y la implementación clínica, traduciendo los hallazgos en mejores prácticas para la atención sanitaria

- **Potenciar la formación de futuros investigadores**

- Programas de investigación durante la residencia y de mentoría

- **Visibilidad de la investigación que se lleva a cabo en el Principado que mejora el entorno y es un orgullo para profesionales y conciudadanos**

En resumen, el fomento de la investigación e innovación en un centro sanitario no es solo algo que deba preocupar a los investigadores o a la estructura de gestión de la investigación, sino que deber impregnar toda la estrategia y gestión del centro. Es por lo que creemos que, sin perjuicio de la gestión diferenciada de la investigación, como propone el Instituto de Salud Carlos III, el director Científico (o un representante de este) debe formar parte del Comité de Dirección de los centros sanitarios implicados en la investigación y vinculados al Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias.

Organización y acreditación de los Institutos de Investigación biomédica por parte del Instituto de Salud Carlos III

El Instituto de Salud Carlos III impulsa la creación de Institutos de Investigación biomédica en los centros sanitarios como “*entidades dedicadas a la investigación básica y aplicada, creados mediante la asociación a los hospitales del Sistema Nacional de Salud, de las universidades, organismos públicos de investigación y otros centros públicos o privados de investigación, a los efectos de constituir institutos de investigación multidisciplinares*”.

Una alianza entre varias instituciones de investigación es la base de los Institutos de Investigación Biomédica.

Los institutos se regulan por el Real Decreto 279/2016 ⁽⁷²⁾ y los elementos fundamentales contemplados son:

- tiene que haber un instrumento jurídico que ampare la asociación de los hospitales docentes del Sistema Nacional de Salud con los centros públicos o privados de I+D+i que han de integrar los institutos
- estructura organizativa que cuente con un director científico, como la máxima autoridad del Instituto
- una estructura única de gestión, separada de la estructura de gestión asistencial y docente, con un director de gestión
- un plan estratégico de investigación del instituto
- un comité científico externo
- un comité científico interno

El Instituto de Salud Carlos III establece que el director científico es la máxima autoridad de los Institutos de Investigación

^[72] Real Decreto 279/2016, de 24 de junio, sobre acreditación de institutos de investigación biomédica o sanitaria

Asturias cuenta con una importante masa crítica de investigadores

- la acreditación como Instituto de Investigación por parte del Instituto de Salud Carlos III tendrá una vigencia de cinco años
- se prevé una renovación de la acreditación o una revocación de esta si no se cumplen criterios de actividad científica y organizativos, particularmente la participación de los investigadores en diversos comités

En resumen, la filosofía de los Institutos de Investigación Biomédica es:

- Agrupar el esfuerzo de múltiples instituciones de investigación
- Director científico, al frente del del Instituto
- Gestión diferenciada
- Evaluación continua

La existencia de una gestión diferenciada, algo positivo para el desarrollo de la investigación, ha tenido, sin embargo, un efecto negativo: el desentendimiento de los equipos gestores de los centros sanitarios de la gestión de la investigación y, como hemos visto, la investigación no puede desarrollarse en un centro sanitario si esta no está en la estrategia general de la organización y en los esfuerzos de gestión generales del centro sanitario.

El punto de partida en Asturias

Una importante y prestigiada masa crítica de profesionales en investigación & innovación

En todos los ámbitos científicos, pero muy particularmente en biomedicina.

Esto se refiere a los profesionales procedentes tanto del propio sistema sanitario, como de la

Universidad de Oviedo (Biología, Psicología, Química, Medicina y Ciencias de la Salud, Ciencias Físicas y Matemáticas, Ingeniería informática, Politécnica, institutos y centros propios de investigación), como de los centros en Asturias del Consejo Superior de Investigaciones Científicas: CINN (Centro de Investigación en Nanomateriales y Nanotecnología); INCAR (Instituto de Ciencia y Tecnología del Carbono); IPLA (Instituto de Productos Lácteos de Asturias), el IMIB (Instituto Mixto de Investigación en Biodiversidad) y el IGME (Instituto Geológico y Minero de España), así como otras entidades en investigación e innovación tanto públicas como privadas.

Una comunidad autónoma que dedica pocos recursos económicos a la I&I

Como se ve en la **Figura 5**, Asturias está en el furgón de cola entre las comunidades autónomas en gasto en I&D por habitante:

Esta misma realidad se expone en otras publicaciones ⁽⁷³⁾. Según el informe de la Fundación COTEC ⁽⁷⁴⁾, hay tres comunidades autónomas que no han conseguido recuperar los niveles de inversión en I+D previos a la crisis financiera: Asturias (-9%), Cantabria (-7%) y La Rioja (-3%).

Un tardío reconocimiento del ISPA (Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias) como Instituto de investigación por el Instituto de Salud Carlos III

Dicho reconocimiento fue tardío, en 2021, mientras que los primeros Institutos lo fueron en 2010, con 11 años de retraso sobre los más avanzados.

Como hemos visto, las razones de este retraso

En términos relativos con otras comunidades autónomas, Asturias dedica pocos recursos económicos a la I&D

^[73] <https://www.epdata.es/datos/gasto-investigacion-innovacion-datos-graficos/224>, consultado 19 noviembre 2024

^[74] Xifré, R, Karperskaya, Y, Gasto Público en I+D+i en España: Análisis y propuestas, <https://www.funecas.es/articulos/gasto-publico-en-idi-en-espana-analisis-y-propuestas/>, consultado 31 marzo, 2025

€/Hab (Unidades)

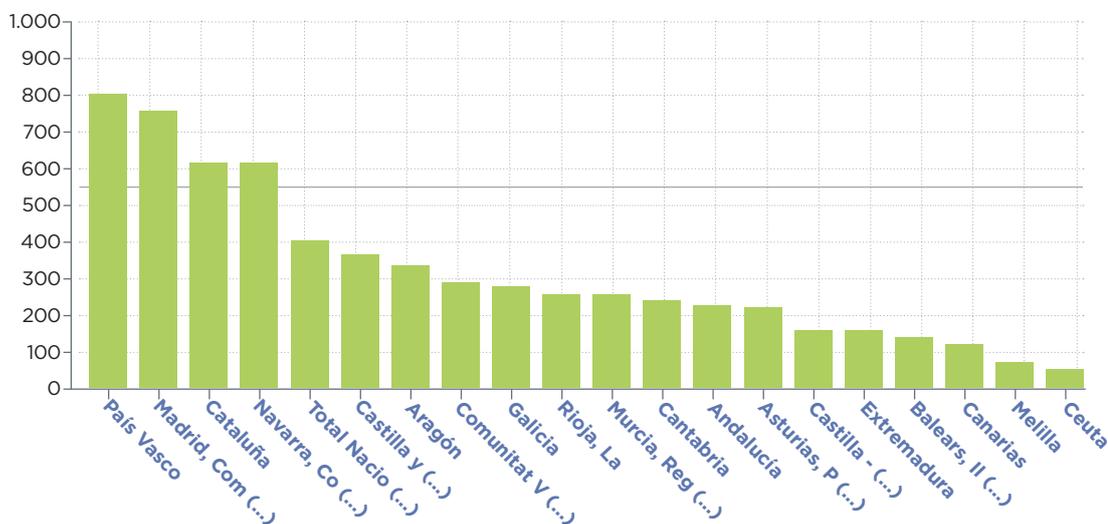


Figura 5: Gasto en I+D por comunidades autónomas en 2022

Fuente: ⁽⁷⁵⁾

no tienen nada que ver con la no existencia de una masa crítica de investigadores, ni con la ausencia de producción científica.

Problemas de gobernanza en la I+D sanitaria en Asturias

Esto hace referencia tanto al propio ISPA, cuya dirección científica debe poder ejercer las funciones que le asigna la definición de los Institutos de Investigación Sanitaria, ya que según los criterios de acreditación del Instituto de Salud Carlos III el órgano de gestión está supeditado a la dirección científica.

También se refiere a la escasa implicación del conjunto sanitario en el apoyo al desarrollo de la investigación.

Insuficiente política de atracción y retención de investigadores

Lógicamente la atracción de investigadores foráneos no significa la infravaloración de los investigadores regionales, sino que se trata de reforzar el campo de la I+D. Esta captación de recursos externos es una característica de los centros de I+D más prestigiosos del mundo, dónde residen los investigadores más renombrados.

La política de atracción debe dirigirse de manera especial a aquellos asturianos distinguidos que en este momento realizan su actividad en otras comunidades o países.

Se debe crear un programa similar al ICREA ⁽⁷⁵⁾, en Cataluña, o IKERBASQUE ⁽⁷⁶⁾, en el País Vasco, o ARAID ⁽⁷⁷⁾ en Aragón, con dos grados según experiencia y nivel (emergente y consolidado) y estabilización y ayuda inicial de

nfasis en la política de atracción y retención de investigadores

^[75] Evolución de la I+D, noviembre 2023, <https://cotec.es/infomes/evolucion-de-la-id-2/>, Consultado 19 noviembre 2024

^[76] ICREA, <https://www.icrea.cat/es/quienes-somos>, consultado 22 de noviembre, 2024

^[77] IKERBASQUE, <https://www.ikerbasque.net/es/convocatorias>, consultado 22 noviembre, 2024

^[78] ARAID, <https://araid.es/es/content/informacion-general-sobre-la-convocatoria-araid>, consultado 17 febrero, 2025

personal y financiación para el impulso inicial los primeros años en el nivel superior.

Ausencia de carrera profesional sanitaria en investigación

Todo ello a pesar de las posibilidades que da la Ley 17/2022 ⁽⁷⁹⁾, en su Disposición Final Primera, que desarrolla ampliamente este asunto, abriendo nuevos caminos.

Un cierto retraso en el desarrollo de ensayos clínicos

Asturias ocupa una baja posición en cuanto al desarrollo de ensayos clínicos ⁽⁸⁰⁾, por las siguientes razones:

- Hace pocos ensayos, en términos relativos con otras comunidades
- Hace ensayos de menor calidad, en general fases III y IV, en vez de las fases I y II, que son los de mayor interés, tanto científico como económico
- En términos de ingresos económicos ha ido perdiendo peso relativo en España, pasando del 0,8% de los ingresos nacionales en 2012 al 0,6% en 2022
- En términos de ingresos económicos, Asturias, con 4 millones, está por debajo de Extremadura, Cantabria, Murcia, Canarias y Castilla y León.

Una cierta cultura de rechazo a la colaboración público/privada y a las alianzas con empresas

Las alianzas con empresas e instituciones privadas son fundamentales si se quiere impulsar la investigación e innovación.

Recomendaciones para Asturias

Con carácter previo a las recomendaciones, es importante insistir en la **necesidad de impulsar un cambio cultural en la Investigación & Innovación sanitaria en Asturias**, a partir de los siguientes criterios:

- Una buena asistencia y una buena investigación en sanidad es una inversión
- Una buena investigación se corresponde con una buena asistencia
- Nos interesan líderes profesionales de primer nivel
- Debe haber una implicación del conjunto de la gestión (Consejería de Sanidad, Consejería de Ciencia, direcciones de los centros sanitarios) con el impulso a la investigación & innovación y no solo con la asistencia
- El ISPA, bajo la dirección de una dirección científica del máximo nivel, respetada y valorada, debe ejercer un papel de liderazgo en el proceso, aunando los esfuerzos en investigación sanitaria tanto del sistema sanitario, como de la Universidad, el Consejo Superior de Investigaciones Científicas e impulsando alianzas y colaboración con los esfuerzos de las empresas privadas
- Dentro de las recomendaciones distinguimos dos tipos de ellas:

Los ensayos clínicos,
una actividad a
impulsar

^[79] Ley 17/2022, de 5 de septiembre, por la que se modifica la Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación

^[80] BDmetrics, Datos y análisis 34ª publicación, 19 febrero, 2024, https://www.google.es/search?q=BD+metrics+34+publicaci%C3%B3n&client=safari&scas_esv=63657ae716cdf89c&xsrf=AHTn8zroA1sboqWlb_Yn9zWfWVjQvU-4w%3A1737732390389&source=hp&ei=JrGTZ5-AFafT1sQP5Jis0AU&isig=ACKRmUkAAAAZ50_NIE0LythCyclP9kBCFx20zKqrDq&ved=0ahUKewifq9301Y6LaxWnqZUCHWQEG1oQ4dUDCBc&uact=5&oeq=BD+metrics+34+publicaci%C3%B3n&gs_l=Eqdnd3Mtd2l6lhpCRCBtZFRyaWNzDM0IH81YmxyY2FjacQzbljHECEYoAEYCKieNIAAWMAYcAF4AJABAjgBogG-qAeATqEEMTqu0LqBA8gBAPgBAZqCG6ACpxTCAgQ0lxqmwglMECMYgAQYExqnGloFwglREC4YgAQYsQMYYowEYxwHCAgsQABiABBixAxiDAclCCBAu-GIAEGLDwglIEAAYgAQYsQPCAgUQABiABMICEBAuGIAEGNEDGEMyXwEYigXCAgsQLhiABBjRAXjHAclCCXAUgIAEGMcBGK8BwglHEAAYgAQYCsICBxAuGIAEGArCAgUQLhiABMICEBAAGIAEGMsBwglOEC4YgAQYQOMYxwEYyHCAgqQLhiABBjLAcICBxAAGIAEGBPcAgUQLhiABBgTGMcBGK8BwglHEAAYgAQYDcl-CBhAAGA0YHsiCBhAAGBYHsiCCBAAGIAEGKIEwglIEAAYBRqNGB7CAgUQIRigAZqDAJIHBT3LJEwoAfujIAE&scient=gws-wiz

- Las dos primeras pueden considerarse como **“Medidas urgentes e imprescindibles”**
- El resto de las propuestas pueden considerarse como **“Medidas altamente recomendables”**

Cambio en el tipo de Fundación ligada a la investigación sanitaria

Dado que la inmensa mayoría de los fondos que recibe el ISPA son públicos, la FINBA se debería convertir en una fundación pública instrumental del ISPA, lo que no quita para que pudiera recibir fondos privados. En consecuencia, se suprimiría el Patronato y quedaría solo el Consejo Rector como único órgano de gobierno del ISPA, integrándose en el mismo la Fundación. Con esta Fundación Pública, el ISPA se homologaría al resto de los Institutos de Investigación Sanitarios de España acreditados por el Instituto de Salud Carlos III.

Las aportaciones públicas deberían aumentar notablemente para poner al ISPA al nivel de la nominativa que perciben otros institutos, muy superior a la que recibe actualmente.

Garantizar la reacreditación del ISPA

Se parte de la base de que la acreditación del ISPA como Instituto de Investigación por el Instituto de Salud Carlos III no es definitiva, sino que hay que renovarla cada cinco años.

Esta reacreditación se haría mediante el impulso a las plataformas, la atracción y retención del mejor talento, la producción científica y el impulso a la innovación.

La *Guía Técnica de Evaluación de Acreditaciones de los Institutos de Investigación Bio-*

médica o Sanitaria ⁽⁸¹⁾ establece que el director científico tiene capacidad ejecutiva para el desarrollo de las competencias que establece el vínculo jurídico y los estatutos del Instituto de Investigación, teniendo que verificarse documentalmente con ejemplos de toma de decisiones (punto 1.2.2.2).

El punto 1.4.1.1 dice que: Existe un director de Gestión, nombrado por los órganos de gobierno del IIS, con conformidad del director científico. Este hecho implica que el director de gestión debe estar al servicio del área científica y someterse en lo esencial a sus directrices.

La Guía de acreditación incluye numerosos puntos sobre las funciones del **Comité Científico Externo** y del **Comité Científico Interno** (puntos 1.3.2.1 a 1.3.2.6), ambos en este momento no funcionantes, por diversas circunstancias. Por otra parte, numerosas comisiones esenciales para el funcionamiento del Instituto, como la de Recursos Humanos y otras, han dimitido hace tiempo o no están operativas.

Todo esto hace que si persisten las circunstancias anteriores, la reacreditación que tiene que realizarse dentro de menos de dos años podría tener dificultades.

Impulso a las políticas de atracción y retención de talento

Esto no significa infravalorar las altas capacidades humanas de investigación que hay en Asturias.

En esa captación de talento se incluye el dar un horizonte profesional a los contratos Miguel Servet o los contratos Joan Rodés, mediante su estabilización dentro del sistema sanitario, como la Universidad estabiliza los contratos Ramón y Cajal. Igualmente la creación de un programa similar al ICREA.

Necesidad de cambio de modelo de gobernanza del ISPA

^[81] Guía Técnica de Evaluación de Acreditaciones de los Institutos de Investigación Biomédica o Sanitaria, https://sede.isciii.gob.es/announcements_detail.jsp?pub=51415, consultado 2 abril, 2025

Carrera investigadora sanitaria

En una doble vertiente:

- Carrera de investigadores puros, de tal manera que en los centros sanitarios hubiera la plantilla de investigadores sanitarios no clínicos con distintas formaciones
- Valoración de la actividad investigadora en la carrera profesional de los clínicos (ejemplo de Cataluña: no se puede acceder a los niveles superiores de la carrera profesional sin actividad investigadora)

Desarrollo y consolidación de plataformas investigación

Hay que tener en cuenta que lo principal son las personas (los líderes profesionales) y garantizando la continuidad, mediante una estructura estable.

Las plataformas a impulsar son, al menos, las siguientes:

- **Terapias avanzadas**
- **Biobanco** (todo tipo de muestras biológicas y organoides)
- **Análisis de Datos**, para realizar análisis masivo de datos, a partir de reconocer el valor de los datos clínicos, analizarlos con IA, respetando la seguridad y privacidad y que los beneficios de esta explotación reviertan en el sistema
- **Genómica**
- **Medicina personalizada**
- **Bioterio**

Apertura a las relaciones con empresas

No solo mediante el impulso a *spin-offs* y creación de *start-ups*, sino mediante acuerdos con empresas consolidadas.

Estructura profesional de relaciones con las empresas.

Impulso a la expansión de los espacios de investigación

Ligados al edificio del ISPA, ya que los actuales se han quedado pequeños y se necesitan espacios para las nuevas plataformas.

Se ha firmado por parte de la Universidad y el Gobierno de Asturias un acuerdo para construir un edificio gemelo al actual del ISPA que contenga una plataforma de simulación y bioterio, en el que deberían habilitarse espacios amplios para laboratorios pues en el edificio actual apenas queda sitio.

Relaciones con redes internacionales en I&I en biomedicina

Impulso a la realización de tesis doctorales

Tanto por parte de los residentes como por el resto de personal clínico.

Política de captación de los mejores residentes

Captación de líderes clínicos que tengan experiencia y proyección en I&I en biomedicina

No selección con criterios de endogamia, haciendo que los gestores realicen una prospección nacional e internacional del mejor talento, para traerlo a Asturias. Algo similar a lo que hacía el Comité de Credenciales en el antiguo Hospital General de Asturias, que logró atraer a Asturias talento muy destacado, muchos de ellos vinculados a Asturias pero en ese momento en otros países.

Los liderazgos en parte nacen, pero también hay que formarlos, para lo que tiene que haber los correspondientes programas.

Desarrollo de las plataformas de investigación

Desde el punto de vista asistencial, integración en red del sistema de salud asturiano, con los mismos protocolos de actuación

Ya que la base de una buena I&I en biomedicina es una excelente asistencia.

Integración de otras disciplinas en la investigación biosanitaria

Médicos, enfermeros, psicólogos, ingenieros, físicos, químicos, informáticos, filósofos, ...

Impulso al proyecto de secuenciación del exoma/genoma de los asturianos y al fortalecimiento del Área transversal de envejecimiento

En relación con la **secuenciación del exoma/genoma**, se proponen impulsar algunas iniciativas como las recientemente lanzadas en Galicia y Cantabria. (Ver **Anexo I**).

En relación con el **envejecimiento**, podría seguirse el ejemplo a seguir de la Estrategia de I+D basada en el envejecimiento del IIS-BIODONOSTIA, llamada IKAGURE-BD ⁽⁸²⁾, en la que se incorporan los distintos actores de su entorno que trabajan en el ámbito de la salud. (Ver **Anexo II**).

Integración de las asociaciones de pacientes en los esfuerzos de I&I

Teniendo en cuenta sus prioridades y planteamiento de formas de actuación.

Impulso a los ensayos clínicos

Particularmente en las Fases I (que actualmente no se realizan en Asturias) y II. También impli-

cando a la Atención Primaria en la realización de ensayos.

Fomentar la innovación en tecnologías médicas

Mediante la colaboración de las Escuelas de Ingeniería con el sistema sanitario.

Concreción de ciertos proyectos anunciados

Hace años se viene anunciando que parte de las naves de la antigua Fábrica de Armas de La Vega podrían ser reconvertidas en una especie de polo biosanitario. Al margen del tiempo que tarde en concretarse la cesión de dichos espacios, se debería ir programando la urbanización del entorno y la habilitación de los edificios, a la vez que iniciar gestiones con empresas del sector biosanitario que tengan un cierto potencial de ser empresas tractoras del polo y estén relacionadas con las áreas de investigación en las que somos más fuertes.

Renovación de la formación de carreras sanitarias y, en concreto, en Medicina

Haciendo énfasis en tres elementos sobre los que tiene que haber formación básica:

- En gestión
- En tecnologías digitales
- En creación de bases de datos

Como dice la Dra. Chang en unas recientes declaraciones ⁽⁸³⁾, el médico del futuro será un médico “ayudado y mejorado por la Inteligencia Artificial”

Impulso al proyecto de secuenciación del exoma/genoma de los asturianos

^[82] Biogipuzkoa, 10 años de investigación en envejecimiento, <https://www.biodonostia.org/resumidos-10-anos-de-investigacion-en-envejecimiento/>, consultado 31 marzo, 2025

^[83] *AI Will -and Should- Change Medical School, Says Harvard's Dean for Medical Education*, JAMA, November 21, 2023, Volume 330, Number 19

Algunas mejores prácticas en I+D sanitaria de posible interés para Asturias

Carrera profesional ICS (Instituto Catalán de la Salud)

El ICS ha publicado la carrera profesional, que afecta tanto al personal titulado superior como a los diplomados. En todos los casos, sobre todo en el titulado superior, se reconoce la investigación como un mérito para ascender en los 4 niveles de carrera que se establecen. También se dan criterios de valoración de esta actividad de investigación ⁽⁸⁴⁾.

Oficinas de Ensayos Clínicos

Entre otras, y sin ningún ánimo de exhaustividad:

Oficina de Ensayos Clínicos en Oncología (Hospital Valle de Hebrón), Barcelona

Creada en 1997, la Oficina de Ensayos Clínicos incorpora expertos que llevan a cabo ensayos clínicos en el Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Vall d'Hebron (HUVH) ⁽⁸⁵⁾.

Unidad Balear de Investigación Clínica y Ensayos Clínicos (UBICEC)

El objetivo es la realización de ensayos clínicos en las primeras etapas del desarrollo de nuevos tratamientos (Fase I y II) y proporcionar a los pacientes acceso a terapias innovadoras de manera más precoz ⁽⁸⁶⁾.

Proyecto Xenoma Galicia

El proyecto recopilará el ADN de 400.000 gallegos para identificar variantes genéticas de alto riesgo ⁽⁸⁷⁾.

Anexo I: Propuesta en relación con el proyecto exoma/genoma

Recientemente se ha planteado en Asturias una iniciativa encaminada a secuenciar los exomas/genomas de una parte significativa (aprox. 5 %) de la población asturiana (50.000 exomas/5.000 genomas).

Conocer la secuencia del exoma/genoma de un individuo permite identificar variantes genéticas que condicionan su salud y la de su familia, como su predisposición a desarrollar alguna de las más de 5.000 enfermedades raras con base genética o su capacidad para metabolizar fármacos.

Los resultados de las iniciativas pionera de este tipo, como **Genomics England** ⁽⁸⁸⁾ han demostrado su enorme aplicabilidad clínica. Pero, más allá de la utilidad clínica individual, la secuenciación del exoma/genoma de una cohorte representativa de asturianos tendría un enorme potencial para impulsar la investigación sanitaria en la región, tanto ofreciendo la posibilidad de contribuir a identificar qué alteraciones genéticas son responsables de las más de 3.000 enfermedades con base genética en las que aún nadie ha establecido su causa, como abriendo la puerta a la realización de proyectos de investigación clínica con la participación de individuos y familias con diagnósticos genómicos precisos, lo que permitiría descubrir asocia-

^[84] Guía informativa. Carrera profesional ICS, https://ics.gencat.cat/ca/ics/informacio-corporativa/equip-huma/desenvolupament-professional/carrera_profesional/index.html, consultado 31 marzo, 2025

^[85] Oficina de Ensayos Clínicos, <https://vhio.net/es/oficina-de-ensayos-clinicos/>, consultada 19 noviembre 2024

^[86] UBICEC, <https://www.idisba.es/es/Servicios/Plataformas-Científico-Técnicas/Unidad-Balear-de-Investigación-Clinica-y-Ensayos-Clinicos-UBICEC->, consultado 31 marzo, 2025

^[87] El proyecto Xenoma Galicia refuerza la apuesta de la Xunta por la medicina personalizada y preventiva, <https://www.xunta.gal/es/notas-de-prensa/-/nova/009812/proyecto-xenoma-galicia-refuerza-apuesta-xunta-por-medicina-personalizada-preventiva>, consultado 4 marzo, 2025

^[88] Genomics England, <https://www.genomicsengland.co.uk/>, consultado 19 noviembre 2024

ciones fenotipo-genotipo que, de otra manera, no sería posible establecer.

No obstante, un proyecto así no se logra simplemente disponiendo de los datos crudos de secuenciación genómica de cada habitante de nuestra comunidad. Para poder sacar partido a esta valiosísima información será necesario contar con infraestructuras de almacenamiento, gestión e interpretación de muestras, datos genómicos y datos clínicos apropiadamente dimensionadas y, lo que es más importante, con equipos de personal experto en biobancos, bioinformática y genómica clínica capaces de poner en marcha el proyecto y de sostenerlo en el tiempo, ya que, una vez establecida y comprobados sus beneficios, la infraestructura de genómica clínica del Principado de Asturias se deberá convertir en un elemento indispensable para la sanidad y para la investigación biosanitaria de la región, dotándolas de la capacidad de integrar en el manejo clínico de cada paciente su información genómica.

La puesta en marcha de este proyecto podría seguir el ejemplo de comunidades vecinas, como Galicia, **Proyecto Xenoma Galicia** ⁽⁸⁹⁾ o el **Proyecto Cohorte Cantabria** ⁽⁹⁰⁾. Esta última, aprovechando una iniciativa similar a la que se ha propuesto en Asturias, ha diseñado un planteamiento que ha sido ya publicado ⁽⁹¹⁾ y que, con las adecuadas inversiones (en Cantabria recibirá una dotación de 6,6 millones de euros), sería perfectamente trasladable al Principado.

Anexo II: Propuesta en relación con el proyecto sobre envejecimiento

El envejecimiento saludable supone un reto socioeconómico de primera magnitud en sociedades avanzadas, en las que la población envejecida aumenta constantemente, lo que genera desequilibrios importantes en la atención sanitaria y en la sostenibilidad del sistema universal de cobertura sanitaria. En Asturias se encuentra la población más envejecida de España y se prevé un censo poblacional global gravemente desequilibrado, ya que será mucho menor en la base de la pirámide, mientras que el grupo de mayor edad (>65) experimentará un notable crecimiento.

Consciente de esta realidad, el ISPA creó el **Área Transversal de Envejecimiento**, a la que se incorporaron distintos grupos de investigación, a la vez que están operativos algunos grupos de las áreas de Medicina de Familia y Cuidados de Enfermería que trabajan en ese ámbito. Para ello se estimuló el debate entre los distintos actores centrados en la investigación en envejecimiento del entorno e impulsó la interacción de los diferentes Grupos del ISPA, ya que prácticamente a todos ellos les atraviesa de forma horizontal el estudio del envejecimiento.

Teniendo en cuenta esta base organizativa, se debería dar un impulso mayor y discutir por parte del Área Transversal de Envejecimiento, y otros actores que podrían incorporarse, el conocimiento generado por distintas líneas de investigación para proporcionar de forma eficiente evidencias sobre las características y los determinantes del proceso de envejecimiento con un abordaje multidisciplinar.

Para conseguir este objetivo global, la Estrategia se dividiría en distintas áreas temáticas, cuyas líneas maestras tentativamente podrían ser las siguientes:

Potenciar el Área Transversal de Envejecimiento

^[89] Proyecto Xenoma Galicia, <https://www.sergas.es/Recursos-Humanos/PROXECTO-XENOMA?idioma=es>, consultado 2 abril, 2025

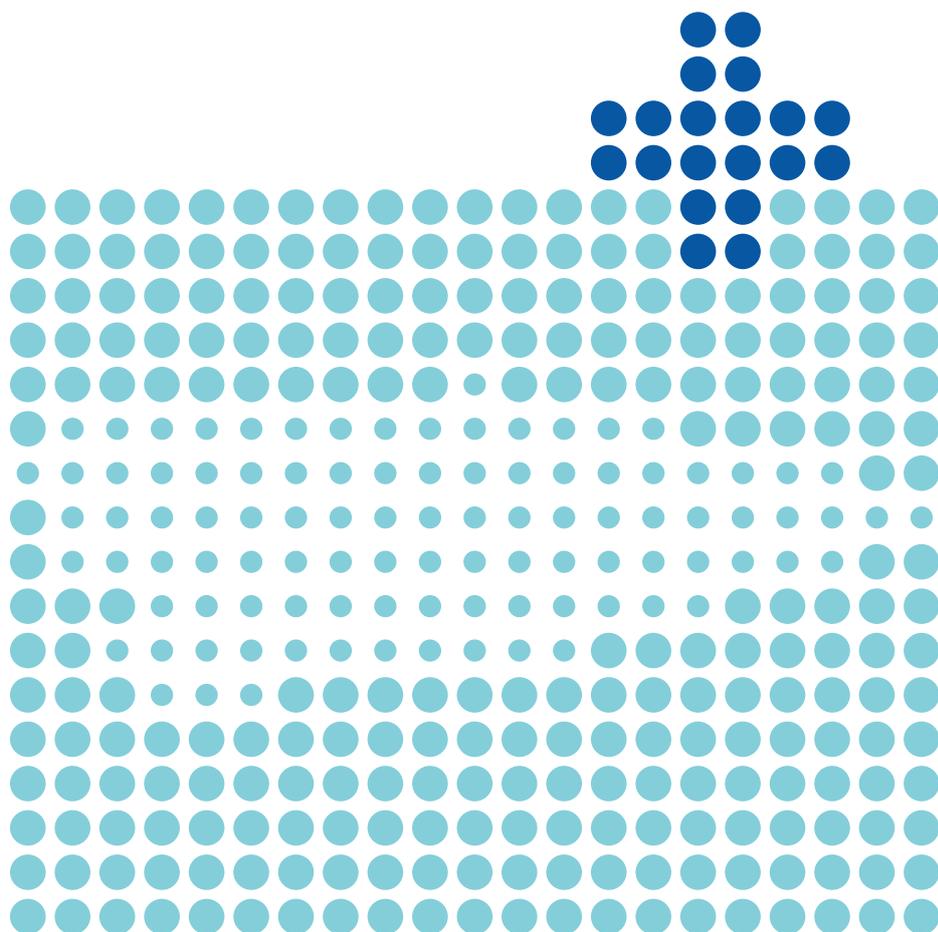
^[90] Proyecto Cohorte Cantabria, <https://cohortecantabria.com>, consultado 31 marzo, 2025

^[91] The Cantabria Cohort, a protocol for a population-based cohort in northern Spain, <https://link.springer.com/epdf/10.1186/s12889-023-17318-8>, consultado 19 noviembre 2024



1. *Caracterización de los determinantes biológicos responsables del envejecimiento, así como avance en la identificación de su sustrato fisiopatológico común.*
 - Células madre.
 - Senescencia.
 - Autofagia.
2. *Identificación de factores ambientales y biológicos del envejecimiento saludable y que provocan envejecimiento prematuro (modelos de envejecimiento humano).*
 - Nonagenarios y centenarios.
 - Distrofia Miotónica.
3. *Determinantes del envejecimiento activo y saludable y estudio de la fragilidad.*
 - Fragilidad (biomarcadores, desarrollo de instrumentos y estrategias de intervención, dispositivos para la recuperación de capacidades física y cognitiva, etc.)
 - Promoción del envejecimiento activo y saludable.
4. *Carga epidemiológica, social y económica del envejecimiento.*
 - Evaluación de los modelos de atención sanitaria y sociosanitaria integrada en población mayor.
 - Carga epidemiológica y económica de las enfermedades relacionadas con el envejecimiento.

Governanza



Qué se entiende por gobernanza

- La gobernanza de los sistemas de salud se refiere a los procesos, estructuras e instituciones que existen para supervisar y gestionar el sistema sanitario de un país. Gestiona **las relaciones entre los distintos agentes** y partes interesadas que intervienen en la atención sanitaria, incluidos **organismos gubernamentales, proveedores de atención sanitaria, pacientes y sus familias**, personas y comunidades, organizaciones de la sociedad civil y entidades del sector privado (OMS,⁹⁴).
- La gobernanza está, por tanto, vinculada a la estructura organizativa y de gestión del sistema sanitario. Las estructuras administrativas jerárquicas como las del Sistema Nacional de Salud (SNS) dificultan/impiden la efectiva participación de los agentes más relevantes (pacientes y profesionales).
- La gobernanza generalmente se refiere a las estructuras de control y los sistemas de participación de los agentes (especialmente los mencionados), por lo que no nos referiremos específicamente a los sistemas de gestión, aunque se debe mencionar su interdependencia y señalar que el sistema de gestión de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, incluido el sistema sanitario asturiano, de carácter burocrático-administrativo, sin delegación real de gestión en los centros sanitarios y con instrumentos (gestión de personas; sistemas de contratación; etc.) diseñados para la función de control de la administración, no son eficaces para la gestión de la provisión de servicios.
- Las Comunidades Autónomas tienen un amplísimo margen de autonomía para transformar su sistema sanitario y, por tanto, sus

sistemas de gobernanza. Margen que, en términos generales, no ha sido utilizado.

Elementos clave de la gobernanza

Nos parecen elementos clave de gobernanza:

- **Liderazgo:** Definición de prioridades y visión estratégica.
- **Rendición de cuentas:** Transparencia y monitorización del desempeño.
- **Participación:** Involucrar a actores clave (gobiernos, comunidades, sector privado).
- **Regulación:** Normas y mecanismos para garantizar la calidad y equidad.

La transparencia, un
prerrequisito de la
buena gobernanza

Gobernanza en el Sistema Nacional de Salud (SNS): un problema nunca solucionado

Un tema mal resuelto en la Ley General de Sanidad

La gobernanza del Sistema Nacional de Salud es un tema mal resuelto en la Ley General de Sanidad. La Ley no entra en absoluto en el diseño institucional del Sistema Nacional de Salud al que define ⁽⁹²⁾ como *el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas*. Aparte de la creación del Consejo Interterritorial, no figura mucho más en la Ley en cuanto a la forma de organizar o gobernar este *conjunto*.

El que no se desarrolle bien la gobernanza en la Ley no es de extrañar, ya que el término apenas existía cuando esta se publica. Se habla ⁽⁹³⁾ de órganos colegiados de participación, creando

^[92] Ley General de Sanidad, artículo 44.2

^[93] Ley General de Sanidad, artículo 58

El Dictamen de a Comisión de Reconstrucción Social y Económica, tras la covid, hace propuestas muy interesantes sobre gobernanza

los Consejos de Salud de Área. Pero esta parte de la Ley nunca se aplicó de forma generalizada y, por otra parte, ni su composición ni sus funciones son asimilables a los actuales órganos de gobierno corporativo.

Por otra parte, tras la etapa de elaboración de la Ley General de Sanidad, ha habido en España muy contadas reflexiones de carácter institucional sobre el sistema sanitario. Destacan el informe de la **Comisión Abril** (1991), la **Subcomisión de Sanidad del Congreso** (1997) y la **ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud** (2003). Esta última es la que más seriamente aborda el problema de la gobernanza, pero –sea por su diseño o por la situación política– lo cierto es que nunca ha pasado del componente declarativo.

El tema de la gobernanza en los sistemas de salud ha sido abordado por varias instituciones internacionales, como la **OMS** en el año 2000⁽⁹⁴⁾, o el **Consejo de Europa** en 2012⁽⁹⁵⁾

En España merece la pena citar las aportaciones de la **Organización Médica Colegial** de 2012⁽⁹⁶⁾, de la **Asociación de Economía de la Salud**⁽⁹⁷⁾ de 2014 y de **FACME-IMAS** en 2019⁽⁹⁸⁾. Por proceder de una comunidad autónoma, así como por su calidad técnica, hay que citar también las **Recomendaciones del Consejo Asesor sobre el Código de Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca**⁽⁹⁹⁾.

Más recientemente la **Comisión para la Reconstrucción Social y Económica**, del

Congreso de los Diputados, creada a raíz de la pandemia, emitió un Dictamen⁽¹⁰⁰⁾, aprobado por amplia mayoría del Congreso, en el que se contienen propuestas muy interesantes sobre la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, ninguna de las cuales ha sido llevada a la práctica.

Como dice el documento de la Asociación de Economía de la Salud, el concepto de “buen gobierno” va mucho más allá del cumplimiento de las leyes, obtener buenos resultados, ausencia de corrupción, mala gestión o nepotismo. También exige que el proceso de toma de decisiones responda a un conjunto de reglas consensuadas de participación democrática, transparencia, responsabilidad, rendición de cuentas y obediencia a códigos de conducta.

Hay un libro⁽¹⁰¹⁾ que se ha convertido en un clásico para definir los conceptos actuales de gobernanza y buen gobierno. Su modelo **TAPIC** (Transparency, Accountability, Participation, Integrity, y Policy Capacity) tiene hoy un gran predicamento en la literatura de sistemas sanitarios.

Por lo tanto, cuando hablamos de gobernanza hablamos del proceso de toma de decisiones y tenemos que referirnos a actores, reglas de juego –formales e informales– y organizaciones. También a valores.

Si la Ley General de Sanidad nunca profundizó en la gobernanza ni en la configuración organizativa del conjunto que llama Sistema Nacio-

^[94] Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud OMS, Ginebra, 2000, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA53/sa4.pdf, consultado 31 marzo, 2025

^[95] Recommendations CM/Rec (2012) 8 of the Committee of Ministers to Member States on the implementation of good governance principles in health systems, accesible en <http://www.refworld.org/docid/50697e362.html>, consultado el 26 de noviembre, 2024

^[96] Profesión médica y reforma sanitaria: propuestas de acción inmediata Organización Médica Colegial, 2012

^[97] Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance, Capítulo 4. Buen gobierno de la sanidad, AES, 2014, https://www.aes.es/Publicaciones/SNS_version_completa.pdf, consultado 2 abril, 2025

^[98] Los retos del Sistema Nacional de Salud en la próxima legislatura 2019-2023 FACME, 2019

^[99] Recomendaciones del Consejo Asesor sobre el Código de Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca, https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cbil_buen_gobierno/es_cbil/adjuntos/Buengobiernomarzo.pdf, consultado 2 abril, 2025

^[100] Dictamen, Comisión para la Reconstrucción Social y Económica, Congreso de los Diputados, https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Dictamen.pdf, consultado 2 abril, 2025

^[101] Greer SL, Wismar M, Figueras J. Strengthening Health System Governance. Better policies, stronger performance. Maidenhead, Berkshire: Open University Press - Mc Graw Hill, 2016: p. 27-56, <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/strengthening-health-system-governance-better-policies-stronger-performance>, consultado 2 abril, 2025

nal de Salud, esto vino a complicarse con las **transferencias**, ya que estas se hicieron sin la creación previa de órganos de cohesión. Y la estructura descentralizada no ha ido acompañada de una arquitectura institucional acorde con la necesidad de gobernanza del Sistema Nacional de Salud, de forma que, en la práctica, este Sistema Nacional de Salud no va más allá de la suma de las actuaciones de los distintos Servicios Regionales de Salud y de los acuerdos adoptados por unanimidad en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. El déficit de gobernanza en el Sistema Nacional de Salud se ha manifestado en importantes problemas, tanto de eficiencia como de equidad.

En determinados momentos de crisis (pandemia, etc.) se recurre al término **cogobernanza**, que no tiene nada que ver con la gobernanza tal y como se entiende en general, dónde el énfasis hay que ponerlo en la participación de los distintos agentes, no solo de los gobiernos. Podría decirse que en ese caso es una cogobernanza sin gobernanza.

Un abordaje en tres niveles

Siguiendo los tres ámbitos de la gestión sanitaria propuestos ya en 1993 ⁽¹⁰²⁾, tal y como se representa en la **Figura 6**, analizaremos los problemas de la gobernanza en estos tres ámbitos, así como algunas propuestas iniciales.

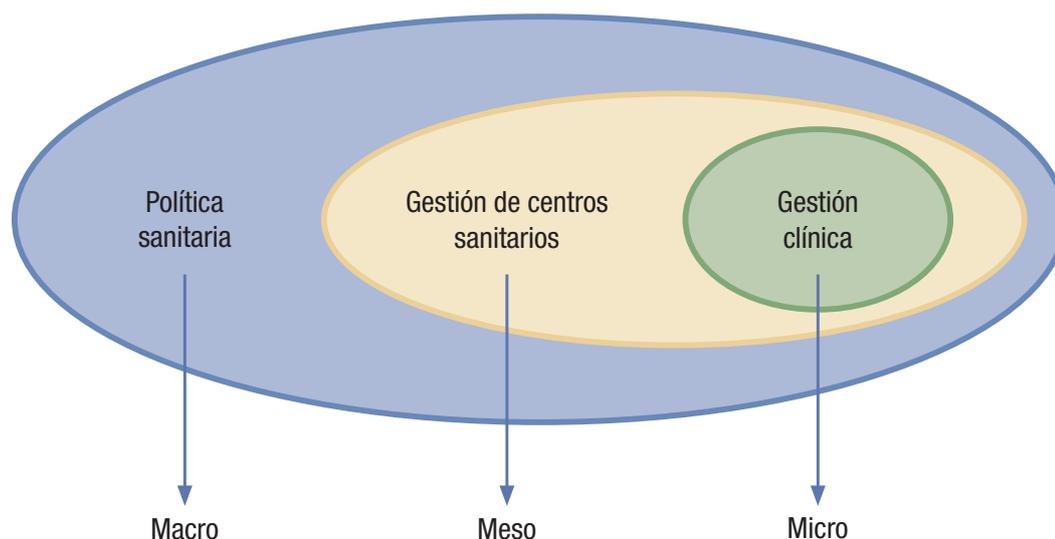


Figura 6: Los tres ámbitos de la gestión sanitaria

Fuente: Ortún, 1993

Nivel macrosistema

¿Cómo funciona actualmente el gobierno del Sistema Nacional de Salud? Al hablar de este tema, la pregunta que muchos se hacen es: ¿el Sistema Nacional de Salud sigue siendo un sistema nacional o es más bien un sistema interautonómico? Se ha acusado al Sistema Nacional de Salud de ser un “reino de taifas”, más un sistema interautonómico que un sistema nacional.

Vamos a los hechos. Lo cierto es que en este tiempo, particularmente desde la finalización de las transferencias en 2002 hasta ahora, ha habido:

- **A nivel del Ministerio:** una ausencia de liderazgo, con algunas breves excepciones temporales, en los grandes temas por parte del Ministerio de Sanidad, que se ha limitado a ser un gestor de contingencias (Ébola, hepa-

[102] LOrtún, V Presentación del V Congreso de Salud Pública y Administración Sanitaria Gac Sanit, 1993, 7 (38S): 1-2

titis C, covid-19, etc.), en vez del impulsor de un proyecto estratégico. De hecho, el Ministerio se inhibe ante muchos de los grandes problemas del sistema (listas de espera, problemas de diferencias de la aplicación de la en las distintas comunidades autónomas, etc.). Por otra parte, no existe un organismo gestor de “lo común” en el Sistema Nacional de Salud y de impulso a la cooperación y la colaboración. Como consecuencia de que el Ministerio no aborda ciertos temas (“porque todo está transferido”) y las Comunidades no se “atreven”, lo cierto es que se han aparcado los grandes temas (gobernanza, política de personal, evaluación de resultados, etc.).

- **A nivel del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.** Este organismo se ha transformado más en un órgano de confrontación política que de coordinación. Todo ello es compatible, sin embargo, con un correcto funcionamiento de las Subcomisiones especializadas dependientes de dicho Consejo.
- **A nivel de las comunidades autónomas y Servicios Regionales de Salud.** Ahí hay dos problemas principales. Por una parte, la gestión de las Consejerías de Sanidad y Servicios Regionales de Salud está, en gran medida, mediatizada y limitada por las autoridades económicas y de función pública. Por otra, a ese nivel no parece que haya llegado la filosofía de dar una cierta autonomía a las entidades provisoras, sino que tienden a acumularse todas las decisiones en los órganos centrales del Servicio Regional de Salud. Por otra parte, con honrosas excepciones, suele haber una ausencia de un impulso reformista desde las comunidades autónomas, que se han limitado a administrar lo transferido.
- **Los agentes clave del sistema no participan en la toma de decisiones** del Sistema Nacional de Salud (llámense profesionales, ciudadanos, pacientes, empresas, etc.).
- **Un olvido de establecer unos criterios generales de planificación u ordenación de recursos,** necesarios en un sistema tan descentralizado.

En resumen, diríamos que el Sistema Nacional de Salud sigue siendo un sistema, pero más por inhibición de unos y otros que por un proyecto común.

En cuanto a propuestas a nivel macro, estimamos que las mismas sobrepasan con mucho el alcance de este documento, por lo que nos abstenemos de emitir las, más allá de las que se refieran a Asturias.

Nivel mesosistema

¿Cómo funciona ahora?

Los centros provisoros del Sistema Nacional de Salud, con algunas excepciones en las Fundaciones, Empresas Públicas y consorcios, que han conocido un importante retroceso, tienen a su frente un gerente, normalmente de nombramiento discrecional por la Consejería, que responde directamente ante ella, siguiendo sus directrices, sin ningún organismo intermedio y sin apenas autonomía para el centro.

¿Qué proponemos?

Lo que es común en otras empresas, sean públicas, privadas, con o sin ánimo de lucro: la existencia de un órgano de gobierno y la separación de las funciones de gobierno de las de dirección. Ese órgano de gobierno tendría unas funciones similares a las de un consejo de Administración: políticas institucionales, fines de la organización, limitaciones sobre el uso de los medios, orientaciones estratégicas y evaluación y propuesta de nombramiento del primer directivo. La introducción de estos Consejos representa un gran cambio cultural en la gestión de lo público y, entre otras cosas, permitiría incluir representantes de la población local.

Este es un debate muy presente actualmente en todas las organizaciones, aunque no lo era hace unos años. La idea fundamental es que el gobierno es muy distinto de la dirección, tal y como se explica en la **Tabla 5:**

Los agentes clave del sistema sanitario (pacientes y profesionales) apenas participan en la toma de decisiones

Conceptos básicos de gobierno corporativo

Gobierno (los miembros del Consejo)	Se aseguran de que la gestión es correcta, que va en la buena dirección y evalúan al equipo directivo
Dirección (los gestores)	Dirigen la compañía

Tabla 5: Gobierno corporativo, con separación gobierno-dirección

Fuente: Elaboración propia

Durante años, el mayor foco en la compañía se puso en cómo se gestionaba. Hoy en día, cómo la compañía se gobierna es tan importante como cómo se gestiona. La idea fundamental es que no puede haber buena gestión, si no hay un buen gobierno.

Nivel microsistema

¿Cómo funciona ahora?

Existen determinadas áreas de gestión clínica, con funciones limitadas, basadas en el voluntarismo de líderes clínicos, con dificultades para una mínima autonomía (incentivos, contrataciones, etc.). Lógicamente, si las organizaciones provisoras (hospitales, centros de atención primaria, sistemas integrados) no gozan de autonomía, malamente van a poder conceder un mínimo de autonomía a las unidades de gestión clínica.

¿Qué se propone?

Impulso y generalización de unidades de gestión clínica, en el marco de unas entidades provisoras con cierta autonomía de gestión y dotadas de órganos de gobierno.

En el ámbito de la gobernanza clínica, el planteamiento es migrar a un modelo de centros basados en áreas de gestión clínica (no especialidades médicas, que son áreas de conocimiento, pero no necesariamente organizaciones asistenciales), ligadas a los grandes procesos asistenciales y de carácter multidisciplinar. Bajo este esquema la gerencia y las direcciones fun-

cionales (médica, enfermería, gestión, servicios generales, etc.), aparte de sus funciones en la dirección estratégica general de la organización, actuarían como soporte logístico, funcional y relacional, para que las áreas como divisiones de producción de servicios clínicos asumieran en necesario protagonismo y responsabilidad. La plurianualidad en los acuerdos de gestión clínica facilitaría salir del cortoplacismo del presupuesto de cada año y aportaría una visión a medio plazo en temas clave: cartera de servicios, actividad, recursos, gestión del conocimiento, etc.

¿Por qué una mala gobernanza está en el origen de los problemas del sistema?

Una mala gobernanza está en el origen de muchos de los problemas del Sistema Nacional de Salud: contribuye a las desigualdades y a la falta de coordinación y cooperación entre las comunidades autónomas; impide que haya una dirección estratégica del Sistema Nacional de Salud y, por lo tanto, que se aborden sus grandes retos; favorece una cultura de gobierno autocomplaciente y negadora de los problemas; estimula el comportamiento oportunista de los agentes (ejemplos: transferir compromisos de gasto a las autonomías sin presupuesto, embalsar la deuda retrasando los pagos a los proveedores, etc.); no integra a los distintos agentes en la toma de decisiones; y, muy de actualidad, favorece que aparezcan periódicamente movimientos populistas, con la intención de “salvar” el sistema.

Ausencia de dirección estratégica del Sistema Nacional de Salud

Un resumen de la situación actual

- Ausencia de estructuras de gobierno realmente participativas de pacientes y profesionales en los procesos planificación del sistema; control de la gestión; toma de decisiones estratégicas y evaluación de resultados.
- Falta de transparencia.
- Injerencia de política partidaria en la planificación y gestión del sistema, lo que lleva en ocasiones a la toma de decisiones no basadas en la mejor evidencia disponible.
- Orientación a estructura y actividad, muy pobre evaluación por resultados. Práctica ausencia de indicadores de desempeño relativos a la mejora de la salud, experiencia del paciente y del profesional, equidad y calidad, así como de “eficiencia” (relación entre el logro de estos objetivos y su coste) (“quíntuple objetivo”).
- La estructura de gestión del Sistema Nacional de Salud, incluyendo el sistema sanitario asturiano, no permite la delegación efectiva de responsabilidad organizativa y de gestión a los centros (por ejemplo, hospitales) ni en los profesionales (servicios clínicos).
- En el caso del sistema sanitario asturiano, no se ha utilizado la personalidad jurídica (ente de derecho público) del SESPA para dotarle de autonomía real (preside el Consejero de Sanidad, quien nombra al director gerente); ni para integrar efectivamente en el consejo de administración a pacientes y profesionales (dos representantes de los concejos y tres designados por la Junta General entre personas cualificadas en los distintos ámbitos profesionales del sector sanitario); ni para transferir autonomía de gestión a los hospitales.
- Separación de las estructuras de gobierno de la salud pública, asistencia sanitaria y servi-

cios sociales (comentado en “modelo asistencial” los problemas que genera).

- “Pilarización” ⁽¹⁰³⁾, especialmente a nivel meso (hospitales, áreas de salud) de “asistencia” (médicos/as) y “cuidados” (enfermeros/as). Direcciones de gestión concebidas en ocasiones más como “control” que como “soporte” a la actividad asistencial.
- Como en el resto del Sistema Nacional de Salud, no hay transferencia de responsabilidad organizativa y de gestión hacia los profesionales (gestión clínica).

Principios de buen gobierno

- 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.
- 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.
- 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. (IMAS y otras sociedades científicas nacionales e internacionales han propuesto el “quíntuple objetivo”).
- 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.
- El sistema sanitario debe rendir cuentas de sus resultados, sometiéndose sistemáticamente a evaluaciones periódicas por organismos independientes (auditorías de cuentas; de resultados; etc.).

La medición de resultados en salud, un componente esencial el buen gobierno en sanidad

^[103] En el sentido que la “asistencia” y los “cuidados” funcionan como “pilares”, de forma casi autónoma

- 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.
- **El área de salud de Occidente Costa**, que integrará 183.480 habitantes, que se corresponde con la comarca de Avilés y el área noroccidental de Asturias. Incluirá 15 centros de salud, diez consultorios locales y los hospitales de Jarrito (Coaña) y Avilés (San Agustín), siendo este último la cabecera de comarca.
- **El área de salud de Centro-Suroccidente**, con 407.424 habitantes. Estará compuesta por 27 centros de salud y 16 consultorios locales, además de los Hospitales Monte Naranco y Universitario Central de Asturias (HUCA), en Oviedo; Álvarez Bella, en Mieres; y Carmen y Severo Ochoa en Cangas del Narcea. La cabecera corresponderá al HUCA.

Asturias está en un proceso de reorganización de su mapa sanitario

Recomendaciones para Asturias

En el momento de escribir este documento, tras la reunión del grupo de trabajo sobre “gobernanza” que tuvo lugar el 20 de noviembre de 2024, está en tramitación avanzada un nuevo Decreto de reorganización del Mapa Sanitario de Asturias, cuyas líneas maestras han sido hechas públicas ^(104, 105).

El planteamiento consiste en pasar de ocho áreas sanitarias a tres, que son las siguientes:

- **El área de salud de Oriente**, con 405.118 habitantes. Incluye 27 centros de salud, ocho consultorios locales, el Hospital Universitario de Cabueñes y la Fundación Hospital de Jove, en Gijón; el Hospital Grande Covián, en Arriendas, y el Valle del Nalón, en Langreo. La cabecera recaerá en Cabueñes.

Un esquema del mapa que se propone de tres áreas es el representado en la **Figura 7**:



Figura 7: Mapa sanitario de tres áreas

Fuente: Propuesta sobre la reordenación del mapa sanitario en el Principado de Asturias

^[104] El Principado propone distribuir el mapa sanitario en tres áreas, con más protagonismo para la Atención Primaria y un hospital universitario de referencia en cada zona, 20 enero, 2024, https://actualidad.asturias.es/documents/533407/0/2024_01_20+NP+Mapa+Sanitario.pdf/6e9f8a25-a65d-d93c-cbf2-56caa37ba24b?t=1705684736406, consultado 26 noviembre, 2024

^[105] Propuesta sobre la reordenación del mapa sanitario en el Principado de Asturias, 19 enero, 2024, https://actualidad.asturias.es/documents/533407/0/2024_01_20+NP+Mapa+Sanitario.pdf/6e9f8a25-a65d-d93c-cbf2-56caa37ba24b?t=1705684736406, consultado 2 abril, 2025

Debe aprovecharse la reconfiguración de las áreas para mejorar en gobernanza

Las propuestas que se hacen a continuación en este documento parten de la base de que la nueva configuración del Mapa Sanitario no debe ser solo una simplificación de las áreas, por otra parte necesaria, sino que esta transformación debe incorporar elementos renovados de gobernanza, haciendo énfasis en la **transparencia**, la **participación de los distintos agentes** y la **rendición de cuentas**, así como la **dotación de las nuevas áreas y del SESPA de órganos de gobierno adecuados**.

Dichas propuestas son:

Énfasis en la transparencia

Desde este punto de vista, el sistema de salud asturiano, como otros muchos servicios regionales, no destaca especialmente por su transparencia, estando lejos de las comunidades más avanzadas en esto: Cataluña y la Comunidad de Madrid ⁽¹⁰⁶⁾

Se trataría de publicar en red los datos de actividad, resultados y de eficiencia de todos y cada uno de los centros sanitarios, tanto de Atención Primaria como de Hospitales, de tal manera que la propia Administración, los gestores, los pacientes y el conjunto de la sociedad tuviera acceso a esos datos.

La **Central de Resultados de la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitaria de Cataluña** mantiene en red datos de Atención Primaria, Hospitales, Salud Mental/Adicciones, Atención intermedia, Emergencias Médicas y Salud Pública ⁽¹⁰⁷⁾. En el mismo se analizan distintas dimensiones, por ejemplo en Atención Primaria: Datos generales, Adecuación, Efectividad,

Eficiencia, Experiencia del usuario y TIC. En Hospitales: Datos Generales, Adecuación, Efectividad, Seguridad, Eficiencia, Experiencia del Usuario, Sostenibilidad y TIC.

Algo similar, se da en el **Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud** ⁽¹⁰⁸⁾.

Es mucho lo que puede y debe avanzar Asturias en este sentido.

Refuerzo de la participación

Sin perjuicio de la continuidad del Consejo de Salud ⁽¹⁰⁹⁾, se propone reforzar la participación de la ciudadanía en el sistema sanitario a través de la presentación anual al Parlamento Regional (Junta General del Principado de Asturias), de un Informe sobre el estado de salud regional, haciendo énfasis en la evolución de las distintas enfermedades, las causas de mortalidad y las desigualdades en salud de las distintas áreas de Asturias. Dicho estudio será analizado por el Parlamento y sobre el mismo se emitirán resoluciones.

Por otra parte, como veremos en los puntos siguientes, proponemos **reforzar la participación de profesionales y pacientes** en los órganos de gobierno de las instituciones sanitarias.

Cambios en el SESPA, hacia una Agencia Regional de Salud

- Transformar al SESPA en una **“Agencia Regional de Salud”** que integre las redes de servicios sanitarios y sociosanitarios orienta-

^[106] Estudio sobre la publicación de resultados en el SNS: Bases para un modelo, Fundación Salud, Innovación y Sociedad (sin fecha)

^[107] Central de Resultats, <https://aquas.gencat.cat/ca/fem/central-resultats/>, consultado 26 noviembre, 2024

^[108] Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud, <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/observatorio-resultados-servicio-madrile-no-salud>, consultado 2 abril, 2025

^[109] Consejo de Salud del Principado de Asturias, https://www.asturias.es/ast/web/gobierno-abierto/detalle/-/categorias/694480?p_r_p_categoria=694480&com_liferay_asset_categorias_navigation_web_portlet_AsetCategoriesNavigationPortlet_articleId=2378369&articleId=2378369&title=Consejo%20de%20Salud%20del%20Principado%20de%20Asturias&redirect=https%3A%2F%2Fwww.asturias.es%2Fweb%2Fgobierno-abierto%2Fgeneral%2F-%2Fcategorias%2F694480%3Fp_r_p_categoryId%3D694480, consultado 29 noviembre, 2024

das a desarrollar políticas de salud poblacional y a mejorar los resultados en salud haciendo un uso eficiente de los recursos disponibles. Ejercería una labor similar a las de las HMO (“Health Maintenance Organizations”), de asegurador con integración vertical de la provisión de servicios ⁽¹¹⁰⁾ que tiene como principal misión lograr el máximo nivel de salud reduciendo, por tanto, la demanda asistencial sanitaria, así como hacer el mejor uso de los recursos disponibles (mayor ganancia de salud por euro empleado). Para ello debería desarrollar una estrategia de salud poblacional.

- Dotar a la Agencia Regional de Salud del Principado de Asturias de **personalidad jurídica propia** como empresa pública, lo que posibilitaría flexibilizar la gestión de personas, de compra de bienes y servicios, gestión presupuestaria y financiera, etc.
- La Agencia Regional de Salud dispondrá de **direcciones en cada una de las nuevas Áreas Sanitarias**, de las que dependerán el conjunto de servicios sanitarios de cada área, con el matiz de la autonomía de las redes hospitalarias de cada área, con la que se relacionará por medio del contrato-programa.
- La Agencia Regional de Salud del Principado de Asturias financiaría los servicios sanitarios a las redes de servicios (incluyendo asistencia primaria), sociosanitarios, transporte sanitario, etc., y sociales (apoyo domiciliario, etc.) que son necesarios para cumplir con su misión, basándose en **contratos-programa**, idealmente de carácter plurianual.
- El gobierno de la Agencia Regional de Salud del Principado de Asturias de Salud debería basarse en los principios señalados: 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). Para ello, debería dotarse de un **consejo de administración** en el que participaran los representantes del Gobierno del Principado de Asturias, representantes de la Junta General, representantes de los profesionales sanitarios y de los pacientes. El director gerente debería ser seleccionado y nombrado por el consejo de administración.

- Los miembros del consejo de administración de la Agencia Regional de Salud del Principado de Asturias de Salud deberían ser nombrados por **mayoría cualificada del Parlamento Regional**.
- La Agencia Regional de Salud del Principado de Asturias de Salud debería dotarse de un **Consejo Científico** integrado por los profesionales más cualificados en salud pública, gestión y asistencia sanitaria.
- La Agencia Regional de Salud del Principado de Asturias de Salud tendría **delegaciones en cada una de las tres áreas del mapa sanitario de Asturias**, 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 operan en el ámbito local, especialmente las referidas a la asistencia social.

Nuevo enfoque a la red asistencial

- Como nota previa habría que señalar que los hospitales asturianos se deberían integrar en las tres redes asistenciales, y deberían compartir
 - un anillo “radiológico” (de imagen);
 - una red de laboratorios con un “core” central común; y
 - la anatomía patológica.

El SESPA, Agencia Regional de Salud como empresa pública y personalidad jurídica propia

^[110] No implica necesariamente integrar la propiedad, pudiendo hacerse mediante contratos.

Redes asistenciales en cada una de las áreas, también con configuración de empresas públicas

Asimismo, debería haber **al menos cuatro redes asistenciales regionales** para equilibrar la regionalización con la asistencia lo más cercana posible al ámbito comunitario de los pacientes garantizando la equidad (servicios de la misma calidad para la misma necesidad, trabajando con los mismos protocolos). Estas tres redes que se proponen serían:

- **cáncer**
 - **cardiovascular**
 - **neurociencias**
 - **locomotor**
- En cuanto a la **organización de las redes asistenciales en cada una de las tres áreas** resultantes del nuevo Mapa Sanitario se barajaron en el grupo dos opciones:
 - La primera, **hacer redes hospitalarias (sin Atención Primaria)**, cada una con su autonomía de gestión y configuración de empresa pública, dependiendo en ese caso la Atención Primaria directamente de la Agencia Regional de Salud.
 - La segunda, hacer estas **redes asistenciales integrando la Atención Primaria y los hospitales**, siempre con autonomía de gestión y configuración de empresa pública.
 - La discusión quedó abierta, habiendo miembros del grupo de trabajo que defendían una u otra opción.
 - En todo caso, sea cual sea la configuración de cada una de estas tres redes, deberían tener autonomía de gestión (empresa pública) a la que se aplicarían los mismos principios de buen gobierno que a la “Agencia Regional de Salud del Principado de Asturias”: consejo de administración participativo, profesiona-

lización de la gestión, transparencia, evaluación por resultados, auditorías financieras y operativas, etc.

- En el informe **El Hospital del Futuro** ⁽¹¹⁾ elaborado por la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) e IMAS, se proponía una dirección asistencial, que integrara “asistencia” y “cuidados” y que estuviera al mismo nivel que la gerencia, cuya función principal sería la de dar soporte a esta división, manteniendo el control de los recursos presupuestarios aprobados por el consejo de administración del hospital.

Impulso a la gestión clínica

- La transferencia de responsabilidad organizativa y de gestión a los profesionales (“gestión clínica”) es un elemento necesario para la participación de los profesionales (especialmente los médicos) en la gestión.
- Un elemento nuclear de la gestión clínica es la gestión por procesos asistenciales en cuyo diseño deberían participar activamente los pacientes, además del equipo asistencial.

Nueva política de directivos

La falta de relevos de personal directivo en Asturias -algo común a otras comunidades autónomas- obliga a replantear esta política en términos de selección, formación, retribuciones, marco contractual y evaluación.

Mejores prácticas de posible interés para Asturias

Mejores prácticas en transparencia

No puede haber un planteamiento serio de gobernanza que no pase por la transparencia. Por eso queremos mencionar dos mejores prácticas en España en cuanto a transparencia en sanidad.

^[11] El Hospital del Futuro, <https://www.fesemi.org/publicaciones/hospital-del-futuro>, consultado 29 noviembre, 2024

En el documento “Estado sobre las publicaciones de resultados en el SNS” ⁽¹¹²⁾ se analiza la situación en el marco nacional e internacional.

En España, las mejores prácticas en cuanto a transparencia se dan en Cataluña y en Madrid:

- Cataluña, **Central de Resultats, Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)** ⁽¹¹³⁾
- Madrid, **Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud** ⁽¹¹⁴⁾

^[112] Estudio sobre la publicación de resultados en el SNS: Bases para un modelo

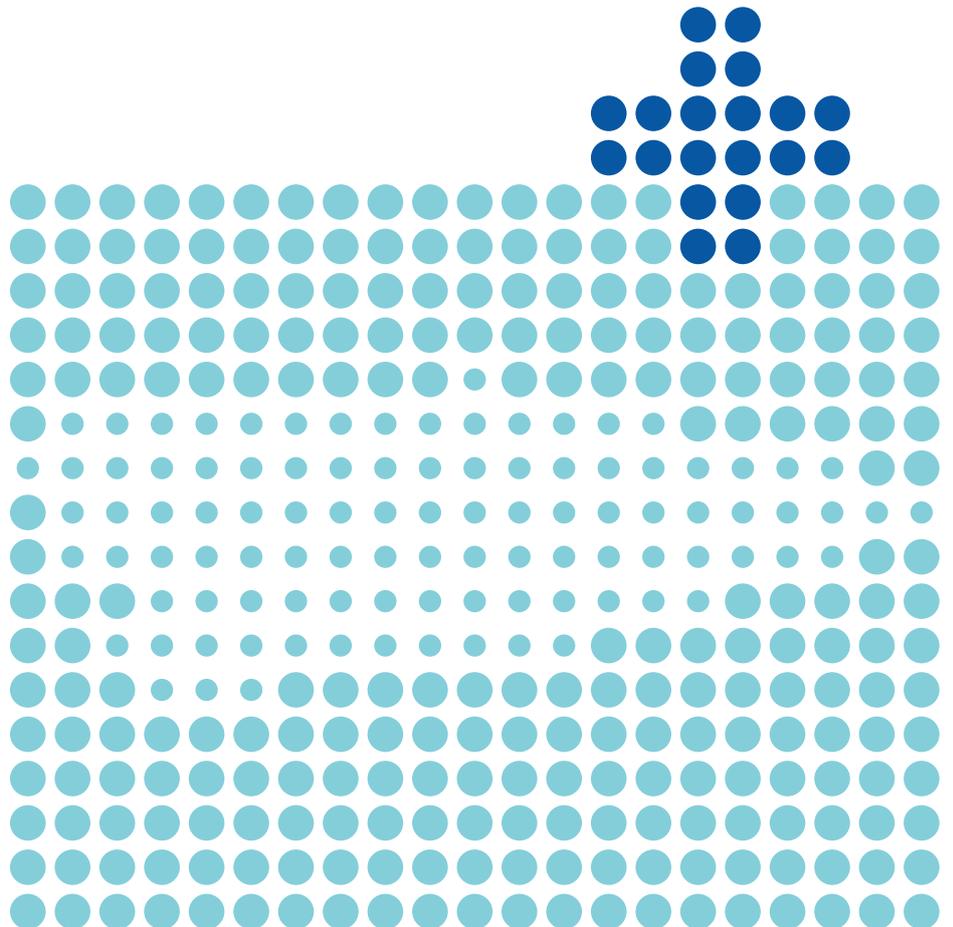
^[113] Central de Resultats, Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), <https://aquas.gencat.cat/ca/fem/central-resultats/index.html>, consultado 3 febrero, 2025

^[114] Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud, <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/observatorio-resultados-servicio-madrile-no-salud>, consultado 2 abril, 2025



POR UN SISTEMA DE SALUD ASTURIANO DE VANGUARDIA

Profesionalismo



Qué se entiende por profesionalismo

Siguiendo a Victoria Camps ⁽¹¹⁵⁾, entendemos por profesionalismo, el disponer no solo de competencia científica y técnica para el ejercicio de una profesión, sino también de ciertos valores, ese plus de moral que la excelencia profesional requiere y, más concretamente, en las profesiones sanitarias.

Cuando hablamos de profesionalismo en sanidad nos referimos a todas las profesiones sanitarias: el médico, los enfermeros, farmacéuticos, veterinarios, psicólogos, ... El ejercicio de cualquiera de estas profesiones requiere competencia técnica y ciertos valores hacia el paciente, hacia la propia competencia profesional, hacia los colegas y conjunto de profesionales sanitarios y hacia la sociedad.

Desarrollaremos con más detalle el profesionalismo médico, por la importancia de esta profesión y por su larga tradición, ya que sus orígenes se remontan a Hipócrates, en el siglo V antes de Cristo, pero ese profesionalismo no es exclusivo entre las profesiones sanitarias y gran parte de sus principios pueden aplicarse a otros profesionales.

El “nuevo” profesionalismo médico

El concepto “nuevo” de profesionalismo médico fue adoptado por la American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation, la American College of Physicians Foundation y la European Federation of Internal Medicine bajo el título “Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter”, y publicado conjuntamente por las revistas The Lancet y por Annals of Internal Medicine en 2002 ⁽¹¹⁶⁾.

El profesionalismo se entiende en esta declaración como la base del contrato de la medicina con la sociedad. Sus principios fundamentales son:

- La **primacía del bienestar del paciente**. Las fuerzas del mercado, las presiones sociales y las exigencias administrativas no deben poner en peligro este principio.
- La **autonomía del paciente**. Los médicos deben tener respeto por la autonomía del paciente. Los médicos deben ser honestos con sus pacientes y darles la posibilidad de tomar decisiones informadas sobre su tratamiento. Las decisiones de los pacientes sobre su cuidado deben ser primordiales, siempre y cuando esas decisiones estén en consonancia con la práctica ética y no conduzcan a demandas de atención inapropiada.
- La **justicia social**. La profesión médica debe promover la justicia en el sistema de atención de salud, incluida la distribución equitativa de los recursos sanitarios. Los médicos deben trabajar activamente para eliminar la discriminación en la atención de salud, ya sea por motivos de raza, sexo, nivel socioeconómico, etnia, religión, o cualquier otra categoría social.

Estos principios fundamentales conllevan, de acuerdo con las entidades médicas que lo propusieron, los siguientes **10 compromisos** por parte de los profesionales:

- Con la competencia profesional.
- De honestidad con los pacientes.
- De confidencialidad.

El profesionalismo en sanidad afecta a todas las profesiones sanitarias

En 2002 se establecen las bases del “nuevo” profesionalismo médico

^[115] Victoria Camps, *La excelencia en las profesiones sanitarias*, Humanitas, nº 21, 2007, https://www.ehu.es/SEMDE/archivos_pdf/archivos_pdf/Victoria%20Camps%20La%20excelencia%20en%20las%20profesiones%20sanitarias-1.pdf, consultado 2 abril, 2025

^[116] *Medical professionalism in the new millenium, a physicians' charter*. The Lancet, vol. 359, Issue 93 05, 2002, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11827500/>, consultado 2 abril, 2025

- De mantener relaciones apropiadas con los pacientes.
- Con la mejora de la calidad de la asistencia.
- Con la mejora en la accesibilidad a la asistencia.
- Con la justa distribución de unos recursos finitos.
- Con el conocimiento científico.
- Con el mantenimiento de la confianza mediante la gestión de los conflictos de interés.
- Con las responsabilidades profesionales. Como miembros de una profesión, se espera que los médicos trabajen en colaboración para maximizar la atención al paciente y participar en los procesos de autorregulación.

El profesionalismo desde la perspectiva descrita fundamenta el posicionamiento de la profesión médica ante la sociedad en la autoexigencia en el cumplimiento de las responsabilidades inherentes a este contrato social.

Estos principios, aunque elaborados inicialmente por parte de la profesión médica, son de aplicación, en gran parte y con las debidas adaptaciones, para todas las profesiones sanitarias. El que los ejemplos que se pongan respondan fundamentalmente a lo avanzado y publicado profusamente por organizaciones médicas, esto no pretende excluir al resto de las profesiones sanitarias del enfoque de profesionalismo.

El profesionalismo médico en la España del siglo XXI

Gran parte de las ideas expuestas en este apartado están tomadas del documento del Comité

de Profesionalismo del Colegio de Médicos de Madrid titulado **“El Médico en la España del siglo XXI”** ⁽¹¹⁷⁾.

Elementos claves a considerar:

- El médico en la España del siglo XXI deberá responder a las nuevas demandas manteniendo los principios del profesionalismo médico.
- La socialización de la asistencia sanitaria, tanto en el contexto público como en el privado, genera conflictos deontológicos y bioéticos que deberán ser confrontados en el marco del profesionalismo, lo cual requiere:
 - Autonomía para tomar decisiones clínicas, organizativas y de gestión
 - Disponer de los recursos necesarios para la mejora atención a los pacientes
 - Retribuirles de acuerdo con su nivel de responsabilidad, dedicación y resultados
- El nuevo marco demanda la adquisición de competencias actualmente escasamente atendidas.
- La relación de los médicos con su principal empleador en España, el Sistema Nacional de Salud, responde a un concepto de “control” sobre la actuación profesional muy alejada de la relación de colaboración en la planificación y gestión de los recursos.
- No será posible alcanzar los mejores niveles de calidad y eficiencia del sistema sanitario sin el concurso de la profesión médica.

A partir de estas consideraciones se establecen unas propuestas de acción para los distintos colectivos

^[117] El Médico en la España del siglo XXI, Comité del Profesionalismo Médico del Ilustre Colegio de Médicos de Madrid, mayo 2023, https://www.icomem.es/adjuntos/adjunto_5014.1690364783.pdf, consultado 2 abril, 2025

- **A los médicos**

- Los médicos deben incorporar nuevas competencias para adaptarlas a las necesidades de la sociedad y del sistema sanitario
- Los médicos deben implicarse en la política sanitaria para acelerar los cambios hacia un mejor sistema sanitario y de salud
- Los médicos deben integrar al paciente y a las asociaciones de pacientes como agentes imprescindibles en la toma de decisiones y la mejora de la salud

- **A los colegios de médicos y a las sociedades científico-médicas**

- Los colegios de médicos y las sociedades científico-médicas deben desarrollar una unidad de acción en los aspectos relevantes para la profesión médica y el profesionalismo, siendo áreas prioritarias de actuación:
 - La autorregulación de las competencias profesionales
 - La propuesta y colaboración en la implantación de políticas de mejora del sistema sanitario
 - El desarrollo de actividades de formación continua

- **A las universidades/facultades de medicina**

- Las facultades de Medicina deben establecer una alianza estratégica con los colegios de médicos y las sociedades científico-médicas para desarrollar programas de grado que respondan al perfil del médico del siglo XXI
- Las facultades de medicina deberán adaptar los sistemas de selección, retención

y promoción del profesorado de la Universidad para incorporar plenamente a la docencia de grado a profesionales que están ejerciendo la Medicina en sus respectivos centros de actividad

- **A las administraciones públicas**

- Las administraciones deben cambiar la actual relación de control sobre los profesionales por otra de colaboración de estos en la planificación y gestión de los recursos del sistema sanitario
- Las administraciones sanitarias y otros empleadores (incluyendo los privados) deben dotar a los profesionales sanitarios de autonomía para la toma de decisiones clínicas, organizativas y de gestión; facilitarles la organización y los recursos necesarios para la mejor atención a los pacientes; y retribuirles de acuerdo con su nivel de responsabilidad, dedicación y resultados
- Los empleadores, tanto públicos como privados, deben dedicar más recursos a la formación médica continua

- **A los ciudadanos, pacientes y asociaciones de pacientes**

- Las personas deben asumir su responsabilidad en el cuidado de su salud y en el uso adecuado de los servicios sanitarios
- Se debe establecer un estatuto del paciente dentro del sistema sanitario público y unos estándares de práctica en los servicios sanitarios tanto públicos como privados, basados en la experiencia del paciente
- Se deben reforzar las relaciones entre las entidades científico-médicas y servicios clínicos con las asociaciones de pacientes

Necesidad de colaboración de las administraciones sanitarias con los colectivos profesionales en la planificación y gestión de los recursos

La ciudadanía quiere que los médicos tengan un trato más humano y personalizado

Competencias y perfil del médico del siglo XXI

Basándose en G.P. Bunk, Morán-Barrios y Ruiz de Gauna ⁽¹¹⁸⁾ proponen definir las competencias como “*los comportamientos resultantes de un conjunto de actitudes, habilidades, destrezas, conocimientos y valores que las personas manifiestan para resolver situaciones concretas relacionadas con su vida y su profesión*”.

En el contexto de la medicina, Epstein RM y Hundert EM establecen la siguiente definición de competencia profesional: “el uso habitual y juicioso de la comunicación, el conocimiento, las habilidades técnicas, el razonamiento clínico, las emociones, los valores y la reflexión en la práctica diaria en beneficio del individuo y la comunidad a la que se sirve.” ⁽¹¹⁹⁾.

Las rápidas transformaciones sociales frente a la lenta dinámica de los procesos formativos, ponen de manifiesto que **el perfil de los médicos que se forman, tanto en grado como en**

especializada, muy centrado en lo científico-técnico, carece diferentes aspectos que demandan la sociedad española como los relacionados con el humanismo, la comunicación y empatía o los diferentes valores del profesionalismo. En un reciente estudio realizado entre la Universidad Pompeu Fabra y el Hospital del Mar de Barcelona ⁽¹²⁰⁾ se preguntaba a la ciudadanía como quería que fueran los profesionales médicos de futuro. La respuesta es clara, la ciudadanía quiere que los médicos tengan un **trato más humano y personalizado**, con mayor tiempo dedicado a la atención y más centrados en la salud mental y emocional.

Diferentes organizaciones nacionales e internacionales, han realizado propuestas sobre el perfil del médico del siglo XXI ⁽¹²¹⁾. En España, Helios Pardell y la Fundación Educación Médica, proponen el siguiente perfil del profesional del futuro, según se expone en la **Tabla 6.**

Tabla 6: Perfil profesional médico del futuro

Fuente: ⁽¹²²⁾

- Un médico que trate enfermos, no enfermedades
- Un médico con actitud crítica
- Un médico comunicador y empático
- Un médico que tome buenas decisiones para el paciente y para el sistema
- Un médico líder del equipo asistencial
- Un médico competente, efectivo y seguro
- Un médico honrado y confiable
- Un médico comprometido con el paciente y con la organización
- Un médico que vive los valores del profesionalismo

^[118] Morán-Barrios Jesús, Ruiz de Gauna Bahillo Pilar. *¿Reinventar la formación de médicos especialistas?: Principios y retos.* Nefrología 2010;30(6): 604-612, <https://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v30n6/especial.pdf>, consultado 18 febrero, 2025

^[119] Epstein RM, Hundert EM. *Defining and assessing professional competence.* JAMA. 2002 Jan 9;287(2):226-35. doi: 10.1001/jama.287.2.226., <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11779266/>, consultado 18 febrero, 2025

^[120] Gemma Revuelta, *¿Cómo queremos que sean los médicos de futuro?*, Universitat Pompeu Fabra, 2024

^[121] Morán-Barrios, J. *Competencias del médico del siglo XXI. Un cambio necesario.* <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/10/1337868/articulo-de-opinion-8.pdf>, consultado 2 abril 2025

^[122] Pardell, H. Y Fundación Educación Médica (2009). *El médico del futuro*, p. 47, <https://www.fepafempafams.org/images/demo/libros/medico-del-futuro02.pdf>, consultado 2 abril, 2025

Derivado del análisis de los cambios en el entorno de la Medicina se deben incorporar al perfil profesional del médico del futuro otras competencias relacionadas con valores, comportamiento o nuevas tecnologías, según se expone en la **Tabla 7**.

- Deontología y bioética
- Conocer y aplicar a su actividad los determinantes de la salud, incluyendo los determinantes sociales
- Relación y comunicación con los pacientes y cuidadores, incluidas las técnicas digitales
- Toma de decisiones compartidas con los pacientes. Planificación anticipada de la atención
- Equidad de género, desigualdades sociales y diversidad cultural
- Calidad asistencial y seguridad del paciente
- Eficiencia en la gestión y la distribución de recursos
- Toma de decisiones basadas en la evidencia disponible
- Trabajo en equipos multidisciplinares
- Actualización del conocimiento, incluyendo el análisis crítico de la información científica
- Competencias digitales aplicadas a la Medicina y la sanidad

Tabla 7: Competencias “transversales” adicionales del médico del futuro

Fuente: ⁽¹²³⁾

Es fundamental la formación del médico en “competencias transversales”

Los nuevos programas de especialidades han de incorporar estas competencias, transversales ⁽¹²⁴⁾, siendo un modelo de referencia las desarrolladas en el nuevo programa de Medicina Familiar y Comunitaria ⁽¹²⁵⁾. Para el grado de medicina, el Ministerio de Educación y Ciencia estableció en 2008 las competencias generales a adquirir por los estudiantes, agrupadas en siete dominios competenciales (**Tabla 8**).

1. Valores profesionales, actitudes comportamiento y ética
2. Comunicación
3. Habilidades clínicas
4. Fundamentos científicos de la medicina
5. Salud pública y sistemas sanitarios
6. Análisis crítico, autoaprendizaje e investigación
7. Manejo de la información.

Tabla 8: Competencias generales grado de medicina

Fuente: ⁽¹²⁶⁾

^[123] El Médico en la España del siglo XXI, Comité del Profesionalismo Médico del Ilustre Colegio de Médicos de Madrid, mayo 2023, pág. 52, https://www.icomem.es/adjuntos/adjunto_5014.1690364783.pdf, consultado 2 abril, 2025

^[124] Real Decreto 589/2022, de 19 de julio, <https://www.boe.es/boe/dias/2022/07/20/pdfs/BOE-A-2022-12015.pdf>, consultado 18 febrero, 2025

^[125] Programa de Medicina Familiar y Comunitaria. Orden PJC/798/2024, de 26 de julio. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2024-15685, consultado 19 febrero, 2025

^[126] BOE del 15/2/2008, en: Universidad Complutense de Madrid, grado de medicina, competencias a adquirir, <https://medicina.ucm.es/competencias-a-adquirir/-medicina>, consultado 2 abril, 2025

De estas competencias generales se derivan las competencias específicas que la Universidad Complutense de Madrid agrupa en tres dominios (**Tabla 9**)

Tabla 9: Competencias específicas grado de medicina

Fuente: ⁽¹²⁷⁾

1. Lo que tiene que hacer

- Competencias en ciencias básicas
- Competencia en ciencias clínicas
- Competencia en habilidades clínicas
- Competencia en procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- Competencia en promoción de la salud y prevención de la enfermedad
- Competencias en ciencias sociales

2. Cómo lo tienen que hacer

- Competencias en comunicación
- Competencias para el razonamiento, juicio clínico y toma de decisiones
- Competencias para el manejo de la información y documentación científica

3. Quién lo tiene que hacer

- Responsabilidad personal, ética y legal
- Competencias como profesional del sistema sanitario
- Competencias para su desarrollo profesional

Los problemas de encaje del “profesionalismo” en el sistema sanitario

Estos problemas no son específicos de Asturias, sino que se dan en el conjunto del Sistema Nacional de Salud

Algunos son comunes a los problemas señalados en relación con la gobernanza del sistema sanitario:

- Ausencia de estructuras de gobierno participativas de los profesionales en los procesos planificación del sistema; control de la gestión; toma de decisiones estratégicas y evaluación de resultados.
- Injerencia de política partidaria, lo que lleva en ocasiones a la toma de decisiones no basa-

das en criterios científico-técnicos.

- Práctica ausencia de indicadores de desempeño y falta de transparencia.
- La estructura de gestión del Sistema Nacional de Salud, incluyendo el sistema sanitario asturiano, con prácticamente nula autonomía de gestión de los centros, dificulta/impide la delegación efectiva de responsabilidad organizativa y de gestión a los profesionales (servicios clínicos) -gestión clínica-.
- Gerencias y direcciones de gestión concebidas en ocasiones más como “control” que como “soporte” a la actividad asistencial.

El régimen estatutario (funcionarial de carácter especial) implica la dependencia jerárquica de los profesionales (núcleo de conocimiento) de

Hay problemas para encaje de los valores del profesionalismo en el sistema sanitario

^[127] Competencias para el grado de medicina de la Universidad Complutense de Madrid, documento base. 2008. Pág. 26. Disponible en: <https://webs.ucm.es/centros/cont/descargas/documento10483.pdf>, consultado 19 febrero, 2025

- No existe independencia de las partes que posibilite la negociación.
 - Sistemas burocrático-administrativos de reclutamiento, promoción, carrera profesional... No existe en la práctica cese por mal desempeño. Procedimientos como las OPE, concursos de traslado, sustituciones, carrera profesional, incentivos (ausentes o iguales para todos -con lo que se pervierte el concepto de incentivos-) o el reciente proceso de “consolidación” dificultan enormemente la gestión de las personas (profesionales) basada en el conocimiento.
- El modelo de gestión del personal del Sistema Nacional de Salud es una excepción en los países con economías avanzadas. No existe ningún país en el que los médicos sean como en el Sistema Nacional de Salud español funcionarios (“con plaza en propiedad”), según puede verse en la **Tabla 10**:

País	Tipo de contrato, Atención Primaria/ ambulatoria	Hospitales
Alemania	Servicio	Laboral
Australia	Servicio	Servicio
Austria	Servicio	Laboral
Bélgica	Servicio	Servicio
Canadá	Servicio	Servicio
Dinamarca	Servicio	Laboral
España	Funcionarial, “plaza en propiedad”	Funcionarial, “plaza en propiedad”
Estados Unidos	Servicio	Servicio/Laboral
Finlandia	Laboral	Laboral
Francia	Servicio	Servicio
Holanda	Servicio	Servicio
Reino Unido	Servicio	Laboral
Suecia	Laboral	Laboral

Tabla 10: Sistemas de vinculación de los médicos con el sistema sanitario en países occidentales desarrollados

Fuente: ⁽¹²⁸⁾

No existe ningún país en Europa en la que los médicos sean, como en España, funcionarios

⁽¹²⁸⁾ El Médico en la España del siglo XXI, Comité del Profesionalismo Médico del Ilustre Colegio de Médicos de Madrid, mayo 2023, pág. 38, https://www.icomem.es/adjuntos/adjunto_5014.1690364783.pdf, consultado 2 abril, 2025



una “tecnoestructura”, lo que se acomoda mal a una organización basada en el conocimiento; entre otros aspectos:

Predominio de las relaciones “sindicales” con los profesionales (salarios, horarios, etc.) frente a las de “modelo asistencial”, “gestión por procesos”, etc., es decir aquellas que, basadas en el conocimiento (evidencia científica) persiguen la mejor organización y funcionamiento para lograr los mejores niveles de salud con el uso más eficiente de los recursos disponibles.

Un problema que se ha venido agudizando es la “pilarización”, especialmente a nivel meso (hospitales, áreas de salud) de “asistencia” (médicos/as) y “cuidados” (enfermeros/as). Prestar una asistencia de calidad requiere de equipos multidisciplinares y multiprofesionales en los que estén establecidos las actividades y responsabilidades de cada miembro y el liderazgo del equipo. El pase visita en planta (multidisciplinar, al menos médico y enfermera), infrecuente en la actualidad, es muestra de peor calidad asistencial.

El punto de partida en Asturias

El punto de partida en Asturias no varía mucho del marco general en el Sistema Nacional de Salud.

Algunas de sus características son:

- Un marco contractual funcional, que ya hemos visto que es un obstáculo para la gestión por competencias, la adecuada selección del talento y la introducción de incentivos.
- Una insuficiente valoración del profesionalismo médico (y del profesionalismo sanitario, en general) como elemento básico de cohesión entre las Administraciones sanitarias (públicas y privadas); la representación profesional, básicamente, en el caso de los médicos, el Colegio Profesional y las sociedades científicas, representadas por FACME; y el sistema educativo.

- Insuficiente integración en la gestión y en la toma de decisiones de dos elementos clave: los profesionales y los pacientes.
- Gestión entendida más como elemento de control que como apoyo al desarrollo del profesionalismo.
- Una descompensación entre el alto peso relativo de los sindicatos en la gestión sanitaria con el muy escaso papel de la representación profesional, que debería adquirir mucha más relevancia, sobre todo en temas relacionados con el profesionalismo.
- Una delegación de la formación profesional continua en la industria biomédica -a través de las sociedades científicas- que en general no se suele preocupar por los componentes transversales del marco de competencias.
- Unas OPEs en las que, al margen de otros problemas, se prima básicamente la antigüedad y no se implica ni al centro ni, menos aún, a la Unidad Médica en la selección, lo que es grave ya que eso puede conllevar la destrucción y falta de cohesión de equipos.
- Sustitución de una verdadera “carrera profesional”, evaluada periódicamente, por una “carrera laboral”, con cuatro niveles fijos de cinco años que no contribuye a la mejora del sistema asistencial.

Recomendaciones para Asturias

Ya hemos visto que **el régimen funcional, y en concreto, el Estatuto-Marco, es un obstáculo para el desarrollo del profesionalismo** y el establecimiento de un marco de gestión por competencias.

No obstante, dado que es un problema nacional, no se coloca la propuesta de cambios en este sentido como una propuesta para Asturias, ya que entendemos que los esfuerzos en este sentido superan con mucho los posibles desde una comunidad autónoma.

Es mucho lo que se puede mejorar, incluso dentro del marco limitante del Estatuto-marco

Aun así, creemos que es mucho lo que se puede mejorar para avanzar hacia el profesionalismo, incluso con el marco limitante del Estatuto-Marco.

Desde esta perspectiva, las recomendaciones para Asturias serían:

Foro de Profesionalismo

Dado que la actividad sindical, por otra parte necesaria, no agota, ni mucho menos, el diálogo profesional, proponemos un Foro de Profesionalismo, como plataforma de diálogo permanente y consenso, entre la Administración Sanitaria y los colegios de las profesiones sanitarias: médicos, farmacéuticos, enfermería, veterinarios, psicólogos, fisioterapeutas, dentistas, ...

Comité de Profesionalismo Médico

Al margen del Foro de Profesionalismo, la problemática de los médicos debe tener un tratamiento y un diálogo propios. Es por lo que se propone el Comité de Profesionalismo Médico, como instrumento -órgano no ejecutivo, sino de debate y propuestas- que haga visible y operativo al profesionalismo médico como elemento de cohesión entre la Administración sanitaria, la representación profesional médica y el sistema educativo.

Hay un problema de relación entre la administración y los médicos y en la planificación y gestión de la sanidad hay evidencia científica que han desarrollado principalmente las sociedades científico-médicas y la investigación en Medicina. Se trata de que las administraciones sanitarias tomen decisiones informadas en base a la evidencia científica.

En el caso de los médicos, este entendimiento debe ser entre la Administración, la representación profesional -colegial y de las sociedades científicas, representadas colectivamente por FACME, y la Real Academia de Medicina y Cirugía del Principado de Asturias- y la Universidad, entidades todas ellas que deberían estar representadas en este Comité.

Se propone que este Comité tenga una presidencia rotativa entre las instituciones que lo constituyen y una periodicidad de reuniones al menos trimestral.

Cambios en la docencia en la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Para incorporar otras competencias a la formación- aparte de las puramente técnicas- las llamadas “competencias transversales”, tal y cómo se representan en la **Tabla 7**.

Mayor implicación de la Administración en la formación continuada

No dejar este papel exclusivamente a la industria biomédica, sino implicarse financiando y organizando formación profesional continuada, particularmente en las “competencias transversales”, siempre en colaboración con la representación profesional, básicamente colegios profesionales y sociedades científicas.

Profesionalización de los directivos

Lo que afecta al proceso de selección, evaluación y compensación, sin olvidar la creación de órganos de gobierno en las instituciones sanitarias.

No puede haber profesionalización, si el conjunto de los profesionales no identifica a los gestores como profesionales de la gestión.

Definición de competencias profesionales

Que respondan al perfil del puesto de trabajo.

Modificar el sistema de selección de personal

Básicamente que no prime solo -ni siquiera predominantemente- la antigüedad y que se incorpore un papel del propio centro y de la Unidad asistencial en su selección.

El Comité de Profesionalismo Médico como órgano de diálogo permanente entre los médicos y la Administración

Necesaria mayor implicación de la Administración en la formación continuada, especialmente en las competencias “transversales”

Recuperación del modelo de gestión por objetivos

Esto afectará a todos los procesos de selección, incluyendo a las actuales OPEs.

Dar contenido y recuperar el modelo de gestión por objetivos

Mediante la firma -tras negociación entre las partes, nunca impuestos- de contratos-programas plurianuales con las distintas instituciones sanitarias y las diferentes Unidades asistenciales.

De una gestión de control a una de colaboración

Que el modelo de gestión pase más de un modelo de control al de colaboración, en el marco de la gestión por competencias y la dirección por objetivos.

Esfuerzos en la identificación del talento

Particularmente el talento joven, dado que el conjunto del sistema tiene que enfrentarse a un profundo recambio generacional a todos los niveles.

Definir el compromiso bilateral

Tanto de los profesionales hacia la institución, como de la institución con los profesionales.

Mejores prácticas de posible interés para Asturias

Experiencias en algunos países de definir el tipo de profesional médico

El Scottish Doctor

Se trata del esfuerzo de Escocia de definir el tipo de médico necesario para esa región ⁽¹²⁹⁾. En su esquema se proponen 12 dominios de competencias y conocimientos: 1. Capacitación clínica; 2. Procedimientos prácticos; 3. Investigación; 4. Gestión de pacientes; 5. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad; 6. Comunicación; 7. Informática médica; 8. Ciencias sociales y clínicas; 9. Actitudes, entendimiento clínico y responsabilidades legales; 10. Toma de decisiones y juicio clínico; 11. Rol del médico en un servicio sanitario; y, 12. Desarrollo personal.

El planteamiento en Canadá

En Canadá se ha desarrollado por parte del Royal College of Physicians and Surgeons el modelo que llaman CanMEDS 2015 ⁽¹³⁰⁾.

En el caso del modelo de Canadá, se basa en siete dominios competenciales: 1. Médico experto; 2. Comunicador; 3. Colaborador; 4. Líder; 5. Promotor de la salud; 6. Académico; 7. Profesional.

Gestión por competencias

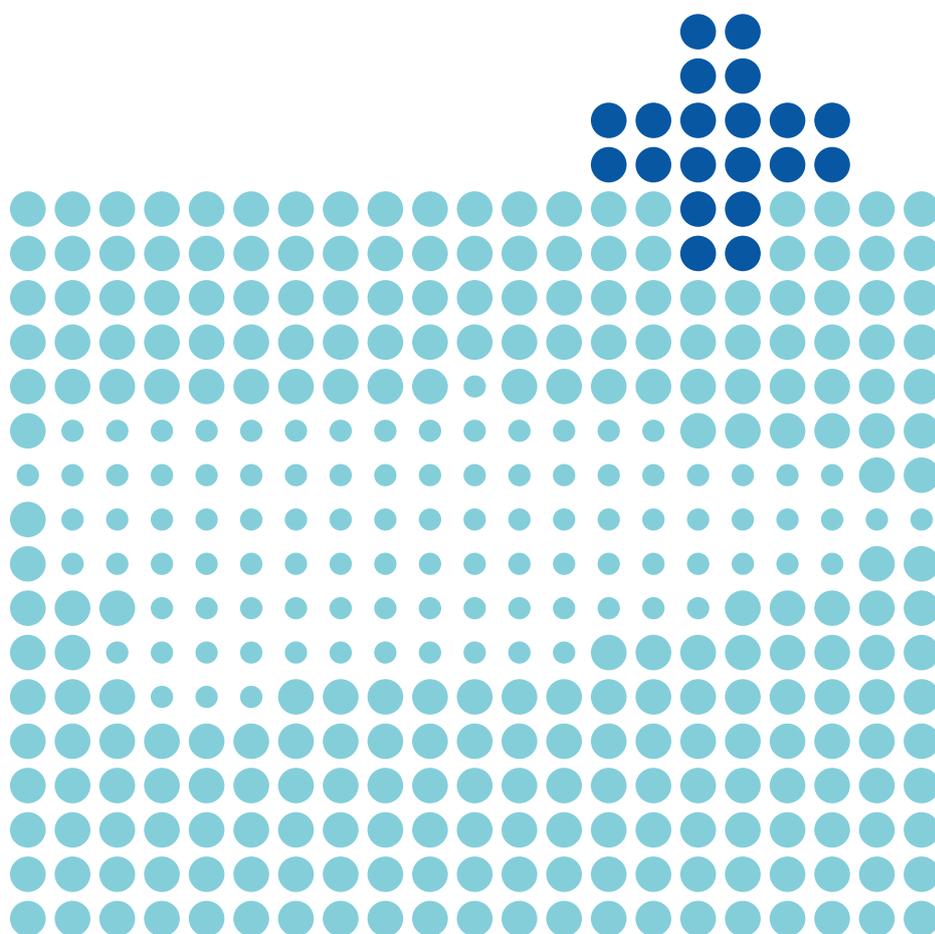
Se trata de la experiencia desarrollada en el Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia ⁽¹³¹⁾.

^[129] Simpson, JG et al, *The Scottish doctor—learning outcomes for the medical undergraduate in Scotland: a foundation for competent and reflective practitioners*, *Medical Teacher*, vol. 24, nº 2, 2002, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12098432/>, consultado 9 diciembre 2024

^[130] CanMEDS 2015, *Physician Competency, Framework*, <https://canmeds.royalcollege.ca/en/framework>, consultado 1 abril, 2025

^[131] Miranda López, C, Martínez Romero, C, Aranda Lorca, JJ, *Hospital futuro: gestión por competencias en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca*, Premios Profesor Barea, Fundación Signo, 2015, https://www.fundacionsigno.com/archivos/2_Accesit_mod_1.pdf, consultado 9 diciembre 2024

Colaboración pública/privada



Una necesaria conceptualización de la colaboración pública/privada en sanidad

Tenemos un sistema público de cobertura universal. Pero esto coexiste con un hecho incontrovertible: **la elasticidad de las rentas elevadas y una disposición a pagar cuando el sistema público no da lo que se busca o lo da mal.**

El gasto sanitario va a crecer, pero lo importante es si en este crecimiento va a tener más peso lo público o lo privado.

Seguramente va a haber más limitaciones al aumento del gasto público por dos razones:

- La primera, por las de consolidación fiscal
- La segunda, porque tampoco es lógico que el Estado dedique el dinero del contribuyente a prestaciones con relación coste/efectividad peor, por debajo de un cierto dintel

Una propuesta de ordenación desde el punto de vista de la financiación es la siguiente:

- Sector privado puro

- Aseguramiento **duplicado** (para prestaciones ofrecidas por el sistema público) y **complementario** (para otras no ofertadas por el sistema público)
- Acceso de pacientes privados a determinadas prestaciones con **pago de bolsillo**

- Sector privado subsidiado

- Para determinadas prestaciones eficaces pero con relación coste/efectividad peor, en el que no sería razonable la financiación pública total; o simple-

mente porque el sistema público no puede llegar

- Esta figura no existe en este momento en España -más allá de lo establecido en el impuesto de sociedades implícito para ciertos servicios-, pero sería muy interesante debatir su implantación para determinadas prestaciones (atención dental completa, por ejemplo)

- Privado sustitutivo

- El ejemplo es el modelo MUFACE. Bajo determinadas reglas, este sector podría impulsarse no financiando el 100%, sino un porcentaje del coste público

El abuso del término privatización

Muchas veces se aplica el término privatización a formas tales como:

- Gestión privada de prestaciones públicas (ejemplo, concesiones o conciertos)

- **Modelo MUFACE** (asignación de la cobertura de un colectivo a una aseguradora a la que se asigna una cápita, de financiación pública)

- Incluso a veces se ha pretendido hacer extensivo este término de forma abusiva a **formas no administrativas de gestión pública**, como empresas públicas y fundaciones

En términos estrictos, por privatización se entendería la exclusión de determinadas prestaciones o colectivos de la financiación pública. Desde este punto de vista podríamos decir que no se ha producido ningún tipo de privatización en sanidad en nuestro país (quitando el episodio de corta duración de exclusión de los inmigrantes irregulares de la prestación pública).

En sentido estricto, en España no ha habido ninguna privatización en sanidad

La experiencia internacional demuestra que es posible la cobertura universal con la participación privada en distintas proporciones

Una perspectiva internacional

La cobertura sanitaria universal existe en todos los países de Europa, a pesar de las variaciones en propiedad de los sistemas de prestación de servicios. La tendencia a avanzar en la cobertura universal es global y la experiencia indica que esto puede alcanzarse con distintas proporciones de participación privada, tanto en el ámbito del aseguramiento como de la provisión.

Algunas experiencias relevantes son las siguientes:

- Suecia, dónde la atención primaria puede ser ofrecida por médicos privados
- Holanda, que tiene algo parecido a un modelo MUFACE extendido

- Francia, convivencia importante a nivel de la provisión
- Reino Unido, dónde hasta el 10% de la población tiene ahora cobertura por un seguro sanitario privado
- Brasil, que tiene un potente sistema público, y dónde el 25% de la población tiene seguro privado
- Italia, dónde en determinadas ciudades hay hasta un 40% de cobertura por un seguro privado

En un estudio reciente en el que se analiza el peso de los hospitales privados en Europa se consideran cuatro grupos de países, como puede verse en la **Tabla 11**.

Tabla 11: Modelos de propiedad de los hospitales en Europa

Fuente: ^[132]

Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Fundamentalmente privados, >60% de los hospitales son privados	Mixto, balance público/privado, 40-60% de los hospitales son privados	Mixto, predominio público, 20-40% de los hospitales son privados	Predominio público, <20% de los hospitales son privados
Noruega, Países Bajos, Bélgica, Alemania, Suiza	Austria, Francia, Italia, Luxemburgo, Portugal, España	Chequia, Estonia, Finlandia, Hungría, Letonia, Polonia	Dinamarca, Islandia, Irlanda, Lituania, Eslovenia, Suecia, Reino Unido

^[132] Montagu, D, *The Provision of Private Healthcare Services in European Countries: Recent Data and Lessons for Universal Health Coverage in Other Settings*, *Frontiers in Public Health*, March 2021, Volume 9, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8005513/>, consultado 17 diciembre, 25

Esto mismo se analiza en esos mismos grupos de países en cuanto a la provisión de servicios de Atención Primaria y de especialistas (**Tabla 12**):

	Atención Primaria	Especialistas
Grupo 1		
Bélgica	Práctica privada individual	Práctica privada individual
Alemania	Práctica privada individual	Práctica privada individual
Países Bajos	Práctica privada colectiva	Práctica privada individual
Noruega	Práctica privada individual	Práctica privada individual
Suiza	Práctica privada individual	Práctica privada individual
Grupo 2		
Austria	Práctica privada individual	Práctica privada individual
Francia	Práctica privada individual	Práctica privada individual
Italia	Centro público	Hospital público
Luxemburgo	Práctica privada individual	Práctica privada individual
Portugal	Centro público	Hospital público
España	Centro público	Centros públicos
Grupo 3		
Chequia	Práctica privada individual	Hospital público
Finlandia	Centro público	Hospital público
Hungría	Práctica privada individual	Centro público
Polonia	Centro público	Centro público
Grupo 4		
Dinamarca	Práctica privada colectiva	Práctica privada individual
Islandia	Centro público	Práctica privada individual
Irlanda	Práctica privada individual	Hospital público
Suecia	Centro público	Hospital público
Reino Unido	Práctica privada colectiva	Hospital público

Tabla 12: Forma principal de provisión de atención primaria y de especialistas

Fuente: (Montagu, 2021)

Todo lo anterior demuestra que la prestación privada no es incompatible con la cobertura universal.

Por otra parte, hay un acuerdo casi general dentro de los sistemas europeos de que la provisión de los servicios de farmacia comunitaria y dental se ofrecen mejor con prestación privada.

Las dificultades tanto para la transformación empresarial del sistema público como para la colaboración pública/privada en sanidad

En los últimos tiempos se está asistiendo tanto a una dificultad para introducir reformas en el sector sanitario público como para el desarrollo de las fórmulas de gestión indirecta, a través de la colaboración pública/privada.

Este tema ha sido analizado entre otros por el Prof. José Martín Martín y coautores de la Universidad de Granada, en varios artículos, un texto editado por G López Casanovas del CRES y Juan del Llano de la Fundación Gaspar Casa, y una nota elaborada por el Prof. Martín publicada por el Consejo Asesor de SEDISA⁽¹³³⁾

La dificultad de transformación del sector público de gestión directa administrativa

Se parte de la base de que los Servicios de Salud de las comunidades autónomas son herederos de la arquitectura del antiguo INSALUD, organismos jerárquicos fuertemente integrados verticalmente y sujetos al Derecho Administrativo. Este marco de gestión administrativa es más propio de una dirección general de la Administración que de una organización compleja sujeta a continuos procesos de cambio e innovación. Su marco de regulación laboral, el Estatuto Marco, supone barreras significativas para una gestión de las relaciones laborales donde el esfuerzo, el mérito y la vocación puedan ser

valoradas de forma efectiva.

Cataluña es una excepción relativa, dado que solo un 30% de sus hospitales y un 80% de los centros de Atención Primaria se adscriben a este modelo.

Esto hace que incluso las innovaciones de tipo gerencial realizadas desde los años 80' del pasado siglo (contratos programa, medidas de actividad, sistemas de contabilidad de gestión, productividad, gestión clínica, etc.) se hayan ido diluyendo y en algunos casos desapareciendo, ahogadas por el marco administrativo de gestión.

Distintas formas jurídicas de gestión directa (Entes de Derecho Público, fundaciones, consorcios, etc.) se utilizaron y pusieron en marcha en varias comunidades autónomas, con el objeto de mejorar los procesos de gestión. Dichas formas se han ido desmontando (el último episodio es la incorporación al sistema general de gestión administrativa de las empresas públicas hospitalarias en Andalucía, proceso llevado a cabo por el gobierno del PP, aunque el PSOE, en su momento impulsor del modelo, había dejado de apostar seriamente por él en los últimos tiempos).

La dificultad de la gestión indirecta

La gestión pública indirecta utiliza acuerdos con empresas o entidades privadas para la prestación del servicio público.

Distintas formas son:

- Los **conciertos tradicionales** (generalmente para abordar listas de espera o determinadas pruebas de radiodiagnóstico, etc., pensados para el corto plazo y de renovación anual, aunque utilizados como verdaderas franquicias del sistema)
- Los **convenios singulares** (ejemplos: Fundación Jiménez Díaz, en Madrid; Hospital de Jove, en Asturias)

Grandes
dificultades para
la transformación
empresarial del
sistema sanitario
público

^[133] Reflexiones del Consejo Asesor de SEDISA. II. Organizaciones Públicas y Privadas en el Sistema Sanitario Español, <https://sedisa.net/wp-content/uploads/2024/11/2.ConsejoAsesorSEDISA-OrganizacionePublicasyPrivadasSistemaSanitarioEspañoSeptiembre2024-1.pdf>, consultado 19 diciembre 2024

- Las **concesiones** (que suelen incluir la construcción de un hospital)
- El **modelo MUFACE** (forma de delegación del aseguramiento y la provisión para determinados colectivos funcionariales)
- Las **EBAs** (Entidades de Base Asociativa Sanitarias), forma de cooperativa de profesionales, para la Atención Primaria en Cataluña

Excepto los conciertos tradicionales que siguen existiendo -más por necesidad que por convicción, y sin haberse renovado-, y los convenios singulares, **gran parte de las concesiones han sido desmontadas** ⁽¹³⁴⁾, el **modelo MUFACE pasa por graves dificultades financieras** -aunque estas parecen haber sido superadas tras los sucesivos concursos de finales del 2024 e inicio del 2025- y en cuanto a las **EBAs**, a pesar de sus buenos resultados, satisfacción de los profesionales y de la población, no se han extendido ni en Cataluña (sólo para la apertura de nuevos centros) ni fuera de Cataluña.

Una ausencia de evaluación

Tanto el desmontaje de las formas de atención directa (empresas públicas y fundaciones), como de las concesiones, o el cuestionamiento del modelo MUFACE, se ha hecho sin la correspondiente evaluación de resultados y la comparación de estos con los del sistema de gestión pública directa administrativa. En el caso de este último parece que sus cualidades innatas ya es una garantía de sus resultados, sin ninguna necesidad de evaluación.

Las causas de este fracaso

Aunque puede haber muchas causas, en general se considera que las **reticencias de Hacienda** (nacional y departamentos autonómicos), de **los departamentos de Función Pública** y las **presiones sindicales**, han actuado en contra

de estas experiencias y de la propia modernización del sistema sanitario público.

Una nueva perspectiva: el derecho a elegir

Una nueva dimensión de la colaboración pública/privada en sanidad, no presente en general en el debate en Europa, es el derecho a elegir entre el sector público y el privado, pero no como consecuencia de decisiones colectivas, sino de opciones individuales.

En Chile, y está incluso reflejado en la vigente Constitución ⁽¹³⁵⁾, se reconoce el derecho a elegir entre el sistema público y el privado, mediante el modelo sustitutivo, en fase de corrección por sus múltiples dificultades financieras.

Es algo parecido al sistema MUFACE, con la diferencia de que las decisiones son individuales, aunque con las limitaciones de las condiciones económicas y, también, lo que es objeto de gran discusión incluso en los Tribunales, de la situación previa de salud. En diversas encuestas el 60% la población chilena prefiere adscribirse a un seguro privado que al sistema público.

Es un paso adelante en relación con el rol del sistema privado. En todos los países avanzados existe un rol significativo del seguro sanitario privado, pero más como válvula de escape a las limitaciones del sector público que como derecho a elegir.

Ventajas para el sistema público y para las compañías privadas de la colaboración pública/privada

Entendemos que **las aportaciones del sector privado al servicio público son buenas tanto para el sector privado como para el público.**

Hay ventajas tanto para el sistema público como para el privado de la colaboración pública/privada

^[134] Excepto en Madrid, donde las concesiones presentan buenos resultados (efectividad, seguridad, eficiencia, experiencia del paciente, investigación, ...), según se evidencia en el Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud

^[135] Constitución política de la República, texto actualizado a octubre de 2010, Capítulo III, artículo 19, punto 9º, El derecho a la prestación de la salud, https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_chile.pdf, consultado 18 diciembre 2024

- Para el **sector privado**: porque le permite aumentar su actividad; le ofrece un importante aprendizaje al entrar en la lógica del servicio público; y, le significa ingresos, derivado de la remuneración de la actividad.
- Para el **sector público**, a través de la aportación del sector privado, le permite abordar ciertos problemas (las listas de espera, por ejemplo, entre otros); la “competencia” de facto con el sector privado permitirá también al sector público aprender de ciertas prácticas de gestión del sector privado y a mejorar su eficiencia (hay que recordar aquí que los monopolios, sean públicos o privados, no son buenos, salvo que sean monopolios naturales, lo que no es el caso).

Lógicamente, la contribución del sector privado al servicio público, obliga al sector privado a adaptarse a ciertas regulaciones y requerimientos del ámbito público.

Cuando decimos que la colaboración del sector privado con el servicio público es buena para el sector privado, lo decimos como sector. No necesariamente tiene por qué ser bueno ni la opción preferente de todas y cada una de las empresas que operan en el mismo. Algunas pueden preferir- con toda legitimidad- trabajar exclusivamente en el ámbito privado. Pero no debe olvidarse una realidad: en Europa, los sistemas privados con más peso, lo logran mediante la colaboración con el servicio público.

Requerimientos de éxito para la colaboración pública/privada en sanidad

El hecho de que sea conveniente y necesaria una colaboración pública/privada en sanidad no quiere decir que sea fácil. Necesitan entenderse organizaciones con lógicas muy diferentes ⁽¹³⁶⁾.

No siempre pueden ponerse en marcha estas experiencias. Se necesitan unos ciertos requerimientos:

Por parte de la Administración

- Tener claras las prioridades públicas. Seguramente desde la perspectiva de una Administración sanitaria la prioridad pública será dar una buena asistencia. Si esta se da por medio de la gestión directa o por medio de una empresa no está al mismo rango de prioridad pública.
- **Experiencia en gestión contractual avanzada.** Gestión a través de un contrato no es lo mismo que la gestión directa. Entender las herramientas y las posibilidades de la gestión contractual avanzada, sin caer en la frustración por no poder recurrir a ciertos métodos aparentemente más expeditivos de la gestión directa, es una cualidad que deben tener las Administraciones que quieran implicarse en la colaboración público/privada.
- **Capacidad de medir la calidad y la aportación de valor de las empresas concesionarias,** lo cual obliga al desarrollo de instrumentos sofisticados de medición.
- **Una cierta capacidad de entender la lógica de las empresas privadas.** La cadena de valor de la empresa privada implicada en la colaboración público/privada debe ser conocida por la Administración. Y, sobre todo, debe entender dos requisitos básicos que tiene cualquier empresa: ganar dinero y cumplir las leyes
- **Hacer compatible una financiación basada en la actividad de las prestaciones coste-eficientes con marcos de presupuestos públicos cerrados.**
- **Ofrecer marcos legales estables que permitan las acciones requeridas de medio y largo plazo**

La colaboración pública/privada requiere ciertos requisitos, tanto por parte de la Administración como de las empresas privadas

^[136] Sevilla, J, Riesgo, I, *Qué está pasando con tu sanidad*, Editorial Profit, 2018

Por parte de las empresas

- **Capacidad de entender cuáles son las prioridades públicas en cada momento.** Sin esto es imposible el entendimiento. Hay que saber qué puede y qué no puede aceptar el político que dirige la Administración, de acuerdo con las prioridades públicas y los compromisos a los que se debe.
- **Visión a largo plazo.** Un negocio de colaboración público/privado en sanidad, sobre todo si es concesional, es, por definición, un negocio a largo plazo. Coparticipar de coyunturas financieras complejas que requieran objetivos de resiliencia del sistema. Ser capaz de contemplar el largo plazo es un requisito para el éxito de estas operaciones.
- **Capacidad de entenderse con gobiernos de distinto signo político.** Puesto que la alternancia política es una característica de las sociedades avanzadas, la empresa privada debe estar preparada para entenderse y llegar a acuerdos y, si es necesario, reformular e ir adaptando el modelo de colaboración, a dichos cambios.
- **Capacidad de innovación y aportación de valor.** Esto es crítico. ¿Qué aportación de valor hace la empresa diferencial con respecto al sector público? Hay que contestar a esta pregunta. En general, simplemente el precio más bajo no es suficiente aportación de valor.
- **Ser capaz de incorporar esa aportación de valor al sector público.** El sector público, en su conjunto, no sólo el área sobre la que se actúa, debe beneficiarse de la colaboración público/privada. Por lo tanto, la transferencia de conocimiento y experiencias debe ser algo planificado con detalle.

Si se dan estos requisitos, adelante. Si no se dan, y no hay voluntad de que se den, mejor olvidarse de la colaboración pública/privada.

La experiencia nos indica que no es fácil, ni por parte de las Administraciones ni por parte de las empresas, cumplir estos requisitos. Pero seguramente el mayor obstáculo venga de las Administraciones, que en sanidad, a diferencia de otros sectores, están más acostumbradas a la "gestión directa" que a la "gestión contractual avanzada", de lo que no saben ni tienen experiencia.

¿Es posible un sector privado prestigiado y eficaz sin la colaboración pública/privada?

Ya hemos visto que la colaboración pública/privada puede tener ventajas tanto para el sector público como para el privado. Analicemos ahora cómo determinadas actividades privadas solo pueden ejercerse incorporando la lógica de esta colaboración.

Hay dos formas de aproximación a la actividad privada en sanidad: **la primera, identificar algunos nichos rentables** (determinadas especialidades o servicios) y, **la segunda, ofrecer un servicio integral**, bien desde el aseguramiento o desde la provisión, que cubra todas o gran parte de las necesidades en salud de un colectivo.

Ambos enfoques son legítimos, aunque la aproximación al sector público sea muy distinta. En el primero puede ser inexistente o incluso contemplarlo como un competidor, mientras en el segundo enfoque es necesaria la colaboración.

Esto es debido a la evolución rápidamente al alza de los gastos en salud, que tiene como impulsores el predominio de las enfermedades crónicas, las nuevas y costosas tecnologías y la cada vez más compleja y en expansión medicina de precisión. Esto hace que una cobertura integral sea prácticamente imposible para las economías individuales, salvando una capa muy

La colaboración pública/privada obliga a las empresas a entender las prioridades públicas

reducida, desde luego muy alejada del 26% de la población que tiene en este momento aseguramiento privado en España. Esto seguramente solo puede mantenerse sobre la base de la doble cobertura y las bajas primas (en términos relativos con otros países europeos), que se corresponde con bajas tarifas tanto hacia los proveedores (hospitales, etc.) y baja retribución a los profesionales, que hace que la situación sea inestable.

Esto conlleva por parte del sector privado implicado en este tipo de asistencia integral a huir del “cuanto peor el sector público, mejor”, si no, al contrario, a necesitar un sector público eficaz y bien financiado con el que se pueda colaborar.

Las formas de colaboración pueden ser varias, desde la simple compra de servicios (como en los conciertos), a la delegación del aseguramiento a determinados colectivos (como en el modelo MUFACE), a la contribución directa a las personas de una parte de la póliza pública, como ocurre en algunos países.

Lo importante es tener claro que es difícil- y esa es la experiencia en Europa- mantener un servicio sanitario privado integral sin la estrecha colaboración con el sector público.

Nuevas perspectivas

La forma tradicional en España de colaboración pública/privada en sanidad -conciertos ordinarios, convenios singulares, concesiones y modelo MUFACE, aparte de las EBAs en Atención Primaria en Cataluña- no son las únicas posibles formas de colaboración del sector privado con el servicio público.

Hay otras muchas posibles formas que bien merecen ser exploradas. Entre otras:

- Constitución de empresas mixtas
- Utilización conjunta de tecnología
- Compartición transparente de profesionales y de estructuras asistenciales

- Nuevos servicios on line

- Otros muchos

Sobre estas posibles nuevas formas de colaboración es necesario explorar lo que está ocurriendo en otros países y en otros sectores.

Propuestas para Asturias

Decimos que la colaboración pública/privada es fundamental para arreglar los problemas del sistema, pero esto requiere dos cosas:

- Una Administración dispuesta a colaborar con las empresas privadas y concededoras de lo que estas pueden ofrecer
- Unas empresas privadas dispuestas a colaborar con la Administración y conscientes de las prioridades públicas

Todo lo anterior, solo se puede hacer sobre la base de la confianza. Confianza de la Administración en las empresas privadas, abierta a una regulación razonable, que no ahogue a las empresas privadas; y empresas privadas que confíen y dialoguen permanentemente con las Administraciones.

Es desde esta perspectiva de necesaria relación de confianza desde la que hacemos una serie de propuestas para Asturias:

Comisión Mixta Sistema Público-Sistema Privado

Partimos de la base de que la confianza es necesaria y que no hay confianza sin una relación estable y un conocimiento mutuo.

Es por lo que proponemos una Comisión Mixta Sistema Público-Sistema Privado, con unas reuniones periódicas, tal vez semestrales, en las que cada uno de los sectores exponga aquellos problemas que quiera compartir y se exploren conjuntamente soluciones desde la aportación de cada uno de los sectores.

Una comisión mixta para el entendimiento entre el sector público y privado

Planificación a más largo plazo de los conciertos

Aunque los conciertos suelen tener un cierto carácter oportunista, en relación con demanda cambiante, hay necesidades que se repiten y que, en cierta manera, se pueden prever.

Por otra parte, la respuesta adecuada por parte del sector privado a los conciertos requiere unas ciertas previsiones de contratación, compra de equipamientos, reserva de espacio, etc., necesidades que solo pueden abordarse con garantía desde una cierta planificación.

Es por lo que creemos que una planificación a más largo plazo de los conciertos contribuiría a una mayor agilidad y respuesta más adecuada por parte del sector privado.

Plan conjunto de necesidades

Hay ciertas necesidades de equipamiento o determinadas instalaciones que no pueden abordarse desde el esfuerzo aislado del sistema público o del privado, pero que aunando ambos esfuerzos permitiría plantearse.

Dichos esfuerzos podrían ir desde la inversión conjunta, a la contratación coordinada del personal o la utilización por ambas partes de determinados equipos o instalaciones.

Utilización conjunta de profesionales

Dada la actual escasez de determinados profesionales -particularmente en algunas especialidades o para determinados lugares- cabe la posibilidad de que el sector público disponga de esos profesionales y no el privado o viceversa. En ese caso, una utilización conjunta de esos recursos sobre la base de la transparencia y el acuerdo profesional es posible y beneficioso para la población.

Interoperabilidad de la historia clínica entre el sector público y el privado

Partiendo de la base de que, siempre con la conformidad del paciente, auténtico propietario de la historia clínica, la información clínica del sector público debe poder ser utilizada por el sector privado, lo mismo que a la inversa.

De esta manera se evitaría la repetición innecesaria de pruebas, retrasos y muchos otros inconvenientes para el paciente y gastos para el sistema.

Transparencia en cuanto a resultados

La transparencia en cuanto a resultados tanto asistenciales como económicos es una necesidad absoluta del sistema, tanto del público como del privado.

Pero, hablando de colaboración pública/privada esta solo puede plantearse sobre la base de una transparencia de los resultados.

Nuevas áreas de colaboración

Aparte de las áreas de colaboración pública/privada ya existentes en Asturias -conciertos tradicionales, convenios singulares y la parte correspondiente del sistema MUFACE- es posible explorar otras áreas de colaboración en determinadas áreas, basándose en necesidades sociales:

- Utilización de tecnología, Ciclotrón, por ejemplo
- Servicios específicos en relación con el envejecimiento, dadas las características de la población asturiana
- Asistencia domiciliaria

La transparencia en cuanto a resultados es un requisito de la colaboración pública/privada

La exclusividad requiere replanteamiento, ya que actualmente puede ir más en contra que a favor del sistema público

Replanteamiento de la exclusividad

Asturias es una excepción entre las comunidades autónomas en relación con el peso económico de la exclusividad. Esto pone a nuestra región en condiciones desfavorables a la hora de atraer profesionales y ya hay bastante experiencia en este sentido.

El concepto "funcionario" de "plaza en propiedad" (inexistente en los sistemas sanitarios de las economías avanzadas) lleva al concepto de "exclusividad". El tratamiento de este tema, realmente obsoleto, seguramente deba hacerse en el marco de un replanteamiento de los sistemas de vinculación de los médicos (y otros profesionales) con el sistema sanitario público.

Sin duda cuando se estableció la exclusividad se hizo como un intento de reforzar la sanidad pública. Sin embargo, a la vista de cómo ha evolucionado este concepto en la mayoría de las comunidades autónomas y el distinto rol del sector privado, creemos que el mantenimiento de la exclusividad con la intensidad con la que se hace en Asturias va más en contra que a favor del sistema público.

Es por lo que proponemos el replanteamiento de este concepto, así como el imponer la exclusividad para los cargos de jefes de Servicio, sustituyéndolo por una evaluación rigurosa y profesional de la performance del personal.

Explorar la posibilidad de implantación de EBAs en Atención Primaria

Las EBAs son una experiencia de Cataluña, que consiste en la asignación de la cobertura de Atención Primaria de un determinado territorio a una sociedad cooperativa de profesionales, con una financiación en base a una cápita.

Es posible que esta fórmula pueda ser de utilidad en Asturias, en especial en ciertas áreas de difícil cobertura y estabilidad de los equipos de Atención Primaria.

Mejores prácticas de posible interés para Asturias

El modelo de las EBAs en Cataluña

Como hemos comentado en el apartado correspondiente (propuesta 9), en determinadas circunstancias territoriales o de necesidades de persona este modelo puede resultar de utilidad para Asturias ⁽¹³⁷⁾.

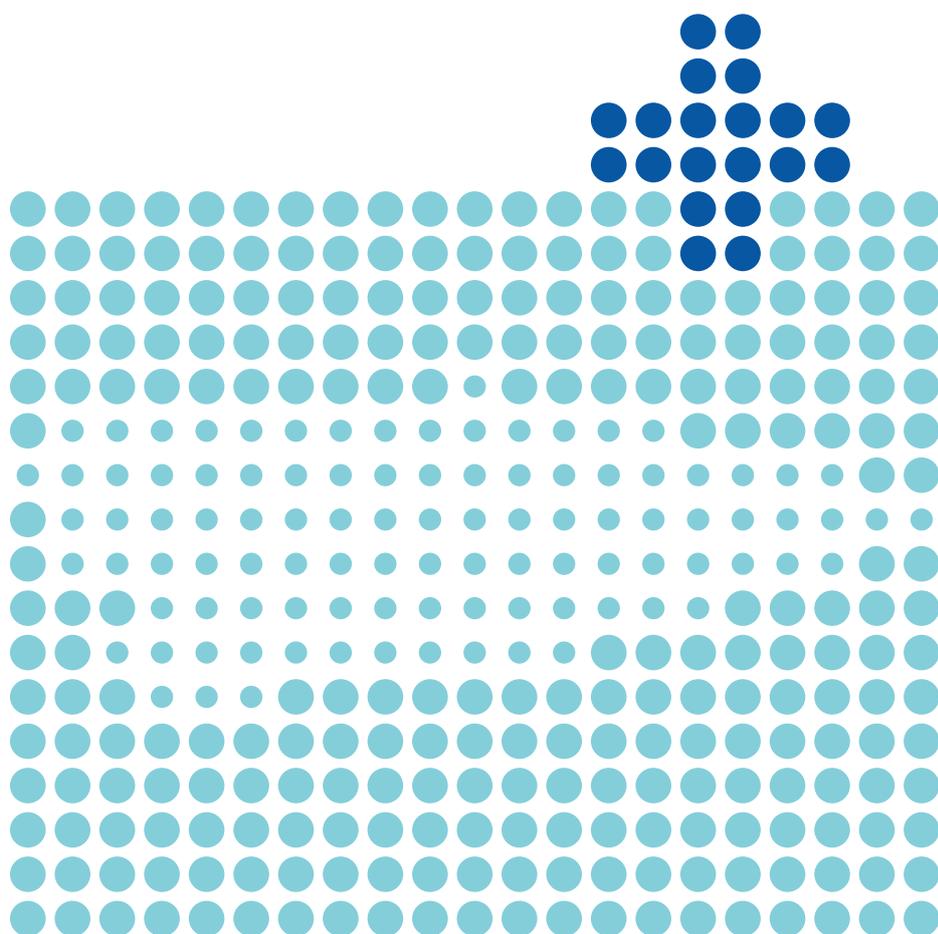
Acuerdo entre el NHS y el sector independiente en el Reino Unido para abordar las listas de espera

Tan recientemente como el 6 de enero de 2025, el gobierno laborista británico publicó un acuerdo entre el sector independiente (*Deal between NHS and independent sector to cut NHS waiting lists*, ⁽¹³⁸⁾) como parte de un plan para acabar con las listas de espera, de acuerdo con el objetivo de máxima espera de 18 meses para las intervenciones. Con esto se extenderá la capacidad y se amplía la elección del paciente. El sector independiente, recoge la nota publicada por el gobierno, dice que tiene capacidad para facilitar un millón de citas al año para los pacientes del NHS.

^[137] ACEBA, Autogestión en salud, <https://www.aceba.cat>, consultado 1 abril, 2025

^[138] Deal between NHS and independent sector to cut NHS waiting lists, <https://www.gov.uk/government/news/deal-between-nhs-and-independent-sector-to-cut-nhs-waiting-lists>, consultado 7 marzo, 2025

Salud Mental



La posición de partida

La Organización Mundial de la Salud considera que la salud mental va más allá de la ausencia de trastornos mentales. Según la propia OMS, la salud mental es una parte integral de la salud de las personas en su sentido más amplio, de forma que si no hay salud mental no puede haber buena salud.

En consecuencia, la OMS considera que **la preservación de la salud mental requiere estrategias transversales y multisectoriales que se apliquen desde la infancia hasta la vejez**, incluyendo acciones adaptadas, por ejemplo, a las necesidades específicas de la mujer y, por plantear otro supuesto, a los problemas de las personas más desfavorecidas y en situaciones socioeconómicas más vulnerables.

Todos somos conscientes de las repercusiones que este tipo de enfermedades suponen, tanto desde un punto de vista sanitario como social y laboral, por lo que creemos primordial que la salud mental y la atención a los enfermos sean consideradas de una forma integral, vinculando las prestaciones sociales y las sanitarias.

Algunos datos sobre la salud mental en el mundo, en Europa y en España son los siguientes:

Datos globales

- El 9% de la población tiene algún tipo de problema de salud mental y el 25% lo tendrá en algún momento a lo largo de su vida, según la OMS.
- El 12,5% de todos los problemas de salud en el mundo está representado por los trastornos mentales, una cifra mayor a la del cáncer y los problemas cardiovasculares.

- De las diez de las enfermedades que producen mayor discapacidad en nuestra sociedad, cinco son trastornos mentales. Para el año 2030, la OMS estima que los problemas de salud mental serán la principal causa de discapacidad en el mundo.

Europa

- En Europa, acorde a los resultados del estudio Headway 2023-Mental Health Index, alrededor de 84 millones de personas están afectadas por algún tipo de trastorno de la Salud Mental, posicionando a los trastornos de Salud Mental entre los diez trastornos no transmisibles más comunes ⁽¹³⁹⁾.
- En cuanto a la carga económica, según datos de la OCDE, los costes totales relacionados con la mala Salud Mental se estiman en más del 4% del PIB ⁽¹⁴⁰⁾. De estos, el mayor porcentaje se corresponde con costes indirectos relacionados con la actividad laboral (menor tasa de empleo y productividad), seguidos de gastos directos de atención sanitaria (1,3% del PIB) y de los costes asociados a Programas de Seguridad Social (1,2% del PIB).
- En cuanto a mortalidad, según datos de Eurostat, en 2016 hubo 165.000 muertes en la UE-27 resultantes de trastornos mentales y del comportamiento, equivalentes al 3,7% de todas las muertes ⁽¹⁴¹⁾.

La preservación de la salud mental requiere estrategias multisectoriales

- El estudio Headway 2023-Mental Health Index pone de manifiesto la heterogeneidad entre países europeos en cuanto a la capacidad de respuesta en el ámbito de la Salud Mental, España recibe una puntuación global que se sitúa en cuadrantes inferiores a la media de la UE+Reino Unido, según se ve en la Figura 8.

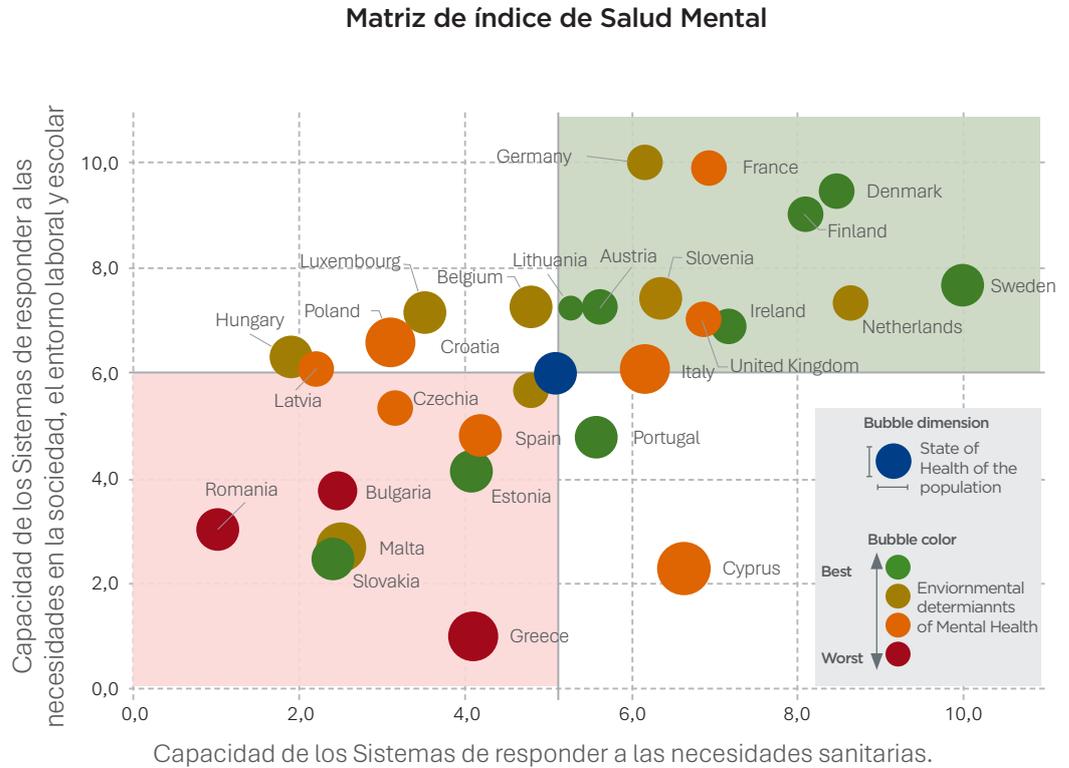
^[139] Headway 2023- Mental Health Index, https://www.angelinipharma.es/media/xahawdh3/211005_headway-2023_report_def.pdf, consultado 15 enero 2025

^[140] A New Benchmark for Mental Health Systems. Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health, https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2021/06/a-new-benchmark-for-mental-health-systems_c0cce868/4ed890f6-en.pdf, consultado 2 abril, 2025

^[141] Estadísticas de Salud Mental y temas relacionados, Eurostat, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mental_health_and_related_issues_statistics#Deaths_from_mental_and_behavioural_disorders.2C_Alzheimer.E2.80.99s_disease_and_intentional_self-harm, consultado 15 enero 2025

Figura 8: Matriz de índice de Salud Mental

Fuente: Headway 2023-Mental Health Index



Datos España

Alta frecuencia entre la población de los problemas de salud mental

- Gran parte de estos datos están tomados del Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, 2024 ⁽¹⁴²⁾
- El 34 % de los españoles tiene algún problema de salud mental, el más frecuente la ansiedad, que ataca el doble a las mujeres que a los hombres y que se ha duplicado en los menores de 25 años respecto a 2016.
- Los problemas de salud mental constituyen una de las epidemias de nuestro siglo.
- La cifra del 34% supera el 40% entre los españoles de más de 50 años. Y se dispara hasta la mitad de la población, el 50%, en los mayores de 85 años.

- Problemas más frecuentes son los trastornos de ansiedad, los del sueño y los depresivos.
- La ansiedad, afecta al 10% de la población general, el doble a las mujeres (14%) que a los hombres (7%) y también la padecen tres de cada cien menores de 25 años.
- Entre el 2,5% y el 3% de la población adulta en España tiene un trastorno mental grave. Esto supone más de un millón de personas solo en nuestro país.
- Cuatro de cada diez adolescentes españoles han tenido un problema de salud mental en el último año y hasta un 60% de los jóvenes oculta sus problemas mentales por miedo o no saber cómo pedir ayuda ⁽¹⁴³⁾.

^[142] Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023, https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnual-SNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf, consultado 2 abril, 2025

^[143] Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia 2023-2024, UNICEF, <https://www.unicef.es/publicacion/barometro-infancia-adolescencia/informe-2023-2024>, consultado 2 abril, 2025

- La prevalencia ajustada por edad es de 331,0 casos por cada 1.000 habitantes, (hombres 305,2; mujeres 353,8) y es un 4,7% mayor que la de 2019.
 - Las hospitalizaciones por trastornos de salud mental en adolescentes ha aumentado en España desde el año 2000 y suponen el 5,9% de todos los ingresos hospitalarios para este sector de la población.
- 25% durante el primer año de la pandemia. Al mismo tiempo, los servicios de salud mental se vieron gravemente perturbados y la brecha terapéutica de los trastornos mentales se amplió.
- La pandemia de la covid-19 ha evidenciado la necesidad existente en los Sistemas Nacionales de Salud de optimizar los recursos, servicios y políticas dirigidos a la atención a la Salud Mental.

Consumo de medicamentos de salud mental

- Un 27% de los españoles reconoce tomar somníferos, ansiolíticos o antidepresivos, al menos, una vez al mes, según el "Estudio internacional del Grupo AXA sobre Salud y Bienestar Mental" ⁽¹⁴⁴⁾
- El consumo de antidepresivos en un año en España, en el año 2022, fue de 98,8 por cada 1.000 habitantes (DHD), con un máximo de 146,8 DHD y un consumo mínimo de 54,2 DHD. Unos datos que reflejan un aumento del 48,48% con respecto a 2012, cuando la dosis diaria por 1.000 habitantes fue de 66,2.
- España como el tercer país de la Unión Europea por consumo de antidepresivos, tan solo por detrás de Portugal (138,8 DHD) y Suecia (108,9 DHD).
- En diez años se ha disparado un 50%, según indica el último Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023.

La pandemia de la covid-19 y la salud mental

Datos posteriores a la pandemia de COVID-19 demuestran que también generó una crisis mundial de salud mental, alimentando el estrés y socavando la salud mental de millones de personas. Se calcula que el aumento de los trastornos de ansiedad y depresión fue de más del

Salud Mental en la Infancia y Juventud

La **prevención**, la **detección precoz** y el **abordaje desde edades tempranas** de problemas ligados con la salud mental es cardinal, ya que aproximadamente la mitad de los trastornos mentales aparecen por primera vez antes de los catorce años y más del 70% de todos los trastornos mentales se manifiestan antes de los dieciocho años.

Mortalidad por suicidio/Trastornos mentales

Las **defunciones** por suicidio en España han venido experimentando un **ascenso desde el año 2018 hasta el año 2022**. La cifra de suicidios se incrementó en este período en cerca de un 20%, pasando de 3.539 a 4.227 en 2022.

En el año 2023 el número de suicidios descendió a 4.116 según los datos definitivos publicados por el INE. Sin embargo, ese descenso **no se produjo en todos los grupos de edad**. Así, los grupos de 15 a 29 años y de 30 a 44 años, el número de suicidios en 2023, con respecto a 2022, aumentaron en 13 y 30, respectivamente.

Los datos provisionales del primer semestre de 2024, que acaba de publicar el INE, revelan un importante descenso de la cifra de suicidios en España.

La prevención y la detección precoz de los problemas es fundamental en salud mental

^[144] Estudio Internacional de Salud Mental AXA España, <https://consaludmental.org/centro-documentacion/estudio-internacional-salud-mental-axa/>, consultado 1 abril, 2025

De esos 4.116 suicidios consumados en 2023, en 3.044 las víctimas fueron hombres y 1.072, mujeres. Paradoja de género, según la cual tres de cada cuatro muertes se dan entre hombres mientras que, estiman los expertos, tres de cada cuatro tentativas las llevan a cabo mujeres.

Profesionales de salud mental en España

España destina solo el **5 por ciento de todo el gasto sanitario público** (unos 4.000 millones de euros) a la salud mental, frente al 7% de media de la Unión Europea.

Según los expertos, la carga de enfermedad por salud mental supone entre el 10% y el 25% de la carga de enfermedad por todas las causas.

Los **médicos de Atención Primaria y los psiquiatras** tienen un papel fundamental en la gestión de este tipo de pacientes, ya que, entre las especialidades médicas, son unos de los principales contactos con el sistema sanitario. Otros profesionales clave en la atención a la Salud Mental son los **psicólogos, los enfermeros especialistas en Salud Mental y los trabajadores sociales**.

En el caso de Atención Primaria, el 6,3% de las consultas que llevaron a cabo durante 2023 estuvieron relacionadas con alteraciones de depresión o ansiedad, mientras que en psiquiatría este tipo de consultas representa un 34,3% del total. No es la única vía. El año de la pandemia se produjo un número de contactos con urgencias por estas razones un 67% mayor que durante el año 2019.

Los médicos de Atención Primaria juegan un papel fundamental en la salud mental

El marco estratégico general

Múltiples instituciones han publicado planes generales y estrategias sobre la salud mental. Aquí nos referiremos solo a tres: el de la OMS, el de la Unión Europea y la Estrategia del Sistema Nacional de Salud, que no analizaremos con detalle:

- El Plan de la **OMS**: Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 ⁽¹⁴⁵⁾.
- La posición de la **Unión Europea**, a través del acuerdo de la Comisión: “Comunicación sobre un enfoque integral de la salud mental” ⁽¹⁴⁶⁾.
- En **España**: la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 ⁽¹⁴⁷⁾.

El Plan de Salud Mental de Asturias

El Plan de Salud Mental de Asturias 2023-2030 ⁽¹⁴⁸⁾ se presenta como un continuo en el contexto del Plan de Salud Mental de Asturias 2015-2020 ⁽¹⁴⁹⁾, también en el Plan de Salud de Asturias 2019-2030 ⁽¹⁵⁰⁾ y en la Estrategia Nacional de Salud Mental 2015-2026.

Se identifican **3 Áreas Estratégicas**:

- 1. Equidad y salud mental en todas las políticas. Sistemas de gobernanza y de participación ciudadana**

^[145] Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030, <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>, consultado 15 enero, 2025

^[146] Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, on a comprehensive approach to mental health, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:52023DC0298>, consultado 1 abril, 2025

^[147] Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, Período 2022-2026, <https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236-estrategia-de-salud-mental-del-sistema-nacional-de-salud-2022-2026.pdf>, consultado 1 abril, 2025

^[148] Plan de Salud Mental de Asturias 2023-2030, <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/plan-de-salud-mental-asturias-2023-2030>, consultado 1 abril, 2025

^[149] Plan de Salud Mental de Asturias 2015-2020, <https://www.fadesaludmental.es/images/PLANSALUDMENTAL-ASTURIAS.pdf>, consultado 2 abril, 2025

^[150] Plan de Salud de Asturias 2019-2030, https://www.astursalud.es/documents/35439/39186/Version%20final%20Plan_de_Salud_2019-30.pdf/43db1691-4eee-834e-56bd-bb32c937b01e, consultado 15 enero 2025

2. Mejorar los entornos donde vivimos y las condiciones en las diferentes etapas de la vida para conseguir personas y comunidades más resilientes

3. Garantizar un adecuado espacio socio-sanitario público

Cada una de estas Áreas Estratégicas tiene varios Objetivos Generales, Objetivos Específicos y acciones, hasta un total de 240.

El punto de partida en Asturias

Algunos datos relevantes de la situación en Asturias son los siguientes:

- La prevalencia ajustada por edad de problemas de salud mental en Asturias es de 410,7, superior, por tanto, a la media de España que es de 331,0 (Figura 9).

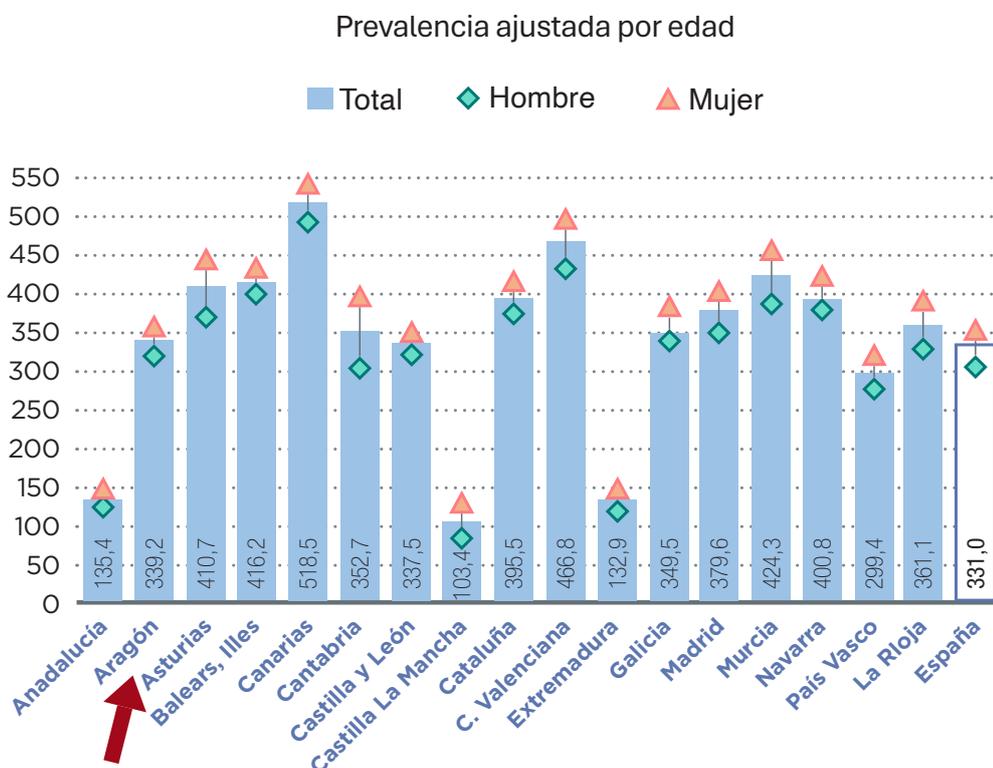


Figura 9: Prevalencia ajustada por edad de problemas de salud mental en las diferentes comunidades autónomas

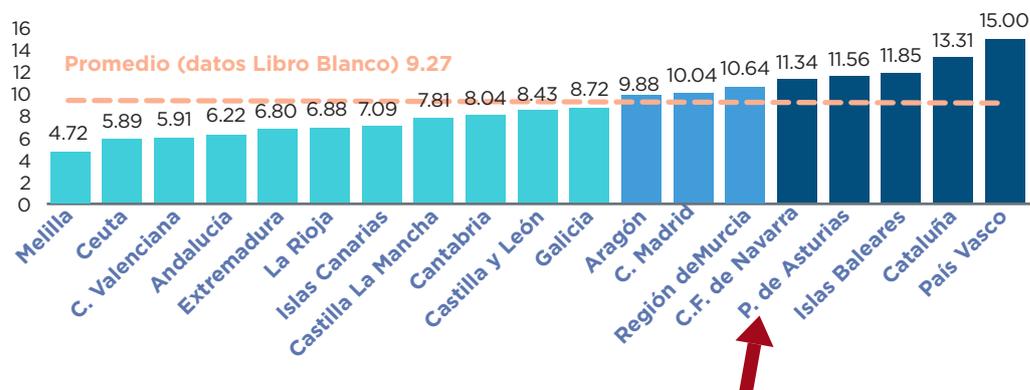
Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, 2024

Asturias: alta tasa de suicidios

- Asturias tiene la tasa de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes más alta de España (8,9 por 100.000 habitantes)
- El número de psiquiatras en el sistema público en Asturias es de 11,56 por 100.000 habitantes, uno de los más altos de España, según puede verse en la Figura 10 (si bien este número puede estar alterado por las vacantes):

Figura 10 : Ratio de psiquiatras por 100.000 habitantes por comunidades autónomas

Fuente: Libro Blanco de la Psiquiatría en España, pág. 79



- Algunos datos en cuanto hospitalización breve en adultos, hospitalización breve infante/juvenil y recursos de hospitalización de media estancia para adultos se presentan en las **Figuras 11, 12 y 13**:

Figura 11 : Principales ratios y datos de hospitalización breve/agudos en las comunidades autónomas

Fuente: Libro Blanco de la Psiquiatría en España, pág. 98

Hospitalización Breve / Agudos - Adultos				
Comunidad Autónoma	Nº de dispositivos	Ratio dispositivos/ 100.000 habitantes	Nº de camas	Ratio camas / 100.000 habitantes
Andalucía	20	0.3	542	8
Aragón	5	0.5	104	9.5
I. Baleares	7	0.7	124	13.0
I. Canarias	9	0.5	178	9.8
Cantabria	1	0.2	28	5.7
Castilla-La Mancha	7	0,4	131	7.9
Castilla y Leon	11	0.5	208	10.3
Cataluña	33	0.5	895	14.2
C. Madrid	24	0.4	543	9.9
C. F. Navarra	2	0.A	60	11.0
C. Valenciana	18	0.4	306	7.0
Extremadura	5	06	93	10.6
Galicia	8	0.3	237	10.1
Pais Vasco	5	0.3	203	11.1
P. de Asturias	5	0.6	96	10.8
R. de Murcia	8	06	136	11.0
La Rioja	1	0.4	18	6.9

Hospitalización Breve / Agudos - juvenil				
Comunidad Autónoma	Nº de dispositivos	Ratio dispositivos/ 100.000 habitantes	Nº de camas	Ratio camas / 100.000 habitantes
Andalucía	3	0,2	14	0,8
Aragón	1	0,4	10	4,3
I. Baleares	ND	ND	ND	ND
I. Canarias	1	0,3	14	3,9
Cantabria	1	1,0	4	4,1
Castilla-La Mancha	1	0,3	15	3,9
Castilla y Leon	2	0,6	16	4,5
Cataluña	11	0,7	118	8,0
C. Madrid	5	0,4	111	8,7
C. F. Navarra	1	0,9	4	3,5
C. Valenciana	3	0,5	19	2,9
Extremadura	1	0,6	8	4,4
Galicia	1	0,3	7	2,0
Pais Vasco	4	1,1	22	5,8
P. de Asturias	1	0,8	5	4,1
R. de Murcia	1	0,3	8	2,8
La Rioja	1	1,7	2	3,4

Figura 12 : Hospitalización breve/ agudos, infanto juvenil ⁽¹⁵¹⁾

Fuente: Libro Blanco de la Psiquiatría en España, pág. 99



^[151] Según datos actualizados el número de camas en la UHPIJ es de 10, está localizado en el HUCA y es referencia para toda la comunidad autónoma. Para esta población (menores de 18 años) existe un único dispositivo de media estancia que es un hospital de Día localizado en Oviedo y no existen dispositivos de hospitalización de media estancia para esta población.

Figura 13 : Recursos de hospitalización de media estancia-Adultos

Fuente: Libro Blanco de la Psiquiatría en España, pág. 100

Hospitalización Breve / Agudos - juvenil				
Comunidad Autónoma	Nº de dispositivos	Ratio dispositivos/ 100.000 habitantes	Nº de camas	Ratio camas / 100.000 habitantes
Andalucía	ND	ND	255	4
Aragón	5	0,5	146	13,3
I. Baleares	3	0,3	50	5,2
I. Canarias	2	0,1	53	2,9
Cantabria	2	0,4	80	16,4
Castilla-La Mancha	6	0,4	133	8,0
Castilla y Leon	7	0,3	115	5,7
Cataluña	20	0,3	555	8,8
C. Madrid	11	0,2	301	5,5
C. F. Navarra	1	0,2	28	5,1
C. Valenciana	3	0,1	143	3,3
Extremadura	2	0,2	54	6,2
Galicia	ND	ND	221	9,4
Pais Vasco	1	0,1	376	20,5
P. de Asturias	7	0,8	125	14,1
R. de Murcia	2	0,2	124	10,0
La Rioja	1	0,4	22	8,4

El horizonte del Pacto por la Salud Mental

La Consejería de Salud de Asturias, como paso previo a un **Pacto por la Salud Mental**, ha constituido, a finales de 2024, un **Foro de Salud Mental**, que recogerá las aportaciones de instituciones y de la sociedad para la elaboración de la futura ley autonómica sobre la materia, prevista para 2026.

El Foro contará con una amplia representación de entidades, agrupaciones y asociaciones, entre ellos colectivo de personas con discapacidad psicosocial, familiares del ámbito de la salud mental, entidades del tercer sector, sociedades científicas o de profesionales con mayor

implantación en Asturias especializadas en esta materia y en medicina familiar y comunitaria. También tendrán representación los Colegios oficiales con presencia en la Red de Salud Mental.

La iniciativa irá acompañada de otras acciones, como el refuerzo de plantillas, mejora de infraestructuras, énfasis en la atención a jóvenes y adolescentes y la puesta en marcha de la Agenda Única del Suicidio.

Al margen del resultado de la ley, no podemos más que aplaudir esta iniciativa participativa con implicación de múltiples agentes, única forma de abordar los problemas complejos, como son casi todos los sanitarios, y, por supuesto, los de Salud Mental.

El Pacto por la Salud Mental en Asturias, como paso para la futura ley autonómica

Propuestas para Asturias

Previamente al enunciado de las medidas, queremos hacer unas consideraciones previas:

- **Salud Mental es prosperidad**
- Aunque la demanda seguramente irá por delante de los recursos en Salud Mental, el análisis preliminar de estos, que sitúan a Asturias en una posición relativa favorable entre las comunidades autónomas, así como el hecho del que Asturias tiene el mayor gasto per cápita en sanidad entre dichas comunidades, es por lo que **no se focalizan las propuestas en más recursos, sino, fundamentalmente, en medidas organizativas y de innovación, así como en la reasignación de recursos**
- **Asturias puede liderar el cambio en salud mental**
- El cuidado de los múltiples determinantes de la Salud Mental y, entre ellos, del medio ambiente, forma parte de la Salud Mental. Es por lo que se considera que cualquier plan sobre Salud Mental no debe ser solo de la Consejería de Salud, sino debe estar implicado todo el Gobierno, dadas las múltiples acciones transversales necesarias
- **El documento presente no es un Plan**, por lo que no lleva acciones específicas, ni sistema de evaluación, ni presupuesto. Es un conjunto de recomendaciones y propuestas para el sistema de Salud Mental de Asturias

Medidas generales

Reconocer la atención a la Salud Mental como un derecho,

Que incluya la accesibilidad (especial atención a las listas de espera en salud mental).

Énfasis en la participación,

Particularmente de las personas con problemas de salud mental, sus familiares y entorno. Proactividad y participación de las personas con problemas de salud mental y sus familias, incluyendo las preferencias en la transición infante-juvenil y en la transición de los dispositivos de atención infante-juvenil a los de personas adultas.

Construir e invertir en un sistema de información en Atención a la Salud Mental

Que dé respuesta a la investigación y a la innovación, así como acceso a la información de salud mental disponible y que favorezca el conocimiento de esta a todos los equipos profesionales y personas interesadas.

Fomentar el trabajo en red a nivel regional

Con protocolos comunes y utilización conjunta de los recursos, incluyendo protocolos de derivación estandarizados y coordinación y gestión compartida en los distintos niveles asistenciales.

Las áreas sanitarias han de poder ofrecer la misma cartera de servicios y dar las respuestas adecuadas a las personas con problemas de salud mental.

Cambiar el modelo hacia la promoción y prevención

Sobre todo en infancia y adolescencia.

Diferenciar los trastornos psiquiátricos graves de los “malestares de la vida”

Procurando que estos últimos sean tratados en el ámbito comunitario (Atención Primaria, familia, residencias, servicios sociales, etc.) con el fin de que no sobrecarguen los propios servicios especializados de Salud Mental.

Es necesario un sistema de información en salud mental

Reforzar el papel de la Atención Primaria

Incluyendo la pediátrica, así como asegurar el papel de los psicólogos clínicos en este nivel, incorporando a las tareas de estos profesionales, actividades de promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad en grupos más vulnerables.

Papel de las farmacias comunitarias

Respetando las competencias de los perfiles profesionales implicados en la salud mental (medicina de atención primaria, psiquiatría, psicología, enfermería de salud mental, trabajo social, etc.) debe llegarse a un consenso para una mayor implicación de las farmacias comunitarias en la atención a la Salud Mental, colaborando en varios programas, y, muy específicamente, en los temas relacionados con la adherencia a los tratamientos.

Programas específicos

Implantación modelos de promoción y prevención en el ámbito educativo

Incluyendo a toda la comunidad educativa, apoyando a las familias como factor prioritario para conseguir dichos objetivos. Implantación de modelos de promoción y prevención en los centros educativos dirigidos a toda la comunidad educativa (alumnado, familias, docentes y personal no docente), ya que todos forman parte de la convivencia en el centro

Programas específicos de trastornos personalidad

Ej. Madrid y Cataluña.

Mejorar la prevención del comportamiento suicida

Conocer las tentativas suicidas, mejorar la formación continuada en Atención Primaria.

Atención especial al aislamiento y soledad no deseada

Dada su importancia en la incidencia en el suicidio, sin olvidarnos de las características rurales y de aislamiento de nuestra región. Y en todos los rangos etarios (menores en situación de acogimiento que alcanzan la mayoría de edad).

Atención a los problemas de Atención Mental en las residencias de mayores

Atención a las personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios

Atención a niños nacidas en centros penitenciarios

Que tienen problemas cuando salen sus madres del centro penitenciario.

Reformulación del problema de las adicciones

Cocaína, cannabis, adicciones sin sustancia, pantallas, videojuegos, etc.). Y creación de programas específicos de detección y tratamiento de las adicciones con y sin sustancia en los menores de 18 años.

Detección, y seguimiento de los niños hijos de pacientes vulnerables con trastorno mental grave

Esquizofrenia, trastornos bipolares.

Coordinación entre Sanidad, Asunto Sociales, Educación y Empleo

El ámbito educativo,
fundamental en
la promoción y
prevención

Estos ámbitos afectan mucho a la Salud Mental de la ciudadanía.

Investigación y Evaluación

Seguimiento y evaluación de los protocolos implantados

Un protocolo que se no sea evaluado puede no ser eficaz.

Apoyo a la investigación

Incluyendo a la innovación, en relación con las empresas. Disposición rápida de las bases de datos por parte de los investigadores, tal vez a través de un convenio Sanidad-Justicia, de tal manera que los investigadores tengan acceso rápido a la información debidamente anonimizada.

Derechos de los pacientes

Abordar el problema del estigma

Mediante programas intersectoriales y en el propio sistema sanitario, todo ello ligado al empleo protegido, para conseguir una vida autónoma plena.

Programas de vivienda digna para las personas con problemas de salud mental

Impulso al empleo protegido

Ya que 8 de cada 10 personas con problemas de salud mental no tienen empleo. Programa de inserción laboral, con incorporación gradual y sueldo protegido. Se considera que la propia Administración puede hacer un esfuerzo en este sentido, con distintas ofertas, entre ellas la de “paciente experto”.

Humanización en el conjunto de los dispositivos

Y su inclusión en el sistema sanitario como el resto de las patologías, siendo el momento de revisar los más problemáticos (Meres) y en el conjunto de las Unidades de Psiquiatría, con atención a la diversidad.

Profesionales

Desarrollar el mapa competencial de los distintos profesionales de la salud mental

Y, específicamente, de la enfermería especializada en salud mental. Cubrir las plazas con profesionales con la debida homologación, evitando sustituciones inadecuadas.

Fomentar el trabajo multidisciplinar conjunto

Tanto en la actividad asistencial, como en la docente, como en la investigadora. También en el ámbito comunitario con los agentes sociales y educativos.

Crear las condiciones de trabajo para que se cubran las plazas en Asturias

Evitando fugas de profesionales a otras regiones, como está pasando ahora. Se considera que la creación de una estructura similar a otras especialidades con jerarquías con la debida compensación económica puede ser parte de la solución.

Otras medidas

Utilización de las terapias no farmacológicas con todas las garantías

Sobre todo la terapia electroconvulsiva.

Mapa competencial de los distintos profesionales de salud mental



Impulso a las terapias psicológicas

Tender a la generalización de las terapias psicológicas

Habilitar espacio para el desarrollo de las alternativas a los tratamientos finalistas, como protocolo de voluntades previas

En las que la persona decida lo que desea y lo que no para su tratamiento (como la terapia electroconvulsiva).

Humanización de los espacios físicos de atención a las personas con problemas de salud mental grave.

Ampliar el trabajo en red a los distintos recursos de atención al bienestar y a las necesidades de toda la población

- Implicando a las administraciones locales, población inmigrante, personal sin hogar, etc. y teniendo además en cuenta los recursos de la sociedad civil (asociaciones de colectivos como mujeres víctimas de violencia, asociaciones vecinales, asociaciones deportivas, espacios culturales, etc.).

Algunas mejores prácticas de posible interés para Asturias

Código suicidio

Algunas iniciativas en esta línea están activas en otras comunidades autónomas, por ejemplo, Andalucía ⁽¹⁵²⁾, Extremadura ⁽¹⁵³⁾ y Navarra ⁽¹⁵⁴⁾.

Programas específicos sobre trastornos de la personalidad

- Unidad de Trastornos de la Personalidad, Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico San Carlos, Madrid
- Atención Trastorno Límite de la Personalidad, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

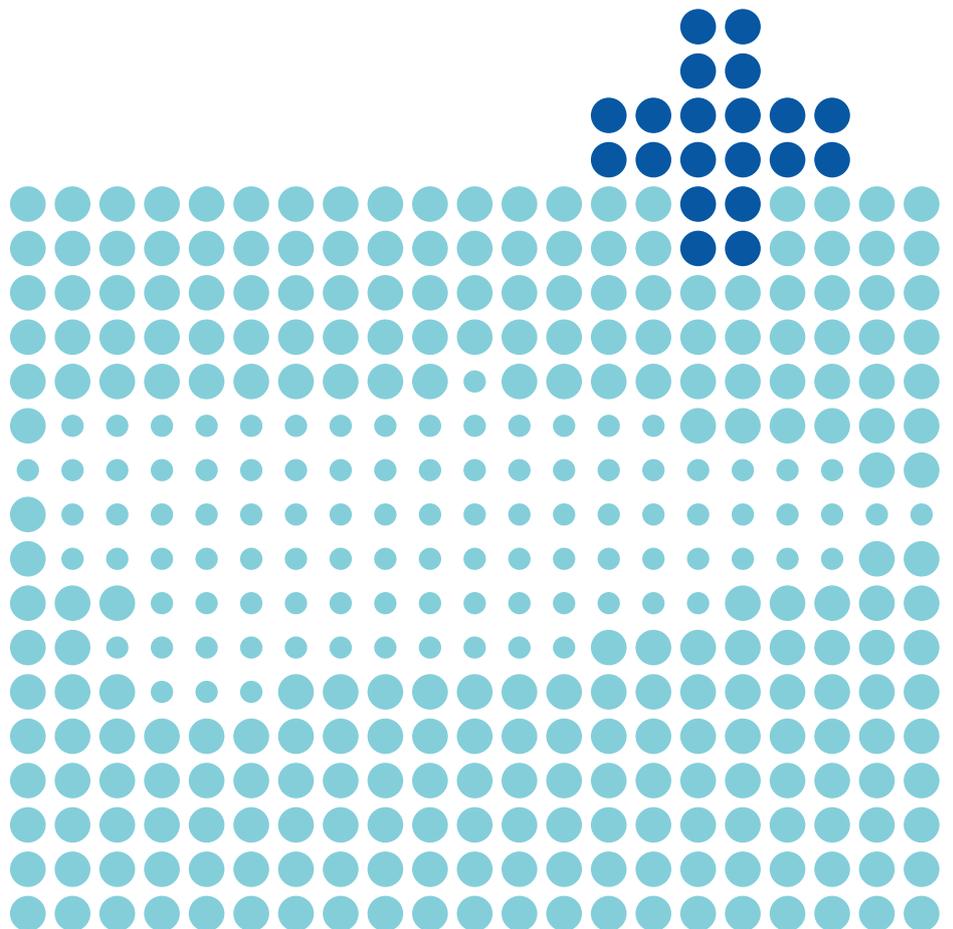
^[152] Andalucía avanza en la aplicación del Código Suicidio, <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/servicios/actualidad/noticias/detalle/441175.html>, consultado 1 abril, 2025

^[153] Código Suicidio 2.0, Servicio Extremeño de Salud, https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded_files/CustomContentResources/CODIGO%20SUICIDIO%202.0%20CSUIC%20INTERACTIVO.pdf, consultado 1 abril, 2025

^[154] Salud pone en marcha el código suicidio, <https://www.navarra.es/es/-/nota-prensa/salud-pone-en-marcha-el-codigo-suicidio-una-herramienta-que-facilita-la-identificacion-y-seguimiento-de-personas-en-riesgo>, consultado 2 abril, 2024

10

La Salud y el desarrollo económico de Asturias



El ecosistema de innovación y puntos de apoyo en Asturias para el impulso a la innovación en salud

Partimos de la base de que las industrias relacionadas con la salud en sentido amplio (prestadores de asistencia sanitaria, industria farmacéutica, de tecnología médica, de tecnologías de la información en salud, biotecnología, turismo sanitario, turismo de salud, wellness, formación,

prevención, ...) pueden llegar a ser un motor de desarrollo económico importante en cualquier país y en cualquier comunidad autónoma.

Este desarrollo industrial está sustentado en la innovación, como ha sido conceptualizado como el modelo “triple hélice” por H. Etzkowitz, como la **interacción de las Universidades y centros generadores de conocimiento, los Gobiernos y las empresas**, y cuyo esquema se recoge en la **Figura 14**:

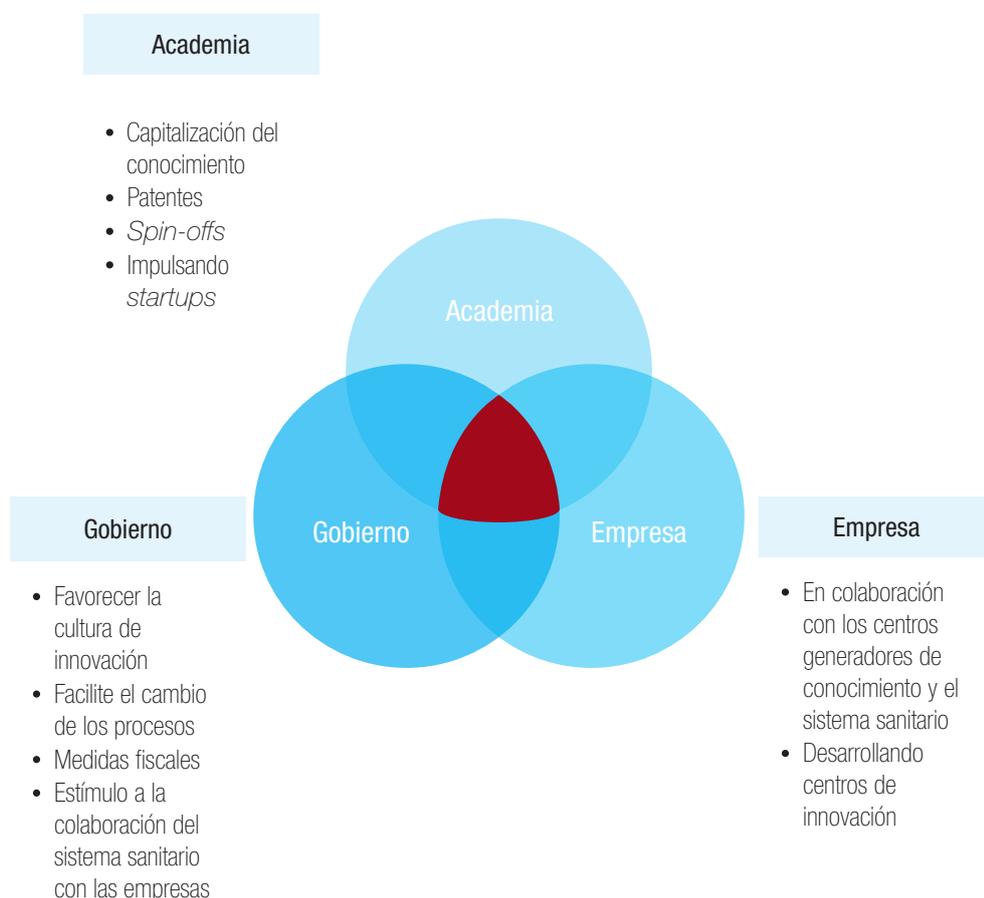


Figura 14: El modelo de innovación “triple hélice” de Etzkowitz

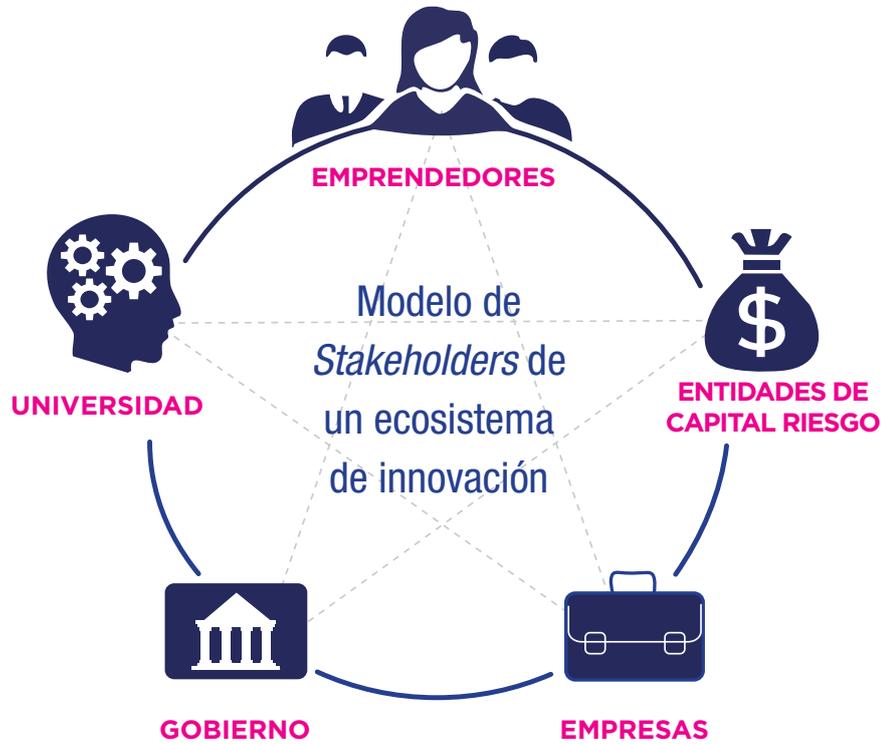
Fuente: modificado a partir del trabajo de Etzkowitz ⁽¹⁵⁵⁾

^[155] SHenry Etzkowitz *Innovation in Innovation: The Triple Helix of University-Industry-Government Relations* September 2003, *Social Science Information* 42 (3): 293-337

El MIT (Massachusetts Institute of Technology) ha redefinido los stakeholders de un ecosistema de innovación, según se representa en la **Figura 15**:

Figura 15: El modelo de ecosistema de innovación

Fuente: ^[156]



La potenciación del ecosistema de innovación, básico para el desarrollo empresarial en salud

Elementos claves de este ecosistema son:

- La **Universidad, y otros centros generadores de conocimiento**. Tanto la Universidad, como los centros de investigación de los hospitales, como otros centros de investigación, públicos o privados, son centros generadores de conocimiento.
- **Gobierno**, que tiene un papel muy importante de impulsor y facilitador.
- Las **empresas innovadoras**, interesadas en innovar y en acercarse a los centros generadores de conocimiento.

templa otros dos agentes importantes entre los stakeholders de la innovación:

- Los **emprendedores**, que pueden originarse en el ámbito de los centros generadores de conocimiento, o empresarios que desarrollan una nueva empresa o “intraemprendedores”, en empresas existentes.
- Las **entidades de capital riesgo**, en las distintas fases, desde las empresas de capital semilla, a las venture capital, a las grandes empresas de capital riesgo.

Hasta aquí, los elementos contemplados en el “modelo Etzkowitz”. Sin embargo el MIT con-

Asturias dispone, con distinto grado de desarrollo, de todas las piezas que componen este ecosistema de innovación:

^[156] Innovation Ecosystems for Regional Entrepreneurship-Acceleration Leaders, <https://innovation.mit.edu/education-community/classes/real/>, consultado 23 enero, 2025

- La **Universidad de Oviedo** y otros centros generadores de conocimiento, tanto por los centros y grupos de la propia Universidad, como el ISPA (Instituto de Salud del Principado de Asturias), centro reconocido por el Instituto de Salud Carlos III, que integra los esfuerzos de investigación e innovación del sistema sanitario, como los de la Universidad de Oviedo y los Centros del CSIC radicados en Asturias.
- El **Gobierno asturiano**, implicado en este esfuerzo, a través fundamentalmente del instrumento que constituye la Agencia SEKUENS (Agencia de Ciencia, Competitividad Empresarial e Innovación Asturiana).
- Las **empresas innovadoras**, de las que existen varias en Asturias, fundamentalmente en el ámbito de la biotecnología y de las tecnologías de la información en salud.
- Los **emprendedores**, de los que también existe una buena representación en Asturias
- Las **empresas de capital riesgo**, que también existen, a través de los instrumentos de SEKUENS y otros.

Naturalmente, el que existan en Asturias todos los ingredientes para un ecosistema de innovación en salud, no quiere decir que algunos de ellos no necesiten refuerzo y un mayor desarrollo, para lo que debe de disponerse de un plan de acción específico.

Por otra parte, como ha sido puesto de manifiesto en el libro *“Boulevard of Broken Dreams”* ⁽¹⁵⁷⁾, el que existan todos los ingredientes no garantiza automáticamente el éxito de un ecosistema de innovación. Y por cada esfuerzo exitoso en desarrollar un ecosistema de innovación, puede haber varios fracasos.

SEKUENS, como elemento clave en el impulso al ecosistema de innovación en salud

La **Agencia de Ciencia, Competitividad Empresarial e Innovación Asturiana (SEKUENS)** es el instrumento del gobierno del Principado de Asturias, para el fomento de una política científica, fomento de ecosistemas innovadores, permitiendo la creación de nuevas empresas y grupos de investigación.

La agencia tiene, a su vez, varios instrumentos de apoyo a los sistemas de innovación:

- **CEEI Asturias** (Centro Europeo de Empresas e Innovación del Principado de Asturias), apoya la puesta en marcha y crecimiento de las empresas innovadoras de Asturias. Acreditado por la Unión Europea como Business Innovation Center (BIC)
- **Asturex**, una apuesta conjunta del Gobierno del Principado, la Federación Asturiana de Empresarios (FADE), las Cámaras de Comercio de Oviedo, Gijón y Avilés, junto con UNICAJA de crear una empresa que propicie una mayor presencia de las empresas asturianas en los mercados internacionales.
- **SRP** (Sociedad Regional de Promoción del Principado de Asturias, SA) es una empresa participada mayoritariamente por el Principado de Asturias a través de la Agencia SEKUENS, que ofrece financiación para empresas y emprendedores en Asturias desde 1984. El apoyo a las empresas es la participación en su capital social o la concesión de préstamos participativos.
- **FYCIT** promueve, incentiva y promociona aquellas actividades de investigación, desarrollo tecnológico e innovación de todos los aspectos de la vida económica y social.

Con distinto grado de desarrollo, Asturias tiene todos los ingredientes del ecosistema de innovación en salud

^[157] Josh Lerner, *Boulevard of Broken Dreams*, Princeton University Press, 2012

SEKUENS se implica también en el impulso a **semilleros de empresas**, creación de **clusters empresariales**, al impulso a la **compra pública de innovación** (compra pública pre-comercial y compra pública de tecnología innovadora) y otras actividades.

Entre los proyectos que figuran en el Plan de Acciones 2025 figura la puesta en marcha de una **incubadora de alta tecnología de Ciencias de la Vida**. Dicha incubadora estará situada en el entorno del Hospital Central de Asturias y contará con un mecanismo innovador para conectar a los clínicos del sector salud con la ingeniería y el mercado. Esta conexión, que se realizará a través de la creación de un centro de hibridación tecnológica que conecte ambos mundos, permitirá identificar productos o procesos innovadores dentro del mundo clínico y que sean susceptibles de, o bien ser llevados al mercado, o bien implementados en el corto-medio plazo en un entorno clínico real.

Para el desarrollo de sus actividades la Agencia cuenta con un presupuesto para 2025 de 73.834.799 euros que supone un aumento aproximado del 30% respecto al 2024.

La dimensión del sector salud en Asturias

Para dimensionar el sector salud es imprescindible establecer su perímetro. El sector salud está configurado por las actividades que permiten, directa o indirectamente, la prestación de servicios sanitarios: prestadores sanitarios, farmacia, comercio en relación con productos sanitarios, servicios sociales, I+D en salud, comercio al por menor de productos farmacéuticos, instrumentos médicos, aseguradoras ligadas a la salud, empresas de formación en profesiones sanitarias, servicios centrales de la Administración Pública de salud, y equipos médicos.

Una representación gráfica del perímetro del sector salud es el representado en la **Figura 16**:

Figura 16: Perímetro del sector salud

Fuente: Elaboración propia



Para establecer las dimensiones del sector se utilizan datos del CNAE (Clasificación Nacional de Actividades Económicas), incorporando todos los grupos y actividades relacionadas con actividad en salud:

- Servicios sanitarios y sociales, tanto de mercado como de no mercado

- Todas las actividades relacionadas con producto sanitario (empresas farmacéuticas, tecnología médica o medical devices, tecnologías de la información en salud)

A partir de los datos del Marco Input-Output de Asturias 2021, de reciente publicación, se puede hacer una estimación de la dimensión económica del sector salud para 2021, expresada en la **Tabla 13**.

R67	P86	CNAE	Descripción	VAB	VP	Empleo
Total				2.035.337	3.373.472	44.067
15	24	21	Productos farmacéuticos	23.439	58.844	259
24	39	3250	Fabricación de instrumentos y suministros médicos y odontológicos	15.466	26.814	301
31	47	4646	Comercio al por mayor de productos farmacéuticos y artículos médicos	51.598	79.666	868
32	49	4773	Comercio al por menor de productos farmacéuticos en establecimientos especializados	49.750	64.122	2.227
32	49	4774	Comercio al por menor de artículos médicos y ortopédicos	19.882	28.751	339
49	67	75	Actividades veterinarias	15.417	27.765	754
58	78	86	Actividades sanitarias de mercado	398.346	700.225	8.190
59	79	86	Actividades sanitarias de no mercado	1.083.689	1.796.565	19.003
60	80	87-88	Asistencia social de mercado	247.741	355.671	7.867
61	81	87-88	Asistencia social de no mercado	130.009	239.048	4.259

Tabla 13: Estimación del sector salud en 2021 (miles de euros para las variables económicas)

Fuente: Elaboración de Ramiro Lomba, SADEI (enero 2025)

El sector salud representa el 12% del empleo en Asturias

A partir de esta información, podemos concluir:

- El valor de producción en Asturias del sector salud es de **3.373 millones de euros (2021)**
- El VAB (2021) es de **2.035 millones de euros** (en Asturias el PIB fue de 23.618 en millones de euros, 2021)
- De los 2.035 millones de VAB del sector salud, **1.213 millones** corresponde a actividad sanitaria y social de no mercado. Esto corresponde al 59,6% del VAB generado por el sector salud en Asturias
- En términos de empleo, son **44.067 empleos en el sector** salud (públicos y privados), con un total empleo en Asturias de 365.385 en 2021
- Esto significa que salud representa, aproximadamente:

- El 12% del empleo de Asturias
- El 8,6% de la cifra de negocio de Asturias

Si vamos a los presupuestos públicos, vemos lo siguiente:

- **Sanidad representa aproximadamente el 35,5% de los presupuestos públicos en Asturias en 2024.** El presupuesto de la Consejería de Salud es de 2.254.376.181, frente a un presupuesto total del Principado de Asturias de 6.348.595.445 ⁽¹⁵⁸⁾
- **Si a esto sumamos los 544.940.708 euros del presupuesto de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, nos**

vamos a 2.799.316.889 euros, equivalente al 44,1% de los presupuestos del Principado de Asturias en 2024

- **El gasto sanitario público per cápita es el segundo mayor de España, solo por detrás del País Vasco** (gasto por habitante año País Vasco, 2.073 euros; gasto Asturias: 1.965 euros). Supera incluso el de la Comunidad Foral de Navarra: 1.941 euros/persona/año ⁽¹⁵⁹⁾

De este conjunto de datos, podemos sacar las siguientes conclusiones:

- **Dado el alto nivel de gasto público en sanidad per cápita en Asturias, no son previsibles aumentos significativos en este campo**, con lo cual la eficiencia de ese gasto y su redistribución es clave para el abordaje de nuevos proyectos (como pueden ser los relacionados con la innovación).
- **El peso del VAB en salud en actividades de no mercado (59,6%) no está bien compensado con otras actividades de mercado** en prestación de servicios sanitarios o en el desarrollo de empresas ligadas a producto sanitario.
- Tal vez se podría concluir que el peso del sector público daría para un mayor desarrollo de las empresas privadas relacionadas con la salud.
- Quitando el caso de Bayer, en **Asturias no existen grandes plataformas de producción de medicamentos ni relacionadas con el producto sanitario.**
- **Si existe una cierta actividad de empresas medias ligadas al producto sanita-**

^[158] Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Principado de Asturias, Tomo III, pág. 81, https://transparencia.asturias.es/documentos/291579/3263640/proyecto_2025_T3_estados_numericos_organismos.pdf/d5ab47f3-abad-501a-a23e-a473b250c5da?t=1732866027794, consultado 2 abril, 2025

^[159] Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023, pág. 147

rio (medical devices), así como empresas de tecnología de la información, parte de cuya actividad se dirige a salud.

Las grandes tendencias de innovación en el sector sanitario

Las industrias relacionadas con la salud (fundamentalmente, aunque no solo, sector farmacéutico, tecnologías médicas y tecnologías de la información en salud) son un ámbito en claro crecimiento en la etapa más reciente, según se pone de manifiesto en la **Figura 17**:

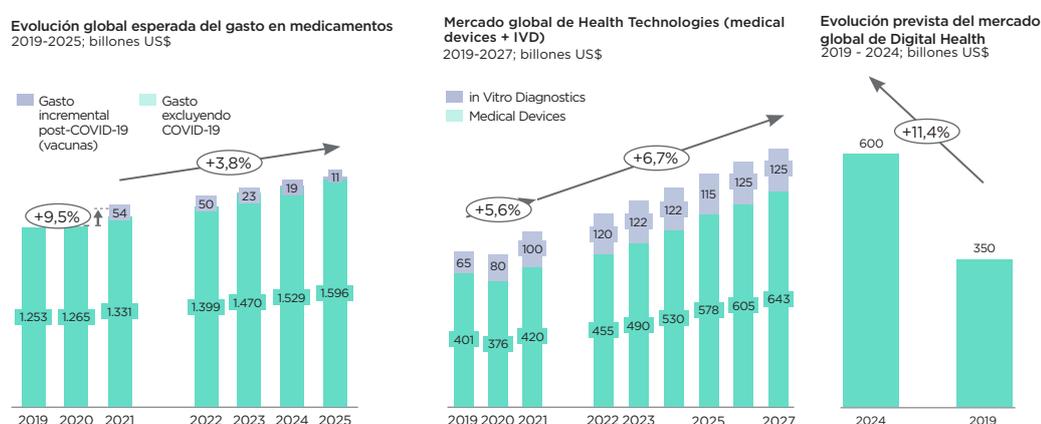


Figura 17: Tendencias de crecimiento de las industrias relacionadas con el sector salud

Fuente: Plan Estratégico Basque Health Cluster 2024-2027

Como se ve en la figura anterior, las tres grandes áreas industriales ligadas a salud son áreas de gran crecimiento, aunque especialmente en todo lo relacionado con la salud digital, dónde se esperan los mayores crecimientos.

La orientación hacia la salud genera asimismo oportunidades para el sistema productivo, pues como señala un informe de McKinsey, “El bienestar es algo más que sentirse bien. Está generando negocios preparados para seguir creciendo”^[160]. De acuerdo con este informe, las tendencias más relevantes en el campo de la salud y el bienestar son^[161]:

- Salud a domicilio

- Telemedicina y “wearables”
- Medicina personalizada, inteligencia artificial aplicada a la medicina
- Efectividad clínica frente a “medicina natural”. Esta tendencia es más pronunciada en medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos, y productos de belleza
- El auge de las recomendaciones médicas

Y las mayores áreas de crecimiento en la industria del bienestar:

- Salud y mujer

La salud digital, gran área de crecimiento a nivel global

[160] What is the future of wellness? McKinsey&Company. November, 2024.

[161] Tendencias elaboradas a partir de encuestas de opinión a consumidores de China, Estados Unidos y Reino Unido, no necesariamente trasladables a España, aunque probablemente los ciudadanos españoles comparten muchas de estas tendencias

- Envejecimiento saludable
- Control del peso corporal
- Ejercicio físico personalizado
- Salud intestinal (probióticos, etc.)
- Salud sexual
- Sueño

Estimular el desarrollo de empresas dedicadas a estas actividades puede ser una forma de crear un tejido empresarial centrado en la salud y el bienestar. En el contexto de España y especialmente en el Principado de Asturias, con un entorno natural bastante bien preservado, un sector primario (agricultura, ganadería y pesca) con productos de alta calidad y una restauración notable, el encontrar sinergias entre el sector salud y el turismo (ecoturismo; turismo gastronómico) puede estimular un crecimiento económico sostenible con un alto valor añadido para el Principado.

Condicionantes de Asturias

La pregunta inicial es si Asturias puede desarrollar con éxito un clúster de salud (o una iniciativa coordinada e integradora en este ámbito), considerando que solo cuenta con un millón de habitantes, no posee una industria sanitaria relevante y hay mucha competencia en España para atraer inversiones en este campo.

La experiencia nos dice que, si bien estos condicionantes son importantes, no constituyen limitaciones insalvables para alcanzar ese objetivo, si partimos de un sistema sanitario y un sistema académico sólidos (y Asturias los tiene). Existen experiencias internacionales que así lo confirman (Dinamarca, Finlandia, Irlanda, ...).

Ahora bien, es fundamental cumplir con una serie de requisitos básicos, especialmente:

- Voluntad política**, lo que implica la asignación de recursos, inversiones, planes de acción y el apoyo y colaboración de todas las partes concernidas.
- Integración en redes nacionales o internacionales** que salve las limitaciones del tamaño, permitiendo compartir recursos, conocimientos y proyectos.
- Enfoque estratégico en especialización**, priorizando áreas de nicho que no requieran un gran volumen de personal, pero sí muy cualificado, ni grandes inversiones iniciales.

Hoy, en los países desarrollados, no solo es esencial, sino una verdadera exigencia, que las políticas públicas integren la salud con el desarrollo regional y la sostenibilidad medioambiental. Difícilmente existen otros ámbitos en los que la voluntad política pueda ejercer un mayor efecto tractor sobre el crecimiento económico, la innovación, el empleo cualificado y la calidad de vida de los ciudadanos. Esto es especialmente relevante en una comunidad como Asturias, donde, tal como ha sido señalado, sanidad representa más de un tercio del presupuesto público y el sector salud moviliza en torno al 12% del empleo y la actividad económica.

Las diferentes perspectivas en cuanto a la madurez de la tecnología, del investigador a la empresa

Uno de los problemas para un diálogo fructífero entre los investigadores y las empresas y los emprendedores en el sector salud es la distinta perspectiva en cuanto al nivel de madurez de la tecnología.

Esta madurez ha sido clasificada con distintos niveles de TRL, según se presenta en la **Tabla 14**.

No hay limitaciones insalvables para el desarrollo de un clúster de salud en Asturias

Nivel de madurez de la tecnología	Concepto básico	Entorno	Nivel desarrollo	De la prueba de concepto al despliegue
TRL 1	Idea básica			
TRL 2	Concepto o tecnología formulados			Prueba de concepto. Investigación industrial
TRL 3	Prueba de concepto	Entorno de laboratorio	Investigación	
TRL 4	Validación a nivel de componentes en laboratorio			
TRL 5	Validación a nivel de componentes en un entorno relevante			Prototipo/ Demostrador
TRL 6	Validación de sistema o subsistema en un entorno relevante	Entorno de simulación	Desarrollo	Desarrollo tecnológico
TRL 7	Validación de sistema en un entorno real			
TRL 8	Validación y certificación completa en un entorno real	Entorno real	Innovación	Producto o servicio comercializable. Certificaciones pruebas específicas
TRL 9	Pruebas con éxito en un entorno real			Despliegue

Tabla 14: Niveles de madurez de la tecnología

Fuente: ^[162]

^[162] Ibáñez de Aldecoa, JM, *Economía Industrial*, N.º 393, 2014, págs. 165-171, <https://www.mintur.gob.es/Publicaciones/Publicacionesperiodicas/EconomiaIndustrial/RevistaEconomiaIndustrial/393/NOTAS.pdf>, consultado 23 enero, 2025

Normalmente un investigador trabaja con una perspectiva TRL 1-2 (entorno de laboratorio), mientras una persona de empresa trabaja con la lógica TRL 7-9 (entorno real). En estas circunstancias es difícil el diálogo.

Una de las cosas que falta en Asturias es instrumentos con perspectiva TRL 6-7, que puedan poner en contacto la lógica del investigador y la del empresario.

Nos referimos a centros tecnológicos, empresas de base tecnológica, vehículos de inversión.

La eficiencia y la transformación del sistema sanitario público: un prerrequisito para impulsar la innovación

La primera contribución que puede realizar el sistema sanitario asturiano al desarrollo económico del Principado es aumentar su eficiencia, tanto global (destinar el gasto a las actividades que añaden valor, desinvertir en aquellas que no lo hacen). Es una contribución imprescindible porque es condición para que puedan realizarse otras.

Para aumentar la eficiencia del sistema sanitario es preciso: 1. introducir las reformas estructurales, organizativas y de gestión que se han propuesto en el análisis del modelo sanitario, gobernanza, etc.; y 2. afrontar la transformación del sistema siguiendo las siguientes líneas:

- Enfocado a la salud
- El ciudadano/paciente gestor de su salud
- Visión holística: todos los determinantes de la salud, incluyendo los determinantes sociales
- Continuidad asistencial; atención integrada;

atención ambulatoria como opción predeterminada, hospitalización a domicilio

- Centrado en el paciente. Medicina personalizada
- Evaluación por resultados (principalmente en salud)

Adicionalmente, el sistema sanitario debe impulsar ciertos cambios, todos alineados con las necesidades de la innovación.

- **Impulsar la investigación** (la reciente acreditación del ISPA como Instituto de Investigación por el Instituto de Salud Carlos III es una gran oportunidad)
- **Realizar un cambio de procesos**, en la línea de su simplificación y digitalización (Lean Health) ⁽¹⁶³⁾
- **Incorporación de la IA**
- **Mejora de los procesos de compra**, compra pública innovadora y atención a los productos km0
- **Permitir el acceso a los datos a los agentes interesados en la investigación-innovación**

La orientación del sistema sanitario hacia la salud, que es el eje de la política del Principado, puede generar oportunidades de desarrollo económico que probablemente deberían ser estimulada desde los poderes públicos.

La experiencia de los clusters de salud

En muchas regiones se ha puesto en marcha dinámicas de clusters en diversas industrias, a partir de la constatación de Michael Porter de que cuando en una región las empresas de

La eficiencia y la transformación del sistema sanitario, necesario para impulsar la innovación en salud en Asturias

^[163] El método LEAN ha sido muy aplicado en sanidad, consiste en la búsqueda de una mejora de forma continua en los procesos para conseguir la mejor calidad reduciendo al mínimo el coste, siendo el paciente el eje desde donde gira todo lo demás.

un sector, que lógicamente compiten entre sí, desarrollan relaciones e iniciativas comunes (en formación, internacionalización, relaciones con la Administración, ...), el sector se convierte en un vector de crecimiento y generador de empleo.

Esto ha hecho que se hayan desarrollado importantes **biorregiones** en el mundo (Bos-

ton, San Francisco, Cambridge, Beijing, Shanghai, Singapur, Heidelberg, Bangalore, etc.)

En España, también ha habido grandes apuestas, como la biorregión catalana (**Biocat**) ⁽¹⁶⁴⁾ o el **Basque Health Cluster** ⁽¹⁶⁵⁾, si bien actúan con lógicas muy diferentes, tal y cómo se expresa en la **Tabla 15**.

Casi todas las comunidades autónomas están impulsando clústers de salud

Tabla 15: Las diferencias entre la Biorregión catalana y el Basque Health Cluster

Fuente: Elaboración propia, a partir de la documentación de la Biorregión catalana y el Basque Health Cluster

Biorregión catalana	Basque Health Cluster
<ul style="list-style-type: none"> • Agrupa a todas las instituciones y empresas que operan directa o indirectamente en el sector salud (Empresas relacionadas con la salud tanto nacionales como multinacionales, Proveedores sanitarios, Inversores, Centros de investigación, Parques científicos y tecnológicos, Universidades, Centros tecnológicos, grandes infraestructuras, centros tecnológicos, municipios, etc.) • El gobierno catalán tiene un papel protagonista, presidiendo al máximo nivel la Fundación (Biocat) que gestiona la biorregión • Tiene todos los objetivos de desarrollo empresarial en torno a la salud (y, entre otros, la atracción de multinacionales a Cataluña) 	<ul style="list-style-type: none"> • Agrupa fundamentalmente a empresas relacionadas con la salud vascas y que se desarrollan en el País Vasco • No incluye otro tipo de empresas, como las multinacionales • El gobierno vasco como tal no es miembro del Basque Health Cluster, ni está presente en sus órganos de gobierno • El objetivo fundamental es el desarrollo de empresas vascas ligadas al sector salud • Ofrece a sus asociados: ventanilla único público-privada; servicios especializados en el sector salud de alto valor añadido; servicios generales para la mejora de la competitividad y la cooperación; relaciones internacionales

^[164] <https://www.biocat.cat/ca>, consultado 23 enero, 2025

^[165] <https://basquehealthcluster.org/es/>, consultado 23 enero, 2025

En Asturias no está desarrollado un clúster de salud, a pesar de la política de SEKUENS de apoyo a diversos clusters en Asturias y la puesta en marcha de varios ⁽¹⁶⁶⁾: **Asincar** (industrias cárnicas) ⁽¹⁶⁷⁾; **Asturas** (turismo rural) ⁽¹⁶⁸⁾; **PTEBI** (sector biomasa forestal) ⁽¹⁶⁹⁾; **ECCO** (industria construcción) ⁽¹⁷⁰⁾; **Cluster TIC Asturias** (Tecnologías de la información y las comunicaciones) ⁽¹⁷¹⁾; entre otros.

Ha habido intentos, no consolidados y en este momento sin continuidad, de crear un embrión de clúster de biomedicina y salud en Asturias, a partir de la iniciativa de la Universidad ⁽¹⁷²⁾.

El impulso a un clúster de salud en Asturias podría ser una iniciativa interesante. Entre sus objetivos podría estar el incrementar interacciones entre todos los actores del sector sanitario y en particular con sus centros de investigación

y desarrollo; formación en la compleja regulación del sector salud; internacionalización, relaciones con la Administración, etc.

De avanzar por esa línea nos inclinaríamos más, basándonos en la experiencia de los *clusters* desarrollados en Asturias, por un modelo tipo Basque Health Cluster, que en el sumamente complejo de la biorregión catalana.

Aproximación a un DAFO sobre las posibilidades del desarrollo industrial en Asturias ligado a la salud

Una aproximación inicial a un DAFO sobre las posibilidades de desarrollo industrial en Asturias de empresas ligadas a la salud se representa en la **Figura 18**.

Figura 18: DAFO desarrollo en Asturias de empresas ligadas al sector salud

Fuente: Diagrama obtenido del debate del grupo de trabajo



^[166] <https://www.idepa.es/innovacion/clusters/red-de-clusters-de-asturias>, consultado 23 enero, 2025

^[167] <https://www.asincar.com/cluster-agroalimentario/>, consultado 23 enero, 2025

^[168] <https://asturas.com>, consultado 23 enero, 2025

^[169] <https://ptebi.es>, consultado 23 enero, 2025

^[170] <http://clusterecco.com/cluster-ecco/#junta>, consultado 23 enero, 2025

^[171] <https://clustertic.net>, consultado 23 enero, 2025

^[172] <https://cei.uniovi.es/biomedicina2>, consultado 23 enero, 2025

Propuestas para Asturias

Introducción

- La apuesta por el sector de la salud como motor económico puede arrancar de la pregunta: ¿Tiene Asturias otros ámbitos de mayores posibilidades? Si no, tiene que apostar por la industria de la salud
- Las razones de apostar por el sector salud en los esfuerzos del desarrollo industrial de Asturias son:
 - Es un sector anticíclico
 - En crecimiento
 - Que va a crecer más
 - Es un sector atractivo para los jóvenes, como lo es el de las TIC

Criterios de éxito

- Voluntad política
- Liderazgo desde la política industrial
- Disposición y refuerzo de todos los ingredientes de la cadena de valor del ecosistema de innovación
- Alianzas externas, nacionales e internacionales
- Priorización de las áreas de actuación
- Mejora de la eficiencia del sector sanitario y, en particular, de los procesos de compra y accesibilidad de los datos
- En su caso, si se considera oportuno, impulso a un “clúster de salud”

Las alianzas externas, necesarias para impulsar el clúster de salud

Propuestas

Es desde esta perspectiva de desde la que hacemos una serie de propuestas para Asturias, representadas en la **Figura 19**.

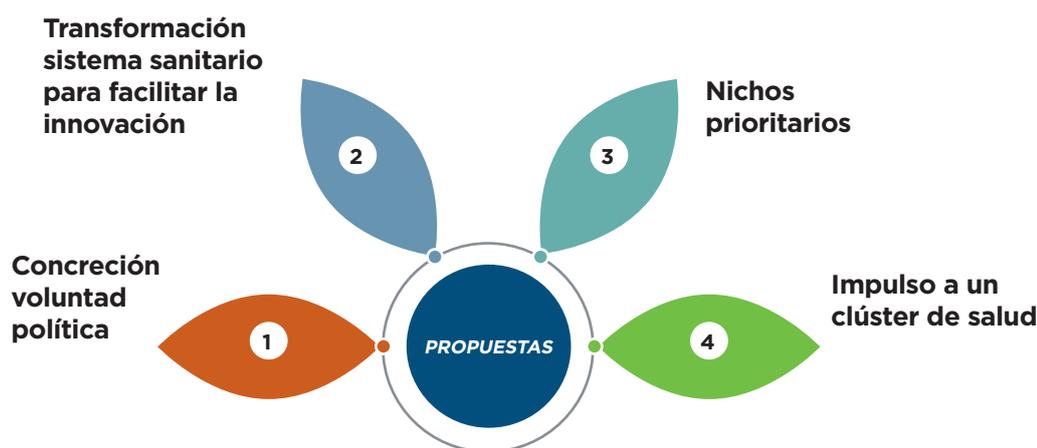


Figura 19: Propuestas

Fuente: Diagrama obtenido del debate del grupo de trabajo

Concreción muy clara de la voluntad política de impulsar un ecosistema de innovación en salud

Esta voluntad política no puede limitarse a declaraciones más o menos solemnes, sino que debe concretarse en una serie de ingredientes:

Apoyo desde Presidencia

El impulso a un ecosistema de innovación en salud debe ser una prioridad política para el Principado de Asturias, por lo tanto, liderado e impulsado desde Presidencia, ya que es una política “de región” y no de una Consejería concreta.

Recursos

Disponer de un presupuesto específico para esta actividad

Liderado desde la política industrial

Una vez definida esta política como una prioridad del Principado desde Presidencia, el liderazgo debe ser llevado desde la responsabilidad de la política industrial, sin perjuicio de la implicación de la Consejería de Salud, Derechos Sociales u otras

Dotación de una Estructura de impulso y seguimiento

- De coordinación
- Ayudas en asesoría regulatoria
- Relaciones con el sistema sanitario

Elementos facilitadores

- Push (subvenciones, incubadoras, capital riesgo, ...)
- Pull (marco de demanda, acceso temprano al mercado, compra pública innovadora, ...)

Estructura de alianzas

Tanto nacionales como internacionales. Muy importantes alianzas en el eje atlántico.

Elaboración de un Plan

Que incluya un marco de gobernanza, iniciativas concretas, recursos y un sistema de evaluación en cuanto a los éxitos de la implantación del Plan

Transformación del sistema sanitario en la línea de facilitar la innovación

No puede haber éxito en el desarrollo de un ecosistema de innovación en salud si no va en paralelo con una profunda transformación y modernización del sistema sanitario. Este es un elemento crítico pero también difícil, ya que es un sistema muy impregnado de las inercias administrativas y sindicales, un gran obstáculo para su transformación con una lógica más empresarial.

Esto integra varias iniciativas, pero por lo menos las siguientes:

Mejora de la eficiencia y de los procesos (LEAN health)

Aparte de la necesidad en sí de esta acción, no se puede impulsar una industria de la salud digital, si no se abordan proyectos de este tipo en nuestro sistema sanitario.

Agilidad en la compra

La poca agilidad en la compra va en contra de las empresas locales, que no pueden soportar los plazos de decisión de las compras públicas en sanidad actualmente.

Compra pública de innovación

Un requisito para la incorporación de ciertas tecnologías al sistema sanitario que sirva también de impulso a ciertas empresas.

Sin una importante voluntad política no puede haber desarrollo de un ecosistema de innovación en salud

Transparencia y acceso a los datos de salud

Cualquier desarrollo de salud digital implica el acceso a muy variados datos de salud, algo que se están planteando todas las comunidades autónomas en este momento.

Impulso a ciertos proyectos, como el anillo radiológico

El anillo radiológico (la compartición de imágenes radiológicas y de medicina nuclear entre todas las dependencias del sistema de salud) es una necesidad que permitirá el acceso a las imágenes por parte de los pacientes, también de los profesionales, una mejor gestión del personal al poder separar el lugar de la toma de la imagen con la emisión del diagnóstico, las labores de investigación, etc.)

La puesta en marcha de este anillo es una necesidad para el sistema sanitario desde el punto de vista asistencial y también para el impulso a la

investigación, innovación y desarrollo empresarial.

Incorporación de la IA a la labor diagnóstica y terapéutica

La IA va a jugar un papel importante en la labor diagnóstica y terapéutica. Su incorporación al sistema es la base que hace posible una labor de investigación, innovación y desarrollo en este campo.

Nichos prioritarios

La priorización de ciertos nichos, dado el tamaño de Asturias, es una auténtica necesidad. El ejercicio que ahora hacemos es puramente inicial y debe, en su caso, ser sometido a la opinión de los distintos elementos del ecosistema de innovación en salud de Asturias.

Pero de manera preliminar, identificamos 6 nichos de desarrollo, según se representa en la **Figura 20**.

Entre los nichos prioritarios: salud digital y ensayos clínicos



Figura 20: Nichos prioritarios de esfuerzo desarrollo empresarial salud Asturias

Fuente: Diagrama obtenido del debate del grupo de trabajo

Servicios digitales, IA

- **Razones:**

- La presencia en la gestión de la salud de la tecnología digital será el área de mayor crecimiento global en el sector sanitario, por encima del sector farmacéutico y de tecnologías médicas
- Es un sector donde las barreras de entrada son limitadas, no comparables a las de otros sectores de la industria de salud
- Hay ya un cierto ecosistema empresarial en esta línea, parte de cuyos esfuerzos van dirigidos al sector salud

- **Orientación de los esfuerzos**

- Datos, red de datos, analítica de datos
- Monitorización remota de enfermedades
- Hospitalización a domicilio
- Imagen
- Procesos e IA
- Ayuda a la toma de decisiones; transcripción, síntesis en terminología médica estandarizada y ayuda al diagnóstico de la entrevista médico-paciente.

Ensayos clínicos

- **Razones:**

- Los ensayos clínicos es un área de fuerte inversión para la industria farmacéutica
- **España es ya una potencia mundial en ensayos clínicos y líder absoluto en Europa**
- Esto no es una casualidad sino que se debe

a un marco regulatorio adecuado, un sistema sanitario potente y fiable, unos profesionales motivados con esta actividad

- Los ensayos clínicos representan un beneficio para el sistema:

- Para los profesionales, que se implican en tareas de investigación, aparte de las puramente asistenciales
- Para los pacientes que acceden a tratamientos innovadores, que de otra forma les estarían vedados
- Para el sistema, ya que los medicamentos de los ensayos son facilitados gratuitamente por los laboratorios al sistema sanitario
- Compensación económica, tanto para los profesionales como para actividades de investigación

- **Asturias ocupa una baja posición en cuanto al desarrollo de ensayos clínicos**

- Este asunto ha sido ya analizado en el apartado 5. Investigación & Innovación.

- **Orientación de los esfuerzos**

- Fortalecimiento y capacitación de la unidad de captación de ensayos.
- Concienciación de los profesionales sanitarios.
- Acción ante las compañías farmacéuticas y Farmaindustria (a través del programa BEST).
- Cualificación de personal sanitario.
- Inversiones en instalaciones.
- Acción específica a través de ISPA.

Empresas de otros ámbitos que quieran diversificar introduciéndose en el sector salud

• Razones

- Hay experiencia en este tipo de actividad en otras comunidades, como, por ejemplo, en el País Vasco, de empresas que hasta un momento dado no habían trabajado para el sector salud, pero cuya tecnología y experiencia es utilizable para este sector
- También en Asturias se dio esta experiencia, a raíz de la covid y la fabricación de las mascarillas

• Orientación de los esfuerzos

- Identificación de empresas que pudieran estar interesadas en hacer este recorrido

Servicios sociales, bienestar y envejecimiento saludable

• Razones

- Asturias es una de las regiones más envejecidas de Europa, pero el fenómeno del envejecimiento y las grandes diferencias entre un envejecimiento saludable y otro no saludable son muy apreciables
- Y en Asturias hay ya iniciativas innovadoras, en las que participan el sector público y el privado, en el campo de cuidados de larga duración, como pueden ser la estrategia CuidAs o el Centro de Competencia para la Economía del Cuidado de Larga Duración y el Envejecimiento Activo (CECOEC)

• Orientación de los esfuerzos

- Identificación de empresas que pudieran estar interesadas en innovar en este campo

Promoción y prevención

• Razones

- La medicina en general está evolucionando desde un planteamiento exclusivamente curativo a otro que hace énfasis en la promoción y prevención, lo que significa el desarrollo de servicios y productos para ello, con las múltiples oportunidades empresariales que eso genera

• Orientación de los esfuerzos

- Definir mejor el ámbito de actuación y los agentes implicados

Industria agroalimentaria del futuro

• Razones

- La alimentación está muy relacionada con la salud y en la alimentación saludable hay un gran nicho de mercado
- Asturias está bien posicionada en la industria agroalimentaria y por lo tanto el punto de partida es favorable

• Orientación de los esfuerzos

- Ayudar a la industria agroalimentaria para la transición desde una posición más tradicional a explorar el amplio mundo de la alimentación saludable

Impulso a un clúster de salud en Asturias

• Razones

- Para el impulso al desarrollo empresarial en salud hace falta impulsar las relaciones de las empresas con el mundo sanitario, lo que no es nada fácil, ya que inicialmente hablan un lenguaje muy distinto. También es preciso conocer el complejo mundo

Puede ser interesante, como han hecho otros sectores en Asturias, el desarrollo de un clúster de salud



de la regulación del producto sanitario, mucha de la cual es normativa europea. También son precisos complejos esfuerzos de internacionalización y de relaciones con la Administración.

- Son todas razones por las cuales es difícil que una empresa pueda hacer este recorrido sola.
 - La experiencia es que aquí tienen mucho que aportar los clusters de salud
- **Orientación de los esfuerzos**
 - Identificación de las empresas que quieran participar en el lanzamiento de un clúster de salud, siempre con la ayuda de SEKUENS y, en principio, siguiendo los pasos del Basque Health Cluster, que en este sentido nos parece más abordable que el de la compleja biorregión catalana.

MEJORES PRÁCTICAS DE POSIBLE INTERÉS PARA ASTURIAS

Clúster de salud

- Basque Health Cluster: <https://basquehealthcluster.org/es/>

Anillo radiológico

- El Anillo radiológico de Castilla y León:
https://comunicacion.jcyl.es/web/jcyl/Comunicacion/es/Plantilla100Detalle/1281372051501/_/1284403173996/Comunicacion, consultado 2 abril, 2025

Ensayos clínicos

- La Rioja lanza su unidad de ensayos clínicos para fármacos innovadores contra el cáncer:
<https://diariofarma.com/2025/01/22/la-rioja-lanza-su-nueva-unidad-de-ensayos-clinicos-para-medicamentos-innovadores-contr-el-cancer>, consultado 2 abril, 2025

Laboratorio de innovación para interacción con empresas en el hospital

- El ejemplo del hospital Son Espasses (Palma de Mallorca):
<https://www.ultimahora.es/monograficos/connect-2021/proyectos-grow-2021/2022/01/27/5343/health-living-lab-laboratorio-innovacion-son-espases.html>

Portal de investigación

- El ejemplo de I+Salud de Andalucía:
<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/fps/servicios/actualidad/noticias/detalle/556894.html>

Gestión de datos

- El País Vasco pondrá en marcha una oficina de gestión de datos en salud:
<https://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/-/noticia/2025/euskadi-creara-oficina-propia-datos-salud-que-utilice-informacion-mejorar-planificacion-y-investigacion-beneficio-y-pacientes/>

Índice de Tablas

Tabla 1: Áreas de actuación clave en la salud municipal.....	59
Tabla 2: Envejecimiento saludable	65
Tabla 3: Ranking de esperanza de vida por países	68
Tabla 4: Orientación de los cambios en el NHS	78
Tabla 5. Gobierno corporativo, con separación gobierno-dirección	115
Tabla 6: Perfil profesional del médico del futuro	128
Tabla 7: Competencias "transversales" adicionales del médico del futuro.....	129
Tabla 8: Competencias generales grado de medicina.....	129
Tabla 9: Competencias específicas grado de medicina	130
Tabla 10: Sistemas de vinculación de los médicos con el sistema sanitario en países occidentales desarrollados	131
Tabla 11: Modelos de propiedad de los hospitales en Europa	138
Tabla 12: Forma principal de provisión de atención primaria y de especialistas	139
Tabla 13: Estimación del sector salud en Asturias en 2021 (miles de euros para las variables económicas).....	167
Tabla 14: Niveles de madurez de la tecnología	171
Tabla 15: Las diferencias entre la Biorregión catalana y el Basque Health Cluster.....	173

Índice de Figuras

Figura 1: Marco conceptual del modelo Esther	67
Figura 2: Años de vida saludable	68
Figura 3: Esperanza de vida para las mujeres a partir de los 50 años de edad en buena salud (verde) y en mala salud (naranja)	69
Figura 4: Esperanza de vida para los hombres a partir de los 50 años de edad en buena salud (verde) y en mala salud (naranja), en 2019 y por comunidad autónoma	69
Figura 5: Gasto en I+D por comunidades autónomas en 2022.....	101
Figura 6. Los tres ámbitos de la gestión sanitaria	113
Figura 7: Mapa sanitario de tres áreas	117
Figura 8: Matriz de índice de Salud Mental.....	150

Figura 9: Prevalencia ajustada por edad de problemas de salud mental en las diferentes comunidades autónomas	153
Figura 10: Ratio de psiquiatras por 100.000 habitantes por comunidades autónomas	154
Figura 11: Principales ratios y datos de hospitalización breve/agudos en las comunidades autónomas	154
Figura 12: Hospitalización breve/agudos, infanto juvenil ().....	155
Figura 13: Recursos de hospitalización de media estancia-Adultos	156
Figura 14: El modelo de innovación "triple hélice" de Etzkowitz.....	163
Figura 15: Modelo de ecosistema de innovación (MIT).....	164
Figura 16: Perímetro del sector salud	166
Figura 17: Tendencias de crecimiento de las industrias relacionadas con el sector salud.....	169
Figura 18: DAFO desarrollo en Asturias de empresas ligadas al sector salud	174
Figura 19: Propuestas para impulsar un ecosistema de innovación en salud en Asturias.....	175
Figura 20: Nichos prioritarios de esfuerzo desarrollo empresarial salud Asturias.....	177

Índice temático simplificado

A

adherencia, 50, 81, 156
 Agencia Regional de Salud, 38, 46, 89, 116, 117, 118
 Analítica Predictiva, 44, 85
 años en buena salud, 38, 41, 60, 65, 68
 Área Sanitaria V de Asturias, 25
 Área Sanitaria VIII (Asturias), 26
 Asistentes clínicos, 42, 43, 77, 79
 Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Asturias (AFESA), 29
 asociaciones de pacientes, 38, 42, 73, 84, 86, 121, 144, 152, 153
 autocuidados, 34, 51, 56
 Automatización de procesos, 38, 92
 Ayuntamientos, 23, 41, 42, 46, 56, 57, 60, 68, 69, 70, 71, 77

B

Big Data, 44, 85, 87,

C

Cámara de Comercio de Oviedo, 30
 Cambios en la docencia en la Facultad de Medicina, 43, 161
 Carrera investigadora sanitaria, 40, 119
 carrera profesional sanitaria en investigación, 45, 100
 Cartografía de soluciones, 44, 90
 CIBERFES (Centro de Investigación Biomédica en Red Fragilidad y Envejecimiento Saludable), 25
 Ciberseguridad, 44, 85, 88

clúster de salud en Asturias, 172, 177
 clústers de salud, 170, 178
 Colegio de Enfermería de Asturias, 35
 Colegio de Farmacéuticos de Asturias, 33
 Colegio de Médicos de Asturias, 36
 Colegio de Veterinarios de Asturias, 33, 35
 Colegio Oficial de Psicología del Principado de Asturias, 29
 Comisión Mixta Sistema Público-Sistema Privado, 44, 178
 Comisión para la Reconstrucción Social y Económica, 132
 Comité de Profesionalismo Médico, 43, 160
 Compra pública de innovación, 48, 223
 concesiones, 166, 170, 177
 conciertos tradicionales, 45, 170, 179
 Confederación Salud Mental España, 29
 Consejo Interterritorial, 131
 Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 98, 100
 Consumo de medicamentos de salud mental, 149
 convenios singulares, 49, 138, 139, 142, 143
 cribado de cáncer, 81

D

De analógico a digital, 76
 De enfermedad a prevención, 76
 De hospitales a comunidad, 76
 Determinantes de la salud, 127
 distintos niveles de TRL, 168

E

EBA's, 139, 142, 144
 ecosistema de innovación, 38, 50, 51, 161, 162, 163, 173, 174, 175

emprendedores, 162, 163, 168
enfoque geriátrico en la asistencia, 42, 70
ensayos clínicos, 95, 100, 103, 104, 176, 179
entidades de capital riesgo, 50, 162
Envejecimiento saludable, 32, 41, 63, 69, 168
equipos asistenciales integrados, 42, 77
Estrategia One Health, 42, 76
Evaluar los resultados, 77
exclusividad, 13, 49, 144,

F

FADE (Federación Asturiana de Empresarios), 28
farmacia comunitaria, 38, 79, 85, 168
Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME), 25
Foro de Salud Mental, 29, 46, 195
fragilidad, 35, 36, 61, 63, 68, 69, 72, 75, 127
Fundación COTEC, 114
Fundación Hospital Avilés, 25
Fundación IMAS (Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria), 24, 26, 30

G

gestión clínica, 42, 89, 136, 138, 145, 157, 169
Gestión integral por grandes grupos de patologías, 83
gestión por objetivos, 162
gestión sanitaria, 133
Gestor del paciente, 38, 85
gobernanza, 57, 58, 75, 89, 99, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 116, 118, 128, 150, 170, 174,
Gobernanza, 109
gobierno del Dato en Salud, 44, 89
Grupo Ribera, 22, 33
Guía Técnica de Evaluación de Acreditaciones

de los Institutos de Investigación Biomédica o Sanitaria, 45, 101

H

Historia Clínica Electrónica, 44, 85, 90
historia de salud del ciudadano, 45, 91
Hospital San Agustín, 25, 26, 27
Hospital Vital Álvarez-Buylla, 24
hospitalización domiciliaria, 37, 82, 85
hospitalizaciones evitables, 37, 84, 85
HUCA, 26, 27, 28, 29, 140, 193

I

implicación de la Administración en la formación continuada, 44, 161
Industria agroalimentaria del futuro, 48, 227
Instituto de Salud Carlos III, 27, 40, 73, 107, 109, 110, 111, 114, 115, 117, 118, 206, 216
Inteligencia Artificial, 38, 39, 91, 97, 122
Interoperabilidad, 39, 93, 95, 97, 101, 179
Interoperabilidad de la historia clínica entre el sector público y el privado, 179
Investigación & Innovación (I&I), 40
ISPA, 25, 27, 33, 40, 72, 114, 115, 117, 118, 119, 126, 206, 216, 226

L

La Salud y el desarrollo económico de Asturias, 47, 203
Ley General de Sanidad, 57, 78, 131, 132
listas de espera, 134, 173
longevidad, 35, 64, 65, 67

M

Marco Input-Output de Asturias 2021, 209
MBA, 22

- Medicina Asturiana-Hospital Centro Médico de Asturias, 22
- Modelo asistencial, 25, 36, 76, 77
- modelo MUFACE, 165, 167, 170, 176, 177
- Mortalidad por suicidio, 187
- municipalismo, 34, 52
- N**
- Nichos prioritarios, 173, 175
- Nuevos roles profesionales, 44, 90
- O**
- orientación comunitaria de la Atención Primaria, 41, 59
- Orientar el sistema sanitario hacia la salud, 24, 34, 49
- P**
- pacientes, 25, 27, 28, 38, 39, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 59, 70, 71, 75, 76, 77, 80, 81, 85, 86, 88, 89, 90, 91, 92, 95, 103, 104, 109, 112, 114, 116, 117, 118, 123, 124, 125, 127, 130, 132, 135, 144, 150, 156, 157, 175, 176, 179
- pacientes expertos, 86
- participación, 21, 37, 38, 41, 42, 44, 46, 52, 80, 81, 86, 109, 111, 124, 129, 131, 132, 133, 141, 142, 143, 145, 167, 190, 196, 207
- perfil del médico del siglo XXI, 152, 154
- Plan de Salud del Principado de Asturias, 97
- Plan de Salud Mental de Asturias, 190
- Plataforma de Organizaciones de Pacientes), 26, 27
- plataformas investigación, 119
- política de directivos, 42, 145
- prevención del comportamiento suicida, 47, 198
- Principios de buen gobierno, 139
- privatización, 166
- procesos asistenciales, 136
- procesos asistenciales integrados, 37, 79, 81
- profesionales, 134
- profesionales sanitarios, 21, 32, 42, 43, 86, 91, 139, 143, 144, 148, 152, 225
- Profesionalismo, 28, 43, 147, 151, 155, 158, 160
- promoción de la salud, 34, 36, 39, 46, 51, 54, 56, 57, 58, 100, 156, 197
- Promoción y prevención, 48, 226
- Q**
- Quirónsalud, 22, 29
- R**
- Real Academia de Medicina y Cirugía del Principado de Asturias, 22, 28, 29, 43, 160
- reformas en la Atención Primaria, 37, 84
- RIDEA, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30
- S**
- Salud en todas las políticas, 34, 54, 55, 58
- Salud Mental, 29, 45, 46, 142, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 195, 196, 197, 199
- Salud Mental en la Infancia y Juventud, 187
- Salud Pública, 133
- sector privado, 46, 48, 77, 109, 135, 139, 140, 141, 142, 143, 144
- Segmentar a la población, 42, 43, 76, 78, 79
- SEKUENS, 37, 163, 164, 172, 178
- servicio público, 21, 48, 138, 139, 140, 142
- servicios diagnósticos, 43, 81
- Servicios sociales, bienestar y envejecimiento saludable, 51, 177
- SESPA, 35, 36, 38, 46, 55, 114, 116
- sistema de información en Atención Mental, 49
- Sistema Nacional de Salud, 26, 41, 43, 55, 79,

80, 87, 97, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115,
124, 128, 129, 130, 148, 149, 150

sociedad asturiana, 19, 21, 25, 27, 39

T

telemedicina, 42, 77

Telemedicina, 44, 85, 167

tiempos de espera, 42, 43, 77, 81

transferencias, 19, 111

Transformación digital, 23, 29, 38, 44, 85, 86,
88, 89, 90, 92

transparencia, 46, 48, 51, 71, 79, 109, 110, 114,
116, 117, 118, 119, 128, 143, 175

U

Universidad de Oviedo, 22, 28, 32, 33, 34, 36,
37, 98, 163, 172

W

Wearables, 44, 85, 167

Patrocinadores y contactos



Medicina Asturiana, SA es el socio mayoritario del Hospital Centro Médico de Asturias, el hospital privado líder en Asturias, que viene prestando sus servicios a la comunidad desde 1978, basando su vocación de servicio a los pacientes en contar con los mejores profesionales y la más avanzada tecnología.



MBA es una compañía nacida en Asturias en 1988 que en el momento actual es una multinacional, parte de AddLife. Líder en el sector de la distribución de tecnología médico-quirúrgica, su objetivo es dotar a los profesionales de la sanidad con las soluciones más innovadoras y completas.



Quirónsalud es el grupo líder de la prestación de servicios sanitarios en España. Cuenta con 57 hospitales y 129 centros sanitarios, así como más de 50.000 profesionales, para mejorar la salud persona a persona. En este momento está planificando la construcción de un nuevo hospital en Gijón.



Ribera es el segundo grupo de salud en España, proveedor de servicios públicos y privados desde 1997. Cuenta con más de 9.000 profesionales en sus proyectos asistenciales de España, Centro Europa y Latinoamérica. Actualmente tiene una red de 16 hospitales y 60 clínicas, una división de laboratorios, una empresa tecnológica, una central de compras, una Escuela Universitaria de Enfermería y una Fundación para la investigación, entre otros proyectos. Su modelo de salud responsable se estudia en importantes universidades como Berkeley y Harvard Business School. Desde 2024 el grupo cuenta con un hospital en Gijón.

Contactos

Ignacio Riesgo

ignacio.riesgo@icloud.com

Venancio Martínez

venancioms@telecable.es



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS



CECEL
CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE
CENTROS DE ESTUDIOS LOCALES



9 788412 957068