

BALLENA AZUL 2023

Propuestas de
transición hacia un
nuevo modelo de Salud
y asistencia pediátrica

1 DE JUNIO DE 2023

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DEL SURESTE DE ESPAÑA
Junta Directiva





BALLENA AZUL:

Propuesta de transición hacia un nuevo modelo de Salud y de asistencia pediátrica

Centrada en la ciencia y basada en las necesidades de la infancia y adolescencia de la Región de Murcia

Es un documento vivo que marca un horizonte hacia el que queremos ir e irá evolucionando con el tiempo y el enriquecimiento de las aportaciones. Aunque está realizado desde la Junta de una Sociedad Científica Regional su lectura y análisis puede ser útil para todas las CCAAs y para el Ministerio de Sanidad de España.



Como referenciar: Sociedad de Pediatría del Sureste de España. Ballena azul: propuesta de transición hacia un nuevo modelo de Asistencia Pediátrica. Murcia, 2023.

La Sociedad de Pediatría del Sureste de España (SPSE) es una organización que representa a 400 pediatras en la Región de Murcia. Federada a la Asociación Española de Pediatría (AEP). Entre sus fines 2.8 incluye asesorar a los Organismos Estatales, Regionales y Privados, en los asuntos que afecten a la salud y la integridad psicofísica del niño y del adolescente, emitiendo su opinión, aun cuando no haya sido solicitada.

NIF: G-30167578. www.spse.es email: info@spse.es



La Sociedad de Pediatría del Sureste de España (SPSE) es una organización que representa a 400 pediatras en la Región de Murcia. Federada a la Asociación Española de Pediatría (AEP). Entre sus fines (2.8) incluye asesorar a los Organismos Estatales, Regionales y Privados, en los asuntos que afecten a la salud y la integridad psicofísica del niño y del adolescente, emitiendo su opinión, aun cuando no haya sido solicitada.

La Ballena azul es el mamífero más grande del planeta Tierra. En los ejemplares adultos su corazón de 300 kg es capaz de bombear 80 litros de sangre por latido. Nuestro sistema de Salud necesita ballenas azules para insuflar el liderazgo, determinación, eficacia y cultura de la Salud que nos permita salir mejores de la actual crisis sanitaria.

Los niños no son adultos pequeños. Y comenzar la reforma del Sistema de Salud desde la pediatría quizás sea el mejor regalo para las futuras generaciones.

El desafío del nuevo modelo de salud

“Renaturalizar para Rehumanizar” la salud

Escenarios para la transición del modelo de Salud:

+transparencia; +democracia; + equidad y un nuevo modelo de bienestar

Orientar la Salud hacia la Municipalización la Atención Primaria y el grueso de la Salud Pública (y salud mental comunitaria)

Desarrollar las capacidades (especialidades) pediátricas para que haya integración vertical y horizontal

Incrementar la inversión en Educación Pública s/t en primaria y secundaria

Considerar la falta de pediatras una EMERGENCIA NACIONAL SANITARIA



Tabla de contenido

METAS CON INDICADORES PARA MEJORAR LA SALUD INFANTO-JUVENIL EN 2030.....	9
RESUMEN EJECUTIVO.....	11
Nuevas estructuras para la planificación estratégica. Integrar la Salud Pública y la Salud Mental en la práctica clínica en Atención Primaria.....	
Redistribución de los recursos	
Integración vertical y horizontal: una pediatría para la incertidumbre en un mundo complejo	
La falta de pediatras es una EMERGENCIA NACIONAL SANITARIA una falta de respeto a la infancia	
Escenarios de transición (+democracia,+transparencia, nuevo modelo de bienestar, +equidad)	14
EL CONCEPTO DE SALUD CAMBIA.....	16
Nuevo concepto de salud	19
MUNICIPALIZAR LA AP Y LA SALUD PÚBLICA (y salud mental)	23
Ejemplos de la Municipalización de AP	
Experiencia de Finlandia	
Compartiva de los modelos de salud en Europa	
UNA SOCIEDAD MÁS EDUCADA, MÁS PARTICIPATIVA.....	35
CRECIMIENTO CEREBRAL Y RETORNO ECONÓMICO Y SOCIAL: OPORTUNIDAD EN LA PEDIATRÍA	37
LA ESPECIALIZACIÓN DE PEDIATRÍA SALVA VIDAS.	39
Los niños y niñas no votan las políticas de salud.....	40
“Estaremos donde estén los niños/as”	40
LA ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA ES CLAVE.	
Urge desarrollar UNA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA QUE GARANTICE LA ASISTENCIA PEDIÁTRICA DE CALIDAD HASTA LOS 18 AÑOS.....	
Garantizar el desarrollo de especialidades pediátricas, incluidas la de Atención Primaria.....	
CAMBIO INTERIOR	43
Déficit de pediatras: oportunidad para cambiar el modelo de salud.....	
los servicios de salud de baja calidad están frenando el avance de las mejoras de la salud pediátrica	
Los Servicios autonómicos de salud tienen que mejorar su eficiencia para asegurarse que están logrando los mejores resultados posibles.....	
La política sanitaria gira y gira pero no evoluciona.	
Urge doblar el número de plazas MIR/EIR de pediatría.	
LA INFANCIA ES INVISIBLE.	47
Falta de representación de la infancia y de Planificación Estratégica	
Cuestión de confianza. Deterioro en la satisfacción y experiencias de trabajo de los empleados	50
LOS INDICADORES NOS DICEN QUE HAY QUE CAMBIAR.	53

REHUMANIZAR Y RENATURALIZAR LA SALUD	61
Participación.....	62
Concreción.....	65
Anticipación.....	67
Enraizar.....	68
ESCENARIOS DE TRANSICIÓN PARA SALIR MEJORES DE LA CRISIS SANITARIA	75
Nuevas estructuras para la planificación estratégica. Integrar la Salud Mental Comunitaria y Salud Pública en la práctica clínica de Atención Primaria	
Redistribución de los recursos	
Política de acción basadas en el aprendizaje. (poda-sinapsis)	
Integración vertical y horizontal: una pediatría para la incertidumbre y un mundo complejo.....	
Escenarios de transición asientan en 4 pilares para un nuevo modelo de salud infanto-juvenil	
+ transparencia y + Democracia	
Nuevo modelo del bienestar	
Más Equidad +ECO-Planeta para los jóvenes (vulnerables)	

Propuesta de transición hacia un nuevo modelo de asistencia pediátrica

Centrada en la ciencia y basada en las necesidades de la infancia y adolescencia de la Región de Murcia

Metas

A partir de los **INDICADORES DE 2020** queremos, sabemos y pretendemos **alcanzar para 2030:**

1. Reducir la mortalidad infantil en los primeros 5 años un 50%
2. Disminuir a la mitad los niños/as con exceso de peso
3. Disminuir a la mitad los niños/as que conviven en familias con mala calidad percibida del medioambiente en sus comunidades.
4. Prolongar la supervivencia global al 90% del cáncer infantil a los 10 años de seguimiento
5. Disminuir a la mitad la exposición a alcohol y drogas ilegales en el embarazo
6. Mejorar un 20% la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en los niños/as con enfermedades crónicas
7. Aumentar un 20% los scores de conexión con la Naturaleza de los jóvenes
8. Disminuir un 50% el número de visitas al pediatra
9. Mejorar un 15% los resultados globales de PISA / disminuir el 15% el fracaso escolar
10. Disminuir un 20% el paro juvenil
11. Disminuir la pobreza infantil un 50%
12. Disminuir el 50% de gasto sanitario en psicofármacos para la infancia

“El cambio o es interior o sino no es cambio. El desafío en esta etapa de crisis sanitaria es #GanarLaConfianza”



RESUMEN EJECUTIVO

Resumen de las propuestas para alcanzar las 12 metas para mejorar la Salud Infanto-juvenil en 2030.

Serán necesario crear nuevas estructuras, nuevos perfiles profesionales, una redistribución sustancial de los recursos y amplios cambios sociales que ya están en marcha. Estos cambios no serán fáciles. Tendrán que superar la fuerte oposición de poderosos intereses creados. Pero, afortunadamente, los avances tecnológicos, las políticas e instituciones necesarias ya están disponibles. **La cooperación entre gobernantes, sociedad civil y profesionales de la salud puede constituir una herramienta muy poderosa.**

NUEVAS ESTRUCTURAS PARA LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA.

A NIVEL MUNICIPAL

- **TRANSFERENCIA DE COMPETENCIAS DE SALUD PÚBLICA Y DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LOS MUNICIPIOS REQUIERE CREAR ESTRUCTURAS DE COORDINACIÓN Y PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA.**
 - a. Con dos ejes tractores básicos en un plan estratégico municipal para la salud y felicidad de la infancia y adolescencia:
 - i. Prevención y control de la obesidad
 - ii. Mejora de la calidad del aire en las ciudades.

Los municipios contribuyen a la descentralización e integración de la Salud Pública, Servicios Sociales y Salud Mental en la práctica clínica en Atención Primaria.

A NIVEL AUTONÓMICO

- **HACER VISIBLE A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.** Crear con rango de **DIRECCIÓN GENERAL de la FELICIDAD DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA** dependiente de la **Oficina del presidente de la Comunidad Autónoma**. Encargada de la Planificación estratégica que garantiza la verticalidad y horizontalidad de las medidas en todas las políticas, sociedad y sectores implicados para la infancia y adolescencia en la Región de Murcia. Este **plan autonómico para la Felicidad de la Infancia y Adolescencia se acompañará de planes municipales.**
- **Superconsejería o Agencia de Salud Global u Observatorio de Infancia y Adolescencia** que incluya aspectos de coordinación de la actual consejería de Salud, con medioambiente, servicios sociales, familia y de educación. Supra-coordinación para grupos vulnerables (comunidades pobres, infancia y adolescencia, embarazadas, ancianos y crónicos) a caballo entre las actuales DGSPyA, DGAS y DGMedioNatural, DGMA, DG Innovación Educativa, IMAS, DG Familia, Menores. **En esta estrategia, el Servicio Murciano de Salud ya no es una estructura aislada, y se dota de un propósito más vertebrador y coherente con las necesidades de la infancia incluso del ciudadano al que también pone derechos y deberes.** Vertebrará las Áreas Sanitarias (hospitales) y se coordina con las estructuras en las que los municipios van incorporando tareas (Atención Primaria-zonas básicas de salud).

REDISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS PARA UN MODELO MÁS GLOBAL Y COLABORATIVO

- **Incrementar un 20% anual la inversión en Educación en los próximos 4 años** hasta equipararse al gasto sanitario. Especialmente en educación primaria y secundaria.
- **Descentralizar y transferencia de la Atención Primaria (comenzando desde la pediatría) y un grueso importante de las competencias de Salud Pública a los municipios.** Pilotar en algunas ZBS el aumento de competencias de Salud Pública y de Atención Primaria a Municipios y barrios. Comenzar el proceso de transferencia en la Atención Pediátrica (los niños son beneficiarios principales del futuro sistema de Salud). Por ejemplo, la obesidad sale de las agendas de los sanitarios y se convierte en un desafío central en las políticas municipales (abrir polideportivos 365 días, peatonalizar, programas de movilidad activa,...), se le requieren indicadores de competencia a los alcaldes en la valoración de calidad del municipio. Se eliminaría el 94% de las consultas médicas por obesidad, para atenderlas en el municipio. El concepto de salud se amplía. Ayudaría a disminuir el número de visitas al médico. Desmedicalizar, al mismo tiempo que se integran los profesionales sanitarios de primaria con otros profesionales municipales y comunitarios (higiene, asuntos sociales, traducción, obras públicas, juventud...). La obesidad “pasa a ser un problema del alcalde”.
- Impulsar **programas de intercambio de datos entre múltiples sectores** (municipio, comunidades y organizaciones civiles...) para permitir un apoyo y una asistencia sanitaria más global y colaborativa.

INTEGRACIÓN VERTICAL Y HORIZONTAL: UNA PEDIATRÍA PARA LA INCERTIDUMBRE EN UN MUNDO COMPLEJO

- Es necesaria la integración entre y dentro de los sectores Primaria-Hospital y DG implicadas y Municipios y Organizaciones civiles, con la ubicación conjunta de los servicios cerca de los niños cuando sea posible, como un medio para fomentar la cooperación y generar confianza. **Esto contribuirá a integrar verticalmente la pediatría de Atención Primaria (en esas zonas piloto depende del municipio) con la de Atención Especializada del hospital de referencia (depende de las CCAAs) y horizontalmente integrando la pediatría con la salud pública y comunitaria (municipal, escolar, ONGs, activos comunitarios y atención social). Ayudaría a obtener modelos de innovación y los datos necesarios para avanzar.**
- **REHUMANIZAR** (profesión vocacional) y **RENATURALIZAR** (dotar de sentido lo que hacemos) como desafíos para cambiar el modelo de salud en Atención Primaria.
- **Comenzar la transferencia y municipalización de la Atención Pediátrica** puede ser una gran oportunidad para iniciar la transformación de un modelo de salud que necesitará unos 10-20 años. El nuevo modelo emerge y crece con los futuros adultos. Si estas experiencias funcionan es probable que ayuden a dar salida a la crisis sanitaria.

Necesitamos orientar la formación y estilos de trabajo para:

- Mejorar la experiencia basada en la confianza de los profesionales: **liderazgo y capacidad.**
- **Recuperar la confianza.** Desconfiar en los profesionales es muy caro para las organizaciones. Los modelos de gestión actuales no encuentran la salida del laberinto en todas las CCAAs porque son incapaces de despertar en los profesionales la confianza suficiente. **Ello requiere salir del servilismo y políticas “de familias” y dosis de transparencia suficientes para que a los puestos de liderazgo lleguen los mejores. La experiencia de empleado tiene un impacto en la productividad y eficiencia del sistema de salud, y en la capacidad para captar talento.**

- **Priorizar enfoques transformadores** de la prestación de servicios para que se adapten a las necesidades de los niños y niñas y no tanto de los profesionales, y orientar la educación y formación profesional de los futuros médicos y enfermeros en esa dirección.
- **Consultas 0 Bytes** (Comenzar de 0) para crear un sistema de transformación digital modular a partir de las experiencias de los profesionales. **Lo sustantivo es la transformación y mejora de la relación médico-enfermo.** Consultas sin ordenador 1 día a la semana, orientadas a resolver problemas y a enraizar a los profesionales con los enfermos y sus familias. URGE DISMINUIR LA MEDICINA DE ESCRITORIO. Esto permitirá crear nuevos sistemas digitales más apicales y colaborativos. Es decir, los formularios digitales surgirán de la experiencia (de abajo a arriba) y eso permitirá reducir un 70% de clic.
- **Reconocer las especialidades de pediatría.** Sin especialistas pediátricos, el futuro de nuestros niños y niñas será menos saludable. Entre ellas las de Atención Primaria. Los niños no son adultos pequeños.
- **Respetar las capacidades, especialidades y preferencias de los profesionales.** No sobran pediatras en los hospitales ni en Atención Primaria en España en general, y en la Región de Murcia en particular. Y todo ello en tiempos de escasez de profesionales. Faltan pediatras para cubrir las plazas. Mientras se aumenta el número urge
 - a. No tiene sentido enviar a Atención Especializada a profesionales que no lo desean, y que además expresan actitudes y capacidades diferentes.
 - b. No tiene sentido enviar a Atención Primaria a profesionales que no lo desean, y que además expresan actitudes y capacidades diferentes.
 - c. Y todo esto de arriba se entiende menos en tiempos de escasez de profesionales. **PERFILAR LAS PLAZAS DE LOS PROFESIONALES DE PEDIATRÍA ES UNA OPCIÓN MÁS QUE NECESARIA. Siempre y cuando el proceso sea transparente y democrático.**
- **Reducir la jornada laboral a 4 días a la semana. Redistribuir a los pediatras en las zonas donde sean más necesarios. Dar tareas al ciudadano.** Centrados en las necesidades de los niños y niñas aprovechar esta crisis sanitaria para pilotar experiencias escalables que incrementen la experiencia de empleado y de usuario final. Acabar con el presentismo contribuyen a mejorar la eficiencia.

LA FALTA DE PEDIATRAS ES UNA EMERGENCIA NACIONAL SANITARIA QUE SOLO SE EXPLICA POR LA FALTA DE RESPETO A LA INFANCIA

No necesitamos aumentar las plazas de más puestos de pediatría, pero sí asegurar el 30% de plazas de pediatría que están ocupadas por profesionales no cualificados para atender a los niños y adolescentes. Poner énfasis en la horizontalidad y verticalidad para cubrir las necesidades de la infancia y adolescencia. Para ello:

- En la situación emergencia sanitaria necesitamos: **Redistribuir y equilibrar los cupos de pediatría. En la situación actual de crisis, necesitamos concentrar la actividad pediátrica, asegurar las plantillas de los hospitales y todos los puestos de pediatría de Atención Primaria que podamos.** Es importante entender que un 30% de los niños/as crecen sin ver un pediatra en los primeros 15 años de vida. A los municipios hay que darles tareas, para que salgan también de las actitudes reactivas. Eso pasa por pilotar experiencias para Municipalizar de forma paulatina la salud infantil e integrará a las corporaciones locales y alcaldes en la búsqueda de soluciones. Contribuyendo a desmedicalizar y dar más horizontalidad al sistema de Salud a través de la **reagrupación de servicios de AP pediatría** ante la escasez transitoria de pediatras.

Llegar a esto es una transición, requerirá el pilotaje de modelos. La oportunidad que ofrece la pediatría es importante, porque el sujeto de la acción, la infancia, es en general, un individuo sano.

- **Penalizar la “inmediatez injustificada”** en los servicios médicos. Los indicadores de inmediatez no se tienen en cuenta o tendrán penalización tanto para usuarios como para los profesionales.
- Hacemos un **llamamiento de emergencia nacional** a las madres y padres de este país a que reclamen **doblar el número de residentes de MIR/EIR de pediatría en la Región de Murcia y España**. La falta de planeamiento estratégico de la medicina en general, y de la pediatría en particular ha acabado en la practica en un “cualquiera vale”.
- **Desmedicalizar la pediatría**, y poner el foco en atender mejor a la población, incorporando **otros perfiles y nuevas estructuras** que mejoren la asistencia en horizontalidad y verticalidad sin necesidad de ir al médico. La Salud Mental y la Salud Pública (medioambiente y de los estilos de vida) son el eje central de la pediatría de Atención Primaria y se construyen en los hogares, barrios y ciudades. Por eso la transferencia al municipio supondrá revisar a fondo los programas de salud. La tarea en el futuro del pediatra de atención primaria será la de ser asesores de salud coordinando equipos municipales y nuevos perfiles profesionales.
- **Potenciar la descentralización y transferencias de Salud Pública y Salud Mental al ámbito municipal y comunitario.**
- **Desarrollar capacidades de la enfermería escolar** como la “salud laboral de la infancia” en el marco de la municipalización de la Atención Primaria. Incorporando el ayuntamiento las enfermeras escolares. Las enfermeras escolares serán funcionarios municipales y estarán centradas esencialmente en la prevención y apoyar las mejores decisiones.

ESCENARIOS DE TRANSICIÓN PARA UN NUEVO MODELO DE SALUD PARA LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

+ transparencia y + Democracia

Planificación estratégica de la Atención Primaria centrada en la fluidez de la información y participación:

- Acercar las decisiones a nivel municipal y de barrio. La Salud en este modelo depende de cada uno de nosotros y las prioridades las deciden los ciudadanos.
- Presupuestos participativos y las consultas o participación virtual de los ciudadanos
- Promover la información con datos en abierto. La fluidez de la información es esencial.
- Rehacer sistemas de información de “inteligencia colaborativa” que transformen y mejoren la relación médico-enfermo. Los sistemas actuales como Selene y OMI contribuyen a alejar a los profesionales de la salud de los enfermos.
- Promover las redes y comunidades de salud digital entre los ciudadanos
- Los hogares y los barrios proveen de servicios de salud
- Potenciar las oportunidades de las empresas locales para impulsar todos los procesos innovación y emprendimiento vinculados a la salud

Nuevo modelo del bienestar

La calidad de vida o bienestar de los jóvenes se convierten en una meta central con esta estrategia.

Para conseguir este modelo de bienestar es necesario:

- a) Potenciar una economía de barrio, colaborativa y más verde;
- b) Los nuevos perfiles profesionales y el voluntariado fomentan las conexiones entre las personas y con el medio natural y social;
- c) Fortalecer el pensamiento ecosistémico de interconexión en el espacio y tiempo;
- d) políticas locales creativas y saludables para apoyar el 'cara a cara' de los jóvenes y vecinos.

Más Equidad

Desarrollar las mejores opciones de acceso de calidad para la salud de los niños/as no es suficiente. Necesitamos que además lleguen a los más vulnerables. Para ellos generar estructuras que contribuyan a identificar a los niños y niñas en situación de vulnerabilidad será clave. La pobreza, y en menor medida la etnia o raza son determinantes de las injusticias ambientales que limitan el acceso a los derechos de la infancia y adolescencia.

Necesitamos motivar a las familias y a los jóvenes a las mejores decisiones y en un marco de equidad, para que alcance a todos los miembros de la sociedad, independientemente de su condición social. Lo importante es este modelo ya no es tener un consultorio médico abierto. Lo importante en este modelo es crear las mejores posibilidades de bienestar para todos los miembros de la sociedad y que pueda tener acceso un niño/a un servicio de salud, educación, vivienda, medioambiente de alta calidad y que le resuelva con eficacia sus problemas. Numerosas estrategias ayudarán. Los Municipios y comarcas Naturales saldrán robustecidas porque crearán servicios de salud que ayudarán resolver muchas de estas cuestiones.

IMPORTANTE: Los escenarios de transición requieren enfoques vertebradores con implicaciones en educación, social, familia, medioambiente...y en la infancia requerirá crear nuevas estructuras de vertebración desde ministerios o consejerías, DG de infancia y adolescencia u observatorios de infancia y adolescencia, tanto a nivel autonómico como municipal. HACER MÁS VISIBLE A LA INFANCIA EN TODAS LAS POLÍTICAS.



El concepto de salud cambia

La definición de Salud de 1949 ha estado en la base de todos los logros en la etapa de gran aceleración del impacto de la humanidad sobre los sistemas terrestres. Al menos en las democracias occidentales, el reconocimiento del derecho a la salud supone tener que garantizar un estado ‘de pleno bienestar’.

Definición de Salud vigente desde 1948

«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

Esta definición de la OMS encierra una visión estática del concepto de salud, y requiere para alcanzar sus metas de los motores de la prestación de servicios sanitarios.

La Constitución Española de 1978, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos el ejercicio de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Durante la segunda mitad del siglo XX y en el albor de este siglo se forjaron los Sistemas de Salud Nacionales, Regionales o Locales (Servicio Murciano de Salud, Servicio Madrileño de Salud, SERVASA, Institut Català de la Salut, ...) que han contribuido en mayor o menor medida a intentar dar respuesta a esta definición de Salud. La reforma de Ernest Lluch, recogida en la Ley General de Sanidad de 1986 impulsó la creación y consolidación de estos Servicios Regionales de Salud, contribuyó a configurar el consejo interterritorial y a la descentralización y desarrollo de Atención Primaria. Todo ello contribuyó a desarrollar las especialidades de facto de la pediatría de Atención Primaria y Hospital. Permitted llevar pediatras a todos los Centros de Salud y consultorios.

Llevamos 40-50 años desarrollando modelos de salud basados en la prestación de servicios sanitarios. Actualmente la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, destinan aproximadamente el 40% de su presupuesto global a la consejería de Salud. La inmensa mayoría de recursos económicos en el Servicio Murciano de Salud están destinados a las tareas diagnósticas y terapéuticas (98-99% del presupuesto sanitario), relegando a aspectos testimoniales los recursos para las tareas preventivas, incluidas las

de salud pública y de prevención de enfermedades tan importantes en pediatría. Esta distribución injusta y desigual en los presupuestos, provoca la paradoja de las enfermedades crónicas y agudas emergentes como las asociadas a las epidemias por nuevos virus. ¿En qué consiste esta paradoja? Pues que por un lado conocemos mejor, diagnosticamos y desarrollamos dianas terapéuticas más eficaces para las enfermedades crónicas, sin embargo, su incidencia no deja de crecer, apareciendo incluso a edades más tempranas. Al mismo tiempo, frente a las enfermedades agudas emergentes como la pandemia mundial por Sars-CoV2 de 2020 con una fuerte relación con la salud de los ecosistemas, se pone el foco en el control de los factores de riesgo individuales (distanciamiento social, uso de mascarilla...) y en la búsqueda de nuevas terapias. Es una medicina centrada en diagnosticar y tratar enfermedades, sin pararse a pensar o hacerlo de una forma testimonial o poca integradora sobre el origen o condiciones del terreno para la propagación de las mismas.

Después de más de 30 años de la ley General de Sanidad de 1986, en España y el mundo nos enfrentamos a nuevos desafíos: crecimiento de las enfermedades crónicas y otras nuevas emergentes todas ellas ambientalmente relacionadas, costes insostenibles de la enfermedad, desigualdades, agotamiento de los recursos naturales, pérdida de biodiversidad, envejecimiento y crecimiento urbano, cambios en las relaciones interindividuales, comunitarias y en la economía global y a todas las amenazas medioambientales para la salud.

Sabemos que numerosas enfermedades modernas tienen unas bases económicas y medioambientales asentadas que subyacen en sus causas fundamentales. El crecimiento de las enfermedades crónicas y las agudas emergentes como las pandemias ha sido paralelo al deterioro de los ecosistemas del planeta. Todos los ecosistemas están interconectados. Aunque los médicos no tenemos competencias para establecer un drástico cambio en el rumbo de los aspectos sociales y en el deterioro de los recursos naturales, tenemos toda la autoridad moral y científica para involucrarnos en las tareas de defensa de la salud pública de las poblaciones. Esa responsabilidad como científicos y médicos deriva de los conocimientos adquiridos y del ejercicio del saber.

El concepto de Salud necesita una visión más amplia, dinámica y participativa. Hasta ahora, los individuos y comunidades con frecuencia han contribuido como espectadores pasivos en las decisiones clave que le atañen a su salud. El estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad irá evolucionando en los próximos años hacia la 'habilidad' de alcanzar ese estado de bienestar global. Esta transformación del concepto desliza el pivote del modelo sanitario, basado actualmente en la prestación de Servicios Sanitarios, hacia la mayor participación de los

individuos y comunidades en la salud que decidan tener. En esta nueva definición de salud lo importante no es la llegada a meta sino todo el recorrido por el camino, desde su inicio hasta el final o meta. Se transforma el concepto de salud, y se convierte en algo vivo y dinámico en el que lo importante no son los Servicios de Salud tradicionales y sus prestaciones, sino la participación, activa, consciente y coherente de los individuos. En este nuevo concepto, la Salud es rentable o coste-efectiva cuando los individuos participan y ocupan un papel protagonista. Esta definición implica que el concepto es tan dinámico que puede cambiar de una comunidad a otra, e incluso la libertad de elegir colectiva o individualmente el establecimiento de prioridades. En este nuevo modelo, la Salud en gran medida es ajena a los servicios tradicionales de salud, y se convierte en la ‘esperanza’ de conocer, adaptar, luchar y superar los desafíos cambiantes de las etapas vitales, con la finalidad, de conseguir ciudadanos más productivos con un envejecimiento más saludable y en armonía con la naturaleza.

El reconocernos como actores capaces de transformar los equilibrios y superar los límites planetarios ahonda en la necesidad de incorporar una nueva ilustración en las relaciones sionaturales del planeta, incluida la salud, ahora ya Global o Planetaria. Esta transformación ecosistémica de la salud requerirá liderazgos valientes, el desarrollo de nuevos perfiles profesionales y nuevos modelos energéticos, comerciales y de emprendimiento social. Este proceso se acompañará de una redistribución sustancial de los recursos y de amplios cambios sociales. Ya están en marcha.

Nuevo concepto de salud

Las ‘habilidades’ de alcanzar el estado pleno de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad en armonía con la madre naturaleza.

	Definición	Visión	Determinantes	Motores del modelo	Estructuras	Desafíos
1948	Estado pleno de bienestar...	Estática	Lalonde (1974) Teoría Social (OMS)	Prestación de Servicios (paternalismo)	Servicios Regionales o Nacionales de Salud	Humanizar
2020	‘Habilidades’ para alcanzar ese estado en armonía con la Naturaleza	Dinámica Variable	Ortega (2020): tiempo profundo, evolución natural, hiperobjetos y el clima	Participación de personas y comunidades (democracia)	Nuevos escenarios y estructuras	Naturalizar
Definición de la OMS de 1948 frente a la propuesta en este libro. Diferencias de visión y sus implicaciones.						

Tabla 1. Diferencias del concepto de Salud y sus implicaciones



Municipalizar la Atención Primaria (AP), Salud Mental y parte de la Salud Pública

El concepto de Salud cambia. Y nosotros con él. Llevamos 40-50 años desarrollando modelos de salud basados en la prestación de servicios sanitarios. Pero el concepto de Salud necesita una visión más amplia, dinámica y participativa. Hasta ahora, los individuos y comunidades con frecuencia han contribuido como espectadores pasivos en las decisiones clave que le atañen a su salud. Los políticos y gestores sanitarios siguen hablando de cubrir puestos, doblar consultas, listas de espera o ampliar horarios, de cubrir tardes en los centros de salud, reforzar urgencias, de humanización, digitalización, llenar de promesas de contratos, reuniones, cierran y abren servicios por las presiones comunitarias o municipales... Recuerdan las películas como el sueño de la marmota. **La política sanitaria en España gira y gira, pero no evoluciona. Seguimos en la primera etapa de transición de modelo de Salud (resistencia al cambio). Lo viejo se resiste a morir.**

El estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad irá evolucionando en los próximos años hacia la 'habilidad' de alcanzar ese estado de bienestar global y en armonía con la Naturaleza. Esta transformación del concepto desliza el pivote del modelo sanitario, basado actualmente en la prestación de Servicios Sanitarios, hacia la mayor participación de los individuos y comunidades en la salud que decidan tener. Se transforma el concepto de salud, y se convierte en algo vivo y dinámico en el que lo importante no son los Servicios de Salud tradicionales y sus prestaciones, sino la participación, activa, consciente y coherente de los individuos. En este nuevo concepto, la Salud es rentable o coste-efectiva cuando los individuos participan y ocupan un papel protagonista. Esta definición dinámica implica que puede cambiar de una comunidad a otra, e incluso la libertad de elegir colectiva o individualmente el establecimiento de sus prioridades sanitarias. En este nuevo modelo, la Salud en gran medida es ajena a los servicios tradicionales de salud, y se convierte en la 'esperanza' de conocer, adaptar, luchar y superar los desafíos cambiantes de las etapas vitales, con la finalidad, de conseguir ciudadanos más productivos con un envejecimiento más saludable y en armonía con la naturaleza. Este modelo de Salud incluye acciones que necesitan una dosis extra de motivación tanto a nivel individual como comunitario. No va a ser tarea fácil. Supone establecer reequilibrios en las fuerzas de poder de las relaciones entre personas enfermas, servicios sanitarios, instituciones, farmaindustria, medio natural... Es probable que las intervenciones sanitarias en este

nuevo modelo no aporten ganancias rápidas ni sencillas, incluso puede que sean impopulares durante la transición de modelo.

La participación es la esencia del nuevo modelo de salud. La libertad de elección y los deseos de participación crecientes son indicadores de que algo se mueve. Los presupuestos participativos municipales también son ejemplos embrionarios. Una planificación estratégica de la Atención Primaria (AP) centrada en la fluidez de la información y la participación requiere acercar las decisiones al municipio. La Salud de esta forma dependerá más de cada uno de nosotros y las prioridades las deciden los ciudadanos en un marco de cercanía. Municipalizar la AP y el grueso de la Salud Pública (también la salud mental) será la evolución natural que dará la sostenibilidad y resiliencia que permita ganar la confianza y recuperar una sana relación entre ciudadanos, profesionales y gestores de salud. Un cierto nivel de cultura de la democracia y transparencia serán básicos para una sana participación de los ciudadanos. Frente a la regresión populista, este modelo potencia la descentralización, exige más democracia, más transparencia, más equidad y un nuevo modelo de bienestar.

Los ciudadanos tienen que recibir apoyos para participar y tomar estas decisiones utilizando los activos comunitarios y los servicios clásicos de salud. Los municipios contribuyen a la descentralización, integración y vertebración de la Asistencia Sanitaria, Salud Pública, Servicios Sociales y Salud Mental en la práctica clínica en una AP Global desde lo Local. Comenzar la transferencia al municipio de la AP Pediátrica ayudaría a convertir la crisis de falta de pediatras en una oportunidad y a beneficiar a los depositarios del futuro sistema de Salud.

Este gran salto hacia delante de la AP requerirá la audacia e ilustración de prodigiosas mentes para alcanzar el consenso político y superar la oposición de los poderosos intereses creados, integrando la horizontalidad y verticalidad de la asistencia para generar la cooperación y confianza necesarias.

Hemos llenado de Centros de Salud y consultorios todas las CCAAs, los desafíos actuales nos obligan a ir un poco más allá en el camino de la descentralización. El crecimiento urbano, los costes insostenibles, envejecimiento, cronicidad, cambios en la estructura familiar, pérdida de biodiversidad, agotamiento de los recursos naturales...requieren enfoques transformadores. Municipalizar la Atención Primaria permitiría una mayor coordinación con los servicios municipales (cercanía al ciudadano) y activos comunitarios. **La transición va a requerir experiencias que ordenen el modelo actual.** Por ejemplo transferir todas las competencias de la obesidad infantil al municipio. De facto conllevará incorporar e integrar en los Centros de Salud los servicios sociales, culturales,

deportivos y estructuras de barrio. La salud se amplía visitando menos al médico.

Pilotar en 1 -2 zonas básicas la transferencia al municipio de la AP Pediátrica ayudaría a convertir la crisis de falta de pediatras en una oportunidad.

Este modelo potencia la descentralización, exige más democracia, más transparencia, más equidad y un nuevo modelo de bienestar.

Los municipios contribuyen a la descentralización, integración y vertebración de la Asistencia Sanitaria, Salud Pública, Servicios Sociales y Salud Mental en la práctica clínica en una AP Global desde lo Local.

Por ejemplo: transferir todas las competencias de la obesidad infantil al municipio.

De facto conllevará incorporar e integrar los servicios de salud clásicos con los servicios sociales, culturales, deportivos, saneamiento y estructuras de barrio. La salud se amplía.

MUNICIPALIZAR PARA DESMEDICALIZAR

La salida a la crisis de AP requiere un nuevo contrato social ahora ya socionatural que incorpore los nuevos desafíos. Pilotar experiencias aportaría los datos necesarios para crear nuevos marcos legislativos. Sería el embrión de la 2ª Ley General de Sanidad, ahora ya de Salud Global.

Dentro de los servicios municipales, los servicios a las personas cada vez adquieren mayor relevancia. Administrar servicios de salud públicos para cualquier organización implica asumir, además de las tensiones propias del funcionamiento, la tensión producida por la demanda incesante de los usuarios sobre el sistema, situación que se ve agravada cuando los recursos son limitados y en muchos casos insuficientes.

la Planeación Estratégica Local es la expresión concreta de la política de salud comunitaria, que, en consecuencia con las prioridades definidas en los niveles nacional

y regional, incorpora y refuerza su acción en los problemas de salud del barrio o comunidad. Su elaboración, implementación, ejecución, monitoreo y evaluación se realiza con un amplio nivel de participación que excede al equipo de salud, lo que posibilita de mejor manera la compatibilización entre las demandas de salud y la respuesta elaborada. Todo ello hace avanzar en cambios profundos, que sentarán las bases o fundamentos de una necesaria 2ª Ley General de Sanidad ahora ya de Salud Global.

Ejemplos de municipalización de la Atención Primaria y Salud Pública. Para entender mejor el concepto que parte primero de pilotar algunas experiencias.

- La obesidad infantil. Sabemos que 1/3 de los jóvenes tienen exceso de peso. En este nuevo modelo la obesidad se aborda sin perder el foco en la “causa de las causas” y se convierte en un problema esencialmente de ambiente construido y modelo de vida (movilidad, barrio, peatonalización, espacios verdes, alimentación basura, polideportivos,...). Los indicadores de control de peso, son públicos y compiten entre municipios para mejorarlos. El enfoque local garantiza una mayor participación de los ciudadanos en la salud que quieren tener. La solución a la obesidad deja de ser un problema estrictamente sanitario, y esto contribuye a disminuir las visitas al médico de AP, y reduce un 25% las consultas de endocrinología pediátrica. En lugar de ir al médico, el 95% de los obesos van al parque andando, corriendo porque hemos llenado de pistas polideportivas que abren las 24 horas, parques, espacios y actividades promovidas para disminuir el índice de masa corporal. Surgen nuevas profesiones para conseguir estos cambios. Los ayuntamientos prohíben los padres las comidas basura en los centros educativos, se promueve una alimentación de cercanía con los agricultores locales...Al centro de salud no acuden los obesos, porque la salud es más amplia y la prestación de servicios de salud supera el centro sanitario. El ciudadano es libre de participar o no y de conducir su salud.
- Otros ejemplos. Las enfermeras escolares son profesionales del ayuntamiento, que trabajan integradas en el centro escolar que junto con los servicios sociales, saneamiento, juventud y de limpieza municipales que ayudan en la prevención y que las estructuras escolares sean seguras y saludables. Sería un buen principio para desarrollar nuevos perfiles profesionales desde lo local.
- Otra de las ventajas. Ante la escasez de sanitarios, permitiría incorporar a los municipios en la búsqueda activa de soluciones más creativas. Actualmente, solo

participan de forma reactiva y pasiva reclamando más profesionales, cuando en verdad, lo que están pidiendo los ciudadanos es tener mejores condiciones de vida en los entornos en los que conviven.

- Acercar al municipio de la salud, supondrá un impulso para el sector privado y el desarrollo de empresas vinculadas al bienestar con carácter local y de barrio. Los barrios y ciudades competirán ahora por los indicadores de bienestar de sus ciudadanos. Alejaría a los municipios de la “cultura de la basura”.
- Municipalizar la salud mental infanto-juvenil, ayudaría a disminuir el número de visitas al psiquiatra y psicólogo, disminuir el consumo de fármacos psicoactivos en pediatría de una forma relevante. Usar a nivel local el descenso de estos indicadores para medir la estado de la salud mental y rendir cuentas por ello ayudaría a crear un planeamiento estratégico municipal de ocio, bienestar, espacios verdes, actividad física,... más allá de las ocurrencias.

Municipalización de la Atención Primaria: experiencia Finlandesa

Esta apuesta por la municipalización de atención primaria contribuiría a la descentralización y a que los profesionales tengan una mayor capacidad de autogestión. Facilitando la innovación y acercando a los ciudadanos y municipios a la búsqueda de soluciones creativas e innovadoras a los problemas de salud en un marco más local. Se acercan definitivamente al poder local y a los ciudadanos las decisiones de salud. No sería una ruptura con el modelo implantado, sino al contrario supondría una continuidad en el proceso descentralizador.

Los servicios de salud se financian de la misma manera, principalmente, con dinero público. En los municipios, los servicios de atención primaria son proporcionados por los centros de salud i la atención especializada la proporcionan los hospitales de la Consejería de Salud. Un municipio puede ejecutar su propio centro de salud o puede hacerlo conjuntamente con otros municipios.

Un ciudadano puede reservar cita en un centro de salud por si mismo. El acceso a la atención médica especializada requiere una remisión del médico del centro de salud en los casos no urgentes.

La planificación general, la dirección y la supervisión de la atención médica especializada es responsabilidad de la Comunidad Autónoma.

Los costes de la atención médica son fraguados, en mayor parte, por los municipios. Esto requiere dotar y transferir los recursos económicos al marco local. La atención sanitaria preventiva y los servicios de bienestar no tienen coste alguno para el

ciudadano. Los mayores de 18 años pagan una cuota de atención sanitaria que varia según si la atención es hospitalaria, ambulatoria o quirúrgica.

Ejemplos de Municipalización de la Atención Primaria en Europa: Finlandia.

https://stm.fi/en/social_and_health_services/health_services

Modelos de asistencia sanitaria en Europa

Dos grandes grupos:

En la UE-15 ocho países: Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Italia, Portugal, Reino Unido, Suecia y España (Modelo Beveridge) se rigen por el modelo de sistema nacional de salud, siendo su financiación sanitaria mayoritariamente a través de los impuestos. Este modelo se basa en la solidaridad (quien más tiene más paga) y el resto de los impuestos pivota fundamentalmente sobre el valor añadido, si bien, también se destinan algunos otros gravámenes como es el caso de los hidrocarburos, el alcohol, el tabaco o la electricidad.

En la UE-15 siete países: Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Grecia, Luxemburgo y Países Bajos (Modelo Bismark) tienen un modelo de sistema de seguridad social en el que las cuotas obligatorias pagadas por las empresas y los trabajadores, son la principal fuente de financiación. Los fondos de enfermedad se organizan según categorías profesionales y pueden ser más o menos numerosos. En estos sistemas, los impuestos generales también juegan su papel, financiando las primas de los seguros de los sectores desfavorecidos y sin cobertura o ciertos tipos de asistencia básica pública, como las vacunaciones o los servicios de salud maternos.

Los ciudadanos de Dinamarca, España y Reino Unido tienen acceso gratuito, sin copago alguno, a las consultas de atención primaria, a las consultas ambulatorias de atención especializada, en los ingresos hospitalarios y en el acceso a los servicios de urgencias.

Resumen de las principales características de los sistemas de salud EU-15

	Tipo Sistema	Cartera de servicios definida a nivel central	Modo de provisión predom. en AP	% de Provisión pública en Hospitales	Libertad elección médico AP	Filtro para acceso a especialistas	Listas de espera como problema político
Dinamarca	SNS	NO	Privada	97	Limitado	SI	SI
España	SNS	SI (positiva)	Pública	75	Limitado	SI	SI
Finlandia	SNS	NO	Pública	89	Limitado	SI	SI
Irlanda	SNS	NO	Privada	100	SI	Parcialmente	SI
Italia	SNS	SI (positiva)	Pública	81	SI	SI	SI
Portugal	SNS	NO	Pública	86	Limitado	SI	SI
Reino Unido	SNS	SI (negativa)	Privada	96	SI	SI	SI
Suecia	SNS	NO	Pública	98	Limitado	NO	SI
Alemania	SSS	SI (negativa)	Privada	49	SI	SI	NO
Austria	SSS	NO	Privada	72	SI (incentivos para no cambiar)	NO	NO
Bélgica	SSS	SI (positiva)	Privada	34	SI (incentivos para no cambiar)	NO	NO
Francia	SSS	SI (positiva)	Privada	66	SI	NO	NO
Grecia	SSS	NO	Pública	69	SI (incentivos para no cambiar)	NO	SI
Luxemburgo	SSS	SI (positiva)	Privada	68	SI	NO	NO
Países Bajos	SSS	SI (positiva)	Privada	0	SI	SI	SI

Observaciones: Sistema Nacional de Salud
 Sistema de Seguros Sociales

Fuente: Health in Transition (OMS).

OECD Health Working Papers No. 50: Health Systems Institutional Characteristics: a survey of 29 OECD countries.

Copago de los enfermos en la UE-15

	Atención primaria	Atención especializada Ambulatoria	Ingreso hospital	Urgencias	Fármacos con receta
Dinamarca	NO	NO	NO	NO	SI
España	NO	NO	NO	NO	SI
Finlandia	SI	SI	SI	SI	SI
Irlanda	SI	SI	SI	SI	SI
Italia	No	SI	NO	SI	SI
Portugal	SI	SI	NO	SI	SI
Reino Unido	NO	NO	NO	NO	SI
Suecia	SI	SI	SI	SI	SI
Alemania	NO	NO	SI	SI	SI
Austria	SI	SI	SI	SI	SI
Bélgica	SI	SI	SI	SI	SI
Francia	SI	SI	SI	SI	SI
Grecia	No	SI	SI	SI	SI
Luxemburgo	SI	SI	SI	NO	SI
Países Bajos	SI	SI	SI	SI	SI

Observaciones: Sistema de Servicio Nacional de Salud
 Sistema de Seguros Sociales

Fuente: Elaborado por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, sobre documentos de Organismos Internacionales: O.M.S. y O.C.D.E. y publicaciones nacionales e internacionales (Ver referencias bibliográficas)

Número de consultas médicas per cápita

	2001	2011 (o año más cercano)
Alemania	7,9	9,7
Austria	6,7	6,9
Bélgica	7,5	7,4
Chipre	-	2,1
Dinamarca	4,2	4,6
Eslovaquia	12,9	11,0
Eslovenia	-	6,5
España	8,7	7,4
Estonia	6,2	6,3
Finlandia	4,3	4,2
Francia	7,4	6,8
Hungría	11,3	11,8
Irlanda	-	3,8
Letonia	-	5,6
Lituania	-	6,9
Luxemburgo	6,5	6,6
Malta	-	2,9
Países Bajos	5,8	6,6
Polonia	5,5	6,8
Portugal	3,6	4,2
Reino Unido	5,1	5,0
República Checa	12,7	11,1
Rumanía	-	4,7
Suecia	2,9	3,0
Croacia	-	6,2

Observaciones: Datos del 2011 o más cercano disponible.

Fuente: OCDE [acceso 12 de noviembre de 2013]

Camas por 1000 habitantes

	2001	2011 (o más cercano disponible)
Promedio UE-27	6,3	5,2
Alemania	9,0	8,2
Austria	7,9	7,7
Bélgica	7,7	6,5
Bulgaria	7,2	6,5
Chipre	4,4	3,5
Dinamarca	4,2	3,5
Eslovaquia	7,7	6,0
Eslovenia	5,2	4,6
España	3,6	3,1
Estonia	6,7	5,3
Finlandia	7,5	5,5
Francia	8,1	6,4
Grecia	4,8	4,9
Hungría	7,9	7,2
Irlanda	5,9	3,0
Italia	4,6	3,4
Letonia	8,2	5,9
Lituania	8,3	7,0
Luxemburgo	-	5,4
Malta	7,6	4,5
Países Bajos	4,7	4,7
Polonia	-	6,6
Portugal	3,7	3,4
Reino Unido	4,0	2,9
República Checa	7,8	6,8
Rumania	7,7	6,1
Suecia	3,3	2,7
Croacia	6,0	5,8

servaciones: Datos de 2011 o más cercano disponible. Los datos de Grecia y Países Bajos corresponden al año 2009 y los datos de Dinamarca y Luxemburgo al año 2010.

Cobertura (%) de vacunación sistemática en población de 0 a 2 años

	Poliomielitis		Hepatitis B		Sarampión		DTP	
	2001	2012	2001	2012	2001	2012	2001	2012
Alemania	94,9	95,0	86,0	86,0	91,0	97,0	93,0	93,0
Austria	82,5	83,0	44,0	83,0	78,5	76,0	84,0	83,0
Bélgica	95,7	99,0	60,0	98,0	82,2	96,0	95,0	99,0
Bulgaria	94,4	95,0	93,0	95,0	90,1	94,0	94,0	95,0
Chipre	97,0	99,0	89,0	96,0	85,0	86,0	97,0	99,0
Dinamarca	97,0	94,0	-	-	94,0	90,0	97,0	94,0
Eslovaquia	98,9	99,0	99,0	99,0	98,6	99,0	99,0	99,0
Eslovenia	92,6	96,0	-	-	94,0	95,0	92,0	96,0
España	96,1	96,3	83,0	95,8	96,0	97,1	96,3	96,3
Estonia	97,0	94,0	-	94,0	94,7	94,0	94,0	94,0
Finlandia	95,9	99,0	-	-	96,0	97,0	98,0	99,0
Francia	98,0	99,0	28,0	74,0	85,0	89,0	97,0	99,0
Grecia	87,0	99,0	90,0	98,0	88,0	99,0	91,0	99,0
Hungría	99,9	99,0	-	-	100,0	99,0	99,0	99,0
Irlanda	84,0	95,0	-	95,0	73,0	92,0	84,0	95,0
Italia	99,0	97,0	95,0	97,0	76,5	90,0	93,0	97,0
Letonia	97,3	92,0	96,0	91,0	97,9	90,0	97,0	92,0
Lituania	90,8	93,0	95,0	93,0	97,4	93,0	95,0	93,0
Luxemburgo	98,0	99,0	49,0	95,0	91,0	96,0	98,0	99,0
Malta	70,0	99,0	-	93,0	65,0	93,0	95,0	99,0
Países Bajos	97,0	97,0	-	-	95,0	96,0	97,0	97,0
Polonia	97,7	96,0	95,0	98,0	97,2	98,0	98,0	99,0
Portugal	97,9	98,0	70,0	98,0	86,8	97,0	97,0	98,0
Reino Unido	94,0	97,0	-	-	98,8	93,0	91,0	97,0
República Checa	97,2	99,0	86,0	99,0	98,0	98,0	98,0	99,0
Rumanía	98,8	92,0	98,0	96,0	97,8	94,0	99,0	89,0
Suecia	98,6	98,0	-	-	88,5	97,0	99,0	98,0
Croacia	94,1	96,0	-	98,0	94,0	95,0	94	96,0

Observaciones: Poliomieltis (primovacunación de 0-1 años), Sarampión (primovacunación 1-2 años), Toxide diftérico -tetánico-tos ferina (DTP) (vacunación 1 año) y Hepatitis B (vacunación un año)

Fuente: European Health For All (HFA-DB). Actualizado a Julio de 2013. World Health Organization Regional Office for Europe. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del SNS (INCLASNS)

Calidad percibida (%) de la atención sanitaria del país de origen en relación a otros países miembros de la UE-27

Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE

Tabla 37.- Calidad percibida (%) de la atención sanitaria del país de origen en relación a otros países miembros de la UE-27.

	Mejor	Igual	Peor	Ns/Nc
UE-27	33	30	26	11
Alemania	53	32	7	8
Austria	64	32	3	1
Bélgica	65	29	4	2
Bulgaria	2	12	72	14
Chipre	13	35	35	17
Dinamarca	42	42	14	2
Eslovaquia	11	33	51	5
Eslovenia	16	42	30	12
España	39	31	12	18
Estonia	9	41	34	16
Finlandia	56	35	4	5
Francia	55	29	4	12
Grecia	3	17	77	3
Hungría	2	20	67	11
Irlanda	11	32	42	17
Italia	15	39	37	9
Letonia	6	18	65	11
Lituania	8	28	47	17
Luxemburgo	44	37	13	6
Malta	26	37	15	22
Países Bajos	48	40	8	4
Polonia	6	20	63	12
Portugal	3	26	54	17
Reino Unido	38	31	16	15
República Checa	16	50	28	6
Rumanía	3	13	73	11
Suecia	43	40	6	11

Observaciones: Datos de 2009.

Fuente: Special Eurobarometer 72.2 (European Commission) 2009



Una sociedad más educada, más participativa

Hemos alcanzado metas importantes. Pero durante todos estos años, un modelo de salud paternalista ha ayudado a construir una sociedad pasiva, cabreada y líquida, llena de miedos y a veces infantilizada, que con frecuencia espera que la salud se la den otros. La demanda es ilimitada, y los costes ya son insostenibles. En este contexto de demanda ilimitada, las listas de espera crecen, más peonadas, más guardias, más doblajes, más promesas... una espiral autodestructiva que no satisface a ciudadanos ni a profesionales ni a gestores. La hiperdemanda e inmediatez se convierte en una penalización tanto para el individuo como para los servicios profesionales en consulta banales o injustificadas.

Los costes insostenibles de un modelo sanitario al límite crecen, y obligan a plantear una redistribución sustancial de los recursos. Y además, con urgencia.

Va a ser necesario incorporar la participación activa y consciente de las personas en la construcción de su propia salud para que sea óptima y esté en armonía con la Salud del Planeta. Los gestores sanitarios del Servicio Murciano de Salud llevan años hablando de “empoderamiento” de las personas para construir su propia salud.

Una persona sana o enferma empoderada es la que tiene capacidad para decidir, satisfacer necesidades y resolver problemas, con pensamiento crítico y control sobre su vida. Como si esto fuese “un rayo de luz” que ilumina de repente el cerebro de los ciudadanos o una “receta mágica” que el médico te ofrece en la consulta.

El empoderamiento en salud, esa necesaria participación de cada uno de nosotros en nuestra propia salud, requiere contar con las habilidades y conocimientos que uno acumula a lo largo de una vida y les permite lidiar con los avatares de la salud y de la vida, para alcanzar nuestro máximo potencial. Esto no se va a conseguir de la noche al día, requiere un propósito de país o Región, para que las inversiones inteligentes en Cultura de la Salud y Educación comiencen en la primera infancia y se mantengan a lo largo de la vida como base sólida para la sociedad que queremos construir. Evitar el colapso sanitario requiere más inversión en Educación sobre todo en primaria y secundaria. Y crear estructuras comunitarias en las que los servicios municipales y los

barrios tendrán que jugar un papel importante.

Ya hay ejemplos embrionarios de democracia comunitaria útiles como los presupuestos participativos municipales o las comunidades de salud con actividades compartidas con los profesionales que estimulan el empoderamiento de los ciudadanos. Durante los próximos 10-15 años, en las regiones europeas de alto desarrollo humano la inversión en educación y los modelos de negocio empresarial ligados a la cultura de la prevención superarán con creces las inversiones para “tratar la enfermedad”, que incluso comenzará a considerarse como un fenómeno extraño, poco rentable.

Una ciudadanía sana, si además es educada, solidaria y empoderada irá menos al médico, autogestionará mejor su salud y competirá de manera más eficaz en una economía global. Aumentar la inversión en Educación y en una nueva Cultura de la Salud, requiere equilibrios presupuestarios, pero daría una gran oportunidad y capacidad de adaptación a las futuras generaciones. La administración sanitaria debería ser más permeable a la innovación, y la sociedad salir de su pasividad y servilismo para que abogue por un cambio cuando no se entrega lo que se promete. Lamentablemente la Educación y la Salud, como casi todas las cosas buenas que nos ocurren en la vida, se valoran cuando se pierden. El deterioro del modelo educativo y la promoción de una sociedad líquida ha contribuido al fracaso del sistema sanitario.

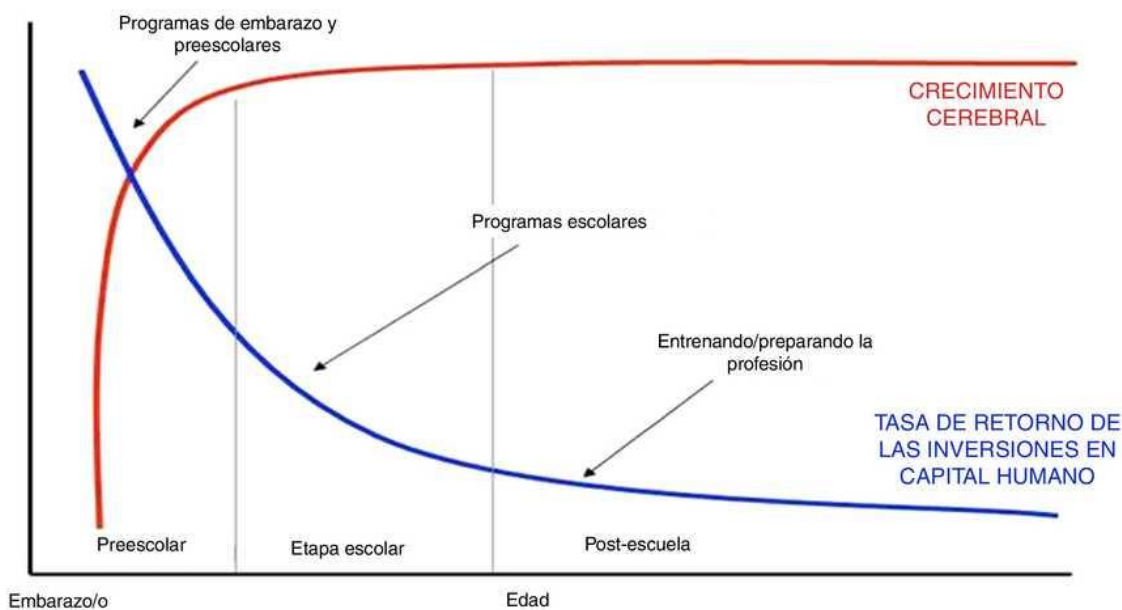
“Evitar el colapso sanitario requiere más inversión en Educación sobre todo en primaria y secundaria. Y crear estructuras comunitarias en las que los servicios municipales y los barrios tendrán que jugar un papel importante para disminuir las barreras de acceso efectivo a derechos y servicios de la infancia”.

Ya hay ejemplos embrionarios: presupuestos participativos municipales o las comunidades de salud o ONG de enfermos o de voluntariado para luchar contra la pobreza infantil

Crecimiento Cerebral y Retorno Económico y Social: oportunidad en la pediatría

El 90-95% del peso cerebral humano se construye desde el embarazo hasta los 5 años. La resistencia y la plasticidad celular humana embrionaria e infantojuvenil son periodos críticos de oportunidad para aumentar el bienestar infantil y adulto. Si queremos una Región de Murcia creativa productiva, emprendedora, inteligente...tenemos que invertir en los primeros 15 años de vida.

CRECIMIENTO CEREBRAL Y TASAS DE RETORNO ECONÓMICO



An Pediatr (Barc). 2019;90:124.e1-124.e11

La etapa con mayor retorno económico de la inversión es el embarazo y los primeros 5 años. En rojo el % de crecimiento cerebral representa la curva de Ortega-García JA publicada en anales de pediatría, y en azul la curva de Heckman con fuente en Heckman & Carneiro Human Social Policy, 2003

Invertir en los primeros 5 años de vida es el periodo con mayor retorno a la sociedad: mayor riqueza comunitaria: "mayor inteligencia colectiva MURCIANA"

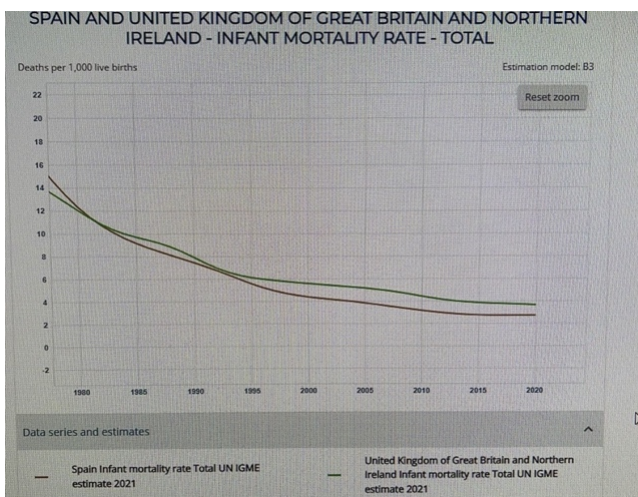
INTELIGENCIA COLECTIVA MURCIANA (la suma de todos los cerebros): Emprendimiento, inteligencia, trabajo, empresarios, felicidad, salud y bienestar.



La especialización de pediatría salva vidas. Disminuye la mortalidad infantil.

El desarrollo de la ley General de Sanidad y los desarrollos autonómicos contribuyó poco a poco a acercar a los pediatras a los Centros de Salud y Consultorios de España. Fue una etapa de expansión de la pediatría basada en unas políticas más claras de protección a la infancia. Esta medida contribuyó y ha sido un elemento clave para explicar como que la mortalidad infantil en España se convirtió en una de las más bajas del mundo. **Es importante recordar a las autoridades y a la sociedad que la mortalidad infantil en países europeos como Gran Bretaña donde los niños/as no son atendidos por pediatras en Atención Primaria ni han desarrollado capacidades de especializada tan dinámicas tienen un 30% más elevada la mortalidad infantil.**

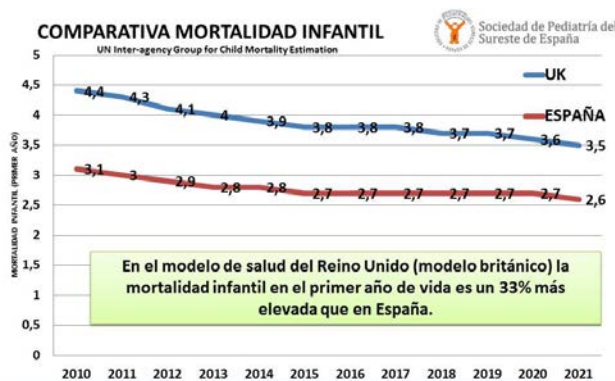
Hasta mediados de los 80 la mortalidad infantil británica era inferior a la española, pero el impulso por expandir las capacidades de la pediatría en España, tanto de primaria como de especializada en hospitales ha sido clave para que tengamos mejores resultados mucho mejores sostenidos desde hace 25 años.



La mortalidad infantil en España siempre fué mayor que la británica. El desarrollo de capacidades de pediatría (desarrollo de las especialidades y de atención primaria) y la mejora en condiciones de vida hizo que desde finales de los 90 tenemos una mortalidad infantil un 30% menor.

Actualmente, hay modelos de gestión, que ante la escasez de pediatras proponen el ‘modelo británico’ para dar salidas en falso con un ‘cualquier médico vale’.

La DESCONSIDERACION POR LA INFANCIA Y EL DESPRECIO A LA PEDIATRÍA permite que haya políticos que vean en esto un mal menor. EL MODELO sin pediatras en Atención Primaria y devaluando las especialidades pediátricas en los hospitales no les sienta bien a los indicadores de salud de la infancia.



NECESITAMOS POLÍTICOS VALIENTES. AUNQUE LOS NIÑOS NO VOTAN ES URGENTE REDIMENSIONAR LA PEDIATRÍA Y DOBLAR EL NÚMERO DE PEDIATRAS MIR DE INMEDIATO.

NECESITAMOS POLÍTICOS VALIENTES. AUNQUE LOS NIÑOS NO VOTAN ES URGENTE REDIMENSIONAR LA PEDIATRÍA Y DOBLAR EL NÚMERO DE PEDIATRAS MIR DE INMEDIATO.

La gráfica 2 y 3 muestra las diferencias en la tasa de mortalidad entre Reino Unido y España. La red de pediatras en España tanto en Atención Primaria como en hospital han contribuido a conseguir estos buenos indicadores.

Los niños y niñas no votan las políticas de salud, pero “la defensa” de la salud infantil es uno de los fines de las sociedades científicas de pediatría.

LEMA SPSE: “Estaremos donde estén los niños/as”

Los niños no votan, y esto es una vulnerabilidad adicional que sufre la pediatría todos los días. Los niños no son adultos pequeños, y los profesionales con las capacidades para abordar este periodo son los pediatras. La sociedad tiene que saber que el modelo británico tienen una mortalidad infantil elevada más de un 30% que la española.

LA ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA ES CLAVE.

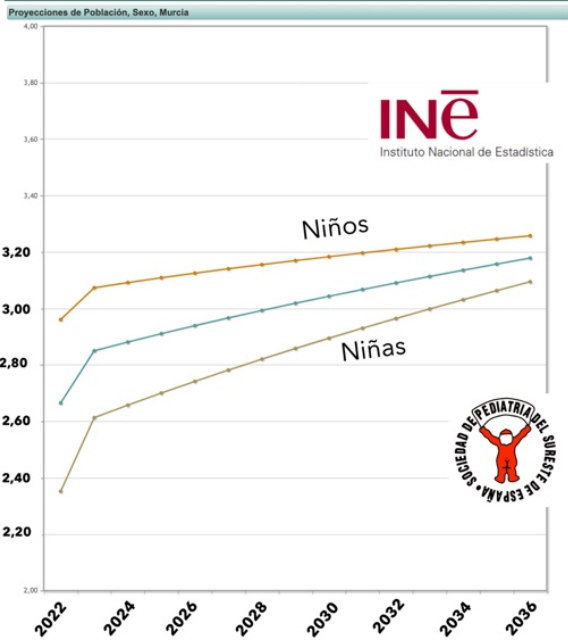
Instamos a nuestros representantes a desarrollar UNA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA QUE GARANTICE LA ASISTENCIA PEDIÁTRICA DE CALIDAD HASTA LOS 18 AÑOS.

Garantizar el desarrollo de especialidades pediátricas, incluidas la de Atención Primaria

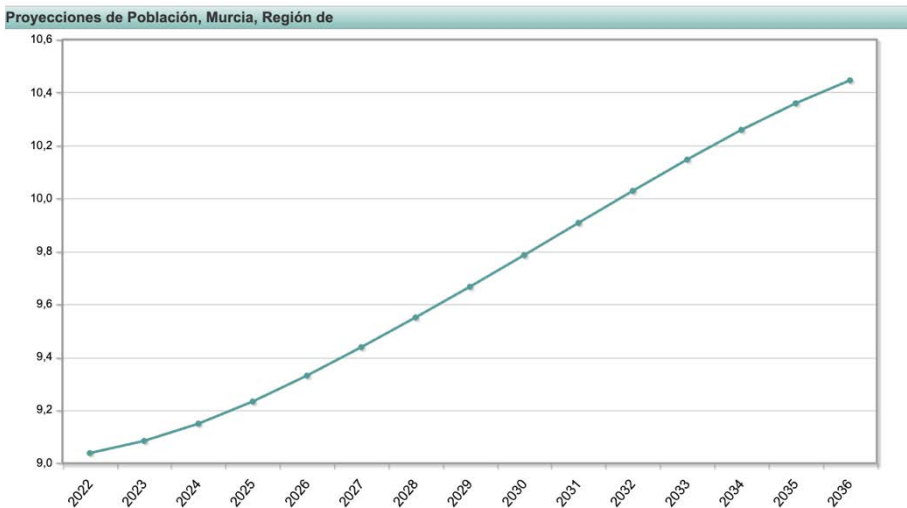
Es urgente robustecer el papel de la pediatría.

Mientras aumentan las plazas de MIR/EIR pediatría, vamos a necesitar 7 años para cubrir ese horizonte, debemos sentarnos a reflexionar, negociar la mejor cobertura, redistribución, acordar como asegurar la mejor atención en un marco estratégico de un horizonte de 1 década para cubrir por pediatras la infancia y adolescencia.

LA PLANIFICACIÓN REQUIERE TRATAR TAMBIÉN CON PROYECCIONES.



Proyecciones crecientes de la mortalidad infantil en la Región de Murcia (de aquí al 2036)



Proyecciones crecientes de la tasa bruta de natalidad (2022-2036)

Cambio interior

Déficit de pediatras: oportunidad para cambiar el modelo de salud

“Cualquiera no vale para pasar una consulta de pediatría. En verdad, los servicios de salud de baja calidad (puestos de pediatría cubiertos por médicos sin formación pediátrica) están frenando el avance de las mejoras de la salud infantil”

Padres, madres y comunidades de vecinos lo que más valoran es que cuando su hijo/a está enfermo sea valorado por un pediatra. Las familias demandan acceso a consultas de pediatría de calidad (“que le resuelvan el problema y no los mareen”). En parte el colapso en urgencias hospitalarias y de consultas de especialidades pediátricas de hospital deriva de este error estratégico que algunos órganos de gestión resumen: “pero alguien tiene que haber en el puesto”.

En el sistema de Salud que emerge postpandemia (la COVID ha acelerado el proceso) el tener acceso a un médico o enfermero ya no es suficiente, es necesario que ese acceso sea de alta calidad en la prestación (que te resuelva “el problema”). En verdad, los servicios de salud de baja calidad (puestos de pediatría cubiertos por médicos sin formación pediátrica) están frenando el avance de las mejoras en el sector de salud en todas las comunidades autónomas, también en la Región de Murcia.

“Los Servicios autonómicos de Salud y el Servicio Murciano de Salud tiene que mejorar su eficiencia para asegurarse que están logrando los mejores resultados posibles”

La política sanitaria gira y gira, pero no evoluciona.

Mejorar el acceso a servicios de alta calidad exigirá una orientación estratégica comunitaria y municipal que ayude a los ciudadanos a tomar las mejores decisiones.

El Servicio Murciano de Salud tiene que mejorar su eficiencia para asegurarse que están logrando los mejores resultados posibles. Pedir y ofrecer más profesionales que no tiene suena bien. Pero la pregunta debería ser: ¿qué perfiles? ¿Para hacer qué? La política sanitaria en la Región de Murcia gira y gira, pero no evoluciona.

El déficit estructural de pediatras se podría convertir en una oportunidad para virar el modelo de salud en el que enfermos, sectores sociales implicados, profesionales y gobernanzas salgan ganando. **MEJORAR EL ACCESO DE CALIDAD A SERVICIOS DE SALUD CON PEDIATRAS EXIGIRÁ UNA ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA COMUNITARIA Y MUNICIPAL. LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS AYUDAREMOS A SUPERAR LAS DESIGUALDADES PARA ALCANZARLO.**

El sistema de Salud necesita ganar EFICIENCIA y eso pasa por desarrollar modelos de aprendizaje que cubriendo las necesidades de la población infanto-juvenil disminuyan la jornada laboral a 4 días, garantizando el acceso de alta calidad.

Pilotar estos modelos en Zonas Básicas de Salud preparadas para hacerlo ayudaría a salir mejores de esta crisis. Planteando procesos en escala reproducibles.

El acceso de alta calidad en pediatría hasta los 18 años requiere un proceso de transición en el que redimensionar los recursos centrados en las necesidades de la infancia y adolescencia, y no tanto de la pediatría, contribuirá a dibujar una salida.

Asegurar la atención pediátrica en los primeros 18 años de vida es la misión, para que el 100% de las plazas de pediatría (hasta los 18 años) estarán cubiertas por pediatras vamos a necesitar 7 años. Retrasar la jubilación voluntaria durante 1-3 años puede ser algo secundario. **Acordar con la medicina del adulto la transición desde ya.**

Desde la Sociedad de Pediatría del Sureste de España, valoramos como muy pobre el acuerdo sindical para la pediatría que firmaron otras entidades hace unos meses en la Región de Murcia. Respetamos el esfuerzo y todos los acuerdos son bienvenidos, pero pensamos que para la pediatría es muy muy insuficiente. NO contribuye a generar la cultura de Salud que necesitamos impregnar en la sociedad.

Urge doblar el número de plazas MIR/EIR de pediatría.

ES UNA SOLICITUD ESTRATÉGICA PARA CONSEGUIR SALIR MEJORES: AUMENTAR AL DOBLE LAS PLAZAS OFERTADAS MIR Y EIR DE PEDIATRÍA. Hemos revisado, los dispositivos y capacidades docentes podríamos asumir perfectamente para la próxima convocatoria 26 residentes de pediatría en la Región de Murcia.

No vemos factores limitantes reales, sin consideramos todos los dispositivos orientados a la salud de la infancia y de la adolescencia tal y como establece el real decreto de formación. No se hace por el desprecio a la infancia y a la pediatría.

La región de Murcia podría asumir perfectamente para la próxima convocatoria 26 residentes MIR de pediatría.

No observamos factores limitantes, hay dispositivos disponibles no utilizados

Los niños/as son invisibles en las políticas de Salud

La FALTA DE PEDIATRAS ES UNA EMERGENCIA NACIONAL y eso requiere revisar procedimientos y enfocar como una oportunidad como urgentes los cambios que sean necesarios

En el nuevo modelo de salud para 2030 el grueso del trabajo de la mayoría de los pediatras serán “asesores de salud”

Supondrá un alivio para el sistema, y permitirá reorientar las capacidades hacia una pediatría que centrada en la ciencia y basada en las necesidades de la infancia. NO VAMOS A RENUNCIAR A LA VOCACIÓN HASTA EL FINAL DE LA ADOLESCENCIA. CUMPLIR CON EL RD 2006 DE FORMACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRÍA QUE EXTIENDE HASTA EL FINAL DE LA ADOLESCENCIA EL ÁMBITO DE COMPETENCIA GARANTIZA TAMBIÉN LOS DERECHOS DE LA INFANCIA. VAMOS A ESTAR VIGILANTES.



La infancia es invisible.

Falta de representación de la infancia y de planificación estratégica en Pediatría. URGE HACER MÁS VISIBLE A LA INFANCIA.

A lo largo de los últimos 50 años el desarrollo de los sistemas de protección social en las democracias de las naciones de Europa occidental ha contribuido al descenso en la mortalidad infantil y mejora de algunos indicadores globales en el manejo y tratamiento de enfermedades infanto-juveniles como decíamos arriba. Pero estos avances han venido acompañados de unos efectos que podríamos llamar secundarios o colaterales relacionados con un agotamiento del modelo sanitario. Además, algunos de estos resultados han sido desiguales y ha agravado las diferencias entre Comunidades Autónomas (CCAA).

La COVID19 ha venido a acelerar unos cambios de profundo calado en los sistemas de Salud del Planeta. Durante las décadas pasadas el desafío de los gestores de salud era garantizar el “acceso” a una consulta de pediatría pensando que cualquiera vale, creando y dotando de Centros de Salud y consultorios con pediatras o lo que hubiera, pero ya lleva más de una década diciendo que no dan más de sí. Los desafíos a los que ahora nos enfrentamos como sociedad son muy distintos: crecimiento de enfermedades crónicas relacionadas con el deterioro medioambiental y de los estilos de vida, el agotamiento de los recursos naturales, digitalización galopante, la pérdida de biodiversidad, crecimiento urbano, cultura de la inmediatez, envejecimiento, desigualdades crecientes, el “paciente” se ha convertido en un actor clave que quiere participar, hiperdemanda por la ineficiencia, escasez de profesionales, deshumanización tecnológica de los servicios médicos y costes insostenibles de la sanidad.

Estamos en la primera etapa (2020-2026) de transición hacia un nuevo modelo de Salud (etapa de resistencia al cambio), y en regiones con rígidas organizaciones sociales, como la Región de Murcia y la mayoría de España, hemos ido viendo pérdida de liderazgo por distintos motivos y es probable que esta etapa se prolongue.

Los modelos de gestión actualmente en España y en la Región siguen mirando con un retrovisor queriendo volver al sistema de antes. Usan una y otra vez los mismos términos y métodos, pero los resultados no llegan. Y vuelven a intentarlo. Siguen hablando de cubrir puestos, doblar consultas, listas de espera o ampliar horarios, de cubrir tardes en los centros de salud, o hacer guardias en urgencias mientras trabajan en

atención primaria, o trabajar en el hospital o atención primaria, de humanización, digitalización, llenar de promesas de contratos, reuniones, cierran y abren servicios por las presiones políticas... Los resultados no llegan.

La falta de liderazgo y planificación estratégica en los servicios regionales de salud es una debilidad.

La Planificación estratégica debería estar ocupada por personas con reputación y sobre todo liderazgo acreditados.

El último plan de Salud de la Región de Murcia fue 2010-2015. Urge reformular un nuevo Plan

El riesgo de carecer de una planificación estratégica, hace que las decisiones se tomen sobre la marcha en base a las necesidades que van surgiendo en el día a día. La falta de planeamiento estratégico contribuye a enrarecer las relaciones entre los profesionales. Los profesionales son con frecuencia ajenos a las decisiones que les afectan. Esta falta de planificación estratégica ha sido clave para que se hayan perdido efectivos de pediatría que abandonan España en general y la Región de Murcia para trabajar en otras CCAAs. Si no sabes adónde quieres ir, no importa qué camino sigas. Sin propósito no hay sentido para las cosas que hacemos.

Las empresas de servicios de salud, especialmente en las áreas de salud infantil, que solo piensan en términos economicistas, al final acaban haciendo trampas y perdiendo reputación.

En estos modelos se está más preocupado del control de la información que de la verdadera transformación del modelo de Salud.

Tras la COVID, la evolución general de bastantes pediatras ha ido desde la crispación, a la decepción y finalmente al “cansancio y abandono” tanto en Atención Primaria como en Hospital. Entiéndase, abandono a la “marca mental de empresa”, que no a la profesión. Abandono al sentido de pertenencia a las empresas públicas a la que se han entregado en cuerpo y alma durante años. El colapso que nos debe preocupar no es el económico. La infancia y adolescencia (20% de la población), además de no votar, carece de representación en los sistemas de gobernanza. En términos de salud

consideramos urgente la creación de una Dirección General de la Infancia (o de la Felicidad de la Infancia y Adolescencia). Abarcaría desde la etapa periconcepcional hasta el final de la adolescencia. Los niños y niñas son nuestro futuro, y serán los valedores del nuevo modelo de salud poscrisis. Esto contribuirá a poder conseguir la transición del modelo de Salud a través de un sector que debería rebosar salud.

Propuestas para cambiar el modelo de Salud desde la Infancia.

Redistribución de recursos.

Nuevas estructuras

Autonómico: Consejería o **Agencia de Salud Global**

Dirección General de la Felicidad de la Infancia y Adolescencia.

Encargada de la Planificación estratégica que garantiza la verticalidad y horizontalidad de las medidas en todas las políticas, sociedad y sectores implicados.

Observatorio de la Infancia y adolescencia

Municipal: concejalías específicas de la (felicidad) de la Infancia, Renaturalización y Salud Urbana. Transferencias de competencias de Salud Pública, Salud Mental y Atención Primaria.

Dos Ejes tractores en el municipio: prevención de la obesidad y control de la contaminación del aire.

Cuestión de confianza. Deterioro en la satisfacción y experiencias de trabajo de los empleados

Venimos experimentando una quiebra de confianza y un estado de desánimo entre los profesionales. Esto se ha incrementado de forma exponencial con la pandemia de la COVID. La confianza sana es una confianza inteligente, basada en la realidad, evaluada, fruto del aprendizaje de la experiencia, equilibrada, y sostenible. Sin confianza en los profesionales todo se resquebraja. Si la salida principal a la crisis es pedir doblar turnos, peonadas, más guardias, ahora cerramos, luego abrimos, hacer primaria y guardias,...si solo ponemos el foco en gestionar lo inmediato se generan sufrimientos y contribuye a convertir a los profesionales en desdichados.

Un enfoque centrado en las personas aborda las crecientes expectativas de los empleados de tener flexibilidad y empatía en el trabajo. Todo el mundo debe disponer de las herramientas adecuadas para hacer su trabajo de forma eficaz, sin tener que sufrir dolores de cabeza al utilizarlas.

Las organizaciones con mentalidad fija se sitúan en los niveles más bajos de la experiencia del empleado tienen un enfoque limitado, normalmente implementando iniciativas cambiantes, puntuales. Generando problemas de:

- Una falta de comprensión del impacto de los modos de trabajar en los profesionales.
- Tener una visión restrictiva de la trayectoria general de cada uno de los empleados, centrándose sólo en los 'momentos importantes de las necesidades de la gestión diaria' en lugar de las responsabilidades y el trabajo diario más granular de los empleados.
- No consiguen un 'compromiso firme' para con la empresa por parte de los miembros del equipo.
- Depender demasiado de la tecnología para mejorar la experiencia de los empleados y, a menudo, tener expectativas poco realistas de las herramientas y el software implementados rellenan de formularios, protocolos y papeles su incapacidad de liderazgo y gestión.
- Sistemas y procesos fragmentados y superpuestos, que introducen fricciones que afectan a la satisfacción entre los distintos profesionales y la productividad global.

Hoy los médicos, pasamos más del 70% del tiempo sin mirar a la cara a los enfermos, mirando una pantalla de ordenador. Generalmente de un sistema Windows binario (0-1). Esta medicina de escritorio aleja a los enfermos de los médicos (física y mentalmente). Vas rellenando pantallas con "click, click". En la transformación digital,

LO SUSTANTIVO ES LA TRANSFORMACIÓN. Pero cuando acabas el día o la semana: ¿Qué retorno tienes de esa información? ¿qué transformación ha provocado? Escribimos y rellenamos formularios sabiendo que van a un gran almacén de depósito de información. No hay poda-sinapsis.

El medio (la digitalización) durante la pandemia se impulsó sobremanera porque las condiciones lo exigieron, pero la digitalización que actualmente disponemos no sirve para mantener sanas relaciones con los enfermos. Solo tenemos que ver la diferencia de Selene y OMI (programas que usamos los sanitarios en la Región de Murcia) con el Smartphone que llevamos en el bolsillo, o los sistemas digitales que ya rellenan la vida de la personas. **En verdad hoy día, la digitalización en sanidad (el medio) se ha convertido “en un fin” de control de una gestión sanitaria muy alejada de la realidad.** Se ha desvirtuado tanto la relación con el enfermo que apenas se le mira, se le toca...

Alinear los esfuerzos digitales para que puedan apoyar la estrategia general de la experiencia del empleado dentro de la organización permitirá a los líderes digitales priorizar eficazmente los proyectos y los recursos. Mientras que si no se alinean esos esfuerzos, sólo se conseguirán aplicaciones de salud aisladas y empleados descontentos. Unos modelos de digitalización dirigidos por mentes analógicas imponen modelos fallidos.

En verdad hoy día, la digitalización en sanidad (el medio) se ha convertido “en un fin” de control de una gestión sanitaria muy alejada de la realidad

Lo sustantivo es la TRANSFORMACIÓN, que sea digital o de otra forma es menos importante

#GANARLACONFIANZA: una nueva tecnología digital guiará la rehumanización. Tendremos que aprender como siempre, hablando con los enfermos y las familias.



Los indicadores nos dicen que hay que cambiar.

Enfermedades infantojuveniles

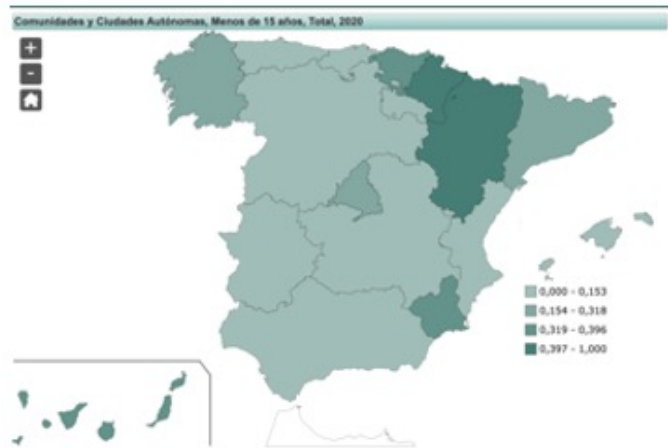
	Tendencia
Asma	Incremento
Cáncer infantojuvenil	Incremento
Trastornos del neurodesarrollo (autismo, déficit de atención-hiperactividad, alcoholístico fetal)	Incremento
Globesidad	Incremento
Trastornos endocrinos (incluidas diabetes, trastornos tiroideos y del desarrollo sexual)	Incremento
Algunas malformaciones	Incremento
Trastornos reproductivos (RCIU, prematuridad, bajo peso, aborto)	Incremento

Enfermedades del adulto

Riesgo cardiovascular/cerebrovascular	Incremento
Cáncer	Incremento
Parkinson	Incremento
Alzheimer	Incremento
Deterioro salud mental	Incremento
Nefropatías	Incremento
EPOC	Incremento
Tabaquismo	Incremento
Trastornos endocrinos y de la reproducción humana	Incremento

Según el INE el 17% de los habitantes de la Región de Murcia sufren problemas de contaminación; 1 de cada 3 niños/as tienen exceso de peso, el 75% de los jóvenes tienen un déficit de contacto con la Naturaleza, casi la mitad están expuestos al humo ambiental de tabaco en los lugares donde deberían estar más seguros.

Tasa de mortalidad por suicidio por comunidad autónoma, en menores de 15 años (x 100.000)



Defunciones por suicidios menores de 15 años (2021)

	Defunciones por suicidios (2021) menores de 15 años	suicidios por 100000 < 15 a.(2021)
Murcia, Región de	3	1,19
Navarra, Comunidad Foral de	1	1,00
Canarias	2	0,73
Aragón	1	0,55
Madrid, Comunidad de	5	0,50
Comunitat Valenciana	3	0,42
Castilla y León	1	0,36
País Vasco	1	0,34
Total nacional	22	0,33
Galicia	1	0,32
Andalucía	2	0,16
Cataluña	1	0,09
Asturias, Principado de	0	-
Baleares, Illes	0	-
Cantabria	0	-
Castilla - La Mancha	0	-
Extremadura	0	-
Rioja, La	0	-
Ceuta	0	-
Melilla	0	-

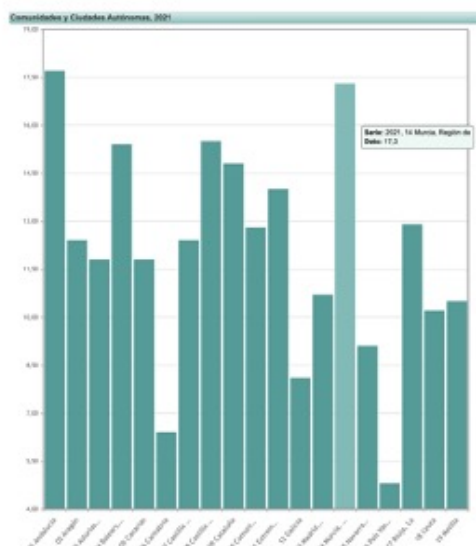


Bibliotecas (unidades administrativas) por comunidades y ciudades autónomas y tipo de biblioteca (2018).

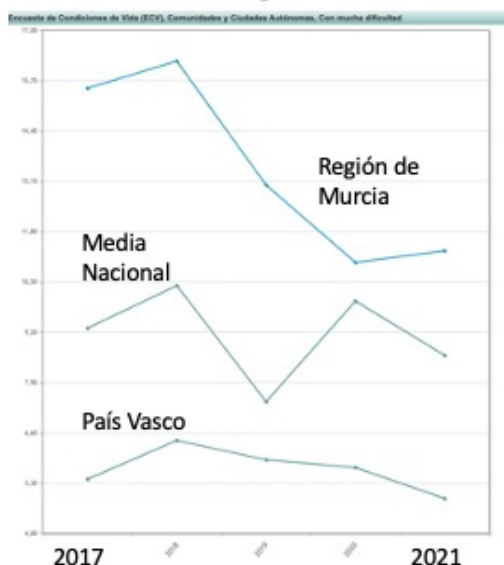
	Bibliotecas (Unidades administrativas)	por 10000 habitantes
Extremadura	481	4,54
Castilla - La Mancha	561	2,74
Aragón	320	2,41
Castilla y León	517	2,17
Navarra, Comunidad Foral de	129	1,95
Rioja, La	62	1,94
Galicia	476	1,77
Cantabria	99	1,69
País Vasco	312	1,41
Total nacional	6.458	1,36
Asturias, Principado de	134	1,32
Ceuta	11	1,32
Comunitat Valenciana	594	1,17
Andalucía	968	1,14
Baleares, Illes	133	1,13
Cataluña	850	1,09
Melilla	8	0,93
Madrid, Comunidad de	534	0,79
Canarias	169	0,78
Murcia, Región de	100	0,66



Abandono temprano de la educación-formación en la población de 18 a 24 años por CCAA y periodo.(2021)



Hogares por dificultades para llegar a fin de mes y comunidades autónomas (2021)



Personas por dificultades para llegar a fin de mes y comunidades autónomas
(% de personas con cierta o mucha dificultad) 2021

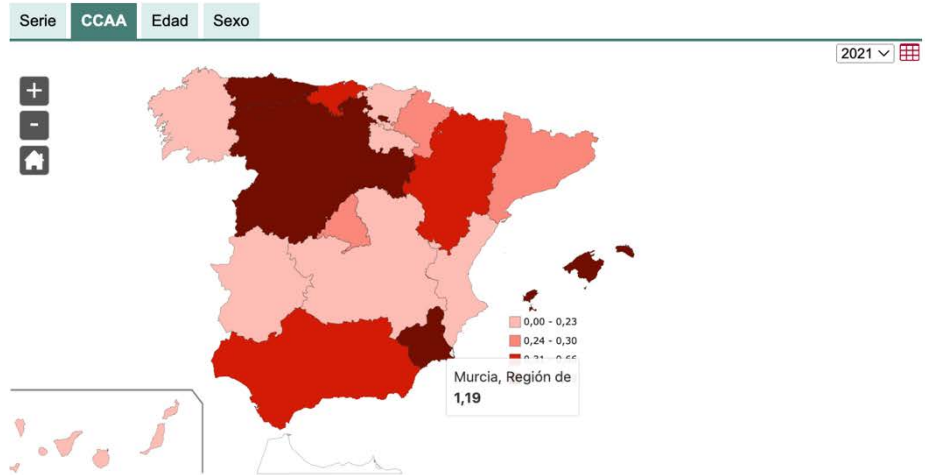
	Con cierta o mucha dificultad
Canarias	59,2
Murcia, Región de	56,7
Melilla	55,6
Andalucía	54,8
Ceuta	53,9
Extremadura	49,2
Comunitat Valenciana	47,8
Total Nacional	44,9
Castilla - La Mancha	44,6
Balears, Illes	42,7
Cataluña	42,5
Galicia	41,4
Madrid, Comunidad de	40,7
Castilla y León	35,2
Aragón	34,8
Navarra, Comunidad Foral de	34,8
Cantabria	33,4
Asturias, Principado de	32,6
Rioja, La	32,3
País Vasco	31,8



Objetivo 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas

Indicador 16.2.2. Número de víctimas de la trata de personas por cada 100.000 habitantes, desglosado por sexo, edad y tipo de explotación

Subindicador 16.2.2.1. Número de víctimas detectadas de trata de personas



La Región de Murcia lidera el número de víctimas detectadas de trata de personas de España



Objetivo 11. Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles

Indicador 11.1.1. Proporción de la población urbana que vive en barrios marginales, asentamientos informales o viviendas inadecuadas

Subindicador 11.1.1.1. Población que vive en hogares con determinadas deficiencias en la vivienda



La Región de Murcia lidera la población que vive en hogares con determinadas deficiencias en la vivienda de España

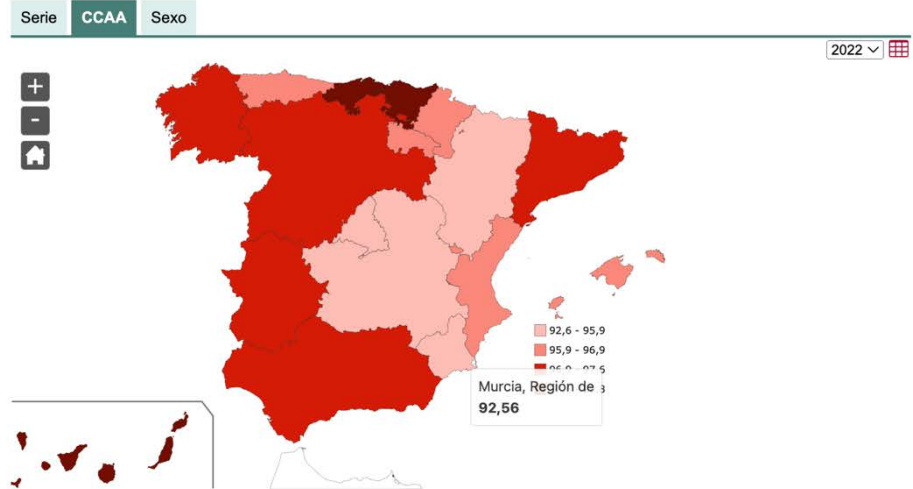
4 EDUCACIÓN DE CALIDAD



Objetivo 4. Garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos

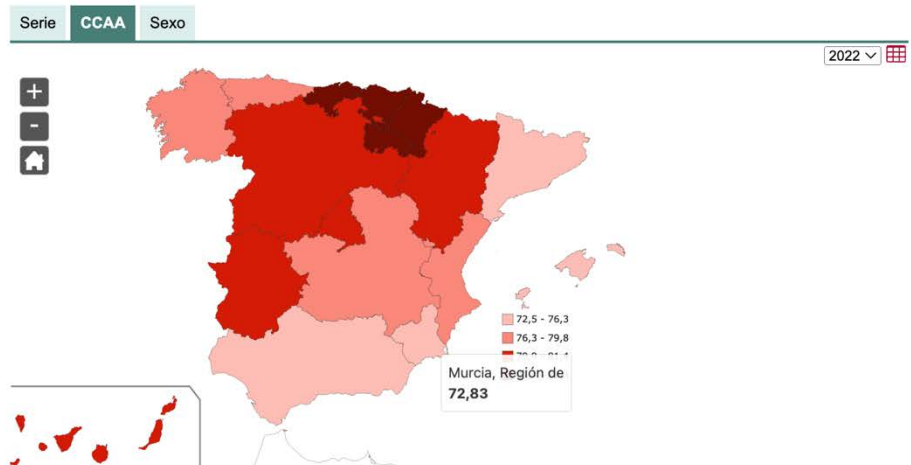
Indicador 4.1.2. Índice de finalización (enseñanza primaria, primer ciclo de enseñanza secundaria y segundo ciclo de enseñanza secundaria)

Subindicador 4.1.2.1. Tasa de población que completa primera etapa de enseñanza secundaria - CINE 2 (población de 18 a 20 años)



La Región de Murcia tiene la tasa más baja de población que completa primera etapa de educación secundaria de España

Subindicador 4.1.2.2. Tasa de población que completa segunda etapa de educación secundaria - CINE 3 (población de 20 a 22 años)



La Región de Murcia tiene la tasa más baja de población que completa segunda etapa de educación secundaria.

Subindicador 3.7.2.2. Tasa de fecundidad de las adolescentes (entre 15 y 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad



La Región de Murcia tiene la tasa de fecundidad de los adolescentes (15 a 19 años) más elevada de España.

3 SALUD Y BIENESTAR

Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades

Indicador 3.2.2. Tasa de mortalidad neonatal

Subindicador 3.2.2.1. Tasa de mortalidad neonatal



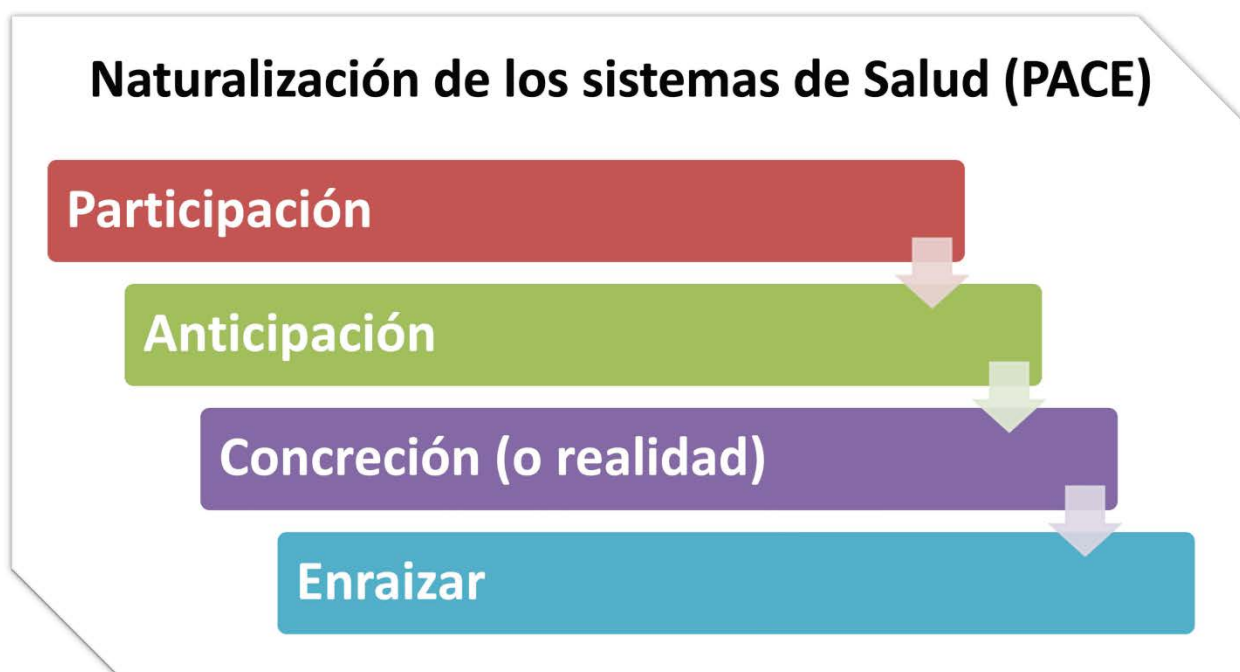
La región de Murcia está entre las tasas de mortalidad neonatal más bajas de España



Acciones para la Transición de Modelo “Rehumanizar para Renaturalizar la Salud”

Es mucha la incertidumbre que nos depara el futuro. Pero las investigaciones recientes sobre la Carga Global de Enfermedades muestran que las principales causas en el número de años de vida con mala salud crónica son 100% prevenibles y relacionadas con el deterioro de los ecosistemas y de los estilos de vida.

En un modelo de Salud Global o Planetaria en el que la mayoría de las prestaciones sanitarias no se alcanzan a través de los servicios clásicos de salud sino a través del uso y acceso a los servicios comunitarios en el municipio o comunidad y de la naturaleza diversa tanto dentro del hogar, en el barrio, en el trabajo, en la escuela...nos brinda tremendas oportunidades para la Innovación Social. En el modelo de Salud PosCovid necesitamos realizar un rediseño de las estructuras y relaciones de la actividad profesional a través de una **estrategia de acción PACE: Participar, Anticipar, Concreción (o realidad), y Enraizar**. Estas cuatro acciones son resultado de una hibridación o adaptación más **recombinante entre naturaleza y humanidad (figura)**.



Los programas de humanización en los actuales sistemas de salud son un **símil del fracaso y de la artificiosa separación entre Humanidad y Naturaleza**. En verdad los programas de humanización de los sistemas de salud de inicios del siglo XXI reflejan las

razones que existen para pensar que la humanidad ha puesto ya en riesgo su propio bienestar, si no su supervivencia a largo plazo al sobrecargar los ecosistemas y al planeta.

Necesitamos establecer un nuevo contrato social, y establecer mecanismos más flexibles y resilientes, que exigen a las sociedades humanas actuar con más cautela que en el pasado. Los programas de Rehumanización para la Renaturalización de los sistemas de Salud serán la base audaz de una nueva etapa de Ilustración para la salud de las personas y del planeta.

Los programas de Rehumanización y Renaturalización de los sistemas de Salud serán la base audaz de una nueva etapa de Ilustración Ecológica para la salud de las personas y del planeta.

#Rehumanizar #Renaturalizar

Participación. Está en la esencia del nuevo modelo de Salud. **La medicina en este modelo que emerge solo será costo-efectiva cuando la gente participa de forma activa.** El crecimiento de las enfermedades crónicas transforma el objeto de trabajo fundamental de los profesionales para dirigirse por un lado, a disminuir la morbilidad o sintomatología, y por el otro al control de los inductores antropogénicos de estas enfermedades. Todo esto requiere de una activa participación de las personas. Y aquí la motivación y la formación de los ciudadanos será clave. Las metas han cambiado. Para ello necesitamos confianza mutua y una sana relación, entre profesionales y enfermos, y entre ONGs e instituciones.

No nos engañemos, este modelo de Salud incluye terapias y acciones que necesitan una dosis extra de motivación tanto a nivel individual como comunitario. No va a ser tarea fácil. Supone establecer reequilibrios en las fuerzas de poder de las relaciones entre personas enfermas, servicios sanitarios, instituciones, farmaindustria, medio natural... Es probable que las intervenciones sanitarias en este nuevo modelo no aporten ganancias rápidas ni sencillas, incluso puede que sean impopulares durante la transición de modelo, pero no se tendrá duda sobre la importancia de los factores distales de la Naturaleza como origen de los problemas de salud, y por tanto muy probable la salida no será fácil.

La libertad de elección y los deseos de participación crecientes son indicadores de que algo se mueve. Pero no va a ser fácil, porque la inercia de una sociedad contaminada le hace adoptar una actitud pasiva-reactiva que nos lleva a quedarnos sentados sin hacer

nada, esperando y reclamando que los gerentes sanitarios o políticos den la prestación de servicios que necesitamos y seguir pensando que el valor de la Naturaleza es utilitario como un gran almacén de recursos.

Es probable que las intervenciones sanitarias en este nuevo modelo de Salud no aporten ganancias rápidas ni sencillas, incluso puede que sean impopulares durante la transición de modelo sobre todo en las organizaciones de mentalidad fija

A medida que progrese el modelo participativo las listas de espera dejarán de ser la preocupación principal

Urge poner los cimientos para una sana relación de confianza

O también pensar que el azar lo es todo, y el origen de las enfermedades es desconocido y no podemos hacer nada por evitarlas. O poniendo el foco exclusivo en la denuncia y reclamación sobre las 'listas de espera' que acaban convirtiendo en un bucle las relaciones ya deterioradas entre colectivos ciudadanos e instituciones. Listas de espera que las propias gerencias requieren para aumentar la incorporación de profesionales a las unidades de trabajo, y que al mismo tiempo penalizan y presionan a los profesionales para reducir. Este tipo de modelos de gobernanza basados en la "noria" solo generan parálisis y frustración entre los profesionales y usuarios.

Por el contrario, hay que poner los cimientos para una sana relación de confianza mutua, para que puedan empezar a tomar decisiones los ciudadanos sobre su salud y la de sus seres queridos. En el nuevo modelo de Salud, el trabajo principal de los profesionales de Atención Primaria y otros profesionales públicos es contribuir y asesorar para involucrar a los ciudadanos en las mejores decisiones para la salud. **Las listas de espera ya no serán el problema principal de los gerentes.**

La corresponsabilidad o responsabilidad compartida no es lo mismo que la responsabilidad personal de los individuos ni la responsabilidad social corporativa de las instituciones sanitarias. La responsabilidad personal es de cada uno de los individuos de "cuidarse a sí mismos" y "utilizar los servicios de manera responsable". Para saber dar, dice la sabiduría popular que hay que saber recibir. En el nuevo modelo Salud, partimos de que la mayoría de las personas ya se hacen responsables de su salud y cuidado, pero que se podría hacer más para reducir la dependencia excesiva de los servicios y aprovechar la experiencia de las personas (aprender con el ejemplo).

Los políticos y gestores sanitarios tienen una enorme responsabilidad social corporativa para legislar y abordar las circunstancias del modelo de Salud. El papel esencial del gobierno es la creación de políticas públicas saludables y la creación de entornos que promuevan la salud y ayuden a los ciudadanos a elegir las opciones más saludables. Los ciudadanos tienen que recibir apoyos para participar y tomar estas decisiones utilizando los activos de la comunidad y los servicios clásicos de salud.

La corresponsabilidad o responsabilidad compartida ha aumentado de forma paralela al crecimiento de las enfermedades crónicas relacionadas con el deterioro o superación de los límites planetarios.

El paternalismo con el que se abordan las relaciones médico-enfermo no nos abocan a mejores resultados. Una sociedad reactiva y poco proactiva constituyen una barrera.

La participación es la esencia del nuevo modelo de salud.

La **libertad de elección y los deseos de participación crecientes** son indicadores de que algo se mueve. Los **presupuestos participativos municipales** también son ejemplos embrionarios.

Una planificación estratégica de la Atención Primaria (AP) y Salud Mental centrada en la fluidez de la información y la participación requiere acercar las decisiones al municipio.

La Salud de esta forma dependerá más de cada uno de nosotros y las prioridades las deciden los ciudadanos en un marco de cercanía.

Municipalizar la AP/Salud Mental y el grueso de la Salud Pública será la evolución natural que dará la sostenibilidad y resiliencia que permita ganar la confianza y recuperar una sana relación entre ciudadanos, profesionales y gestores de salud.

Un cierto nivel de cultura de la democracia asamblearia y transparencia son básicos tanto para una sana participación de los ciudadanos como para coordinar las iniciativas

Municipalizar la Atención Primaria garantizará un enfoque vertebrador centrado en la participación de las personas

Comenzar a pilotar estos modelos desde la pediatría será una gran oportunidad

Concreción. No todo está dicho. Compartimos con el resto de las especies mecanismos adaptativos y compensatorios complejos que hacen que la enfermedad sea individual y no se base en estadísticas. No hay enfermedades sino personas enfermas. Pero la capacidad de adaptación de la biodiversidad en el modelo de Salud Planetaria está asociada también a la corresponsabilidad de las personas y esto da una oportunidad para una medicina de Realidad o Concreción.

La relación médico-enfermo de los últimos 40 años ha evolucionado en un modo en el que lo esencial de esa relación era la satisfacción a nuestras necesidades profesionales en pro del bien del paciente, con un reconocimiento, pero siempre con un fondo de superioridad moral y de capacidad de decisión llegando a planificar la llamada medicina de predicción en las primeras 2 décadas del siglo XXI. Siguen surgiendo proyectos y empresas de salud con promesas y respuestas amparándose en el lenguaje del big-data. El modelo sanitario paternalista de finales del siglo XX y las primeras dos décadas del siglo XXI, ha preferido que los ciudadanos no asuman responsabilidad sobre su salud. Y lo simplifican en un si me va bien o mal en el futuro es el destino o, en versión moderna, elementos en general ajenos a nuestro control. En resumen, el mensaje que subyace es: deja en nuestras manos la predicción de la salud porque es algo que no depende de ti. Este enfoque, orienta las investigaciones en medirlo todo de un sistema biológico con la esperanza de que al analizar esta ingente cantidad de información emerjan nuevas propiedades de ese sistema y ello permita entenderlo íntegramente. Pero en verdad, es un modelo matemático, que intenta explicar y entender la biología a través de una construcción teórica.

La medicina de concreción por el contrario entiende la relación salud-medioambiente-enfermedad como el proceso y resultado de lograr que algo se vuelva concreto, combinando distintos elementos para llegar a lo esencial. Más allá del big data una

medicina de Concreción es la que analiza y realiza el seguimiento de los determinantes de una salud planetaria para explicar cómo la enfermedad cardiovascular por ejemplo, guarda íntima relación con la industrialización, contaminación y pérdida de biodiversidad y pone a su servicio todos los elementos del big-data. Con este enfoque de la medicina, la Atención Primaria recupera el sentido y comienza a ser dueña de su destino. En esta medicina es preciso reconocer los determinantes distales y como trasladarlos a los individuos. Aquí el principio de precaución y el *primun non nocere* son aproximaciones que dan ternura y comprensión a las limitaciones de nuestro conocimiento. **Necesitamos dar más valor a la historia clínica y la exploración física.**

La medicina de concreción es una medicina de realidad, que integra en la respuesta a los enfermos la certidumbre y la incertidumbre de una manera sencilla y orientada en la precaución, y si hay que errar hacerlo siempre para proteger a los más vulnerables.

Aunque la capacidad de influencia de los profesionales es pequeña llegado a los factores de riesgo conjunto, es necesario hacerlo para garantizar un enfoque centrado en la motivación y establecimiento de los cambios más eficientes e integrativos.

El genoma afortunadamente no es el destino. Lo cual no significa que estemos indefensos ante al azar. No elegimos los genes que tenemos, ni el exposoma de nuestros padres, pero lo que hacen nuestros genes depende hasta cierto punto de nuestras decisiones que tomamos nosotros. Podemos cambiar el ambioma. Depende de nuestra dieta, de nuestro nivel de actividad física, de nuestra actividad intelectual, de las emociones... Por tanto, depende mucho la salud de nosotros. Si nos responsabilizamos en cuidarnos o si por el contrario preferimos no asumir esta responsabilidad, y renunciamos a ser dueños de nuestro destino.

Las herramientas de la capacidad de adaptación en la práctica clínica en este modelo de concreción cabalgan en el campo de la motivación y autorresponsabilidad.

Recuperar la pediatría o medicina de cabecera será el desafío

Trasladar a la práctica clínica no solo lo que sabemos (incluido aprovechar el bigdata), sino lo mucho que ignoramos siempre dará una oportunidad para una medicina de concreción.

Anticipación. En la medicina que surge de este nuevo modelo, el enfermo se ha convertido en nuestro cliente. Trabajamos más con el riesgo de enfermar que con la enfermedad en sí. Es más, cuando tratamos con personas enfermas en este nuevo modelo de Salud, siempre observamos una oportunidad para mejorar la salud o calidad de vida de las personas que tratamos. Los teóricos separan la prevención primaria, secundaria y terciaria. Pero en este nuevo modelo de salud hacia el que vamos se diluyen estos tres tipos de prevención y la sabiduría popular lo resume de forma muy ilustrativa: ‘cuanto antes empieces mejor’. Es mucho lo que enfermos y familias pueden hacer por ayudar a mejorar los resultados antes, durante y después del diagnóstico. El introducir cambios precoces incrementa el retorno económico y social y consigue los mejores resultados. Pero incluso después del diagnóstico en la mayoría de las personas con enfermedades crónicas sabemos que podemos hacer cambios para mejorar los resultados, disminuyendo la metainflamación y ganando salud. La anticipación siempre es una opción, aunque cuanto antes empecemos los resultados serán mejores. En el nuevo modelo de Salud, una medicina de anticipación permitirá dotar de ventanas de oportunidad para frenar y/o revertir procesos fisiopatológicos sobre todo en la pediatría. El envejecimiento no se puede revertir, pero se puede frenar. El tiempo profundo a través de la genética determina lo que vamos a vivir, pero no todo está dicho. La creación, copia, destrucción es la secuencia a lo largo del tiempo profundo y a lo largo de todas las escalas (celular, tejidos, órganos, seres vivos, ecosistemas, planetas...). Y en todas estas escalas siempre hay una oportunidad para la anticipación continua y precoz, porque lo que no se trabaja se atrofia y/o desaparece. Cuando un tejido se daña, o un individuo enferma el sentido acomodado del Homo sapiens le lleva a pensar que mejor dejarlo descansar. Pero los determinantes del tiempo profundo y la selección natural siguen funcionando sin vacaciones. La evolución natural se guía por una lógica de competencia y selección.

Una medicina de anticipación permitirá dotar de ventanas de oportunidad para frenar y/o revertir procesos fisiopatológicos sobre todo en la pediatría.

El envejecimiento no se puede revertir, pero se puede frenar

La anticipación diluye la prevención primaria, secundaria y terciaria: “cuantos antes empieces mejor”

Todo lo que no se utiliza se pierde. Nuestro cuerpo no solo es resultado de la cultura o historia social, sino y sobre todo de la Naturaleza. Lo podemos modificar hasta cierto punto con nuestras acciones. En este sentido el cuerpo humano no es una máquina, porque las máquinas con el uso pierden eficiencia, sin embargo, en la naturaleza ocurre al revés, comienzan a fallar cuando dejan de usarse. La anticipación siempre es una constante que está ahí, esperándonos.

Enraizar. Prolongar la vida en los modelos de salud occidentales no será difícil con los avances tecnológicos en el futuro pero el desafío será dotar de sentido esa prolongación de la vida. Enraizar a la salud de las personas con la del Planeta será una tarea principal. Esto requerirá emular experiencias de la Naturaleza. Las estructuras de la Naturaleza desde lo molecular a lo ecosistémico tienden a reproducir patrones que se repiten o fractales. Los niños y las niñas son como los árboles. Tienen todo su potencial de crecimiento por desarrollar.

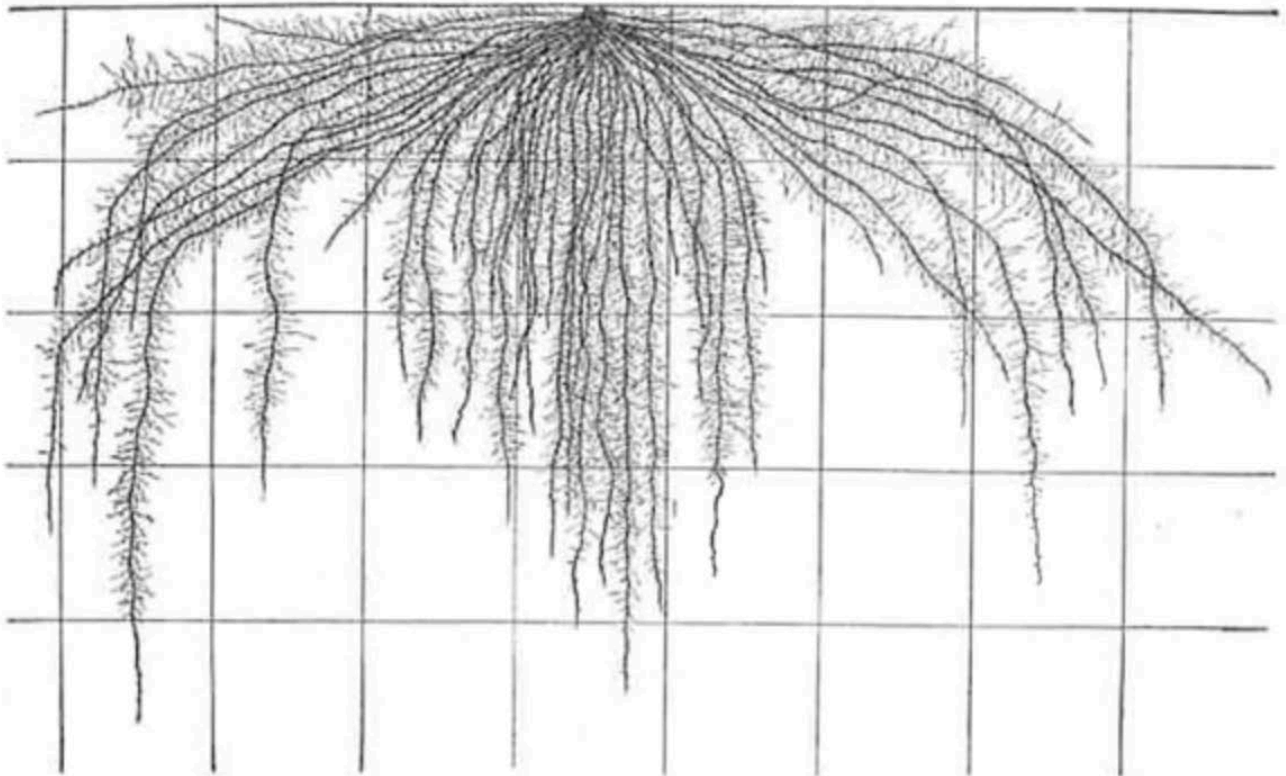
En la Naturaleza lo que no se utiliza se atrofia o se pierde. Al mismo tiempo el sistema circulatorio con su aorta, arterias principales y arteriolas...se parece al tronco, ramas gruesas y ramilletes de los árboles. Los fractales parten de una definición matemática, como estructuras que se repiten a diferentes escalas. Los fractales se repiten en la Naturaleza, por todas partes. Entre los fractales de la naturaleza los que más me fascinan son las espirales que se mueven en sentido contrario a las agujas de un reloj y los patrones de crecimiento de las raíces de las plantas (figura).



En las plantas la organización modular, hace que las funciones biológicas no vayan ligadas a órganos. Gracias a esta organización, pueden perder grandes porciones sin poner en peligro su supervivencia. En las plantas ninguna parte individual resulta indispensable, ya que su estructura está formada por fractales o estructuras que se repiten e interactúan.

La desnaturalización de los modelos de salud hace que cuando usamos a la palabra “vegetal” tenga una connotación ofensiva: “quedarse como un vegetal” significa carecer de todas las facultades sensoriales y motoras. Ser igual que las plantas. Sin embargo, las plantas han desarrollado habilidades y sentidos que responden a estímulos sensoriales y registran gran número de parámetros medioambientales (luz, humedad, gradiente químico, presencia de otras plantas, gravedad...), y un sistema de comunicación muy bien establecido a través de señales eléctricas y químico-hormonales. Reconocen a su parentela y los vegetales son expertos en desarrollar mecanismos de simbiosis con las bacterias de las que extraen la mayor parte del nitrógeno que necesitan. En función de todos esos datos toman decisiones relativas a la búsqueda de alimento, competencia, ... Los ápices radicales de las raíces de las plantas solos no son nada; juntos, desarrollan capacidades insospechadas (figura). Contribuyen a desarrollar en las plantas una inteligencia distribuida, típica de los enjambres. Las raíces crecen a través de sus millones de ápices radicales manteniendo una distancia preestablecida con respecto a los que crecen a su alrededor, lo que bastaría para un crecimiento armónico y óptimo sin necesidad de un cerebro superior. Adoptan ‘comportamientos emergentes’ como

cuando los miembros de un enjambre están juntos, cosa que no ocurre cuando están solos.



El ápice es la punta extrema de la raíz y su dimensión varía de 0,2 mm a 2 mm, es un órgano muy sensitivo que percibe multitud de parámetros como vimos arriba, el ápice los registra y guía el crecimiento de la raíz. Cada raíz puede tener decenas de millones o varios cientos de millones de ápices. Son nodos de una gran red que trabaja como una inteligencia distribuida. La velocidad de procesamiento es diferente a la de un cerebro humano, pero la estructura modular garantiza la seguridad de la supervivencia de los datos. El aparato radical de las plantas es un fractal de una red física de ápices radicales que interactúan mediante señales eléctricas y químicas, que hacen que se orienten buscando el alimento o la humedad, crezcan siguiendo el vector de gravedad, reconozcan a sus congéneres, que eviten a las sustancias tóxicas o que incluso disuelvan algunos contaminantes derivados del petróleo como el tricloroetileno.

Las plantas parecen tener una inteligencia avanzada propia de seres superiores que deberíamos tratar de comprender mejor. Si mañana desaparecieran las plantas de la Tierra, la vida humana duraría unas pocas semanas o meses. Si desaparecieran los humanos en poco más de un siglo todos los signos de la Humanidad Milenaria estarían cubiertos de verde. Los vegetales representan el 99,5% de la biomasa en la Tierra. Enraizar a la Humanidad con el mundo que le sustenta será una de las herramientas más poderosas para mejorar la salud desde la infancia. La autoconciencia de que somos una especie con capacidad de transformar las relaciones y traspasar los límites

planetarios ayudará a crear una nueva relación más híbrida y basada en una inteligencia más colaborativa con la Naturaleza como si fuésemos sus raíces apicales.

Hasta ahora más que centrada en las necesidades de las personas enfermas, la innovación en medicina se ha llenado de titulares y mucho trabajo en los laboratorios de biología molecular y análisis de Big Data. Sin embargo en el modelo de Salud Global todo está interconectado, y es necesario incorporar el análisis ecosistémico de los factores o inductores antropogénicos para conseguir enraizar una nueva relación con la Naturaleza que mejore la salud humana y del planeta. En el futuro modelo de Salud habrá herramientas de inteligencia colaborativa propias de raíces apicales de los árboles que permitan alargar la vida de una forma más fácil, incluso podremos añadirle las razones que le den sentido a la vida prolongada. No va a ser un dilema fácil.

También de nuestro medioambiente y estilos de vida depende que los genes que hemos recibido funcionen o no. Que estén activos o silenciados. Lo que no se usa se atrofia, podemos quedarnos a mitad de camino o alcanzar el mayor potencial como los árboles. **La corresponsabilidad en la salud será la herramienta que construya raíces.**

Los avances en la medicina incluirán todos los aspectos que contribuyan a enraizar y generar sentido de pertenencia en la Naturaleza del Homo sapiens: incluido el estudio de los fractales, los comportamientos emergentes o de enjambres desde lo molecular a lo ecosistémico, incluyendo los deseos y preferencias de los individuos. Sistemas de inteligencia distribuida, sensorial, colectiva e híbrida como las raíces. **Más allá de la salud, está la plenitud.**

Hoy los médicos, pasamos más del 70% del tiempo sin mirar a la cara a los enfermos, mirando una pantalla de ordenador. Esta medicina de escritorio aleja a los enfermos de los médicos (física y mentalmente). Vas rellenando pantallas con “clic, clic”. Y cuando acabas el día o la semana: ¿Qué retorno tienes de esa información? ¿qué transformación ha provocado? Escribimos y rellenamos formularios sabiendo que van a un gran almacén de depósito de información. **No hay poda-sinapsis.** El medio (la digitalización) durante la pandemia se impulsó sobremanera porque las condiciones lo exigieron, pero la digitalización que actualmente disponemos no sirve para mantener sanas relaciones con los enfermos. En verdad hoy día, la digitalización (el medio) se ha convertido “en un fin” de control sanitario muy alejada de la realidad. Se ha desvirtuado tanto la relación con el enfermo que apenas se le mira, se le toca... El despropósito es de tal calado que las organizaciones miden tu valor profesional por los “clics”, “peticiones que recibes”, protocolos con pantallas y más pantallas...

Existe un modelo de digitalización “modular” que emula las raíces de las plantas que necesita un 90% menos de clics y con frecuencia son colaborativos. Estos modelos de digitalización son de inteligencia distribuida. Son como los enjambres y las raíces apicales de los árboles. El total es más que la suma de las partes de cada consulta. Las podas-sinapsis propias de estos sistemas colaborativos seleccionan las mejores prácticas de gestión sanitaria. Dan sentido a las cosas que hacemos. Mientras se implantan, mi sugerencia es comenzar a crear horarios o consultas de transformación digital “modular” en Atención Primaria/hospital inicialmente sin ordenadores. En una segunda etapa comenzar a crear “raíces apicales” de transformación digital que de verdad ayuden a conectar a las personas. **Una nueva tecnología digital guiará la rehumanización. Urge rehumanizar el contacto con los enfermos y familias. Enraizar a los médicos pediatras autóctonos de cabecera. No limitar los tiempos por enfermo. Las pruebas complementarias no deben dejar de serlo.**

En este nuevo modelo de Salud emerge una superinteligencia, un sinergismo de interacción global en el que el todo es mayor que la suma de las partes.

En el nuevo modelo de Salud, el desafío más que prolongar la vida será darle sentido a la prolongación de la vida.

La corresponsabilidad en la salud será la herramienta que construya raíces.

Urge rehumanizar la salud y enraizar a los médicos/pediatras de cabecera con sus comunidades.

La Pediatría en Atención Primaria en este modelo de salud es una medicina participativa (siempre depende de ti hasta donde quieras llegar), de concreción (o de realidad, no todo está dicho), anticipación (nunca es tarde) y que genera raíces (arraigo y pertenencia de profesionales y familias con una inteligencia más colaborativa).



ESCENARIOS DE TRANSICIÓN

PARA SALIR MEJORES DE LA CRISIS SANITARIA (LECTURA NACIONAL Y DE TODAS LAS CCAAs)

Nuevas estructuras para la planificación estratégica. Integrar la Salud Pública y Mental en la práctica clínica de Atención Primaria

SUPERCONSEJERÍA O AGENCIA DE SALUD PLANETARIA O GLOBAL que incluya las competencias de la actual consejería de Salud, absorba competencias de medioambiente y de educación. Nuevas estructuras para la planificación estratégica como proceso tractor. Esta estructura que sería el órgano ejecutor de las políticas de Salud con un enfoque ecosistémico y planificación estratégica.

Necesitamos un nuevo contrato social, una segunda ley general de Sanidad (de Salud Global) que abarque la necesaria y futura reforma del sistema de salud, esta segunda ley general será a la Salud Pública y el Medioambiente lo que la Ley General de Sanidad de 1986 de Ernest Lluch fue la prestación de servicios asistenciales. Esta visión permitirá:

1. Administrar la vida y la salud a largo plazo saliendo del presentismo en el que viven instaladas las políticas sanitarias.
2. Avanzará en la descentralización del Sistema Nacional de Salud para acercar al poder local.
3. El tiempo profundo será un determinante para la salud muy poderoso y dotará de sabiduría a la democracia: individual, cultura e institucionalmente. El abordaje de la cronicidad, del mantenimiento de la biodiversidad, los cambios en el uso del suelo y de los mares, calidad del aire, impactos transgeneracionales de salud...necesitan políticas de protección durante largos periodos de tiempo para ser eficaces. De esta forma los Servicios Autonómicos de Salud se irán transformando en Agencias de Salud Global. La Salud Pública estará totalmente integrada y horizontalizada ocupando el grueso de las tareas de la AP.
4. Los nuevos determinantes o elementos esenciales de una salud planetaria y desafíos a los que nos enfrentamos condicionan una gobernanza sanitaria necesariamente multitemporal, que ayude a crear capacidades para el futuro en un modelo de sistemas complejo.

-
5. El control, rendición de cuentas y participación en la ‘Aldea Global’ fortaleciendo lo Local permitirá administrar y abordar nuestra salud desde la consciencia y responsabilidad con miras a las generaciones futuras y el bienestar de la Tierra.

Crear con rango de DIRECCIÓN GENERAL de la FELICIDAD DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA. Encargada de la Planificación estratégica que garantiza la verticalidad y horizontalidad de las medidas en todas las políticas (nacional, regional y municipal), sociedad y sectores implicados. Hacer visible la infancia requiere salir de las buenas palabras y pasar a los hechos. **DOS EJES TRACTORES BÁSICOS TRANSVERSALES para el resto de las políticas en las distintas consejerías: CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL Y MEJORA DE LA SALUD MENTAL DE LOS JÓVENES.**

Garantizaría una supra-coordinación para grupos vulnerables (comunidades pobres, infancia y adolescencia, embarazadas, ancianos y crónicos) a caballo entre Dirección General de Salud Pública y Adicciones (DGSPyA), DG de Asistencia Sanitaria (DGAS), DG Medio Natural (DGMA), DG Innovación Educativa y el Instituto Murciano de Acción Social (IMAS), DG Familia / Menores. En esta estrategia nueva, los Servicios Autonómicos de Salud ya no serían estructuras aisladas y se dotarían de un propósito más vertebrador y que da coherencia a las necesidades del ciudadano de aquí que ahora se llame Agencia de Salud Global o Planetaria. Una estructura pensada para salir del presentismo, e incorporar a las futuras generaciones en las decisiones. **El Servicio Autonómico de Salud sería a los municipios, en la nueva reforma sanitaria, lo que el consejo interterritorial a las CCAAs.** Conservaría la atención hospitalaria, que en este modelo sería de forma paulatina, contaría con hospitales más pequeños pero extremadamente sofisticados. El avance tecnológico convertiría el eje de bienestar en los hogares, barrios y municipios que contarían con sensores y tecnología ciudadana para resolver problemas de salud. Lo hogares y contrucciones incorporarían tomas de oxígeno, con el envejecimiento se prestarían bicicletas eléctricas y no tanto ayudas para sillas de ruedas.

Crear CONCEJALIAS DE LA FELICIDAD DE LA INFANCIA, RENATURALIZACIÓN Y SALUD URBANA en los Municipios.

- **Transferencia de la Salud Pública y Salud Mental Comunitaria a la Atención Primaria Pediátrica a través de los Municipios o nuevos agrupamientos similares a las antiguas diputaciones.** En un escenario de transición de modelo sanitario, pensamos adecuado comenzar desde la infancia para la trasferencia de

competencias y recursos descentralización de la Salud Pública y Mental e integración en la Atención Primaria desde el Municipio.

- Con dos ejes tractores básicos en un plan estratégico municipal para la felicidad de la infancia y adolescencia: Prevención de la obesidad y mejora de la calidad del aire en las ciudades. Mejora de la Salud Mental de los Jóvenes.
- **Con esta nueva Ley General de Sanidad ahora ya de Salud Global, daríamos continuidad y evolución a la ley general de sanidad de Ernest Lluch, avanzando en la descentralización, enraizamiento con otros activos comunitarios e integramos los profesionales de Atención Primaria con el resto de profesionales que trabajan en la administración más cercana al ciudadano.**
- Esto permitirá incorporar nuevos perfiles profesionales a la prestación de servicios de salud desde lo local. Además, dará oportunidades de negocio con carácter local para asegurar el bienestar y la salud de los vecinos. Surgirá el emprendimiento vinculado a estas nuevas capacidades.
- **Comenzar con experiencias piloto en zonas básicas de salud o áreas municipales, a través de alguno de los ejes tractores en distintas CCAAs podría contribuir a aportar los datos que necesitamos para poner los fundamentos a una nueva y necesaria Ley General de Sanidad (ahora ya de Salud Global).**

Redistribución de los recursos

- Transferencia de las competencias de Salud Pública a los municipios e integración en la Atención Primaria Pediátrica. Tránsito de competencias de Salud Pública a Municipios y barrios.
- Incremento de la inversión en Educación un 20% en los próximos 4 años hasta equipararse al gasto sanitario al final de la legislatura. Especialmente en educación primaria y secundaria.
- Impulsar programas de intercambio de datos entre múltiples sectores (municipio, comunidades y organizaciones civiles...) para permitir un apoyo y una asistencia sanitaria más global y colaborativa
- La municipalización, es un proceso que requiere una pedagogía de consenso, adquirir estas competencias en el poder local requiere una redistribución de los recursos económicos y sociales. Es un cambio de calado, convertir en funcionarios municipales a los profesionales de Atención Primaria.

Estos cambios requieren liderazgos valientes, redistribución sustancial de los recursos existentes y amplios cambios sociales que ya están en marcha. No van a ser fáciles, tampoco lo fueron para Ernest Lluch el llegar al consenso de la Ley General de Sanidad. Tendremos que superar la fuerte oposición de los poderosos intereses creados. Pero, afortunadamente, los avances tecnológicos, las políticas e instituciones necesarias ya están disponibles.

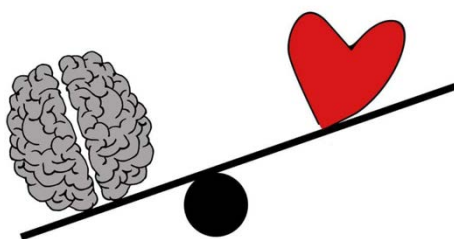
En este modelo de Salud Global la calidad de vida o bienestar se convierten en una meta central para los municipios

Política de acción basadas en el aprendizaje. (poda-sinapsis)

Somos conscientes que aprendemos a hacer las cosas haciéndolas. Este modelo de gobernanza que proponemos permitirá desarrollar sistemas de salud basado en el aprendizaje para maximizar el uso regular y sistemático de datos que impulsen los cambios en la política y en las prácticas. Estos modelos contribuyen para apoyar a los pediatras y mejorar sus capacidades, también para hacer difusión, intercambio y transferencia a la gobernanza y a la sociedad con medidas específicas para abordar los problemas más complejos de la salud infantil. **La experiencia de empleado siempre ha sido determinante para definir el éxito general de una organización. Tiene un impacto en la productividad y eficiencia del sistema de salud, y en la capacidad para captar talento. Cada vez son más las sociedades científicas y profesionales que quiere aportar e innovar en sus organizaciones. La poda-sinapsis hace reflejo a la necesidad de explorar y pilotar procesos de innovación que garantizan aprendizaje y mejora.**

Adoptar un enfoque centrado en el ser humano para la experiencia del empleado también puede reducir la fatiga laboral en un 44%, aumentar la 'intención de permanecer' un 45% y mejorar el rendimiento un 28%.

Para ello pensamos importante:



Recuperar la confianza. Se llama confianza, y el único problema para conseguir la dosis precisa es que está encerrada en el corazón de cada uno de nosotros. Es necesario despertar la confianza, recuperar las verdades más sencillas que devuelven la ilusión a las

personas. Eso requiere transparencia y liderazgo.

- Desde la SPSE pretendemos para el próximo año una evaluación entre nuestros socios sobre estos aspectos.
- Estamos reflexionando y pensamos que si mejoramos el modelo de organización podemos reducir la jornada laboral a 4 días a la semana. Centrados en las necesidades de los niños y niñas aprovechar esta crisis sanitaria para pilotar experiencias escalables que incrementen la experiencia de empleado y de usuario final.
- Mejorar la experiencia basada en la confianza de los profesionales. Estableciendo y reconociendo el liderazgo y capacidad de las distintas especialidades.
- Pensamos que no necesitamos aumentar las plazas de pediatría, pero sí consolidar el 30% de plazas de pediatría que están ocupadas por profesionales no cualificados para atender a los niños y adolescentes. Poner énfasis en la horizontalidad y verticalidad para cubrir las necesidades de la infancia y adolescencia. Para ello:
 - Urge doblar el número de residentes de MIR/EIR de pediatría.
 - Redistribuir los recursos y cupos de pediatría en base a una estructura poblacional de la infancia y adolescencia. Que permita y reoriente la presencia de pediatras donde más nos necesiten, especialmente en las comunidades con más infancia vulnerable.
 - Dar instrucciones a la población para desmedicalizar la pediatría, y poner el foco en atender mejor a la población, incorporando otros perfiles y estructuras que mejoren la asistencia en horizontalidad y verticalidad.
 - Penalizar la “inmediatez” en los centros de salud y servicios de urgencias. Los indicadores de inmediatez tendrán penalización en los procesos de gestión sanitaria. Mejorar la transparencia hacia la sociedad sobre la situación de la sobrecarga de trabajo en los servicios de Urgencias y explorar modelos colaborativos dando tareas y mensajes claros hacia las familias de cuando no ir al médico.
- Desarrollar capacidades de la enfermería escolar como la “salud laboral de la infancia” incorporando enfermeras a los centros educativos en el marco de la municipalización de la Atención Primaria

Integración vertical y horizontal: una pediatría para la incertidumbre y un mundo complejo

Es necesaria la integración entre y dentro de los sectores y agencias, con la ubicación conjunta de los servicios cerca de los niños cuando sea posible, como un medio para

fomentar la cooperación y generar confianza. **Esto contribuirá a integrar verticalmente la pediatría de Atención Primaria (cada vez más municipalizada) con la de Atención Especializada del hospital, y horizontalmente con la salud pública, salud mental y comunitaria (municipal, escolar, ONGs, activos comunitarios y atención social).**

La carga de trabajo, incentivos profesionales y modos de organización debería ser descentralizada, abierta y depende entre otros de la población de referencia, los órganos de gestión y los profesionales.

Necesitamos orientar la formación y estilos de trabajo para:

- Impulsar programas de intercambio de datos entre múltiples sectores y agencias para permitir un apoyo y una asistencia sanitaria más global y colaborativa.
- Priorizar enfoques transformadores de la prestación de servicios para que se adapten a las necesidades de los niños y no tanto de los profesionales, y orientar la educación y formación profesional de los futuros médicos y enfermeros en esa dirección.

Los escenarios de transición asientan en 4 pilares:

+Datos en abierto: transparencia

- Información y fluidez. El sustantivo es la transformación, puede que sea digital o binaria o de otra clase, siempre y cuando ayude a tomar las mejores decisiones. Necesitamos reformular los sistemas informáticos tanto de hospital como de AP. Para ello proponemos comenzar una nueva digitalización abriendo consultas de pediatría inicialmente sin ordenador. Y de estas experiencias reconstruir sistemas digitales que se basen en las mejores experiencias profesionales. Rehumanizar el trato con la familia y ganar la confianza es la guía para enraizar los nuevos modelos de digitalización modular.
- Comenzar desde la pediatría a que sean los propios enfermos los que completen su historia clínica. Que tengan acceso a la mejor información de forma fácil. La salud es algo propio de cada uno, y lo importante no es garantizar el derecho a una buena salud (prestación de servicios clásicos), sino garantizar acceso a las habilidades para que alcancen su propia salud.



+Democracia y Soberanía: Nuevas estructuras

- Presupuestos participativos y las consultas o participación virtual de los ciudadanos.
- Potenciar las oportunidades de las empresas locales de la CCAAs para impulsar todos los procesos innovación y emprendimiento vinculados a la salud

Para fortalecer la democracia de la salud, el objetivo de los programas de salud educativa es enfatizar a los individuos que sean responsables de sí mismos y de su salud y bienestar, así como de proporcionarles las herramientas y el conocimiento sobre cómo influir en lo que sucede en la sociedad de una forma positiva. La corresponsabilidad requiere motivación y algo de capacitación de la sociedad.

En los profesionales de la salud, más que los títulos, lo que importará en su formación serán sus habilidades y competencias. Desarrollarán competencias de comunicación y de solución de conflictos. La participación y la innovación serán pilares básicos para construir modelos de salud basados en más democracia.

Un nuevo modelo de bienestar

Nunca habíamos estado tan conectados y al mismo tiempo tan solos. **Creando una inteligencia colaborativa que recupere el barrio y estimule el voluntariado entre los jóvenes.** De una parte, un equipo de profesionales de la salud preparado y proactivo y de otra un enfermo y una familia informados y capacitados para los cambios. La calidad de vida o bienestar se convierten en una meta central. Ahora más que nunca la calidad de vida en armonía con la Naturaleza que rodea al individuo es la mejor meta. La falta

de raíces o sentido de pertenencia, alineación o pérdida cultural será central en la forma de abordar el enfoque de la pediatría. Enseñar a la población a tomar las mejores decisiones sobre su propia salud.

Considerar los deseos y preferencias de los ciudadanos sanos o enfermos contribuye a evitar el sobrediagnóstico y sobretratamiento. Este escenario permite una medicina realista o de concreción y basada en la precaución o prudencia. Hace tiempo que se hace realidad esta idea de apoyar a los enfermos crónicos, ancianos y a ciudadanos frágiles a controlar sus dolencias o enfermedades, pero en verdad, todavía persiste un despotismo ilustrado, en el que el paternalismo y resistencia al cambio impiden alcanzar los mejores beneficios.

En un modelo de Salud Planetaria Global la calidad de vida o bienestar se convierten en una meta central. En este nuevo modelo los desafíos que pretende abordar más allá del control de las enfermedades crónicas son la falta de raíces y sentido (o de finalidad) en la vida, la alineación o alejamiento por discriminación, aislamiento o rechazo y la pérdida de cultura y de identidad de los individuos y comunidades. Las pruebas científicas son crecientes sobre la relación de estos factores y el estado de salud de las personas. Un aspecto importante de la medicina en este modelo es que la atención o servicios clínicos se basan en una medicina de concreción (realidad) para tratar a personas enfermas, considerando en valor también las fortalezas de la diversidad cultural y comunitaria que de otra forma se perderían.

La falta de raíces o sentido de pertenencia, alineación o pérdida cultural será central en la forma de abordar el nuevo enfoque. La incorporación de nuevos perfiles sanitarios y de consultas sanitarias compartidas con enfermos "expertos" podría ayudar. A nivel comunitario, crear espacios de encuentro entre vecinos o en el barrio.

Para conseguir este modelo de bienestar es necesario entre otras medidas: a) Potenciar una economía colaborativa y más verde; b) Los nuevos perfiles profesionales y el voluntariado fomentan las conexiones entre las personas y con el medio sociocultural; c) Fortalecer el pensamiento ecosistémico de interconexión en el espacio y tiempo; d) políticas locales creativas y saludables para apoyar el 'cara a cara' de los vecinos.

+Equidad: ECO-PLANETA para los más jóvenes

Necesitamos llevar a todos los niños y niñas el poder disfrutar de los derechos que les amparan. Especialmente a los hogares y barrios con menor nivel de renta. La mejor asistencia sanitaria, alimentación saludable, medioambiente cuidado, educación de calidad, cuidado, atención temprana, vivienda digna...).

Desarrollar las mejores opciones de acceso de calidad para la salud y el resto de derechos de los niños/as no es suficiente. Tienen que llegar especialmente a los que más lo necesitan. La renta y en menor grado también la étnia/raza, son los dos determinantes más poderosos para las injusticias ambientales de la salud. Por este motivo, crear nuevas estructuras como **OBSERVATORIOS PARA LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA o DG ESPECÍFICAS o MINISTERIOS** ayudarán a **poner encima de la mesa y HACER MÁS VISIBLE A LA INFANCIA.**

En concreto respecto a la salud, necesitamos garantizar que los barrios con más niños vulnerables tengan un pediatra de cabecera. Por eso necesario crear mapas de salud específicos de la infancia y adolescencia. La redistribución de cupos y plazas de pediatría se harán con esto. Universalizar la atención temprana (0-6 años) de calidad y accesible, será también necesario y llevarla a los barrios más vulnerables el desafío.

Además no es suficiente con garantizar que tengan acceso a servicios con pediatras. Necesitamos empujar a las familias y a los jóvenes en estos barrios más desfavorecidos a las mejores decisiones y en un marco de equidad, para que alcance a todos los miembros de la sociedad, independientemente de su condición social. **Para ello vamos a necesitar identificar a la infancia vulnerable en todas las CCAAs. E identificar y evaluar las barreras que impiden garantizar el acceso efectivo a los derechos de la infancia y adolescencia.** Eco-Planeta para los jóvenes pretende crear las mejores posibilidades de bienestar para todos los miembros de la sociedad, especialmente en la etapa infanto-juvenil. Todo ello requerirá cooperación a distintos niveles, la participación abierta de muchos grupos de interés y sobre todo de los niños y niñas y la puesta en marcha de diferentes estrategias.

En este campo, priorizar los derechos de la infancia y no confundirlos con las necesidades de los adultos será importante para conseguir el mayor retorno económico y social de las inversiones. Para garantizar un sistema de educación y atención de la primera infancia universal, inclusivo y de calidad requerirá respetar los deseos y preferencias de la propia infancia. En esto habrá que superar los poderosos intereses creados, y un ejercicio de reflexión de lo que queremos ser como país o CCAAs.

Todo esto también impulsará la economía de pequeñas y medidas empresas con productos locales, digitalización, progreso tecnológico, valores ecológicos en las empresas. Los municipios y barrios se agruparán, aparecerán comarcas o los clústeres territoriales.

