La gestión de pandemias como el COVID-19 en España: ¿enfoque de salud o de seguridad?

Félix Arteaga | Investigador principal de Seguridad y Defensa, Real Instituto Elcano.

Tema

Hasta ahora, la gestión de las epidemias en España se ha mantenido sustancialmente dentro del ámbito sanitario. Tras la aparición de pandemias como la del COVID-19 debería sopesarse si esa gestión debe integrarse en el ámbito más amplio de la seguridad nacional.

Resumen

Una fase importante de la gestión de crisis es la que se dedica a las lecciones aprendidas. La gestión de la pandemia causada por el coronavirus COVID-19 abarca muchos factores que, todavía, se encuentran en plena evolución, por lo que no se pueden extraer lecciones que sirvan para el futuro. A eso se dedicará la Comisión de Estudio y Evaluación que el Gobierno se ha comprometido a convocar cuando pase la situación de emergencia.[1]

Sin embargo, sí que se puede analizar el modelo y el sistema de gestión de crisis previo a la pandemia actual. En su aproximación, y con las cautelas debidas a las limitaciones de las fuentes abiertas empleadas, este análisis describe las limitaciones del modelo adoptado en España para gestionar una crisis sanitaria de la magnitud del COVID-19. Limitaciones que no tienen que ver con responsabilidades subjetivas de personas o gobiernos sino con la fragilidad de un modelo diseñado para gestionar crisis epidemiológicas de menor envergadura que las pandemias y confinado fundamentalmente al ámbito sanitario.[2] Partiendo del mismo modelo, y ante la reiteración y gravedad de las pandemias, otros países han cambiado sus sistemas de gestión por modelos más transversales, integrados y preventivos, ya sea complementado los sistemas previos con estructuras sanitarias robustas y especializadas en crisis pandémicas o integrando su gestión en los sistemas de seguridad nacional.

[1] Comparecencia del presidente del Gobierno en el Congreso de los Diputados por el estado de alarma en la crisis del coronavirus, 18/III/2020.

[2] En este análisis se entiende por pandemias las emergencias extraordinarias que constituyen un riesgo para la salud pública internacional (ESPII) a causa de su propagación internacional y que precisan una respuesta internacional coordinada según el Reglamento Sanitario Internacional de la OMS de 2005.

Análisis

Los modelos de gestión de crisis constan, básicamente, de sistemas y procedimientos. Los procedimientos –protocolos en terminología sanitaria– comprenden una evaluación del contexto general de la crisis (riesgos y objetivos), la forma en la que se pretende gestionar (concepto operativo) y las medidas adoptadas para desarrollar las anteriores (planes de acción). El sistema –no todo el Sistema Nacional de Salud sino la parte que se ocupa de la gestión de crisis– sigue la situación, propone medidas y adopta o ejecuta decisiones relacionadas con la misma. El sistema funciona permanentemente entre pandemia y pandemia (período interpandémico) para seguir las crisis en curso y elaborar planes de preparación y respuesta para las siguientes. Cuando surge una nueva como la del COVID-19, se activa para adaptar las estrategias y planes previos a las particularidades específicas de la nueva pandemia.

La gestión de las enfermedades contagiosas se ha mantenido tradicionalmente en el ámbito sanitario mientras que las enfermedades contagiosas se consideraban un problema de salud. Sin embargo, y a medida que las epidemias han creado daños colaterales a los de salud, se ha hecho necesario involucrar en la gestión a responsables de otros ámbitos de la Administración. La necesidad se ha vuelto perentoria con la aparición de las pandemias, unas epidemias de proporciones globales y efectos disruptivos que trascienden la salud y afectan al modo de vida y la prosperidad de las sociedades.[3] Ante esta tendencia, la pregunta es si los sistemas de gestión sanitaria que se han mostrado capaces de afrontar las epidemias hasta ahora son idóneos para gestionar las complejas crisis pandémicas. El análisis comienza por la deconstrucción del sistema empleado en sus elementos para, posteriormente contrastarlos con los elementos de otros sistemas nacionales, y finalmente, analizar sus posibilidades para afrontar la crisis del COVID-19.

La deconstrucción del sistema

En España, la gestión de crisis se asumió inicialmente por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2004,[4] mediante el denominado Sistema de Coordinación de Alertas y Emergencias de Sanidad y Consumo (SICAS) para coordinar la detección, información y el apoyo logístico al Sistema Nacional de Salud en situaciones de alerta sanitaria. La estructura del SICAS se lideraba por el titular del Ministerio, apoyado con un grupo asesor *ad hoc*, y contaba con un órgano colegiado para gestionar situaciones de crisis: el Comité Director en Situaciones de Crisis y Emergencias (CODISCE) responsable de la elaboración y activación de los planes de respuesta, la dirección estratégica y ejecutiva de la gestión. en el que participaban todos los responsables departamentales. El CODISCE se apoyaba en un Grupo Operativo de Emergencias de menor nivel, encargado de ejecutar las decisiones colectivas. Como complemento a los anteriores se creó el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) –que todavía existe– cuya función se circunscribía al seguimiento y evaluación de la situación

[3] Desde la creación del RSI de 2005, la OMS han declarado seis ESPII: la gripe pandémica A (H1N1) de 2009, el poliovirus salvaje de 2014 y el virus Ébola en África Occidental en 2014, el virus del Zika de 2016, el virus Ébola en la República del Congo en 2019 y el COVID-19.

[4] Orden SCO/564/2004 por la que se establece el sistema de coordinación de alertas y emergencias de Sanidad y Consumo.

y al apoyo a las distintas unidades del Ministerio. La creación del SICAS no se acompañó de una partida presupuestaria porque la Orden excluyó expresamente cualquier incremento del gasto público.

En 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó un Reglamento Sanitario Internacional (RSI) para prevenir la propagación internacional de enfermedades y proteger la salud pública global limitando su impacto en el tráfico y el comercio internacionales. Siguiendo sus recomendaciones, el SICAS amplió sus responsabilidades previas en materia de vigilancia epidemiológica y virológica, la provisión de vacunas y fármacos antivirales, la elaboración de planes de respuesta y la comunicación social. Posteriormente, y para reforzar el enlace con las redes de alerta de la OMS y de la UE, se designó a la Dirección General de Salud Pública como centro de enlace nacional que, a su vez, delegó su función operativa en el ya mencionado CCAES.[5]

Mientras adaptaba su estructura, el SICAS tuvo que afrontar las pandemias de la gripe aviar de 2005 y de 2006 cuyos efectos desbordaban los de las epidemias de gripe estacional. Para ello elaboró un Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente a la primera y una Actualización del mismo para hacer frente a la segunda. Para la primera, se creó un Comité Ejecutivo nacional,[6] un órgano presidido también por el titular de Sanidad y con presencia mayoritaria de responsables sanitarios, pero ya con participación de otros ministerios. Con la segunda crisis pandémica, el Comité Ejecutivo reforzó su naturaleza interministerial bajo la dirección del titular del Ministerio de la Presidencia y se abrió a la participación a las Comunidades Autónomas (CCAA) que hasta entonces se coordinaban mediante la Comisión de Salud Pública. El Comité Ejecutivo delegó la gestión en un Grupo Operativo apoyado por otro Técnico de Coordinación y por un Comité Científico. La apertura de la gestión sanitaria a otras administraciones representa un primer reconocimiento de las limitaciones de un modelo de gestión exclusivamente sanitario.

En 2011 se reguló el modelo General de Salud Pública mediante la Ley 30/2011. La Ley, a pesar de la importancia que las pandemias habían cobrado en las últimas décadas, no reconoció la singularidad de las epidemias y pandemias dentro del conjunto de las enfermedades ni la necesidad de contar con un sistema con personalidad propia dentro del Sistema Nacional de Salud. En lugar de consolidar la línea de desdoblamiento mencionada anteriormente, desarrollando un sistema especializado para la gestión de pandemias, se optó por centralizar la gestión de cualquier crisis epidemiológica o pandémica en un sistema único y en 2013 se creó un nuevo Sistema Nacional de Alerta Precoz y Respuesta Rápida (SIAPR) que asumió desde entonces las funciones de coordinación, notificación, evaluación e inteligencia epidemiológica, entre otras.

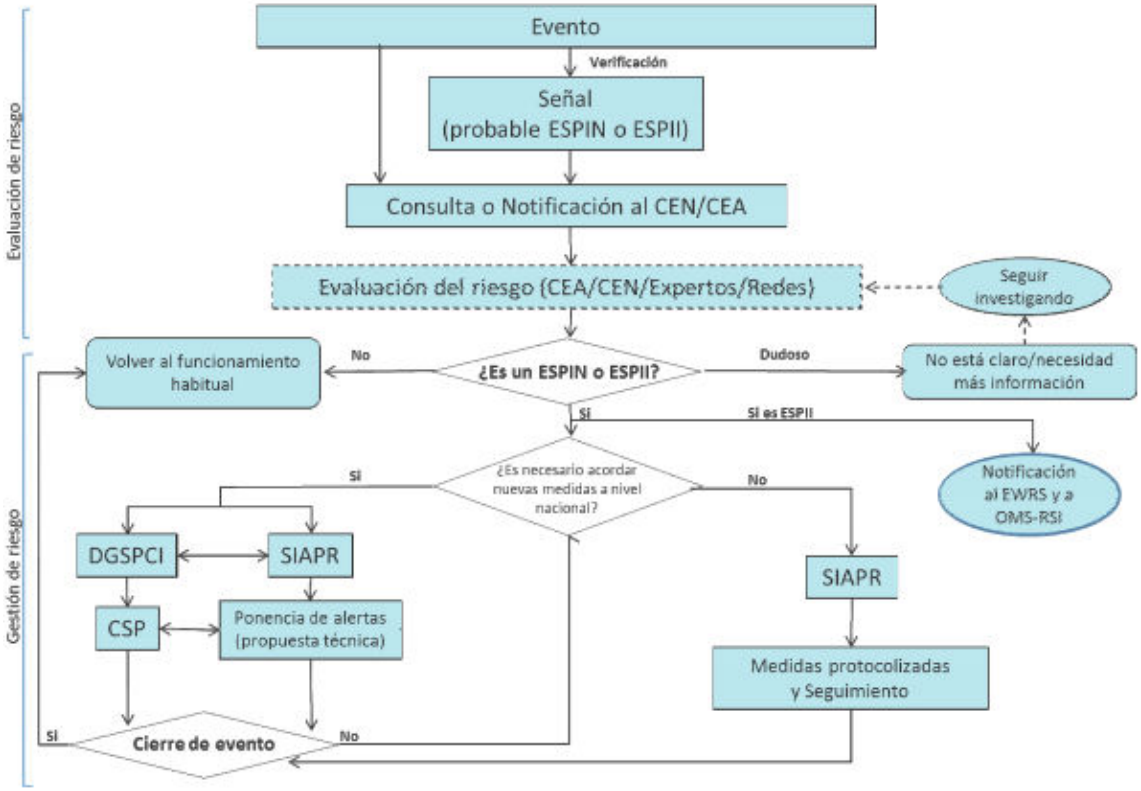
El repliegue de la gestión sobre el Sistema Nacional de Salud preservó el protagonismo del SIAPR en los sistemas de alerta y respuesta de la OMS y de la UE, pero la redujo

[5] El punto nacional de contacto, creado por la Orden SCO/3870/2006, canaliza los flujos de información, alertas y recomendaciones entre el sistema español y los de la OMS y de la UE.
[6] Real Decreto Legislativo 1131/2003 de 5 de septiembre por el que se crea el Comité Ejecutivo nacional para la prevención, el control y el seguimiento de la evolución epidemiológica del virus de la gripe.

en el campo de la asistencia internacional a terceros, que es otra faceta importante de esos sistemas multilaterales. Ese componente es crítico para la gestión de las pandemias, ya que la intervención sanitaria en origen contiene la expansión geográfica de las pandemias y alivia las carencias de respuesta de los países con sistemas sanitarios frágiles. Esa faceta de la cooperación internacional quedó, por defecto, a cargo de la Agencia Española de Cooperación Internacional y Desarrollo y de las Fuerzas Armadas para las actuaciones que les encomendaran los Ministerios de Exteriores y Defensa, respectivamente.[7]

En la Figura 1 se muestra el proceso de activación vigente que comprende dos funciones diferenciadas: una tiene que ver con la determinación de una emergencia de salud pública de importancia internacional o nacional (ESPII/ESPIN) y otra con la adopción de medidas de respuesta. En la primera, el SIAPR notifica a las autoridades internacionales la existencia de un brote nacional o traslada a las autoridades nacionales la existencia de uno fuera de sus fronteras. Confirmada su existencia, el CCAES informa a la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación y a la Comisión de Salud Pública de las medidas a adoptar en función de su evaluación de riesgo.

Figura 1. Flujo de información del Sistema de Alerta Precoz y Respuesta Rápida (SIAPR)



Fuente: SIAPR, p. 10.

[7] Las Fuerzas Armadas tienen autonomía de gestión en la organización, doctrina, equipamiento y reservas estratégicas para apoyar los despliegues de tropas en entornos de riesgo nuclear, biológico, radiológico y químico (capacidad NRBQ). La AECID, en colaboración con el Ministerio de Sanidad creó en 2016 unos equipos técnicos de respuesta (chalecos rojos) que se pudieron desplegar a partir de 2018.

La diferenciación entre alertas y medidas de la Figura 1 replica la existente dentro del sistema de la OMS: la organización internacional se responsabiliza de notificar la situación y de proponer medidas, pero la responsabilidad de adoptarlas depende de los Estados. La diferenciación entre recomendaciones técnicas y decisiones políticas ya se daba en crisis epidemiológicas, pero los efectos de las crisis pandémicas suponen un salto cuantitativo y, sobre todo, cualitativo porque sus repercusiones trascienden el ámbito sanitario. En una gestión epidemiológica simple, las recomendaciones y las decisiones se adoptan dentro del mismo ámbito sanitario. Cuando la epidemia es más compleja, como las mencionadas de la gripe aviar de 2005 y 2006, a las recomendaciones sanitarias se agregan otras de los actores no sanitarios y se precisa un órgano superior que concilie las distintas prioridades e intereses en decisiones políticas.

Las pandemias ponen a prueba el sistema de gestión sanitaria, simple o ampliado, porque las consecuencias son disruptivas tanto para la salud como para el resto de las políticas públicas, por lo que se necesita un sistema de gestión capaz de conciliar recomendaciones técnicas de distintos ámbitos y decisiones políticas de distintos niveles. El salto cualitativo explica por qué algunos gobiernos han ampliado su protagonismo en el proceso de decisiones, incorporándose activamente a los sistemas de gestión sanitarios o integrando estos últimos en sistemas de gestión más complejos como los dedicados a la seguridad nacional. Corresponde a los gobiernos evaluar la relación coste-beneficio de las medidas que les recomiendan los sistemas de gestión pandémica internacionales o nacionales, ya que son ellos los responsables políticos de las decisiones.

El marco conceptual y estratégico del SIAPR diseña un sistema de gestión basado en la lógica de que las alertas son la mejor garantía para la prevención, ya que cuanto menos se tarde en la detección del brote, antes se podrán adoptar medidas de respuesta. Sin embargo, los sistemas no sólo deben encargarse de alertar, sino también encargarse de evaluar, preparar y ejecutar las medidas de respuesta entre pandemia y pandemia. En consecuencia, la eficacia de los sistemas nacionales no sólo se debe medir por su capacidad de alerta sino, sobre todo, por su capacidad de prevención y respuesta, ya que todo el tiempo que se gana con una alerta temprana se puede perder con una respuesta tardía.

La resiliencia del sistema depende de un conjunto de factores que, según el Global Health Security Index, serían los de detección, respuesta, sanidad, riesgos, normas y prevención. Según el Índice de 2019, el sistema español está bien evaluado en los tres primeros aspectos, pero peor valorado en los dos últimos. La valoración refrenda tanto la capacidad asistencial del Sistema Nacional de Salud como la capacidad de alerta del SIPAR,[8] pero arroja sombras sobre su capacidad de prevenir y reaccionar ante retos pandémicos tan graves como los de COVID-19.[9] Paradójicamente, y como en muchos

[8] El Global Health Security Index de 2019 identifica la componente de detección (vigilancia, notificación, laboratorios, epidemiología) como la mejor valorada del sistema español: ocupa el puesto 11 de 195 países y consigue 83 puntos sobre 100 posibles, Spain GHS, p. 2.

[9] El GHS Index de 2019 valora positivamente su componente de sanidad (personal, infraestructuras, acceso y control de infecciones): ocupa el puesto 32 de 195 países y consigue 61,7 puntos sobre 100 posibles, Spain GHS, p. 2.

otros países occidentales, la gran confianza en la fortaleza de los sistemas nacionales de salud ha restado motivación para prepararse para el peor escenario posible que, hasta ahora, no había desbordado sus fronteras.

Además de mejorar su inteligencia estratégica, el sistema español de gestión afronta otros retos estructurales. Primero, la coordinación de muchos actores en una crisis siempre es compleja, incluso cuando el sistema está jerarquizado verticalmente. Pero en el caso del SIAPR, la descentralización de la gestión de las competencias sanitarias del Sistema Nacional de Salud añade dificultad y resta recursos a la gestión. La existencia de un Consejo Interterritorial dentro del SIAPR facilita la coordinación autonómica de las medidas técnicas entre responsables sanitarios, pero no la coordinación de las medidas políticas que tienen que las autoridades territoriales. Incluso funcionando, la coordinación intergubernamental no cuenta con el valor que añade la participación del sector privado. En segundo lugar, la eficacia de la gestión de crisis pandémicas depende de los recursos empleados tanto en su preparación como en su ejecución, algo que ya reconoció su propia norma de creación al advertir que su eficacia final dependía de la aportación de recursos adicionales.[10] Sin sostenibilidad financiera, los sistemas tienden a recortar inversiones en la preparación de la siguiente pandemia, arriesgándose a que sean los recursos disponibles y no los protocolos de actuación los que condicionen las decisiones que se toman. Un riesgo que podría correr el SIAPR donde su financiación figura como su eslabón más débil en la valoración global del GHS Index.[11]

La eficacia de un sistema depende, también, de la calidad de su supervisión durante la preparación para la próxima pandemia. En el caso del SIAPR, la supervisión operativa se delegó a una Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta que se responsabiliza de evaluar los planes de preparación y respuesta, los ejercicios de simulación y de actualizar las normas de funcionamiento y la lista de riesgos. En esa Ponencia participaban representantes del CCAES, las CCAA, Sanidad Exterior, Sanidad Ambiental, el Instituto de Salud Carlos III y el Ministerio de Defensa como miembros permanentes. Sin mecanismos de evaluación externos, públicos o privados, la confianza en la preparación del SIAPR depende de la autoevaluación de la Ponencia. Estas dificultades se podrían haber superado mediante una mayor interacción y seguimiento de las autoridades políticas con las sanitarias entre pandemia y pandemia, pero la delegación de la gestión en el sistema sanitario limita la función de supervisión que ofrecen los órganos permanentes de naturaleza intergubernamental.

A partir de 2014, y tras la creación del Sistema de Seguridad Nacional, el Gobierno podría haber trasferido la responsabilidad de la gestión de crisis desde el SIAPR al Comité de Situación o su supervisión al Consejo de Seguridad Nacional encargados de gestionar las situaciones transversales, de alto impacto y elevada incertidumbre que caracterizan también a las pandemias. Sin embargo, y a pesar de su disponibilidad,

[10] "El desarrollo de este Sistema conllevará, para ser factible, una revisión y adaptación de la legislación existente, junto con la disposición de los recursos adicionales necesarios para su puesta en marcha y mantenimiento", Sistema Nacional de Alerta Precoz y Respuesta Rápida, p. 9.

[11] El mismo índice señala la financiación con el peor indicador de todos los evaluados: España ocupa el puesto 131 de 195 países y consigue 16,7 puntos sobre 100 posibles, Spain GHS, p. 8.

cada gobierno decide si recurre o no a él para ejercer el liderazgo político-estratégico que le corresponde. Por ejemplo, la gestión de la crisis del Ébola de 2014 se confió a una comisión mixta de coordinación entre el Ministerio de Sanidad y la Comunidad de Madrid tras la detección de un contagio en esa Comunidad. La intervención del Gobierno se limitó a constituir un Comité Especial de seguimiento en el que participaron los titulares de los Ministerios más relevantes junto a representantes de la Comunidad afectada. [12] El Comité no activó entonces el sistema de gestión de crisis del Departamento de Seguridad Nacional ni la Comisión Delegada de Seguridad Nacional, aunque el presidente o la vicepresidenta eran sus responsables máximos. Este bajo perfil del Sistema de Seguridad Nacional en la gestión de crisis pandémicas obedece, por un lado, a su centralización formal en el SIAPR y, por otro, a que las pandemias no se consideran como un riesgo singular, sino como un desafío genérico en la Estrategia de 2017, por lo que no se han desarrollado las estrategias y órganos de gobernanza que sí se han adoptado para otros riesgos.[13]

La reducción del sistema de respuesta desde lo intergubernamental a lo ministerial y desde la centralización a la coordinación configuraron un sistema de gestión sanitario sin liderazgo político fuerte y con dificultades para coordinar las competencias y recursos dispersos por todo el sistema de salud pública. El sistema dependía de sí mismo para la prevención y, para la reacción, sólo podía esperar la activación de un mecanismo de seguimiento en el Ejecutivo para adoptar las grandes decisiones políticas para las que no contaba con asesoramiento técnico propio (en la gestión del Ébola de 2014, el Comité Especial creó un Comité Científico para ello) y sin la posibilidad de recurrir al Comité de Situación especializado en la gestión de las grandes crisis de seguridad nacional.

La deconstrucción comparada

Cada gobierno ha organizado la gestión de las pandemias de acuerdo con su experiencia histórica y sus recursos. Sus modelos de gestión han partido de la misma base sanitaria que el español, pero a medida que aumentaron la frecuencia y efectos de las pandemias, algunos gobiernos consideraron necesario crear órganos de gestión de naturaleza intergubernamental con un enfoque de seguridad nacional (segurización) o reforzar el componente pandémico de los sistemas sanitarios de gestión (medicalización). En el primer grupo se incluyen los casos de EEUU y el Reino Unido que marcan tendencia en el primer ámbito, aunque se podría ampliar a Singapur, Taiwán, Francia o Bélgica, entre otros. EEUU fue pionero en incluir la gestión de las pandemias dentro de su sistema de seguridad nacional. Primero, incluyó las pandemias como riesgo en todas las estrategias de seguridad nacional empezando por la del VIH/SIDA en la de 2002 y continuando hasta la última de 2017. Segundo, adaptó su sistema de seguridad nacional para afrontar la gestión de las pandemias mediante la Estrategia de Biodefensa Nacional de 2018, un modelo avanzado de gestión de crisis para garantizar la agilidad y eficacia de las respuestas, prever las capacidades

[12] La OMS emitió su primera notificación el 23 de marzo y declaró la pandemia el 8 de agosto. El Comité Especial se constituyó el 10 de octubre. Informe Anual de Seguridad Nacional 2014, pp. 130-132.

[13] La actuación frente a epidemias y pandemias es un ámbito de la seguridad nacional, denominado como seguridad sanitaria, y se limita al seguimiento de su evolución y a enumerar las medidas adoptadas en sus informes anuales. Informe Anual de Seguridad Nacional 2017, p. 9.

necesarias y acelerar la recuperación. Por último, elaboró una Estrategia de Seguridad de Salud Global en 2019[14] para potenciar la asistencia internacional que desarrollan sus agencias militares y humanitarias y reforzar la capacidad sanitaria interna para hacerlo. Con este diseño, EEUU contará con un sistema de gestión que actúa entre pandemias, supervisando el funcionamiento del sistema sanitario dentro del país y coadyubando a la respuesta internacional a los países necesitados y, en situaciones de crisis, reforzando la capacidad nacional de respuesta con fondos y medidas extraordinarias para acelerar la resiliencia. El sistema es participativo y abierto a todas las administraciones, el sector privado y la sociedad civil en el que participan las administraciones públicas, las privadas y la comunidad civil.[15] Un sistema distinto del español en estructura, ambición y posibilidades, aunque se encontraba en proceso de reconstrucción cuando llegó la crisis del COVID-19.

El Reino Unido gestiona también las pandemias mediante un enfoque de seguridad nacional. La gestión de los distintos ministerios se supervisa por el Consejo de Seguridad Nacional a través de un Consejo Interministerial (*Threats, Hazards, Resilience and Contingencies Subcommittee*) bajo la dirección del Ministro de Interior. Al igual que EEUU, el Reino Unido cuenta con una Estrategia desde 2018, la *UK Biological Security Strategy*, que explica cómo se va a enfrentar el sistema británico a las pandemias en general. Su existencia, ha permitido al sistema británico traducir su estrategia general en un Plan de Actuación para hacer frente al COVID-19. Las estrategias son necesarias para asegurar la coherencia entre los planes y medidas de respuesta con los objetivos estratégicos de la gestión. También facilitan el escrutinio político y social, una herramienta que se echa en falta en España y que dificulta la comunicación estratégica del Gobierno en situaciones de pandemia.

Corea del Sur tiene dedicado su Sistema de Seguridad Nacional a su crítica situación estratégica por lo que ha optado por desarrollar un sistema de gestión pandémica especializado dentro del sistema general sanitario. Partiendo como España de las recomendaciones de la OMS para gestionar la crisis de la gripe A (H1N1), los centros de control de las enfermedades infecciosas (KCDC en las siglas inglesas) han aprovechado cada experiencia (la crisis de 2009 dejo 261 muertos y más de 3 millones de individuos afectados) para revisar su diseño. A la llegada del COVID-19, el Centro para la Preparación y Respuesta a las emergencias de salud pública contaba con cuatro divisiones para la gestión de emergencias, evaluación de riesgos y cooperación internacional, recursos y emergencias infecciosas. A su vez, la División de Gestión de Emergencias cuenta con un Centro de Operaciones 24/7 y con equipos de respuesta rápida.

Desde el punto de vista de la evolución en los sistemas de gestión de crisis, y en contraste con lo que se observa en España, el sistema surcoreano cuenta con una División de planeamiento estratégico potente que se dedica a planificar y supervisar las

[14] White House (2019), "United States Global Health Security Strategy"; White House (2018), "National Biodefence Strategy"; y White House (2017), "United States National Security Strategy".

[15] Para evitar un enfoque exclusivamente gubernamental (*whole of government approach*), la OMS recomienda un *whole of the society approach* y gobiernos como el de Singapur practican un *whole of Singapore approach*.

medidas de prevención a medio y largo plazo, así como habilitar su financiación, los medios tecnológicos e infraestructuras de apoyo y fomentar la cooperación con las comunidades científicas e industriales o la comunicación social, entre muchas otras. Ese nivel estratégico permite a Corea del Sur anticipar el control de la escalada disponiendo de equipos de respuesta rápida, de reservas estratégicas de medicamentos, de unidades de aislamiento hospitalarias, de programas de formación para la gestión de crisis, incluyendo ejercicios anuales, o de modelos matemáticos y sistemas tecnológicos para simular o seguir la evolución e impacto de las crisis.

Conclusiones

Hasta hace pocas décadas, los sistemas sanitarios se bastaban para proteger la salud de las sociedades avanzadas frente a las epidemias. La llegada de las pandemias plantea un problema nuevo tanto de salud como de seguridad porque sus efectos disruptivos trascienden el ámbito de la salud y perturban el bienestar y la prosperidad nacional.

Las organizaciones multilaterales especializadas en la salud pública global han adaptado sus estructuras y procedimientos para afrontar el nuevo problema de gobernanza. Una adaptación que también han seguido algunos países para adecuar sus sistemas sanitarios de respuesta frente a la altura de los desafíos pandémicos. La adaptación no es uniforme porque depende de la experiencia histórica y los recursos de cada país, y mientras algunos continúan apoyando sus sistemas de gestión en las estructuras sanitarias de siempre, otros han optado por sistemas de gestión más complejos.

Los casos recogidos muestran las dos líneas principales de transformación seguidas por algunos países: añadir a los sistemas sanitarios de gestión un componente robusto de gestión epidémica (medicalización) o integrar el sistema sanitario dentro de los sistemas de seguridad nacional (segurización). Cada una tiene sus ventajas e inconvenientes, por lo que no se puede recomendar la línea a seguir en España sin un estudio previo, pero ambas coinciden en la voluntad política de acercar la capacidad nacional de gestión al nivel de exigencia de las pandemias. También en un enfoque de gestión más cerca del sentido amplio de seguridad que del restringido de salud.

El sistema español de crisis no se ha enfrentado en el pasado a ninguna pandemia que haya desbordado su capacidad de gestión, por lo que los distintos gobiernos han seguido confiando en su gestión –y sobre todo en la capacidad de respuesta asistencial del Sistema Nacional de Salud– sin abordar reformas estructurales. Este análisis comparte esa percepción de suficiencia para afrontar las crisis epidemiológicas, pero muestra las limitaciones del sistema para afrontar la gestión de pandemias como la del COVID-19. Esta pondrá a prueba la eficacia del Sistema Nacional de Alerta Precoz y Respuesta Rápida (SIAPR) y la confianza en su modelo de gestión, una valoración que correrá a cargo de la Comisión para el Estudio y Evaluación que ha anunciado el Gobierno para cuando acabe la emergencia en curso.