amphos

análisis y mejora de procesos hospitalarios y de salud

La asistencia sanitaria que queremos en 2025

INFORME PRELIMINAR:

LAS PROPUESTAS MÁS VOTADAS

ES-ABBV-210664

AMPHOS es un proyecto de:

sedisa sociedad española de directivos de la salud

abbvie

Con la colaboración de:

WHM WORLD HEALTH MANAGEMENT

ÍNDICE

1. AMPHOS, LA ASISTENCIA SANITARIA QUE QUEREMOS EN 2025 3
   1.1. INTRODUCCIÓN 3
   1.2. METODOLOGÍA 4
   1.3. PARTICIPANTES 6
2. TALLERES TRANSVERSALES: EXPLICACIÓN METODOLOGÍA 18
3. LAS PROPUESTAS MÁS VOTADAS EN LOS TALLERES TRANSVERSALES 20
   3.1. MODELO DE SALUD: ESTRUCTURA ORGANIZATIVA 20
   3.2. MODELO DE SALUD: COORDINACIÓN E INTEGRACIÓN 27
   3.3. MODELO DE GESTIÓN: NIVEL MACRO 34
   3.4. MODELO DE GESTIÓN: NIVELES MESO Y MICRO 44
   3.5. MODELO DE GESTIÓN DE PERSONAS: MARCO DE RELACIÓN 52
   3.6. MODELO DE GESTIÓN DE PERSONAS: PERFILES ROLES Y FUNCIONES 61
   3.7. FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD 67
   3.8. EVALUACIÓN Y MEDICIÓN DE RESULTADOS EN SALUD 74
   3.9. TRANSFORMACIÓN DIGITAL 78
   3.10. MODELO DE PROVISIÓN Y FINANCIACIÓN 83

1. AMPHOS, LA ASISTENCIA SANITARIA QUE QUEREMOS EN 2025

1.1. INTRODUCCIÓN

El proyecto AMPHOS (Análisis y Mejora de los Procesos Hospitalarios y de Salud) cumple 10 años. Fue en 2011 cuando AMPHOS inició su andadura con directores gerentes de hospitales para profundizar en los aspectos más relacionados con la gestión y la eficiencia del Sistema Nacional de Salud, e identificar propuestas orientadas a su mejora. Fruto de este trabajo se presentó el "Informe Bernat Soria" en el que se presentaba un diagnóstico del Sistema Nacional de Salud, diagnóstico que, hoy en día, sigue en muchos puntos vigente.

A lo largo de estos 10 años, más de 300 directivos de la salud, profesionales sanitarios y pacientes han participado en las seis ediciones de AMPHOS en las que se han abordado diferentes temas como las unidades de gestión clínica, las alianzas estratégicas, la continuidad asistencial o la medición de los resultados en salud, siempre con la aspiración última de mejorar la calidad asistencial prestada al paciente y de contribuir a la eficiencia del sistema, buscando la optimización de los recursos, los procesos y la gestión.

Durante los años 2020-2021, hemos vivido tiempos inciertos, en los que la pandemia ha puesto en jaque nuestro sistema sanitario de una forma que no conoce precedentes. Esta crisis sanitaria ha puesto de manifiesto la necesidad de hacer un análisis reflexivo sobre el sistema sanitario que tenemos.

Desde SEDISA y AbbVie, con la colaboración de World Health Management iniciamos **la 7ª edición de AMPHOS** con este objetivo claro: volvemos al inicio para, con una visión a medio plazo, estructurar cuál es el cambio organizacional que queremos, cómo debemos reorientar la asistencia para ofrecer la mejor calidad y experiencia a los pacientes, partiendo de una estrategia compartida que defina objetivos tangibles. En definitiva, dibujar entre todos los agentes del sistema, la hoja de ruta que debemos seguir en el plazo de los próximos cinco años, para alcanzar la asistencia sanitaria que queremos.

Este documento es un avance del proyecto a modo de informe preliminar. Presenta las propuestas de cambio y mejora de nuestro sistema sanitario que han sido más votadas en la fase de talleres transversales.

El documento final será presentado en la última parte del año 2021.

1.2. METODOLOGÍA

A partir de una estrategia compartida, en esta edición de AMPHOS, más de 250 directivos, profesionales sanitarios y pacientes han dibujado la hoja de ruta que debemos seguir en los próximo cinco años para alcanzar la asistencia sanitaria que queremos.

En una primera fase, trabajando con las 17 CC. AA, se analizaron los problemas principales del sistema nacional de salud, sus derivados y sus consecuencias. Cada comunidad autónoma dibujó su propio mapa de problemas, que después se sintetizaron en un único mapa nacional.

Como resultado, se definieron las 7 grandes áreas estratégicas del sistema sanitario en las que se debería trabajar para avanzar en nuestro objetivo:

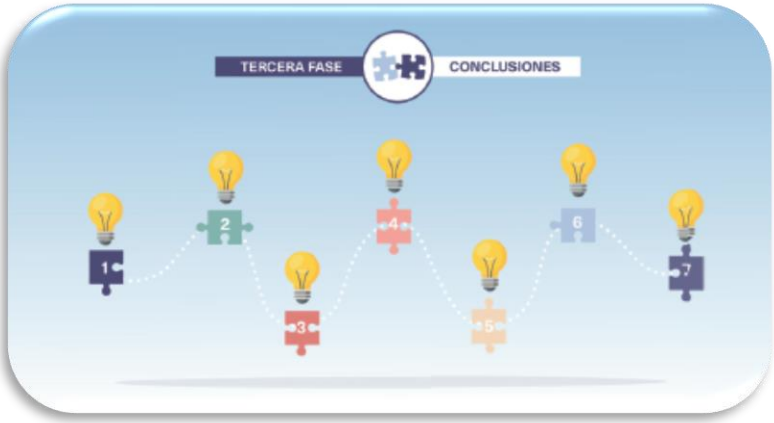
1. Modelo de atención, en las que incluiríamos la estructura organizativa y la coordinación e integración
2. Modelo de gestión, que trataría los tres niveles de gestión: micro, meso y macro,
3. Modelo de gestión de personas, profundizando en el marco de relación y en los perfiles, roles y funciones
4. Formación, investigación y educación en salud
5. Evaluación y resultados en salud
6. Transformación digital
7. Modelo de provisión y financiación

AMPHOS es un proyecto de:

Con la colaboración de:

En una segunda fase, se celebraron 10 reuniones transversales, multidisciplinares y multiautonómicas, con representación de los diferentes agentes del sistema sanitario. En esta fase, se trabajó en la búsqueda de propuestas de mejora y soluciones para los problemas identificados en cada una de las 7 grandes áreas en la primera fase. Cada objetivo y propuesta de mejora de cada una de las líneas estratégicas se trasladó a la siguientes, ya que todas las áreas están relacionadas y lo realizado en cada una de ellas afecta a las demás.

Las conclusiones de las distintas fases del proyecto conformarán los cimientos para construir la hoja de ruta que nos permitirá visualizar los avances que han de realizarse en cada área estratégica y los tiempos en los que el cambio es factible, conformándose así, el informe de la 7ª edición de AMPHOS, la asistencia sanitaria que queremos en 2025.



Solo a través de la innovación y desde un marco que permita la absoluta libertad de opinión, la participación de todos los implicados con una alta representatividad de las diferentes CC.AA. y la búsqueda del consenso, podremos avanzar de forma realista hacia la eficiencia del sistema sanitario, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

AMPHOS es un proyecto de:

Con la colaboración de:

1.3. PARTICIPANTES

A continuación, mostramos el listado de personas que han formado parte de esta edición de AMPHOS. Los participantes aparecen **por orden alfabético y con el cargo que desempeñaban en el momento de su participación en el proyecto**.

Comité Asesor

Nombre y apellidos	Cargo	Lugar de trabajo	CCAA
Carina Escobar Manero	Presidenta	Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP)	Nacional
Conrado Domínguez Trujillo	Gerente	Servicio Canario de Salud (SCS)	Islas Canarias
Jesús Sanz Villorejo	Presidente	Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE)	Nacional
José Soto Bonel	Presidente	Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA)	Nacional
María José Avilés Martínez	Presidenta	Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP)	Nacional
Olga Delgado Sánchez	Presidenta	Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)	Nacional
Pilar Garrido López	Presidenta	Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME)	Nacional

Coordinadores autonómicos

Nombre y apellidos	Cargo	Lugar de trabajo	CCAA
Alberto Jara Sánchez	Gerente	Hosp. General de Ciudad Real	Castilla La Mancha
Alberto Lafuente Jiménez	Gerente	Servicio Riojano de Salud (SRS)	La Rioja
Beatriz López Muñiz	Subgerente	Hosp. Univ. Marqués de Valdecilla	Cantabria
Domingo del Cacho Malo	Gerente	Hosp. Severo Ochoa (Madrid)	Madrid
Eloína Núñez Masid	Gerente	Hosp. Clínico Univ. de Santiago de Compostela	Galicia
Francisco Dolz Sinisterra	Gerente	Hosp. Dr. Peset (Valencia)	Comunidad Valenciana
Ignacio López Puech	Director de Área Salud	Servicio Canario Salud (Santa Cruz de Tenerife)	Islas Canarias
Isabel Tovar García	Asesora de Consejería	Complejo Hosp. Univ. de Cáceres	Extremadura
Jon Guajardo Remacha	Gerente	OSI Barrualde-Galdakao	País Vasco
José Manuel Aldámiz-Echevarria	Coordinador del Portal Salud Informa en el Departamento de Sanidad	Hosp. San Jorge (Huesca)	Aragón

José Manuel Pérez Gordo	Técnico Superior de la Administración	Hosp. de Poniente (Almería)	Andalucía
Juan Antonio Marqués Espí	Gerente Área de Salud	Hosp. Univ. Reina Sofía (Murcia)	Murcia
Luis Mendo Giner	Director Área Salud	Centro de Salud de Cascante	Navarra
Rafael López Iglesias	Ex Gerente Servicio Regional de Salud (SACYL)	Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA)	Castilla y León
Ramón Cunillera Grañó	Presidente Sociedad Catalana Gestión Sanitaria	Consorci Sanitari del Maresme (Barcelona)	Cataluña
Valle García Sánchez	Gerente	Hosp. Reina Sofía (Córdoba)	Andalucía
Francisco Marí Marí	Gerente	Hosp. Son Llatzer (Palma de Mallorca)	Islas Baleares

Coordinadores transversales

Nombre y apellidos	Cargo	Lugar de trabajo	CCAA
Álvaro Bonet Pla	Gerente	Hosp. Clínico de Valencia	Comunidad Valenciana
Carina Escobar Manero	Presidenta	Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP)	Nacional
Gloria Sánchez Antolín	Directora Técnica de hospitales y programación asistencial	Sanidad de Castilla y León (SACYL)	Castilla y León
Ibrahim Hernández Millán	Gerente	Hosp. de Albacete	Castilla La Mancha
Luis Verde Remeseiro	Director Gerente	Complejo Hosp. Univ. De la Coruña	Galicia
María de los Ángeles García Rescalvo	Gerente	Hosp. Virgen de las Nieves (Granada)	Andalucía
Olga Pané Mena	Gerente	Parc de Salut Mar (Barcelona)	Cataluña
Rita Tristancho Ajamil	Jefa de Sección de Servicio Calidad Asistencial y Sistemas de Información (SCS)	Servicio Canario Salud (SCS)	Islas Canarias
Soledad Gallardo Bonet	Gerente	Hosp. De Inca	Islas Baleares
Sonia García San José	Subdirectora Gerente	Hosp. Gregorio Marañón (Madrid)	Madrid

Participantes

Nombre y apellidos	Cargo	Lugar de trabajo	CCAA
Alberto Espuny Díaz	Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria	Hosp. Virgen de la Arrixaca (Murcia)	Murcia
Alba Riesgo García	Directora Médico	Hosp. Valle del Nalón (Riaño)	Asturias
Alberto Jara Sánchez	Gerente	Hosp. General de Ciudad Real	Castilla La Mancha
Alberto Jiménez Morales	Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria	Hosp. Virgen de las Nieves (Granada)	Andalucía
Alberto Lafuente Jiménez	Gerente	Servicio Riojano de Salud (SRS)	La Rioja
Alejandra Gil Molet	Directora Médico	OSI Bilbao-Basurto (Bilbao)	País Vasco
Alejandra Torres Afonso	Gerente Hospital	Complejo Hosp. Univ. Insular Materno-Infantil (Las Palmas)	Islas Canarias
Álvaro Bonet Pla	Gerente	Hosp. Clínico de Valencia	Comunidad Valenciana
Amparo Simón Valero	Directora Económica	Plataforma de Logística Sanitaria de Córdoba	Andalucía
Ana Belén Pérez Jiménez	Directora Enfermería Atención Especializada	Gerencia de Salud Área de Cáceres	Extremadura
Ana Bordón Romero	Directora Económica Financiera	Hosp. Univ. Gran Canaria Dr. Negrín (Las Palmas)	Islas Canarias
Ana Herranz Alonso	Jefa de Sección de Farmacia Hospitalaria	Hosp. Gregorio Marañón (Madrid)	Madrid
Ana Isabel Martínez Albarrán	Subdirección Gral. Sistemas de Información	Servicio Extremeño de Salud (SES)	Extremadura
Ana Vázquez Lojo	Presidenta	Liga Reumatoloxica Galega	Galicia
Ana Vecino Soler	Subdirectora de enfermería	Hosp. Miguel Servet (Zaragoza)	Aragón
Ana Yuste Peña	Directora Médico	Hosp. General de Ciudad Real	Castilla La Mancha
Ángel Baeza Alcaraz	Gerente Área de Salud	Hosp. Virgen de la Arrixaca (Murcia)	Murcia
Ángel Ramírez Payer	Jefe de Servicio Hematología	Hosp. Univ. Central de Asturias (Oviedo)	Asturias
Ángeles Flórez Menéndez	Jefa de Servicio Dermatología	Complejo Hosp. de Pontevedra	Galicia
Antonia Salvà Fiol	Coordinadora del Gabinet Tecnicoassistencial	Servei de Salut de les Illes Balears	Islas Baleares

AMPHOS es un proyecto de:

Con la colaboración de:

Antonio Fernández-Campa García Bernardo	Director	Agencia del Conocimiento en Salud (ACIS)	Galicia
Antonio López Andrés	Subdirección General de Farmacia	Osasunbidea	Navarra
Antonio Pla Piera	Director Enfermería	Hosp. Dr. Peset (Valencia)	Comunidad Valenciana
Antonio Torralba Gómez-Portillo	Presidente	ConArtritis	Nacional
Arturo Zornoza Chust	Presidente	Asociación para la lucha contra la Leucemia de la Comunidad valenciana (Asleuval)	Comunidad Valenciana
Ascensión Hernandez Encinas	Presidenta	Asociación Contra la Leucemia y Enfermedades de la Sangre (ASCOL)	Castilla y León
Atanasio García Pineda	Dirección General Farmacia y Prestaciones	Servei de Salut de les Illes Balears	Islas Baleares
Bárbara Gil Tomás	Gerente	Asociación Parkinson Valencia	Comunidad Valenciana
Beatriz López Muñiz	Subgerente	Hosp. Univ. Marqués de Valdecilla (Santander)	Cantabria
Beatriz Massa Domínguez	Gerente	Hosp. Univ. de San Juan (Alicante)	Comunidad Valenciana
Beatriz Tena García	Supervisora Enfermería	Hosp. Univ. Virgen Macarena (Sevilla)	Andalucía
Begoña Álvarez Muñoz	Directora Médico	Fundación Hosp. de JOVE (Gijón)	Asturias
Begoña Barragán García	Presidenta	Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC)	Madrid
Begoña Tortajada Goitia	Jefa de Servicio de Farmacia Hospitalaria	Hosp. Costa del Sol (Málaga)	Andalucía
Belén Montañés Pauls	Jefa de Servicio de Farmacia Hospitalaria	Hosp. de La Plana (Castellón)	Comunidad Valenciana
Benigno Rosón Calvo	Subdirector General de Sistemas y Tecnologías de la Información	Servizo Galego de Saúde (SERGAS)	Galicia
Bernardo Valdivieso Martínez	Director Calidad y Planificación	Hosp. Univ. La Fe (Valencia)	Comunidad Valenciana
Blanca Fernández-Lasquetty Blanc	Secretaria/ Gerente	Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE), ENFERCONSULTY	Islas Baleares
Carles Barnes Ruz	Jefe de Servicio Oftalmología	Consorci Sanitari Integral Moisés Broggi (Barcelona)	Cataluña
Carlos Gustavo García Collado	SDG de farmacia y prestaciones	Servicio Andaluz de Salud (SAS)	Andalucía
Carlos Jorge Acosta	Gerencia Atención Primaria	Servicio Canario Salud (SCS)	Islas Canarias
Carlos Marras Fernández-Cid	Jefe de Servicio Reumatología	Hosp. Virgen de la Arrixaca (Murcia)	Murcia

Carlos Martínez Martínez	Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria	OSI Araba (Vitoria)	País Vasco
Carlos Míguez Sánchez	Médico Adjunto a Gerencia y Jefe Sección Oncología Radioterápica	Hosp. Univ. Virgen Macarena (Sevilla)	Andalucía
Carlos Rodríguez Lozano	Jefe de Servicio Reumatología	Hosp. Univ. Gran Canaria Dr. Negrín (Las Palmas)	Islas Canarias
Carmen Martínez de Pancorbo	Gerente	Hosp. 12 de Octubre (Madrid)	Madrid
Carmen Rodríguez Pajares	Gerente	Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar Este (La Línea de la Concepción)	Andalucía
Carmen Santiago García	Directora Médico	Hosp. Gral. Univ. Santa Lucía (Cartagena)	Murcia
Catalina Vadell Nadal	Gerente	Área Sanitaria de Llevant (Mallorca)	Islas Baleares
Ceciliano Franco Rubio	Gerente	Servicio Extremeño de Salud (SES)	Extremadura
Celia Marín Rancel	Presidenta / Gerente	Psoriasis en red / CML Advocate Network	Murcia
Concepción Carmona Torres	Subdirección General de Farmacia y Prestaciones	Servicio Extremeño de Salud (SES)	Extremadura
Cristina Ibarrola Guillén	Parlamentaria /Ex directora Gerente Servicio Navarro de Salud (SNS)	Unión del Pueblo Navarro (UPN)	Navarra
Daniel Ginard Vicens	Jefe de Servicio Digestivo	Hosp. Son Espases (Palma de Mallorca)	Islas Baleares
David Trigos Herráez	Delegado / Coordinador plataforma en España de EUPATI (Academia Europea de Pacientes)	Acción Psoriasis / Plataforma española de la Academia Europea de Pacientes (EUPATI)	Asturias
David Zambrano Castaño	Gerente	Gerencia de Salud Área de Cáceres	Extremadura
Dolores Barreda Hernández	Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria	Hosp. Virgen de la Luz (Cuenca)	Castilla La Mancha
Domingo del Cacho Malo	Gerente	Hosp. Severo Ochoa (Madrid)	Madrid
Dulce Ramírez Puerta	Directora Continuidad Asistencial	Hosp. Univ. Infanta Leonor (Vallecas)	Madrid

Eduardo Escario Travesedo	Jefe de Servicio Dermatología	Hosp. de Albacete	Castilla La Mancha
Eduardo Redondo Cerezo	Jefe de Servicio Digestivo	Hosp. Virgen de las Nieves (Granada)	Andalucía
Elisenda de la Torre Hervera	Presidenta	Lliga Reumatológica Catalana	Cataluña
Elvira Alonso Suero	Sistemas de Información	Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)	Asturias
Emilio Velasco Castañón	Subdirector Gestión Cuidados y Enfermería	Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)	Asturias
Enriqueta Quesada Yañez	Directora Atención Primaria	Distrito Sanitario de Poniente (Almería)	Andalucía
Estrella López-Pardo Pardo	Directora de Procesos y Soporte	Complejo Hosp. de Pontevedra	Galicia
Eugenia Carandell Jäger	Directora Asistencial	Servei de Salut de les Illes Balears	Islas Baleares
Eugenio Chamizo Carmona	Jefe de Servicio Reumatología	Hosp. de Mérida	Extremadura
Fernando de la Cierva Bento	Director Médico	Hosp. Univ. Reina Sofía (Murcia)	Murcia
Fernando González del Valle	Jefe de Servicio Oftalmología	Hosp. La Mancha Centro (Alcázar de San Juan)	Castilla La Mancha
Francesc García Cuyás	Presidente Soc Catalana Salud Digital, Adjunto Director SJD	Hosp. Sant Joan Deu (Martorell)	Cataluña
Francisco Antón Botella	Coordinador de Asistencia Domiciliaria	Servicio Riojano de Salud (SRS)	La Rioja
Francisco Cabrera López	Jefe de Servicio Oftalmología	Complejo Hosp. Univ. Insular Materno-Infantil (Las Palmas)	Islas Canarias
Francisco Dolz Sinisterra	Gerente	Hosp. Dr. Peset (Valencia)	Comunidad Valenciana
Francisco Jorquera Plaza	Jefe de Servicio Digestivo	Complejo Asistencial de León	Castilla y León
Francisco Soriano Cano	Gerente Área de Salud	Hosp. Virgen del Castillo (Yecla)	Murcia
Francisco Vázquez García	Coordinador Plan Andaluz	Consejería de Salud	Andalucía
Gastón Roustán Gullón	Jefe de Servicio Dermatología	Hosp. Puerta de Hierro (Majadahonda, Madrid)	Madrid
Gemma Craywinckel Marti	Gerente	Hosp. Santa Creu y Sant Pau (Barcelona)	Cataluña
Gloria Sánchez Antolín	Directora Técnica de hospitales y programación asistencial	Sanidad de Castilla y León (SACYL)	Castilla y León
Gonzaga Garay Aramburu	Jefe de Servicio Oftalmología	OSI Bilbao-Basurto (Bilbao)	País Vasco
Ibrahim Hernández Millán	Gerente	Hosp. de Albacete	Castilla La Mancha
Idoia Eguskiza	Presidenta	PAUSOZ Pauso (Organización de apoyo a pacientes oncohematológicos)	País Vasco
Ignacio del Moral	Director Hosp. Virtual	Hosp. Univ. Marqués de Valdecilla (Santander)	Aragón

Ignacio López Puech	Director de Área Salud	Servicio Canario Salud (Santa Cruz de Tenerife)	Islas Canarias
Ignacio Rodríguez Prada	Jefe de Servicio Digestivo	Complejo Hosp. Univ. de Vigo	Galicia
Ignasi Riera i Paredes	Director de operaciones asistenciales	Parc Sanitaria Santo Joan de Déu (Sant Boi)	Cataluña
Inmaculada Ávalos Meseguer	Directora Enfermería	Hosp. Univ. de San Juan (Alicante)	Comunidad Valenciana
Inmaculada Vázquez Cruz	Subdirección General de Asistencia Sanitaria	Servicio Andaluz de Salud (SAS)	Andalucía
Irene Manjón de la Calle	Gerente Atención Primaria	Complejo Hosp. Univ. de Badajoz	Extremadura
Isabel Grimal Melendo	Directora Enfermería	Parc Sanitaria Santo Joan de Déu (Sant Boi)	Cataluña
Isabel Tovar García	Asesora de Consejería	Complejo Hosp. Univ. de Cáceres	Extremadura
Ismael Herruzo Cabrera	Director Médico	Hosp. Regional de Málaga	Andalucía
Jaime Kulisevsky Bojarsky	Jefe de Servicio Neurología	Hosp. Santa Creu y Sant Pau (Barcelona)	Cataluña
Jaume Benavent Areu	Gerente Atención Primaria	Consorci AP de Salut Barcelona Esquerra	Cataluña
Javier Calvo Martínez	Jefe de Servicio Reumatología	Hosp. General Univ. de Valencia	Comunidad Valenciana
Javier Puente Prieto	Gerente	Complejo Hosp. Univ. Vigo	Galicia
Jesús Alfredo Martínez Larrea	Gerente	Complejo Hosp. de Navarra	Navarra
Jesús Leal Llopis	Coordinador Enfermería	Hosp. Morales Meseguer (Murcia)	Murcia
Jon Guajardo Remacha	Gerente	OSI Barrualde-Galdakao	País Vasco
Jordi Varela Pedragosa	Director Curso On Line Gestión Clínica	Consultor	Cataluña
Jorge de la Puente Jiménez	Director General de Ordenación, Farmacia e Inspección	Consejería de Sanidad Cantabria	Cantabria
Jorge Garrido Fuentes	Director	Apoyo Positivo	Andalucía
José Ángel Hernández Rivas	Jefe de Servicio Hematología	Hosp. Univ. Infanta Leonor (Vallecas)	Madrid
José Antonio Medina Carmona	Jefe de servicio Oncología Radioterápica	Hosp. Clínico Virgen Victoria (Málaga) / SEDISA	Andalucía
José Fernando Pérez Martínez	Director Asistencial	CHARE Toyo - Hosp. de Poniente (Almería)	Andalucía
José Ignacio Barrasa Villar	Gerente	Sector III Zaragoza - Hosp. Clínico Lozano Blesa (Zaragoza)	Aragón
José Ignacio Castaño Lasaosa	Gerente	Gerente del sector de Huesca, (Hosp. Universitario San Jorge y Hosp. de Barbastro)	Aragón

José Javier Pérez Venegas	Jefe de Servicio Reumatología	Hosp. Univ. Virgen Macarena (Sevilla)	Andalucía
José Luis Sánchez Carazo	Jefe de Servicio Dermatología	Hosp. General Univ. de Valencia	Comunidad Valenciana
José Luis Sastre Moral	Jefe de Servicio Hematología	Complejo Hosp. de Ourense	Galicia
Jose María Ruiz de Oña	Gerente	Hosp. Ntra. Sra. del Prado (Talavera)	Castilla La Mancha
José Manuel Aldámiz-Echevarria	Coordinador del Portal Salud Informa en el Departamento de Sanidad	Hosp. San Jorge (Huesca)	Aragón
José Manuel Pérez Gordo	Técnico Superior de la Administración	Hosp. de Poniente (Almería)	Andalucía
José Manuel Vicente	Gerente	Hosp. Clínico Univ. de Valladolid	Castilla y León
José Miguel García Vela	Gerente	Hosp. Río Hortega (Valladolid)	Castilla y León
José Miguel Laínez Andrés	Jefe de Servicio Neurología	Hosp. Clínico de Valencia	Comunidad Valenciana
José Ramón del Prado Llergo	Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria	Hosp. Reina Sofía (Córdoba)	Andalucía
José Ramón Garmendia	Director General de Sistemas de Información, Calidad y Prestación Farmacéutica	Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)	Castilla y León
José Sedes Romero	Gerente Área de Salud	Hosp. Gral. Univ. Santa Lucia (Cartagena)	Murcia
Juan Antonio Gómez Palomeque	Director TIC`s	Servicio Andaluz de Salud (SAS)	Andalucía
Juan Bautista López Martínez	Director Económico	Complejo Hosp. Univ. de Badajoz	Extremadura
Juan Carlos Valenzuela Gámez	Jefe de Área de Farmacia	Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)	Castilla La Mancha
Juan Francisco Rodríguez Pérez	Vicepresidente	Asociación de Crohn y Colitis Ulcerosa (ACCU) de Canarias	Islas Canarias
Juan José Corte García	Coordinador Servicio de Farmacia	Fundación Hosp. de JOVE (Gijón)	Asturias
Juan Ortiz de Saracho	Director Médico	Complejo Asistencial de León	Castilla y León
Juan Paricio Muñóz	Vicepresidente 2º	Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE)	Nacional
Juan Ramón Portillo del Olmo	Director Médico	Hosp. Univ. Miguel Servet (Zaragoza)	Aragón
Julia Nazco Casariego	Jefa de Servicio de Farmacia Hospitalaria	Hosp. Univ. Canarias (Santa Cruz de Tenerife)	Islas Canarias
Julio García Pondal	Gerente	Hosp. Puerta de Hierro (Majadahonda, Madrid)	Madrid
Julio Mayol Martínez	Director Médico	Hosp. Clínico San Carlos (Madrid)	Madrid
Julio Roldán Perezagua	Presidente	Confederación de Asociaciones de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España (ACCU)	Nacional

Julio Zarco Rodríguez	Subdirector Gerente	Hosp. Clínico San Carlos (Madrid)	Madrid
Laura Carrasco Marín	Directora	Asociación Parkinson Madrid	Madrid
Lola Garzón	Directora	Asociación Parkinson Bahía de Cádiz	Andalucía
Luis Carlos Fernández Lisón	Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria	Complejo Hosp. Univ. de Cáceres	Extremadura
Luis de Gonzaga Contreras Ortiz	Director de Innovación	Servicio Murciano de Salud (SMS)	Murcia
Luis Javier González Elena	Gerente Atención Primaria	Sanidad de Castilla y León (SACYL)	Castilla y León
Luis Mendo Giner	Director Área Salud	Médico Atención Primaria Navarra	Navarra
Luis Tobajas Belvís	Médico de Familia	Equipo de Atención Primaria de Salorino	Extremadura
Luis Verde Remeseiro	Director Gerente	Complejo Hosp. Univ. De la Coruña	Galicia
Maite Gómez	Jefe de Servicio Hematología	Hosp. Univ. Gran Canaria Dr. Negrín (Las Palmas de Gran Canaria)	Islas Canarias
Manuel Ballester Nogués	Director Médico	Hosp. Univ. La Fe (Valencia)	Comunidad Valenciana
Manuel Bayona García	Gerente	Hosp. de Cabueñes (Gijón)	Asturias
Manuel Escudero Sánchez	Subdirector Gral. Tecnología y Sistemas de la Información	Servicio Murciano de Salud (SMS)	Murcia
Manuel Molina Muñoz	Gerente	Hosp. Univ. Virgen del Rocío (Sevilla)	Andalucía
Mar Vázquez Salvado	Directora Asistencial de Área	Complejo Hosp. de Orense	Galicia
Marcos González Díaz	Jefe de Servicio Hematología	Hosp. Univ. de Salamanca	Castilla y León
Marcos González López	Jefe de Servicio Dermatología	Hosp. Univ. Marqués de Valdecilla (Santander)	Cantabria
Margarita Cabanás Jiménez	Jefa de Servicio Oftalmología	Hosp. Virgen del Rocío (Sevilla)	Andalucía
María Andión Goñi Olangua	Director Enfermería	Hosp. 12 de Octubre (Madrid)	Madrid
María Concepción Gutiérrez Montaño	Subdirectora General de Atención Sanitaria	Servicios Centrales Servicio Extremeño de Salud (SES)	Extremadura
María Cristo González	Director Enfermería	Hosp. Ntra. Sra. Candelaria (Santa Cruz de Tenerife)	Islas Canarias
María de los Ángeles Fernández Sánchez	Presidenta	Asociación Sevillana de Pacientes con Artritis Reumatoide (ASEPAR)	Andalucía
María de los Ángeles Freire Fojo	Subdirectora prestación farmacéutica	Complejo Hosp. de Ferrol	Galicia
María de los Ángeles García Rescalvo	Gerente	Hosp. Virgen de las Nieves (Granada)	Andalucía

María de los Ángeles Martín Octavio	Director Enfermería	Hosp. Univ. de Guadalajara	Castilla La Mancha
María del Mar Vázquez Jiménez	Gerente	Hosp. Regional de Málaga	Andalucía
María Dolores Acón Royo	Gerente	Hosp. San Juan de Dios (Bormujos)	Andalucía
María Dolores Santos Rubio	Jefa de Servicio de Farmacia Hospitalaria	Hosp. Juan Ramón Jiménez (Huelva)	Andalucía
María Hoyos Yuste	Directora Gestión	Hosp. de Albacete	Castilla La Mancha
María Isabel Martín Herranz	Jefa de Servicio de Farmacia Hospitalaria	Complejo Hosp. Univ. de La Coruña	Galicia
María Isabel Romo Soler	Subdirectora Calidad y Sistemas de Información	Osakidetza	País Vasco
María Jesús Pareja Megía	Gerente	Área Gestión Sanitaria Sur de Sevilla (Valme)	Andalucía
María Jesús Pérez Taboada	Directora de Procesos de Enfermería	Hosp. Comarcal Monforte (Lugo)	Galicia
María José Lorenzo Martín	Director Enfermería	Hosp. Virgen de La Vega (Murcia)	Murcia
María José Otero López	Jefa de Servicio de Farmacia Hospitalaria	Hosp. Univ. de Salamanca	Castilla y León
María Luisa Sanz Muñoz	Subdirectora de Procesos Gerencia Integrada	Hosp. Santa Bárbara (Soria)	Castilla y León
María Queralt Gorgas	Jefa de Servicio de Farmacia Hospitalaria	Hosp. Vall d´Hebrón (Barcelona)	Cataluña
María Teresa Herranz Marín	Jefa de Sección Medicina Interna	Hosp. Morales Meseguer (Murcia)	Murcia
María Teresa Requena	Directora Médico	Hosp. Severo Ochoa (Madrid)	Madrid
Maria Zaforteza Dezcallar	Jefa de Farmacia	Servei de Salut de les Illes Balears	Islas Baleares
María Zandio Zorrila	Directora Médico	Complejo Hosp. de Navarra	Navarra
Mariluz García Vivar	Jefa de Servicio Reumatología	OSI Bilbao-Basurto (Bilbao)	País Vasco
Mariluz Marqués González	Gerente	OSI Enkarterri-Cruces (Barakaldo)	País Vasco
Mercedes Ferro Montiú	Coordinadora Sociosanitaria	Servicio Navarro de Salud (SNS)	Navarra
Miguel Ángel García Alonso	Gerente	Hosp. General de Alicante	Comunidad Valenciana
Miguel Ángel Moya Molina	Director Médico	Hosp. Univ. Puerta del Mar (Cádiz)	Andalucía
Miguel Ángel Ortiz de Valdivieso	Gerente	Área Gestión Sanitaria Sierra Norte de Cádiz (Jerez de la Frontera)	Andalucía
Miguel Caldentey Tous	Gerente Atención Primaria	Área de Salud de Mallorca	Islas Baleares
Miguel Javier Rodríguez Gómez	Consejero de Sanidad	Consejería de Sanidad Cantabria	Cantabria

Modoaldo Garrido Martín	Gerente	Hosp. Univ. Fundación de Alcorcón (Madrid)	Madrid
Montserrat Chimeno Viñas	Gerente	Complejo Asistencial de Zamora	Castilla y León
Nieves Martín Sobrino	Directora Técnica de Farmacia	Sanidad de Castilla y León (SACYL)	Castilla y León
Nuria Fernández de Cano	Gerente Atención Primaria	Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)	Madrid
Olga Delgado Sánchez	Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria	Hosp. Son Espases (Palma de Mallorca)	Islas Baleares
Olga Pané Mena	Gerente	Parc de Salut Mar (Barcelona)	Cataluña
Paloma Casado Durández	Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente	Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)	Madrid
Patricia Fanlo Mateo	Coordinadora del Grupo de Enfermedades Autoinmunes Sistemáticas (GEAS)	Complejo Hosp. de Navarra	Navarra
Paula Guerrero Alonso	Gerente Atención Primaria	Servicio Riojano de Salud (SRS)	La Rioja
Pedro Herce Álvarez	Gerente	Hosp. Comarcal de Sierrallana (Torrelavega)	Cantabria
Pedro Miguel Rodríguez	Gerente Hospital	Hosp. Univ. Gran Canaria Dr. Negrín (Las Palmas)	Islas Canarias
Pep Pomar Reynés	Gerente	Hosp. Son Espases (Palma)	Baleares
Pere Vallribera Rodríguez	Gerente	Laboratori de Referència de Catalunya (LRC)	Cataluña
Pilar Amador Rodríguez	Jefa de Servicio de Farmacia Hospitalaria	Hosp. San Jorge (Huesca)	Aragón
Pilar Guijarro Gonzalo	Directora General de Salud Pública	Servicios Centrales Servicio Extremeño de Salud (SES)	Extremadura
Pilar Saenz Ortiz	Jefa de Servicio de Planificación, Evaluación y Calidad	Consejería de Salud de La Rioja	La Rioja
Rafael García Montesdeoca	Supervisor de Área Funcional	Hosp. Univ. De Gran Canaria Dr. Negrín (Las Palmas de Gran Canaria)	Islas Canarias
Ramón Ares Rico	Gerente	Hosp. Univ. Lucus Augusti (Lugo)	Galicia
Ramon Lerchundi Goñi	Director de Área de Gestión y Sistemas de Información	Onkologikoa (San Sebastián)	País Vasco
Ricardo Madrigal Jiménez	Director Gestión	Hosp. Ntra. Sra. del Prado (Talavera)	Castilla La Mancha
Rocío Allande Díaz	Directora-Gerente	Centro de Referencia Estatal para Personas con Discapacidades Neurológicas (CREDINE) - Asturias	Asturias
Rocío Segura Ruiz	Director Enfermería	Hosp. Reina Sofía (Córdoba)	Andalucía
Roser Fernández Alegre	Directora General	Unió Catalana D´Hospitals (Barcelona)	Cataluña

Sagrario Bustabad Reyes	Directora Médico	Hosp. Univ. Canarias (Santa Cruz de Tenerife)	Islas Canarias
Salvador Arias Santiago	Jefe de Servicio Dermatología	Hosp. Virgen de las Nieves (Granada)	Andalucía
Salvador Mariño-Ageitos	Gerente	Hosp. de Barbanza (Oleiros- La Coruña)	Galicia
Santiago Alfonso Zamora	Director	Acción Psoriasis	Extremadura
Sebastián Manzanares Galán	Director Médico	Hosp. Virgen de las Nieves (Granada)	Andalucía
Sylvia Vaquero Galán	Director Enfermería	Hosp. Calahorra (La Rioja)	La Rioja
Antoni Juan Mas	Jefe de Servicio Reumatología	Hosp. Son Llatzer (Palma de Mallorca)	Islas Baleares
Trinitario Pina Murcia	Subdirector Asistencia Sanitaria	Servicio Cántabro de Salud (SCS)	Cantabria
Valle García Sánchez	Gerente	Hosp. Reina Sofía (Córdoba)	Andalucía
Verónica Sánchez Romero	Director Enfermería	Hosp. Univ. De Salamanca	Castilla y León
Vicente Alonso Núñez	Dirección General Asistencia Sanitaria	Servicios Centrales Servicio Extremeño de Salud (SES)	Extremadura
Vicente Caballero Pajares	Director General de formación, planificación y calidad	Consejería de Sanidad de la Junta de Extremadura	Extremadura
Víctor Bustamante Madariaga	Director Asistencial	Osakidetza	País Vasco
Víctor Naranjo Sintes	Jefe de Servicio Atención Especializada	Servicio Canario Salud (SCS)	Islas Canarias
Victor Manuel Ortega Jiménez	Miembro del Personal Técnico	Servicio de Coordinación de Sistemas de Información (SAS)	Andalucía
Xavier Aldeguer Mante	Jefe de Servicio Digestivo	Hosp. Dr. Josep Trueta (Girona)	Cataluña
Yolanda Gilaberte Calzada	Jefa de Servicio Dermatología	AEDV - Hosp. Miguel Servet (Zaragoza)	Aragón
Yolanda Montenegro Prieto	Gerencia	Área de Salud de Estella	Navarra

2. TALLERES TRANSVERSALES: EXPLICACIÓN METODOLOGÍA

Tras la celebración de las diferentes reuniones autonómicas y la identificación de las 7 grandes áreas estratégicas del sistema sanitario en las que trabajar, se desarrollaron las reuniones transversales, con representación de los diferentes agentes sanitarios. Dado que algunas de las áreas estratégicas abordaban una temática muy extensa, como es el caso de modelo de salud, modelo de gestión y modelo de gestión de personas, en estos casos se dedicaron 2 reuniones a cada una de esas áreas. Por tanto, las reuniones transversales abordaron los siguientes ámbitos:

1. Modelo de salud: estructura organizativa
2. Modelo de salud: coordinación e integración
3. Modelo de gestión: nivel macro
4. Modelo de gestión: niveles meso y micro
5. Modelo de gestión de personas: marco de relación
6. Modelo de gestión de personas: perfiles, roles y funciones
7. Formación, investigación y educación en salud
8. Evaluación y medición de resultados en salud
9. Transformación digital
10. Modelo de provisión y financiación

En la primera parte de cada reunión los participantes, de manera conjunta, fueron definiendo **los objetivos necesarios para dar solución a los problemas detectados** en la fase anterior de reuniones autonómicas.

Una vez detectadas las metas, se llevó a cabo una votación anónima que permitió **priorizar,** de entre los diferentes objetivos, los que eran considerados de mayor relevancia, para así realizar el análisis de éstos y **construir las propuestas de mejora** para cada uno de ellos en la fase siguiente.

A continuación, se formaron subgrupos y cada uno de ellos elaboró propuestas para el objetivo asignado. La asignación de objetivos se realizó al azar.

El primer paso del trabajo de los subgrupos consistió en la síntesis de los objetivos en uno global y único, que contuviera todos o la mayoría de los elementos citados en los objetivos enumerados en la fase grupal. A continuación, se identificaron las acciones, en primer lugar, con aportaciones tipo brainstorming de todos los participantes y posteriormente con una elaboración estructurada que permitió ordenarlas en el tiempo y detectar pasos olvidados. Para terminar, se identificaron las capacidades con las que ya cuenta el sistema para hacer real la propuesta y todas sus acciones, y por último se identificaron las necesidades y barreras para implementar cada propuesta.

Tras la elaboración por cada subgrupo de las diferentes propuestas (objetivos a cumplir y acciones a implementar), estas fueron sometidas a una votación entre todos los

participantes de la reunión, obteniendo así, tras la celebración de las 10 reuniones, las propuestas más votadas para lograr el avance hacia la asistencia sanitaria que queremos en 2025.

La primera sesión de trabajo sobre el área estratégica de modelo de salud, estructura organizativa, se llevó a cabo siguiendo una metodología ligeramente diferente, que permitía analizar más áreas de problemas y realizar propuestas para cada una de ellas. Terminada la sesión, el resultado nos hizo ver la imposibilidad de realizar un análisis en profundidad de cada área de problemas que permitiera la construcción completa de las propuestas en los tiempos asignados. Como consecuencia, la segunda y siguientes sesiones se realizaron según la metodología anteriormente explicada.

Este documento que ahora lees es un avance del proyecto que te presenta las 11 propuestas más votadas en los talleres transversales (en una de las reuniones hubo un empate entre dos de ellas y el grupo decidió que ambas merecían formar parte de este informe).

En cada una de las propuestas, se mencionan a los integrantes de los subgrupos que las desarrollaron. Pero no debemos olvidar que en este proyecto hay muchas más personas implicadas entre directivos, profesionales sanitarios y pacientes y, sin la colaboración de todos ellos, este proyecto no habría sido posible. El listado total de participantes lo podrás ver en el punto 1.3. de este documento preliminar. El informe final será presentado en la última parte del año 2021 y te mantendremos informado.

3. LAS PROPUESTAS MÁS VOTADAS EN LOS TALLERES TRANSVERSALES

3.1. MODELO DE SALUD: ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

PARTICIPANTES SUBGRUPO 2

- **Carmen Martínez de Pancorbo** – Gerente, Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid
- **Carlos Jorge Acosta** – Gerente de Atención Primaria en Gran Canaria
- **Ignacio Rodríguez Prada** – Jefe de Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo
- **Mercedes Ferro Montiú** – Vicepresidenta de ANDE
- **Rafael López Iglesias** – Exgerente, SACyL

OBJETIVO

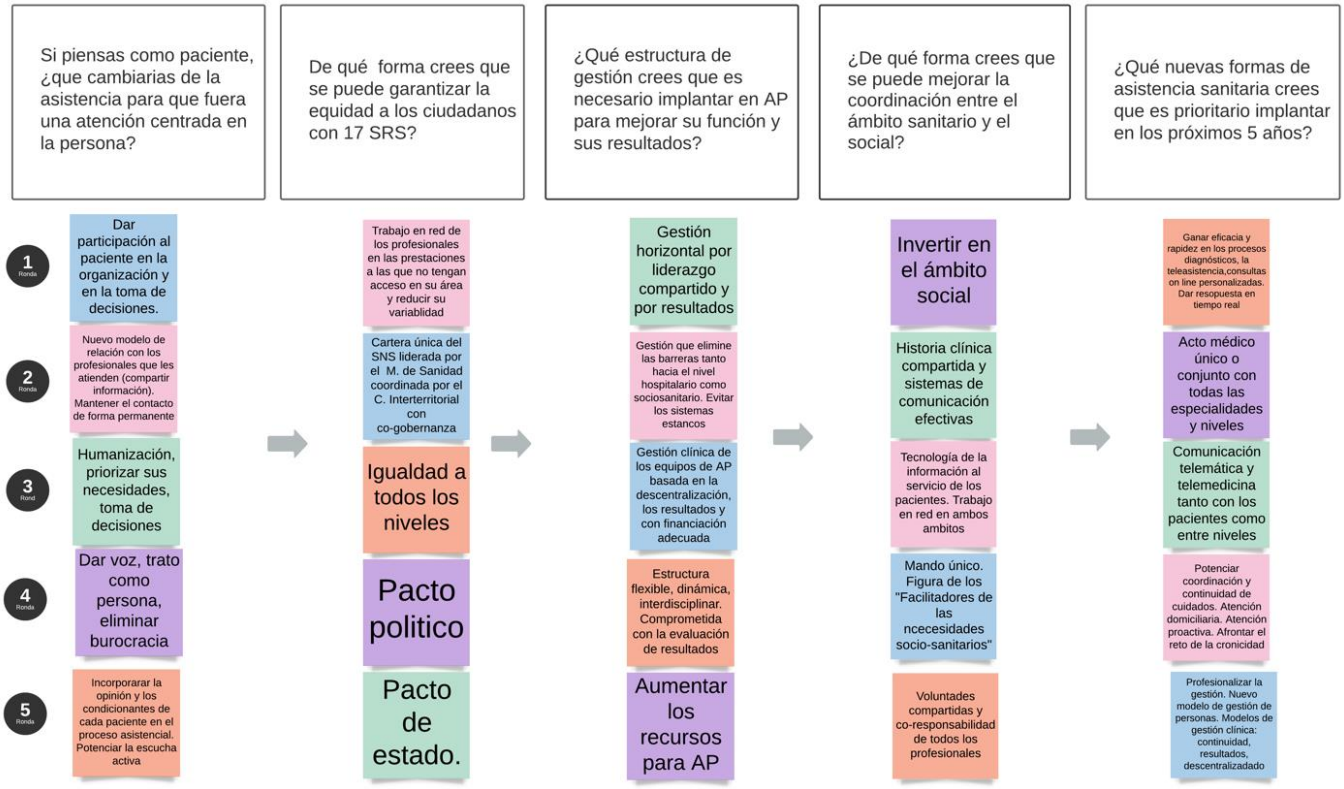
Preguntas asignadas

Las preguntas sobre las que el segundo subgrupo tuvo que reflexionar y trabajar fueron:

- Si piensas como paciente, ¿qué cambiarías de la asistencia para que fuera una atención centrada en la persona?
- ¿De qué forma crees que se puede garantizar la equidad a los ciudadanos, teniendo 17 SRS?
- ¿Qué estructura de gestión crees que es necesario implantar en Atención Primaria para mejorar su función y sus resultados?
- ¿De qué forma crees que se puede mejorar la coordinación entre el ámbito sanitario y el social?
- ¿Qué nuevas formas de asistencia sanitaria crees que es prioritario implantar en los próximos 5 años?

ACCIONES E INICIATIVAS

Para cada una de las preguntas estas fueron las acciones propuestas por el grupo:



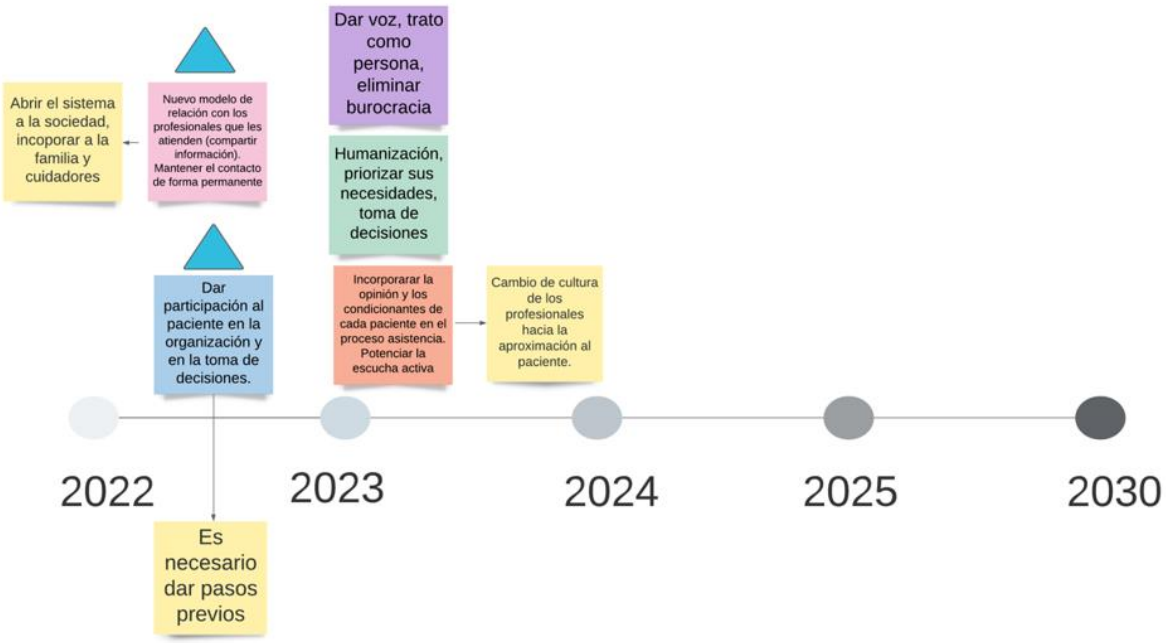
AMPHOS es un proyecto de:

Con la colaboración de:

CONSTRUCCIÓN DE LA PROPUESTA E IDENTIFICACIÓN DE BARRERAS

¿Qué podemos hacer? ¿Nuestras capacidades nos permiten cumplir nuestros objetivos? ¿Qué barreras o dificultades tenemos que afrontar para poder cumplir nuestros objetivos?

Primera propuesta: Si piensas como paciente, ¿qué cambiarías de la asistencia para que fuera una atención centrada en la persona?

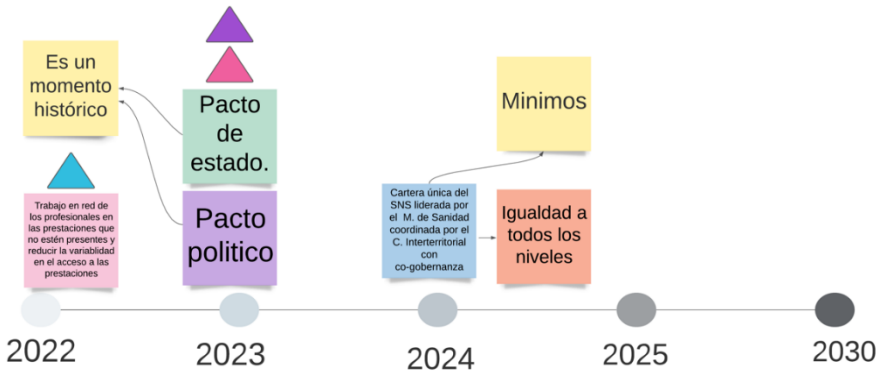


La propuesta tiene como eje central la participación del paciente en todos sus procesos asistenciales. En realidad, es abandonar una "forma" o "cultura" en donde el paciente tiene un papel pasivo, obediente y en donde se da por hecho que el que "sabe" y decide es el profesional. El cambio se dirige hacia una cultura en donde el paciente, como receptor y destinatario de la asistencia, debe tener un papel activo. Si recibe la información y la formación que necesita puede perfectamente decidir sobre su propia situación de salud o enfermedad. Como barrera humana encontramos la falta en muchos casos de cultura en los profesionales a la hora de compartir información con el paciente.

- No solo hay que tener en cuenta al propio paciente, sino **involucrar a la familia y cuidadores** en una sociedad cada vez con mayores problemas relacionados con la vejez y la cronicidad.
- No solo hay que hablar de "pacientes" y "familiares/cuidadores", sino abarcar un concepto más amplio como es **hablar de la sociedad en su conjunto**.

- En cuanto a la participación de los pacientes en la organización, esta es una asignatura pendiente y no debe prolongarse más en el tiempo, pero es necesario ir paso a paso, **introduciendo a asociaciones de pacientes y a pacientes expertos en las organizaciones**, como parte esencial de cualquier decisión o proyecto. Como barrera humana está la resistencia de gestores y profesionales a compartir decisiones con los pacientes, a los que consideran en muchas ocasiones, poco preparados.
- Es necesario también, adecuar el tipo de contacto de los pacientes con los profesionales. El acceso no debe estar restringido a ciertos horarios, fines de semana sin atención o procesos de solicitud de citas, sino que hay que virar hacia una **atención continuada con alternativas de contacto según las necesidades en cada momento del proceso**. Las herramientas digitales son una oportunidad para compartir información de forma permanente y que los usuarios puedan contactar cuando sea necesario.
- A los profesionales les falta en muchos casos **desarrollar habilidades en "escucha activa"**. Son clave una relación y trato más humanizado, conocer sus necesidades, darles voz y preguntarles qué les importa y cuáles son sus necesidades.

Segunda propuesta: ¿De qué forma crees que se puede garantizar la equidad a los ciudadanos teniendo 17 SRS?

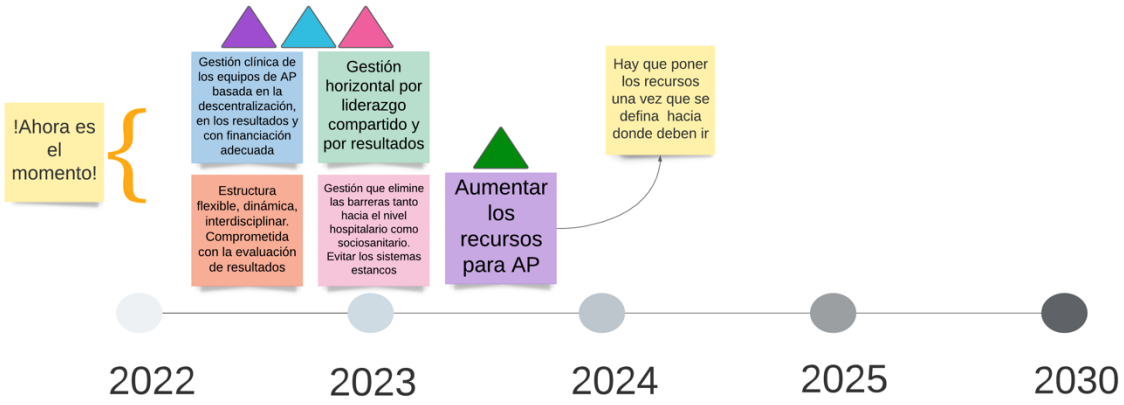


Lo primero que aparece en esta propuesta es la oportunidad que ha ofrecido la situación de pandemia, donde se han evidenciado los problemas derivados de la falta de coordinación y la falta de co-gobernanza. Se ha hecho palpable la inequidad existente entre ciudadanos de distintas CC.AA. y esto ha provocado una sensación de desconfianza tanto por parte de los profesionales, como de la ciudadanía. Aunque la transferencia de la gestión sanitaria a las CC.AA. tiene ventajas, también genera inequidades, y por ello no todos los ciudadanos cuentan en la realidad con las mismas

prestaciones en materia de salud. Por ello, parece que vivimos un momento histórico para dar solución a este problema, y debemos aprovecharlo.

- Para ello, el primer paso es llegar a un **gran pacto de estado** que evidentemente tiene que estar precedido de un pacto político.
- A partir de ahí, se debería crear una **única Cartera de Servicios** que debe contemplar unos mínimos comunes a todas las CC.AA., liderada por el Ministerio de Sanidad y coordinada por el Consejo Interterritorial con criterios de co- gobernanza. El objetivo final es general **igualdad real en todos los niveles.**
- Por otro lado, y mientras no se llegase a este gran pacto, se podría **potenciar el trabajo en red** para dar acceso a todos los ciudadanos a prestaciones que no estén en la Cartera de Servicios de su área. Sería una medida que sin aumentar el gasto beneficiaría a la población de cualquier comunidad autónoma. Una posible dificultad es cómo conseguir ampliar la visión de algunos gestores y profesionales para salir de su zona y prestar servicios a otros y cómo articular el pago de este servicio.

Tercera propuesta: ¿Qué estructura de gestión crees que es necesario implantar en Atención Primaria (AP) para mejorar su función y sus resultados?

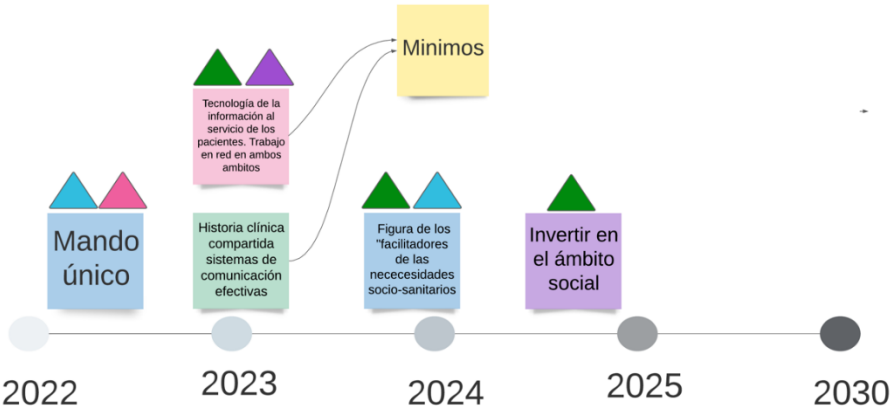


La propuesta contempla un modelo de AP que esté basado en la **descentralización de la gestión clínica** dándoles una mayor autonomía a los equipos. Hay que aprovechar este momento, no se puede dejar pasar esta oportunidad donde ha quedado en evidencia la importancia de la AP para la salud de la población.

Las características y los pasos hacia donde hay que caminar son:

- Este modelo de AP debe basarse en **criterios de flexibilidad y multidisciplinariedad.**
- Tanto las decisiones como la financiación tienen que estar ligados a la **medición de resultados en salud.** La gestión basada en la evaluación de resultados se contempla como una de las claves del modelo.
- Además, es necesario un cambio radical en la relación con la atención hospitalaria, la situación actual de compartimentos estancos debe modificarse hacia una **relación horizontal sin barreras**. Lo mismo para el nivel socio sanitario.
- En realidad, se debe buscar **una única forma de atención compartida para cada proceso asistencial** en donde cada paciente pueda recibir la atención que necesita, en el lugar que necesita y por el profesional más adecuado en cada momento de su vida o su proceso asistencial y de una manera continua y sin fisuras.
- Todo este cambio tiene dificultades para llevarse a cabo, tanto políticas como de financiación, como de resistencias humanas.
- Por último, es importante tener claro cuál es **la ruta y el objetivo** y después colocar los recursos económicos necesarios, pero nunca hacerlo al contrario ya que se caería en el error de colocar el dinero y los recursos en lo que no funciona.

Cuarta propuesta: ¿De qué forma crees que se puede mejorar la coordinación entre el ámbito sanitario y el social?



AMPHOS es un proyecto de:

Con la colaboración de:

La cuarta propuesta tiene un claro criterio y es que es imprescindible que exista un **mando único entre el ámbito social y sanitario**. Los distintos ámbitos no pueden depender de diferentes ministerios ni consejerías, ya que deben estar firmemente imbricadas las dos atenciones y funcionar como una sola. Por supuesto, esto implica superar barreras políticas y humanas, puesto que se necesitaría cambiar la organización desde la base y nadie quiere perder su parcela de poder.

- **La historia clínica debe ser única y con sistemas de comunicación eficientes**, tanto a nivel de Atención Primaria como Hospitalaria.
- La **coordinación** debe garantizarse y el usuario debe poder recibir una atención de calidad de forma integral.
- Las **tecnologías de la información** permiten en este momento ofrecer múltiples posibilidades de comunicación efectiva, solo es necesario ponerlas **al servicio de las necesidades de los usuarios y profesionales**.
- Habría que potenciar figuras que podrían llamarse "**facilitadores socio-sanitarios**" cuya función sería coordinar y atender cada una de las necesidades de los usuarios de atención sociosanitaria. De esta manera, podrían ayudar a personas con falta de autonomía o capacidad para encontrar la solución más adecuada a sus necesidades. Esta figura puede tener un perfil técnico con formación socio sanitaria.
- Por último, **el ámbito social necesita inversión** para dejar de ser una prestación de segunda categoría.

Quinta propuesta: ¿Qué nuevas formas de asistencia sanitaria crees que es prioritario implantar en los próximos 5 años?

Esta propuesta no puedo desarrollarse por falta de tiempo.

AMPHOS es un proyecto de:

Con la colaboración de:

3.2. MODELO DE SALUD: COORDINACIÓN E INTEGRACIÓN

PARTICIPANTES SUBGRUPO 1

- **Luis Tobajas Belvís** – Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Equipo de Atención Primaria de Salorino de Cáceres
- **Luis Verde** – Gerente del Área Sanitaria Integrada de A Coruña
- **Pilar Amador** – Jefa de Servicio de Farmacia Hospitalaria, Hospital San Jorge de Huesca
- **Rocío Segura Ruíz** – Directora de Enfermería, Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba

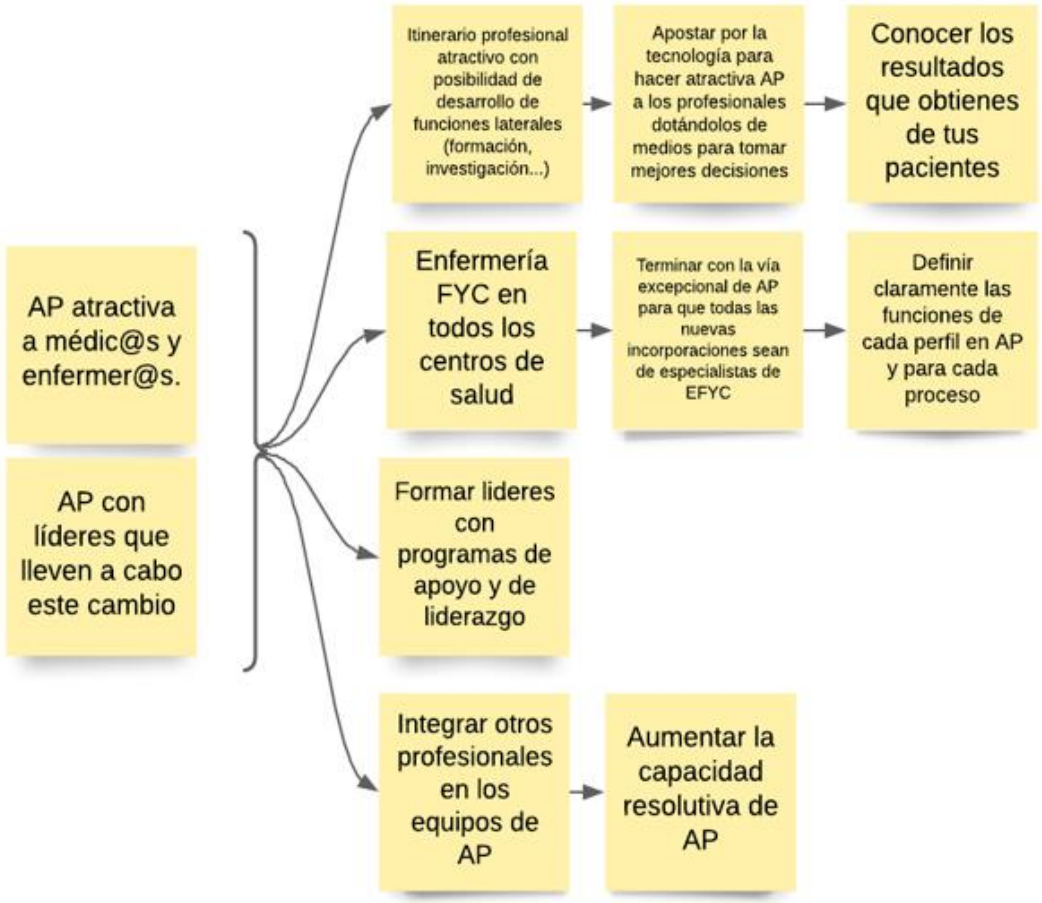
¿CUÁL ERA NUESTRO OBJETIVO?

El subgrupo trabajó los objetivos agrupados en tres líneas. Estas líneas fueron:

- Atención Primaria atractiva para los profesionales y con líderes que lleven a cabo el cambio.
- Atención Primaria proactiva y preventiva, incorporando PROMs con ayuda de la tecnología.
- Enfermería liderando los cuidados y pivotando la gestión del crónico.

ACCIONES
¿Qué acciones son necesarias para cumplir nuestros objetivos?

PRIMERA PROPUESTA



AMPHOS es un proyecto de:

Con la colaboración de:

Para que la especialidad y la práctica clínica de atención primaria sea atractiva tanto para profesionales médicos como de enfermería y sean estos profesionales los que promuevan el cambio, se plantean 4 acciones en 4 diferentes frentes:

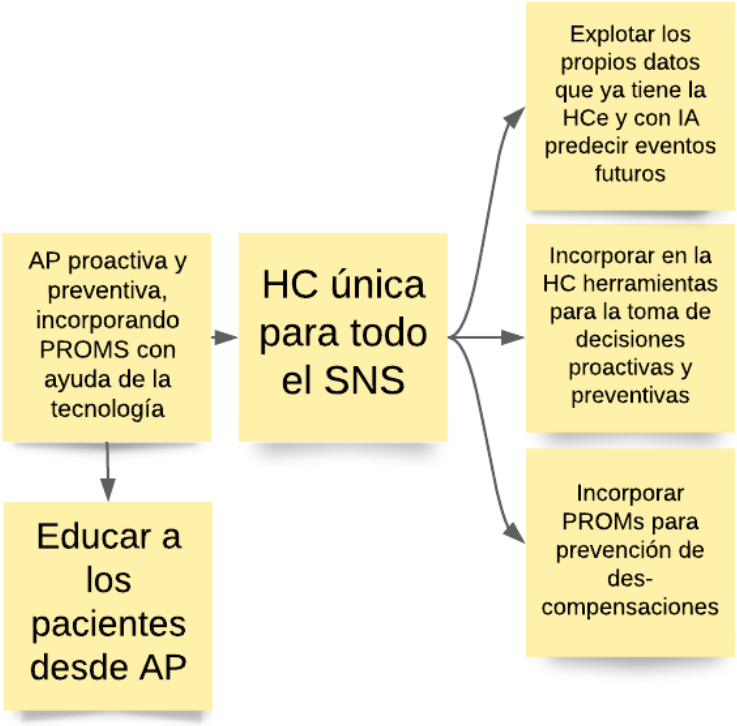
- En primer lugar, se proponen acciones que hagan más atractiva la especialidad, y para ello:
    - Hay que crear un **itinerario profesional atractivo**, con posibilidad de desarrollo de funciones laterales a la práctica asistencial, como la docencia o la investigación. En este sentido, es clave que los profesionales de atención primaria tengan presencia como **docentes**, tanto en la formación de grado como la de posgrado, y transmitan la visión de una medicina centrada en la atención a pacientes crónicos, con una parte importante de actividad preventiva y de salud comunitaria y visión holística de la salud. Además, todos los profesionales de atención primaria deberían tener **actividad investigadora**.
    - Hay que apostar por la **tecnología**, dotando a los profesionales de medios para poder tomar mejores decisiones clínicas y facilitar el seguimiento de los pacientes. Estos medios permitirán, además, conocer los resultados que obtienen sus pacientes, procurando un feed-back que mejora el seguimiento, permite el autoaprendizaje y facilita la mejora por comparación.
- En segundo lugar, se propone actuar en el ámbito de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria (EFYC). Para ello se propone:
    - Que haya **personal especializado en EFYC en todos los centros de salud**. Los centros que ya cuentan con este personal son un ejemplo de innovación y modelo de cambio.
    - **Terminar con la vía excepcional de contratos de AP**, para que todos los profesionales que se incorporen a estos puestos sean de especialistas en EFYC.
    - **Definir claramente las funciones de cada perfil y para cada proceso en AP**, para que haya responsables de cada paso.
- En tercer lugar, formar líderes en el ámbito de atención primaria, apoyándose en **programas de liderazgo**. Los nuevos profesionales especialistas podrían asumir este rol y ser el motor de cambio para la nueva AP.

En último lugar, pero no por ello menos importante, hace falta integrar otros profesionales en los equipos de atención primaria, deshaciendo los niveles asistenciales y pasando a **trabajar de forma transversal y en equipos multiprofesionales**. Además, debería aumentarse la capacidad resolutiva de los profesionales de primaria, dotándolos de **medios diagnósticos** que antiguamente se consideran del área de hospital pero que hoy forman o deben formar parte de la rutina clínica (como sucedió en

el pasado con el ECG y sucede ahora mismo con la ecografía). El aprendizaje de estos medios podría formar parte del desarrollo profesional e incluso de la carrera profesional.

Además, los profesionales de primaria deberían poder gestionar ciertos recursos del actual nivel hospitalario directamente, siguiendo ciertos criterios y parámetros, para poder así ser más resolutivos.

SEGUNDA PROPUESTA



La segunda propuesta tiene como objetivo tener una atención primaria proactiva y preventiva, en donde los pacientes participen de la atención de su salud por medio de PROMs que vuelquen directamente a la historia clínica electrónica.

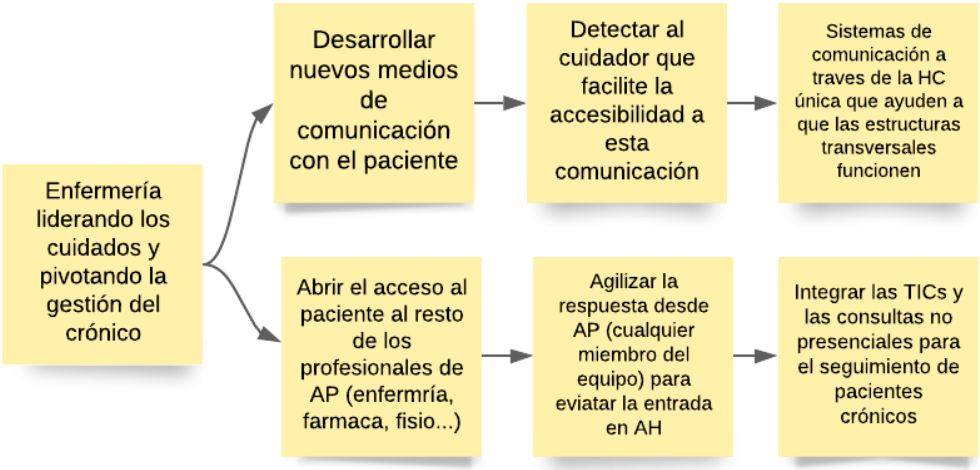
Para ello se proponen dos acciones fundamentales:

- La primera requiere (o se beneficiaría) de una **historia clínica única** para cada paciente en todo el SNS. Con esta historia clínica única se podrían poner en marcha tres tipos de acciones:

- Explotar los datos que ya existen en las historias clínicas y mediante el uso de inteligencia artificial usarlos para **predecir y anticipar eventos futuros**. Esto, que ya se hace en otros sectores diferentes al sanitario y que tantos beneficios ha reportado para todos, debería de existir ya en sanidad, ámbito donde, posiblemente, se descubran las mayores bondades de este uso.
- **Incorporar herramientas a la Historia Clínica Electrónica (HCe)** para la toma de decisiones proactivas y preventivas. No es cuestión tan solo de disponer de muchos datos. Estos ya los tenemos ahora, pero tal y como están organizados es imposible tomar decisiones basados en ellos ni aprovechar todo su potencial para la prevención. Es necesaria una revolución en este campo, y quizás donde más efecto tendría es en la atención primaria.
- **Incorporar PROMs** (Patient Reported Outcomes Measures) en la historia clínica como parte del seguimiento habitual de todos los pacientes crónicos. Esto facilitará la toma de decisiones clínicas proactivas y evitará las descompensaciones, permitiendo actuar con agilidad. En donde existen incipientes sistemas de este tipo, se han demostrado útiles y eficientes.

- La segunda es complementaria a la primera, y trata de **la educación a los pacientes** como labor incuestionable de los equipos de atención primaria. Pacientes bien formados e informados son capaces de tomar decisiones compartidas con los profesionales sanitarios, autogestionar su enfermedad y corresponsabilizarse del mantenimiento y mejora de su salud. Estos principios son básicos para la sostenibilidad del sistema, y deben partir del punto más cercano al paciente. Además, solo atención primaria tiene la visión completa del paciente, conoce su entorno de vida y puede gestionar la información y formación que tiene que dar a cada paciente y a su familia sin entorpecer su vida diaria.

TERCERA PROPUESTA



La tercera propuesta tenía como objetivo "Enfermería liderando los cuidados y pivotando la gestión del paciente crónico". Para ello se proponen acciones en dos ejes: comunicación y nuevas formas de atención.

- En cuanto a la comunicación, se trata de **desarrollar nuevos medios de comunicación con el paciente**, detectando e identificando al **cuidador**, cuando sea necesario, que facilite y haga accesible esta comunicación, de forma que la brecha digital no deje a nadie atrás. Posteriormente deberían establecerse sistemas de comunicación **incorporados a la historia clínica única**, que ayuden a que las estructuras transversales funcionen, por medio de una comunicación sencilla y ágil entre profesionales, que facilite el trabajo multidisciplinar y en equipo.
- El otro eje de acción comienza abriendo **el acceso del paciente al resto de los profesionales de los equipos de atención primaria**: enfermería, farmacia, etc., para que cada profesional pueda resolver sus ámbitos de responsabilidad con el paciente directamente sin tener que pasar primero por el facultativo. El siguiente paso será **agilizar la respuesta desde atención primaria**, por medio de cualquier miembro del equipo disponible y capacitado para ello, para intentar evitar la entrada en atención hospitalaria. El tercer paso será **integrar, por medio de las TICs, las consultas no presenciales** para facilitar el seguimiento de los pacientes crónicos. En algunas autonomías este sistema ya funciona y ha demostrado ser útil y bien percibido por los pacientes si se facilita el acceso presencial cuando se necesita.

CAPACIDADES

¿Qué podemos hacer? ¿Nuestras capacidades nos permiten cumplir nuestros objetivos?

BARRERAS

¿Qué barreras o dificultades tenemos para poder cumplir nuestros objetivos?

En el trabajo en subgrupos no dio tiempo a valorar las capacidades y necesidades de esta propuesta.

AMPHOS es un proyecto de:

Con la colaboración de:

3.3. MODELO DE GESTIÓN: NIVEL MACRO

PARTICIPANTES SUBGRUPO 3

- **Concepción Carmona** – Subdirección General de Farmacia y Prestaciones, Servicio Extremeño de Salud
- **Domingo del Cacho** – Gerente, Hospital Universitario Severo Ochoa de Madrid
- **Francisco Jorquera** – Jefe de Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Asistencial de León
- **Francisco Soriano** – Gerente de Área de Salud, Hospital Virgen del Castillo de Yecla
- **Ignasi Riera** – Director de Operaciones Asistenciales, Parc Sanitari Sant Joan de Déu de Sant Boi
- **Nelo Villanueva** – Director de Terapias, Asociación Parkinson de Valencia

¿CUÁL ERA NUESTRO OBJETIVO?

"Profesionalización de la gestión, incluyendo a los clínicos, con criterios mínimos, acreditables y reevaluables".

ACCIONES
¿Qué acciones son necesarias para cumplir nuestros objetivos?

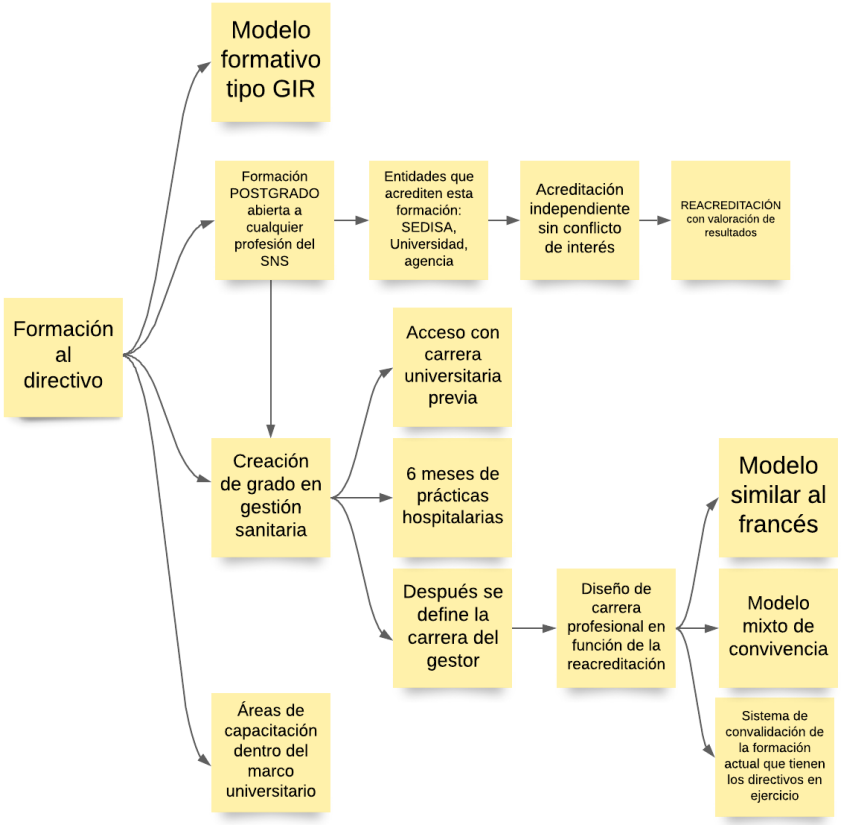
Lograr el objetivo marcado no es tarea sencilla, teniendo en cuenta que es necesario desarrollar de forma permanente las capacidades de liderazgo de los actuales y potenciales directivos, partiendo de estándares e indicadores competenciales basados en méritos y con formación específica; garantizando imparcialidad e integridad y siendo necesario establecer un sistema de selección transparente que permita la rendición de cuentas por desempeño.

Dado que se enumeraron numerosas acciones, las agrupamos en 4 áreas diferentes:

- Formación al directivo
- Formación al clínico
- Asociaciones de pacientes
- Legislación

AMPHOS es un proyecto de:
Con la colaboración de:

Formación al directivo



Se enumeran 3 modos en los que los futuros directivos deberían poder optar a formación en gestión clínica.

- Modelo formativo tipo “GIR”.
- Grado en gestión sanitaria.
- Áreas de capacitación dentro del marco universitario.

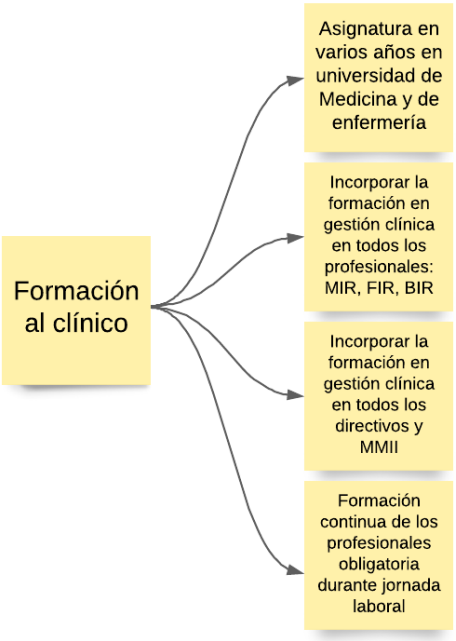
De todas estas opciones, la que se desarrolla en el grupo de trabajo con mayor detenimiento es la formación postgrado.

Destaca como factor importante el hecho de que esta formación esté abierta a cualquier profesional del SNS, no limitándose por tanto a los clínicos.

Fundamental es el hecho de que existan entidades que acrediten esta formación, mencionándose a la Sociedad Española de los Directivos de la Salud (SEDISA), universidades o agencias, pero siempre bajo el prisma de la independencia, para evitar los conflictos de interés. El sistema ha de ser no solo de acreditación, sino de reacreditación mediante la medición de resultados en salud.

Se detallará en el apartado de capacidades, el diseño del grado en gestión sanitaria que ya está desarrollando SEDISA.

Formación al clínico



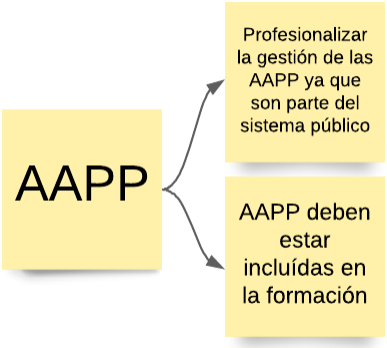
Aun no siendo muchos los clínicos que, a lo largo de su vida laboral, pasan a formar parte del staff de directivos, se considera imprescindible la formación en el ámbito de la gestión ya que, de una manera u otra, todos se relacionarán con gestores y deben hablar el mismo lenguaje.

- **Formación de grado**: deben revisarse los planes de estudios de medicina y enfermería, para incluir, al menos en estos colectivos, asignaturas a lo largo de todo el ciclo formativo, con contenido de gestión.
- **Formación postgrado**: en todos los programas de MIR, FIR y BIR debe incorporarse la **formación en gestión clínica**. Los profesionales deben estar preparados desde el inicio de su especialización en el área de gestión, ya que son numerosos los campos en los que las habilidades que adquieran con esta formación podrán y deberán ponerlas en práctica, aun no siendo mandos intermedios. Es, junto con las nociones aprendidas durante la formación de grado, el momento para **entender adecuadamente cómo funciona el SNS** en el que desarrollarán su vida laboral. Si queremos excelentes gestores, no podemos esperar a que los profesionales ya tengan cargos de responsabilidad para darles herramientas.

- **Formación a directivos y mandos intermedios**: es absurdo asumir que todos los directivos están adecuadamente formados antes de incorporarse a sus cargos. Los directivos se forman por su propio interés, ya que el sistema no proporciona formación adecuada, por lo que se debe evaluar minuciosamente la formación y habilidades que tienen nuestros directivos para garantizar que todos, al menos dispongan de una **base sólida y homogénea**, aportada por la organización en la que desempeñan sus cargos, que no es otra que el SNS.
- **Formación continuada**: el último paso en relación con la formación de los clínicos, como no puede ser de otra manera, es garantizar la formación continuada a lo largo de toda su carrera. De nada servirá haber invertido en formación en los escalones previos, si la abandonamos y no la actualizamos. Los clínicos a lo largo de su ejercicio pueden optar a puestos directivos en cualquier momento, por lo que es fundamental que estén adecuadamente

preparados y que lo logren, no gracias a sus medios, sino, que sea el propio sistema el que les garantice una formación a lo largo de todo su ejercicio profesional.

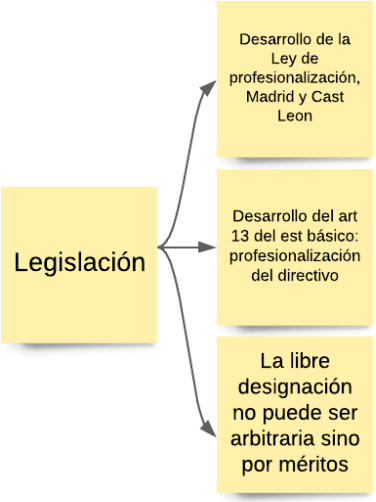
Asociaciones de Pacientes (AA.PP.)



No podemos olvidar que los pacientes, y por tanto las asociaciones que les representan, deben ser (porque aún no lo son), el **eje central del SNS**, por tanto, en cualquiera de las acciones que se considere necesarias emprender, y concretamente en el área que ahora nos compete, de la gestión macro, la formación para este colectivo es fundamental.

Se debe **profesionalizar la gestión de las AA.PP.** Al igual que se ha establecido como medida necesaria la profesionalización de los directivos mediante la creación de un grado en gestión sanitaria, los gestores de las AA.PP. deben tener acceso a la formación necesaria por parte del sistema, para ejecutar su cometido con las máximas garantías de competencia.

Legislación



No solo es necesario **desarrollar leyes y estatutos vigentes** en los que se expone la forma de profesionalización de los directivos, sino que dichas leyes deben implantarse a nivel nacional.

La evaluación de los directivos debe basarse en los resultados que obtienen en su gestión, para que deje de producirse la libre designación de manera arbitraria y se realicen los nombramientos en base a los méritos de cada profesional, o lo que es lo mismo, el organismo que ofrece el puesto no puede ser el mismo que el que elige a los mejores candidatos.

CAPACIDADES

¿Qué podemos hacer? ¿Nuestras capacidades nos permiten cumplir nuestros objetivos?

Analizamos las capacidades que ya tenemos en cada una de las áreas de acciones que se describían en el bloque anterior.

Formación al directivo

- Formación postgrado:
  La formación para los directivos en salud existe. Contamos con escuelas de negocio, másteres y cursos de postgrado con títulos acreditados. La validación de este tipo de formación se garantiza a través de patronales o asociaciones de reconocido prestigio.

  Respecto a los resultados, hay disponibles datos de gestión, que permiten realizar benchmarking entre los diferentes centros o unidades asistenciales.

- Grado en gestión sanitaria:
  Como se mencionaba en el epígrafe de acciones e iniciativas, la creación de un grado en gestión sanitaria es un proyecto que ya ha puesto en marcha SEDISA.

  El diseño de este grado tiene como premisa el acceso de cualquier individuo que ya haya cursado estudios de grado, por lo que, en realidad puede comenzarse como grado completo o convertirse en estudios de postgrado.

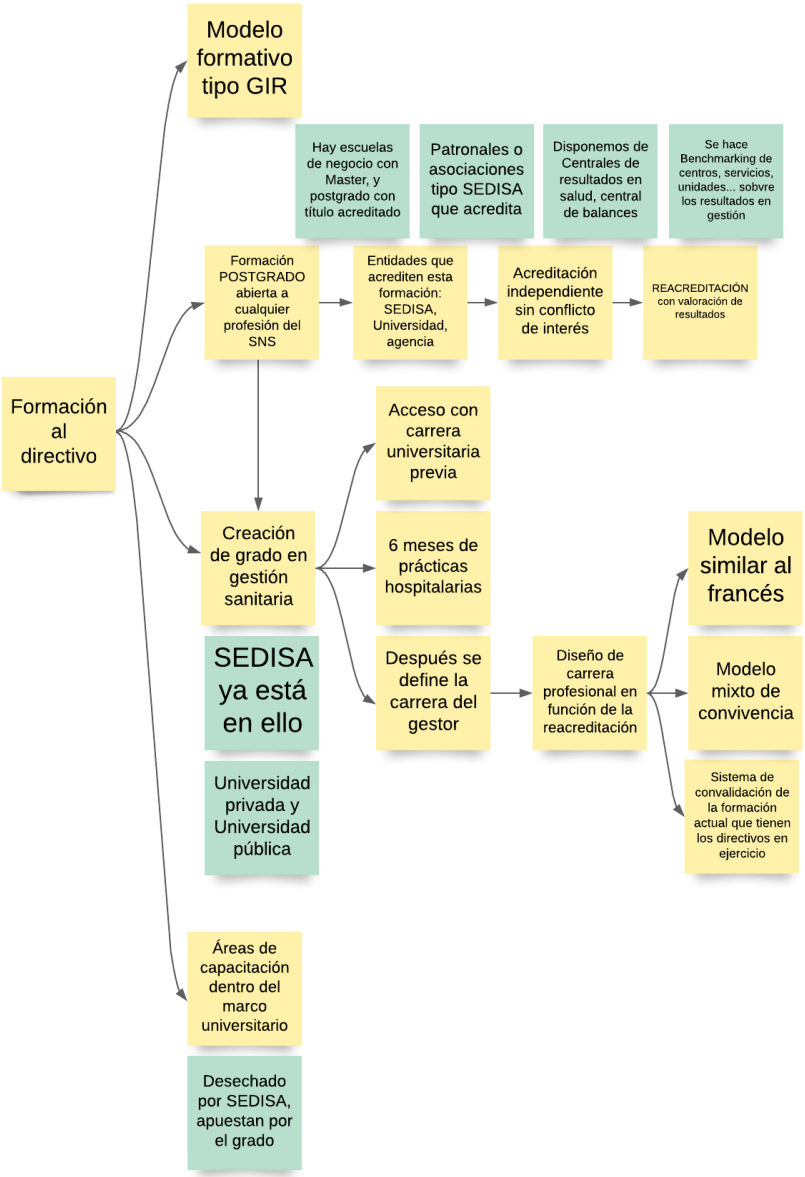
  Esta formación constará de módulos teóricos y como no podía ser de otro modo, de una gran carga práctica de 6 meses, en los que los alumnos cursarán estancias hospitalarias.

  Existen ya acercamientos a dos universidades (pública y privada) para la puesta en marcha en los próximos meses de esta formación, tan demandada por los directivos.

  Este tipo de formación será considerada en un futuro imprescindible para poder acceder a puestos de dirección en el ámbito público del SNS.

  Una vez creado el grado en gestión, el propósito es el de definir la carrera profesional de los gestores. El diseño de estos pasos se basará en un sistema de reacreditación, abogando por un modelo similar al francés, pero teniendo en cuenta que durante los primeros años estará vigente un modelo mixto de convivencia, ya que a los actuales gestores y directivos no se les exigirá este tipo de formación para seguir en sus puestos, pero sí se deberá realizar una homologación de la formación realizada.

- Áreas de capacitación:
  A pesar de haberse citado como una acción a desarrollar para lograr el objetivo de profesionalización de la gestión, en el grupo de trabajo no se desarrolla este punto, ya que a priori SEDISA lo ha descartado, por apostar por la creación del grado en gestión sanitaria.



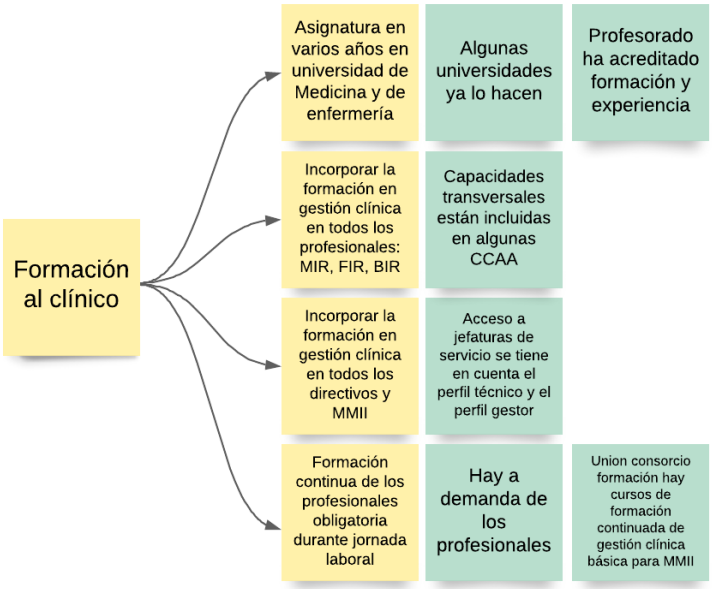
Formación al clínico

Comentábamos que la formación a los clínicos es fundamental y de hecho en algunas universidades ya hay asignaturas específicas de gestión con profesorado que ha acreditado su formación y experiencia.

En el escalón siguiente de la formación sanitaria, hay CC.AA. en las que ya se desarrollan capacitaciones transversales a lo largo de los periodos formativos de los MIR, BIR y FIR. Los especialistas en ejercicio son los encargados desde sus puestos de responsabilidad de dar a conocer esta otra faceta del ejercicio clínico, crucial, para lograr una formación completa bajo el prisma de la excelencia.

En el ámbito del acceso a las jefaturas de servicio, cabe destacar que, aunque, ya se tiene en cuenta el perfil gestor y no solo el técnico y aunque no exista una verdadera baremación y adecuada ponderación de este tipo de conocimientos y experiencias, sí se tiene en consideración que los aspirantes a jefes de servicio hayan recibido formación en gestión en base a resultados en salud.

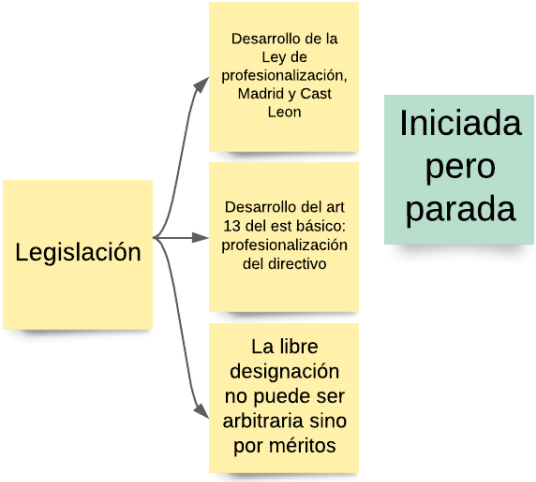
Respecto a la formación continuada de gestión clínica básica, por supuesto que existe tanto para clínicos como para mandos intermedios y otros directivos. Sin embargo, este tipo de formación no está integrada dentro de la vida laboral, sino que se realiza a demanda de los profesionales, de ahí que no se considere obligatoria y por tanto no se le reconozca el peso que realmente tiene y los beneficios que aporta. Los clínicos con una adecuada formación continua harán una mejor gestión en el SNS.



AMPHOS es un proyecto de:

Con la colaboración de:

Legislación



El Estatuto Básico del Empleado Público de 2007 (EBEP) y el posterior texto refundido aprobado por el Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre (TREBEP) que reproduce las previsiones del artículo 13 del EBEP, de carácter básico, para el llamado «personal directivo profesional» dice así: "El Gobierno y los órganos de gobierno de las CC.AA. podrán establecer el régimen jurídico específico del personal directivo, así como los criterios para determinar su condición, de acuerdo, entre otros, con los siguientes principios: la designación atenderá a principios de mérito y capacidad y a criterios de idoneidad, y se llevará a cabo mediante procedimientos que garanticen la publicidad y concurrencia; el personal directivo estará sujeto a evaluación con arreglo a los criterios de eficacia y eficiencia, responsabilidad por su gestión y control de resultados en relación con los objetivos que les hayan sido fijados".

La falta de desarrollo del artículo 13 del TREBEP, ha llevado a que algunas CC.AA., desarrollen fórmulas legislativas en relación con la figura del directivo público profesional. Se exponen algunos ejemplos:

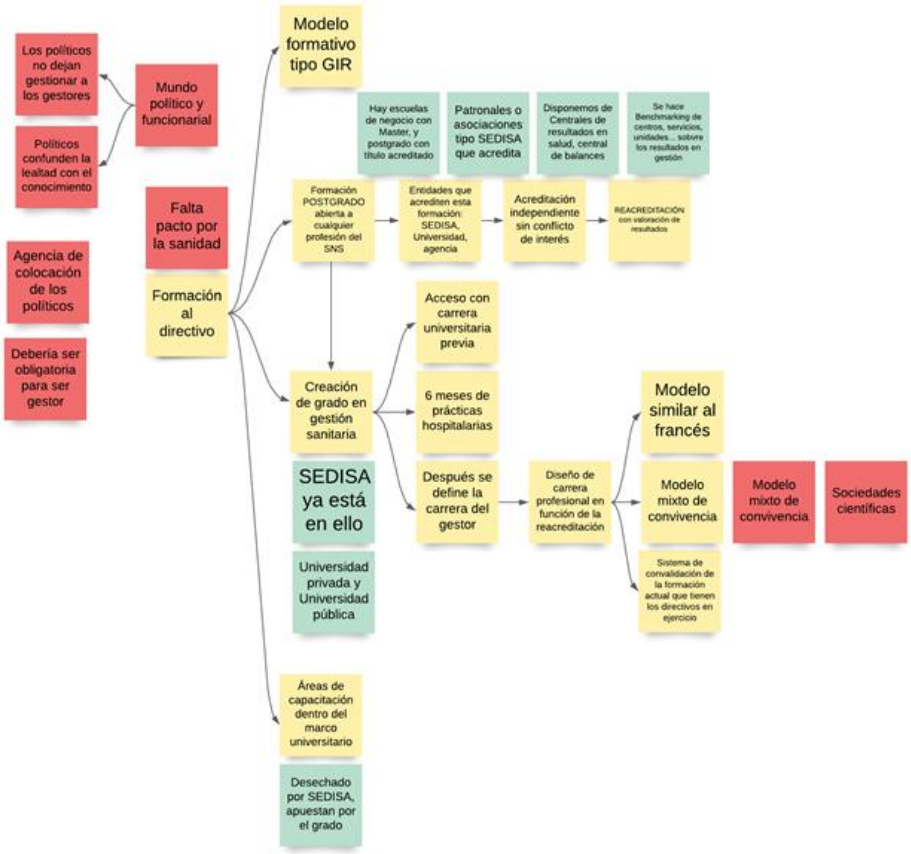
- Ley 3/2007, de 27 de marzo, de la Función Pública de la comunidad autónoma de las Illes Balears, que desarrolló la categoría del directivo público.
- Ley 1/2014, de 18 de febrero, de regulación del estatuto de los cargos públicos del Gobierno y la Administración de la comunidad autónoma de Extremadura.
- Ley 11/2017, de 22 de diciembre, de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud. Se reconoce la necesaria profesionalización de la función directiva en el sistema sanitario madrileño y se dispone el establecimiento de procedimientos de selección que permitan garantizar el mérito y la capacidad en el acceso a los puestos directivos, así como de sistemas de evaluación del desempeño de la función directiva sanitaria.
- Decreto 215/2019, de 30 de julio, del Estatuto de la Dirección Pública Profesional de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

BARRERAS

¿Qué barreras o dificultades tenemos para poder cumplir nuestros objetivos?

Formación al directivo

- Se requiere de un pacto por la sanidad y huir de la politización, para que sean los verdaderos expertos los que desarrollen iniciativas que han demostrado su eficiencia y eficacia.
- El no necesitar una formación reglada y obligatoria como requisito indispensable para acceder a los puestos de gestión, no facilita una selección de gestores objetiva basada en el conocimiento y el *expertise* demostrado.
- Otro de los impedimentos detectados, relacionado con el modelo de carrera profesional del gestor, es la dificultad que entraña la convivencia de un modelo mixto de gestores. La rigidez ante el cambio, expresada por políticos, directivos e incluso por sociedades científicas, pone de manifiesto la necesidad de un cambio cultural para lograr la profesionalización, siendo este cambio un camino tortuoso a transitar.



AMPHOS es un proyecto de:

Con la colaboración de:

Asociaciones de pacientes

Como decíamos, son parte esencial del SNS. Sin pacientes o potenciales pacientes, no hay modelo de gestión; por tanto, este colectivo se enfrenta a nivel macro, con dificultades que también impiden a otros elementos del sistema alcanzar el objetivo marcado.

- La politización hace que no se desarrollen adecuadamente los planes estratégicos nacionales.
- Los gestores del sistema son, en ocasiones, desconocedores del propio sistema.
- Los directivos de las AA.PP. no siempre cuentan con formación reglada, y gracias a su propia iniciativa, gran esfuerzo y orientación de servicio, suplen la falta de integración real en el sistema.

Legislación

Tras más de una década desde la regulación en el EBEP, la figura del directivo sigue sin disponer, a nivel de la Administración General del Estado, del desarrollo normativo requerido para hacerla operativa como modelo de selección y designación de directivos públicos.

AMPHOS es un proyecto de:

Con la colaboración de:

3.4. MODELO DE GESTIÓN: NIVELES MESO Y MICRO

PARTICIPANTES SUBGRUPO 1

- **Antonio Fernández-Campa** – Director Agencia Gallega del Conocimiento de la Salud
- **Gonzaga Garay Aramburu** – Jefe de Servicio de Oftalmología, OSI Bilbao-Basurto
- **Manuel Bayona García** – Gerente, Hospital de Cabueñes de Gijón
- **María de los Ángeles García Rescalvo** – Gerente, Hospital Virgen de las Nieves de Granada
- **Rafael García Montesdeoca** – Supervisor de Área Funcional, Servicio Canario de Salud

¿CUÁL ERA NUESTRO OBJETIVO?

Carrera específica profesional acreditada de gestión sanitaria adaptada a cada nivel de gestión.

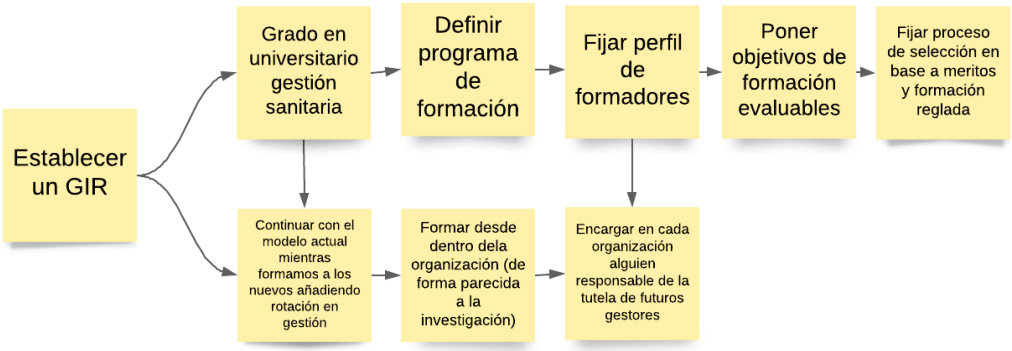
ACCIONES
¿Qué acciones son necesarias para cumplir nuestros objetivos?

Todas las acciones propuestas se organizan en dos grupos:

- El primer grupo se enfoca a la creación de un modelo de formación en gestión sanitaria basado en el modelo MIR: Gestor Interno Residente (GIR).
- El segundo se basa en incorporar ciertos conocimientos y capacidades de gestión para todos los profesionales sanitarios en la formación universitaria.

Veremos cada uno de ellos por separado.

Establecer formación en gestión a través del modelo de formación MIR



Para establecer una carrera acreditada en gestión sanitaria se propone seguir el modelo de formación MIR que ya existe para los profesionales sanitarios. Este modelo se basa en formación de especialidad tras la terminación del grado correspondiente.

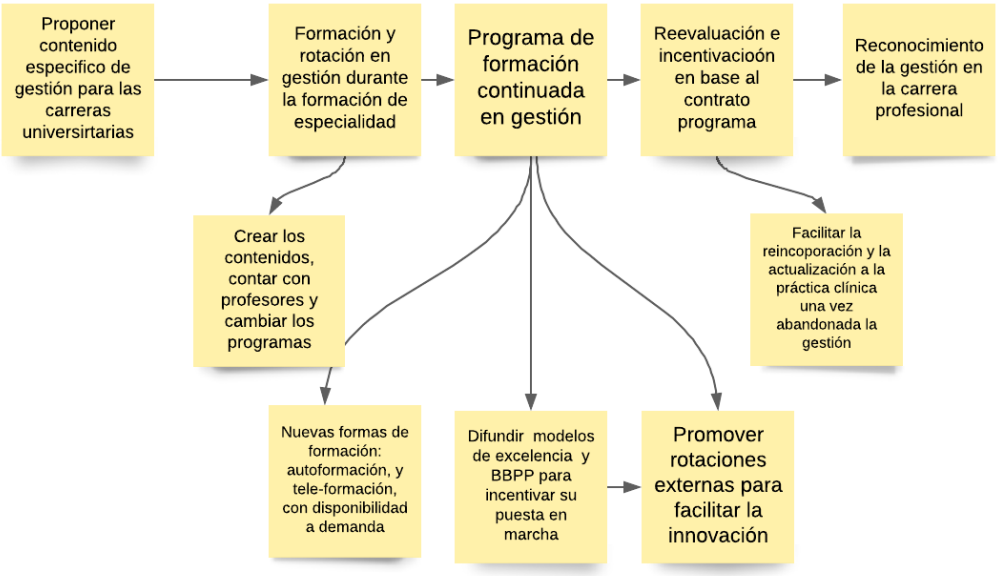
En este caso, por tanto, se propone, en primer lugar, la creación de un **grado universitario en gestión sanitaria**. Para ello, hará falta definir el programa de formación y sus contenidos curriculares y fijar para estos contenidos el perfil adecuado que deben tener los formadores. Una vez establecido el grado, habrá que fijar objetivos de formación evaluables y, finalmente, fijar el proceso de selección de estos gestores en base a su formación reglada y criterios de méritos.

Dado que este proceso puede alargarse más allá de 2025, se propone poner en marcha algunas acciones de forma transitoria:

- En primer lugar, puede continuarse con el sistema actual mientras se forma a los nuevos gestores, añadiendo una **rotación en gestión** a los que quieran dedicarse a la gestión. Esta rotación permitiría que los futuros gestores se formaran durante un tiempo preespecificado, en los diferentes departamentos o servicios relacionados con la gestión que tiene un sistema sanitario, un área o un centro sanitario.
- Además, se propone crear una **formación desde dentro de la organización**, de forma parecida a lo que ya se hace en investigación, para que pudiera incentivarse la formación en gestión a los que ya forman parte del sistema.
- Por último, se propone encargar en cada organización a alguien que sea **responsable de la tutela de los futuros gestores**, como también existe ya en el sistema MIR.

Todos estos pasos permitirían ir preparando el terreno para cuando el grado de gestión y el sistema GIR estén establecidos y puestos en marcha.

Formación específica en gestión en todos los grados sanitarios



El segundo eje de propuestas trata de adaptar la formación en gestión a los diferentes niveles, proponiendo introducir contenido específico sobre esta materia en todos los grados universitarios.

Estos contenidos y capacidades se organizan de dos formas:

- Por un lado, se propone incorporar una **rotación específica en gestión sanitaria en el proceso formativo de especialidad**, para todas las especialidades existentes y adaptado a cada uno de los grados. Para ello se deberá fijar y crear los contenidos de gestión, seleccionar los perfiles de los formadores y adaptar a estos cambios los programas de formación de cada especialidad.
- Por otro lado, se propone un **programa de formación continuada en gestión accesible a todos los profesionales del sistema y adaptado a cada nivel de gestión**. Para ello, se han identificado tres acciones diferentes:

    - Aprovechar las nuevas formas de **tele formación** que tan buenos resultados han demostrado durante la pandemia y que ya se encuentran ampliamente instauradas en muchos ámbitos. Estos nuevos medios permiten la autoformación o formación a demanda, presentando claras ventajas cuando se suman a los métodos de aprendizaje tradicionales.
    - Difundir **modelos de excelencia y buenas prácticas** para incentivar su puesta en marcha en todos los centros.

- Promover **rotaciones externas**, de forma que los profesionales puedan ver y vivir como se trabaja en otros centros y de esta manera se incentive la innovación.

- Por último, se propone que como resultado de los dos puntos anteriores se ponga en marcha un **sistema de reevaluación e incentivación** de esta formación basado en los contratos programas de cada centro, área o institución. Además, para poder contar con profesionales que quieran dedicarse a la gestión, debería facilitarse la vuelta a la práctica clínica mediante un sistema de actualización, una vez acabada la labor gestora.

Todo ello debería acompañarse de, y al mismo tiempo tener como consecuencia, el reconocimiento de la gestión en la carrera profesional.

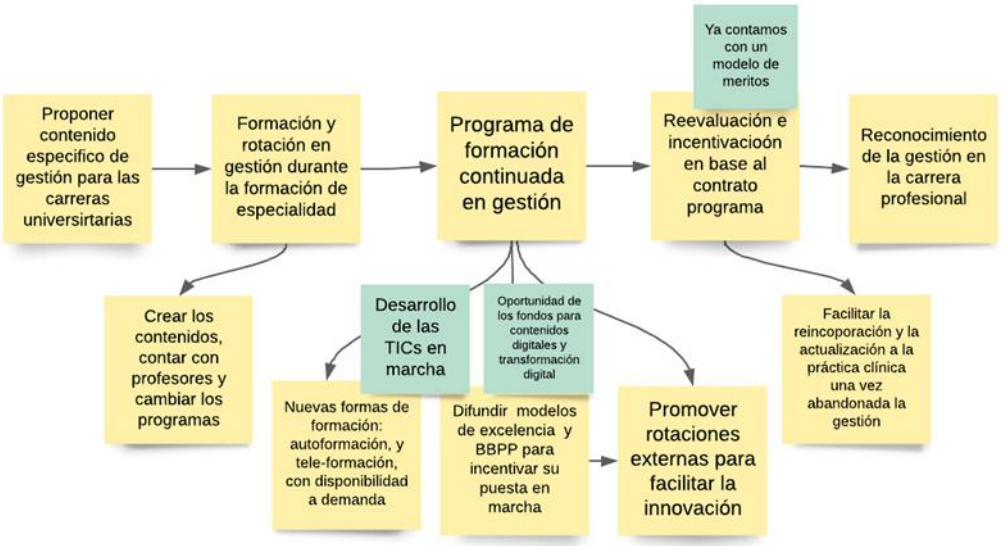
CAPACIDADES

¿Qué podemos hacer? ¿Nuestras capacidades nos permiten cumplir nuestros objetivos?

Para que el objetivo fijado se pueda hacer realidad a través de los dos ejes de acciones propuestos, ya se cuenta con algunas capacidades. Estas son:

- Ya existe un modelo de formación MIR que ha dado muy buenos resultados y que está ampliamente testado. Este modelo debe de ser fácil de adaptar para la formación en gestión y ya existe cultura de formación a través de este modelo en todo el sistema.

- La Sociedad de Directivos de Salud, SEDISA, ya ha dado pasos para la creación de un grado universitario en gestión sanitaria y se encuentra en este momento definiendo los contenidos con los Ministerios de Sanidad y Educación.
- La formación continuada es una realidad en la organización sanitaria española, y añadir formación en gestión a esta estructura ya existente no debería de ser difícil.

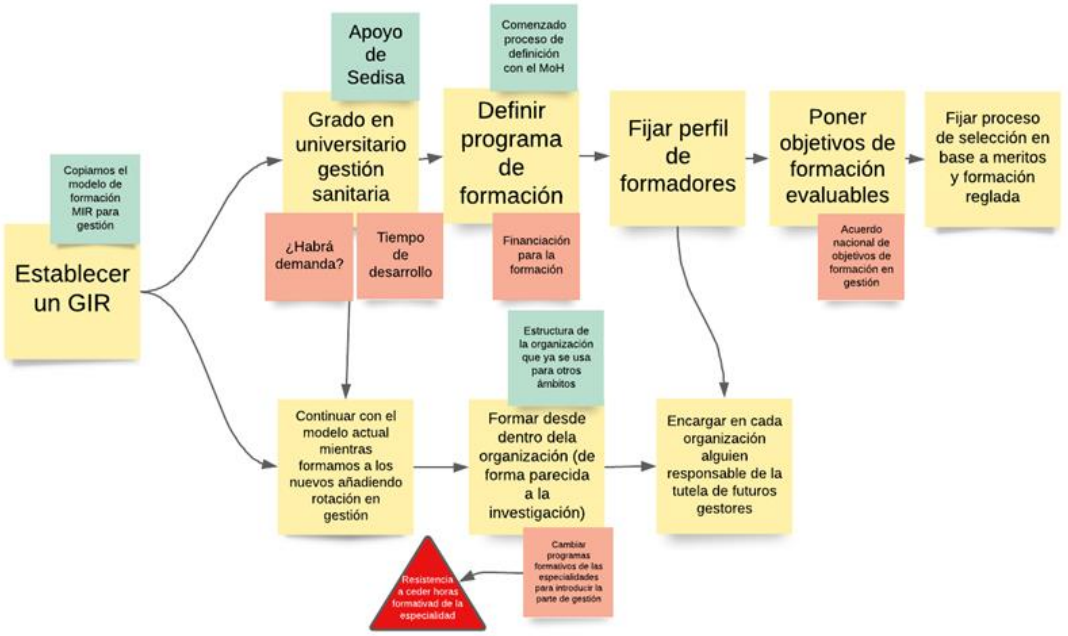


En cuanto a las capacidades existentes en la línea de adaptación de la formación en gestión a todos los niveles de gestión, se ha identificado las siguientes:

- Ya se cuenta con un modelo de méritos al que se puede incorporar una baremación de los méritos evaluables de gestión.
- El desarrollo de las nuevas tecnologías ya está en marcha en el sistema sanitario y hay modelos bien desarrollados para autoformación en otros ámbitos, por lo que será posible hacerlos confluir para adaptar la formación continuada dentro del sistema.
- Además, como consecuencia de la pandemia, se abre la posibilidad de contar con fondos europeos para desarrollar contenidos digitales y para realizar la propia transformación digital.

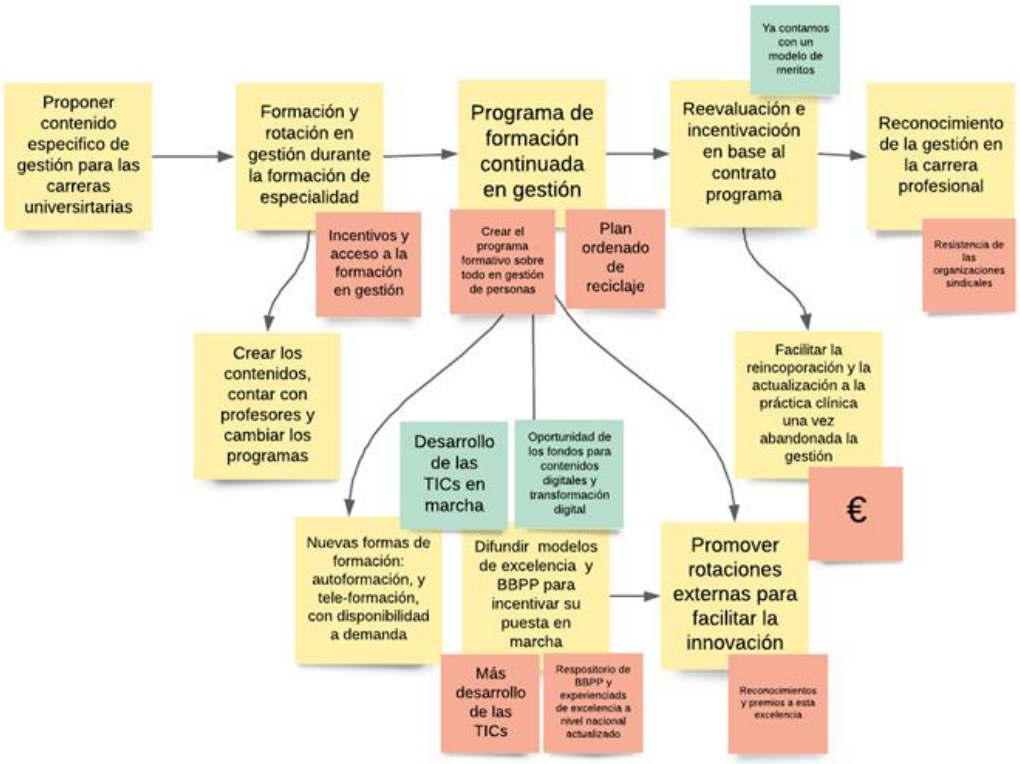
BARRERAS

¿Qué barreras o dificultades tenemos para poder cumplir nuestros objetivos?



Varias son las dificultades y barreras identificadas para cada una de las dos líneas estratégicas. Veámoslas por separado:

- Línea de grado en gestión y formación GIR:
    - El principal problema identificado es que se necesitan cambiar los programas formativos de las especialidades para introducir la parte de gestión. Se anticipa que puede haber resistencia a ceder horas formativas de la especialidad en beneficio de la formación en gestión. Además, debe alcanzarse un consenso nacional de objetivos de formación que sean evaluables y baremables.
    - La segunda dificultad es el tiempo de desarrollo de este proyecto y los cambios políticos que pueden detenerlo.
    - El tercer problema es la duda sobre la existencia de demanda suficiente para este grado en gestión y su posterior especialización, si se mantienen las condiciones de trabajo y los salarios de los futuros gestores similares a las existentes actualmente, que se perciben como claramente insuficientes.



- Línea de adaptación de formación en gestión a los diferentes niveles gestores:

    - El principal problema identificado es la posible resistencia de las organizaciones sindicales al reconocimiento de la gestión en la carrera profesional.
    - Habría que crear incentivos y dar acceso a la formación en gestión para que de verdad hubiera interés por parte de los profesionales en seguir esta formación continua.
    - Habría que crear un plan formativo específico en formación de personas y unirlo a un plan de reciclaje de los profesionales que realizan estas labores, que también deberían poder incentivarse de alguna manera para garantizar su implementación en toda la organización.
    - Para que haya profesionales dispuestos a desarrollar carrera gestora, deberá garantizarse la vuelta a la práctica clínica mediante un sistema de actualización, y este sistema necesita recursos económicos para ponerse en marcha.

- Se necesita más desarrollo de las TICS para que haya un sistema de tele formación accesible a todos los profesionales. Este desarrollo necesita dinero y tecnología a partes iguales.
- Aunque existe un repositorio nacional de buenas prácticas, este no se encuentra actualizado y no recoge todos los ejemplos de buenas prácticas y excelencia que hay en el global del SNS. Debería de ampliarse y actualizarse.
- Debería crearse un sistema de reconocimiento y premios a la excelencia para que actúe como incentivo.

3.5. MODELO DE GESTIÓN DE PERSONAS: MARCO DE RELACIÓN

En la votación de la mejor propuesta, la propuesta del subgrupo 1 y la del subgrupo 4 empataron, por lo que se decidió con los participantes totales del taller, que ambas serían consideradas en el cómputo total de las propuestas más votadas.

PARTICIPANTES SUBGRUPO 1

- **Antonio Torralba** – Presidente de ConArtritis
- **Eugenio Chamizo** – Jefe de Servicio de Reumatología, Hospital de Mérida
- **María Dolores Acón** – Gerente, Hospital San Juan de Dios de Bormujos - Sevilla
- **Soledad Gallardo** – Gerente, Hospital de Inca de Mallorca

¿CUÁL ERA NUESTRO OBJETIVO?

Modelo retributivo mixto triple (fijo + resultados + docencia/investigación). Modelo orientado al valor, en el paciente, la organización y el sistema.

ACCIONES
¿Qué acciones son necesarias para cumplir nuestros objetivos?

Para conseguir el objetivo fijado, se proponen dos líneas de acciones diferentes:

- Por un lado, acciones encaminadas a que la retribución de los profesionales y los gestores se base en los resultados en salud obtenidos con su actuación.
- Por otro lado, acciones que ayuden a que los profesionales se alineen con los objetivos del sistema sanitario desde su primera incorporación al sistema.

Veamos cada una de ellas en detalle

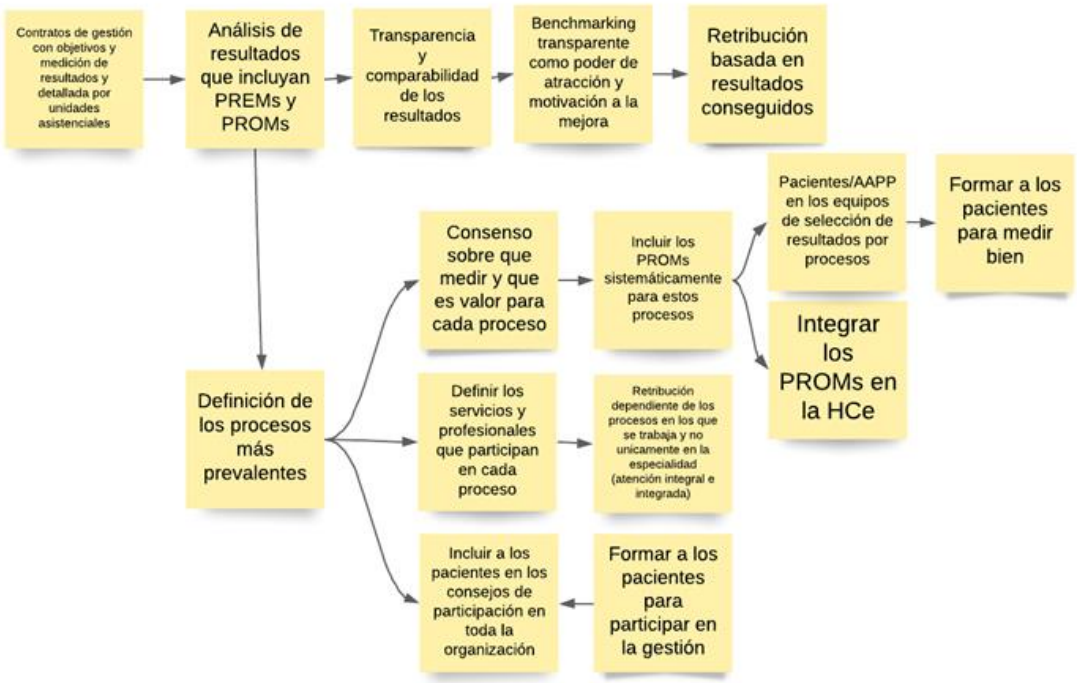
Contratos basados en resultados en salud

Para conseguir el objetivo marcado, lo primero que se propone es cambiar todos los contratos, tanto los de gestión como los de los profesionales, para que incluyan los objetivos y la medición de resultados en salud, detallada para cada una de las unidades asistenciales. Estos resultados deben incluir el uso de **PREMs (Patient Reported Experience Measures) y PROMs (Patient Reported Outcomes Measures)** para contar con la perspectiva del paciente y deben de consensuarse para que sean comparables entre los distintos SRS y los distintos centros o unidades. Para ello deben de transparentarse de forma comprensible y auditable.

Todo ello permitirá poner en marcha un **benchmarking transparente**, que será un potente atractivo y agente motivador para la mejora del sistema. Por último, para que todo ello funcione, debe de trasladarse a los contratos de todos los profesionales y gestores, de forma que se premie a los que se esfuercen por conseguir los mejores resultados para los pacientes y la sociedad en su conjunto.

Para que este cambio se pueda hacer realidad antes de 2025, se propone comenzar definiendo los indicadores de medición de los procesos más prevalentes en España. Para ello deben de ponerse en marcha tres líneas de acción:

- **Consenso sobre lo que se considera valor y como hay que medirlo en cada proceso identificado.** Es clave que se incluyan PROMs en estas mediciones y para ello habrá que contar con la participación de los pacientes y/o asociaciones de pacientes para identificar tanto los indicadores de medida como los PROMs que servirán de herramienta de medición. Esto requerirá de una formación específica sobre medición de resultados en salud a los pacientes. Además, estos resultados se deben de volcar directamente a la historia clínica.
- **Definir los servicios y profesionales que participan en cada proceso**. Esto permitirá que se retribuya a cada profesional según los procesos en los que trabaja y no únicamente por la especialidad, favoreciendo así una atención sanitaria integrada e integral.
- **Incluir a los pacientes en los consejos de participación a todo lo largo y ancho de la organización sanitaria**. Solo así conseguiremos que el sistema sanitario tenga la visión que el ciudadano quiere y necesita. Para ello, se deberá fomentar la adecuada formación a pacientes en gestión sanitaria.

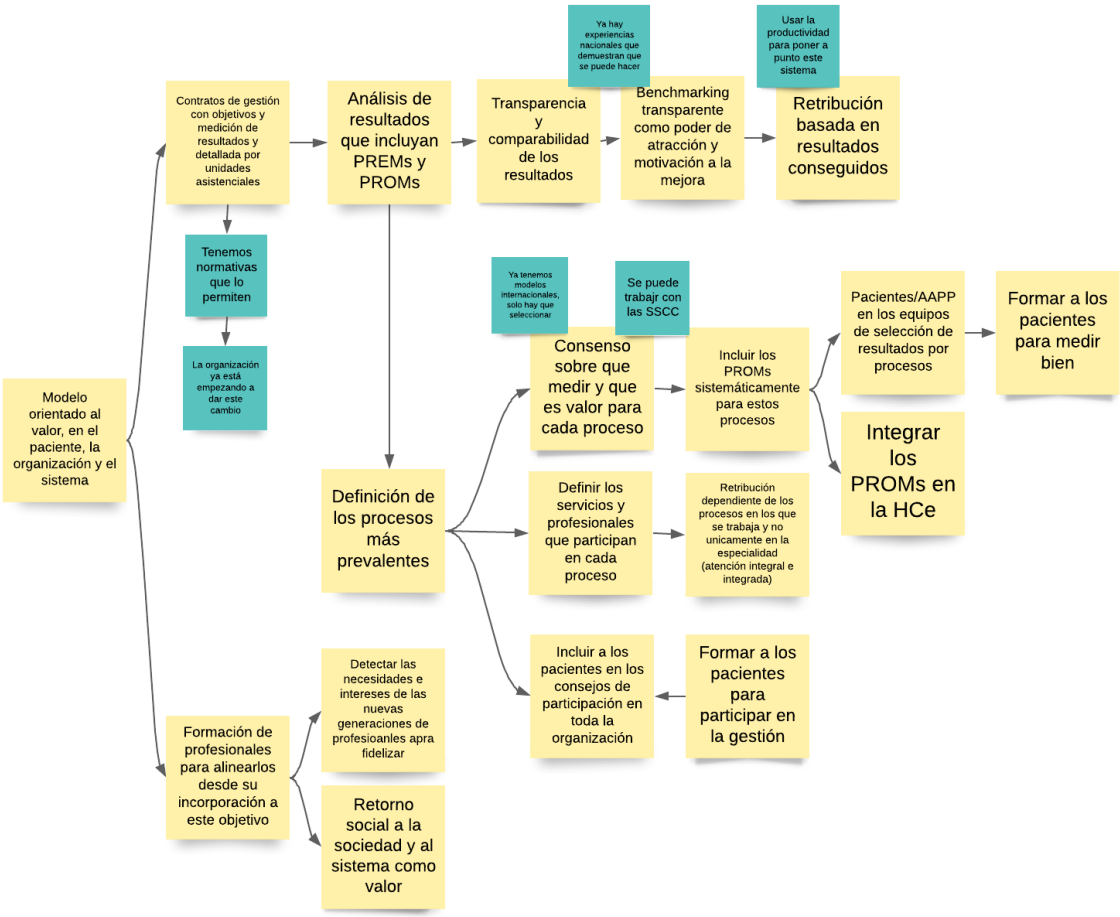


Formación de los profesionales

La segunda línea de acción profundiza en la formación a profesionales para que se alineen desde el inicio de su carrera profesional con los objetivos de la organización. Para ello, será necesario previamente **detectar las necesidades e intereses de las nuevas generaciones de profesionales**, para incentivar su fidelización, evitando que se marchen a otro país o a la sanidad privada y motivar al cumplimiento de los objetivos. Además, se debe transmitir a los profesionales la visión de retorno a la sociedad y al sistema como valor.

CAPACIDADES

¿Qué podemos hacer? ¿Nuestras capacidades nos permiten cumplir nuestros objetivos?



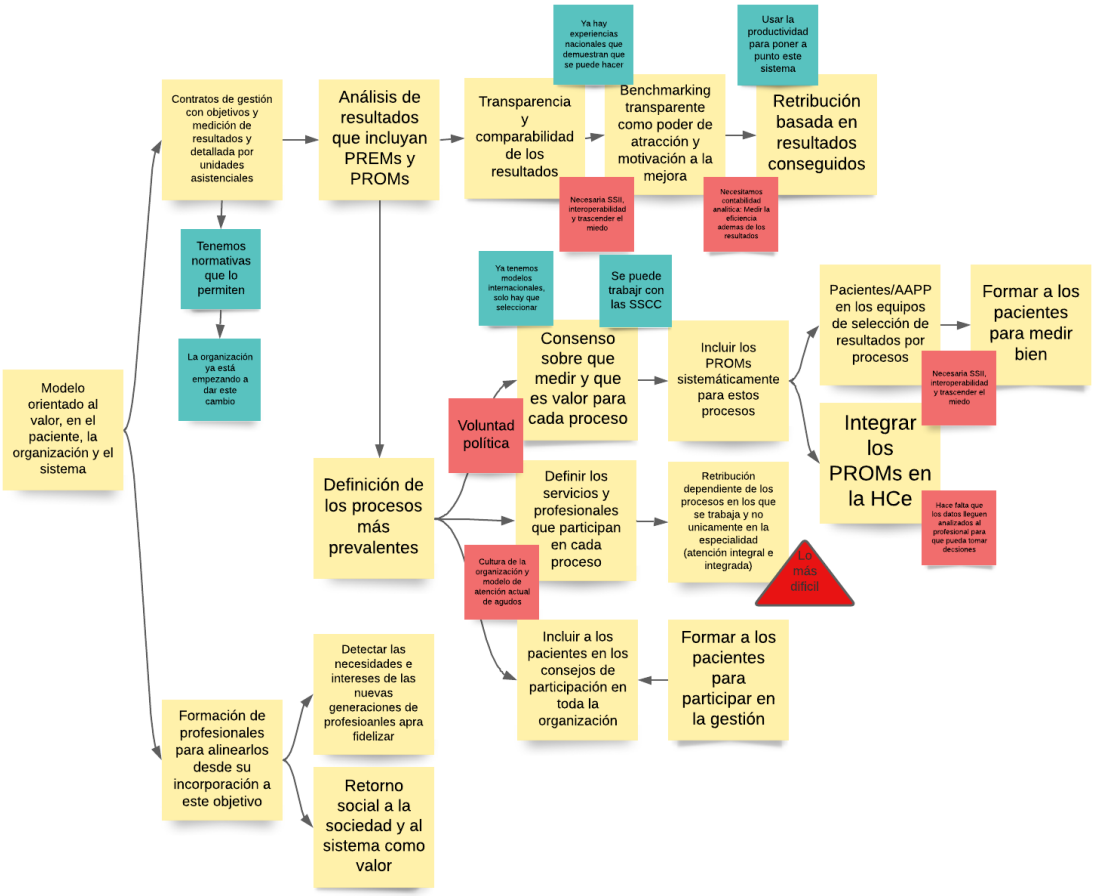
Para alcanzar este objetivo ya se dispone de algunas fortalezas que se deberían aprovechar:

- En primer lugar, ya hay experiencias internacionales de benchmarking basado en resultados en salud transparentes que demuestran que se consiguen mejoras de calado para los pacientes y la sociedad, y que es posible hacerlo.
- En segundo lugar, se podría utilizar el concepto de productividad que ahora forma parte de la retribución salarial para que se premie a los que consigan buenos resultados en salud. De esta manera la productividad realmente pagaría el concepto en sí y no la mera actividad, dado que no hay mejor productividad que el resultado en salud.

- En cuanto a los contratos de gestión basados en medición de resultados, ya tenemos normativas que lo permiten, y de hecho hay organizaciones que ya están dando este cambio, por lo que no se prevén grandes barreras legales.
- En cuanto a los consensos de indicadores y objetivos de medición por patologías, ya tenemos consensos internacionales para muchas de ellas, que han demostrado que funcionan (ICHOM es un buen ejemplo). Se podrían aprovechar estos sets y consensuar las pequeñas adaptaciones que se necesiten para España. Además, estos sets de indicadores y herramientas de medición se podrían trabajar con las sociedades científicas, algunas de las cuales ya están de hecho trabajando en este mismo objetivo a nivel nacional e internacional.

BARRERAS

¿Qué barreras o dificultades tenemos para poder cumplir nuestros objetivos?



Se han identificado varias barreras y necesidades que habrá que trabajar para hacer posible esta propuesta:

- En primer lugar, es necesario contar con unos **sistemas de información interoperables** y que permitan no solo la recogida de los indicadores, sino su análisis y una presentación intuitiva para facilitar la toma de decisiones y la evaluación.
- En segundo lugar, necesitamos que la sanidad cuente con un **sistema de contabilidad analítica** que permita medir la eficiencia de la actividad asistencial, más allá de la medición únicamente de los resultados, puesto que si no podrían alcanzarse estos últimos a costa de un gran gasto.
- Hace falta **voluntad política** para trabajar y alcanzar un **consenso** de medición para los 17 SRS que tenemos, y para que la **equidad** de la cartera básica común se entienda **en cuanto a los resultados** que se deben alcanzar con ella, y no tan solo a los procesos que incluye.
- Hay que **cambiar la cultura** de la organización basada en especialidades, y el modelo de atención actual, basado fundamentalmente en agudos. Este cambio no es sencillo pero otras organizaciones en Europa han demostrado que es posible y que aporta grandes ventajas.
- En el mismo sentido, hace falta superar el miedo a la comparación y a hacer públicos los resultados que se obtienen en cada unidad asistencial y cada proceso. La **transparencia** es una potente arma de mejora y es un derecho de cada uno de nosotros como ciudadanos. Para que sea aceptada y comprendida, debe de hacerse forma apropiada, con resultados que se entiendan y que incluyan todos los factores modificadores. Por ello, hace falta que los datos lleguen analizados al profesional, para que pueda tomar decisiones tanto para el paciente como para su propia mejora profesional.
- Por último, la principal barrera para alcanzar este objetivo es el **necesario cambio en el modelo retributivo**. Aunque durante este proyecto prácticamente todos los profesionales, gestores de los diferentes niveles y pacientes se mostraron a favor de este cambio, hará falta negociar con los sindicatos la nueva forma retributiva, y se presume que no será una negociación sencilla.

PARTICIPANTES SUBGRUPO 4

- **Ana Yuste Peña** – Directora Médico, Hospital General de Ciudad Real
- **Jorge de la Puente Jiménez** – Director General de Ordenación, Farmacia e Inspección, Consejería de Sanidad de Cantabria
- **Jesús Leal** – Coordinador de Enfermería, Hospital Morales Meseguer de Murcia
- **Luis Mendo** – Director Área de Salud Cascante de Navarra
- **Toni Juan** – Jefe de Servicio de Reumatología, Hospital Son Llatzer de Palma de Mallorca

¿CUÁL ERA NUESTRO OBJETIVO?

Profesionalización de la gestión: trabajo en equipo/justo/delegando/motivador/ cualificado. Visión estratégica.

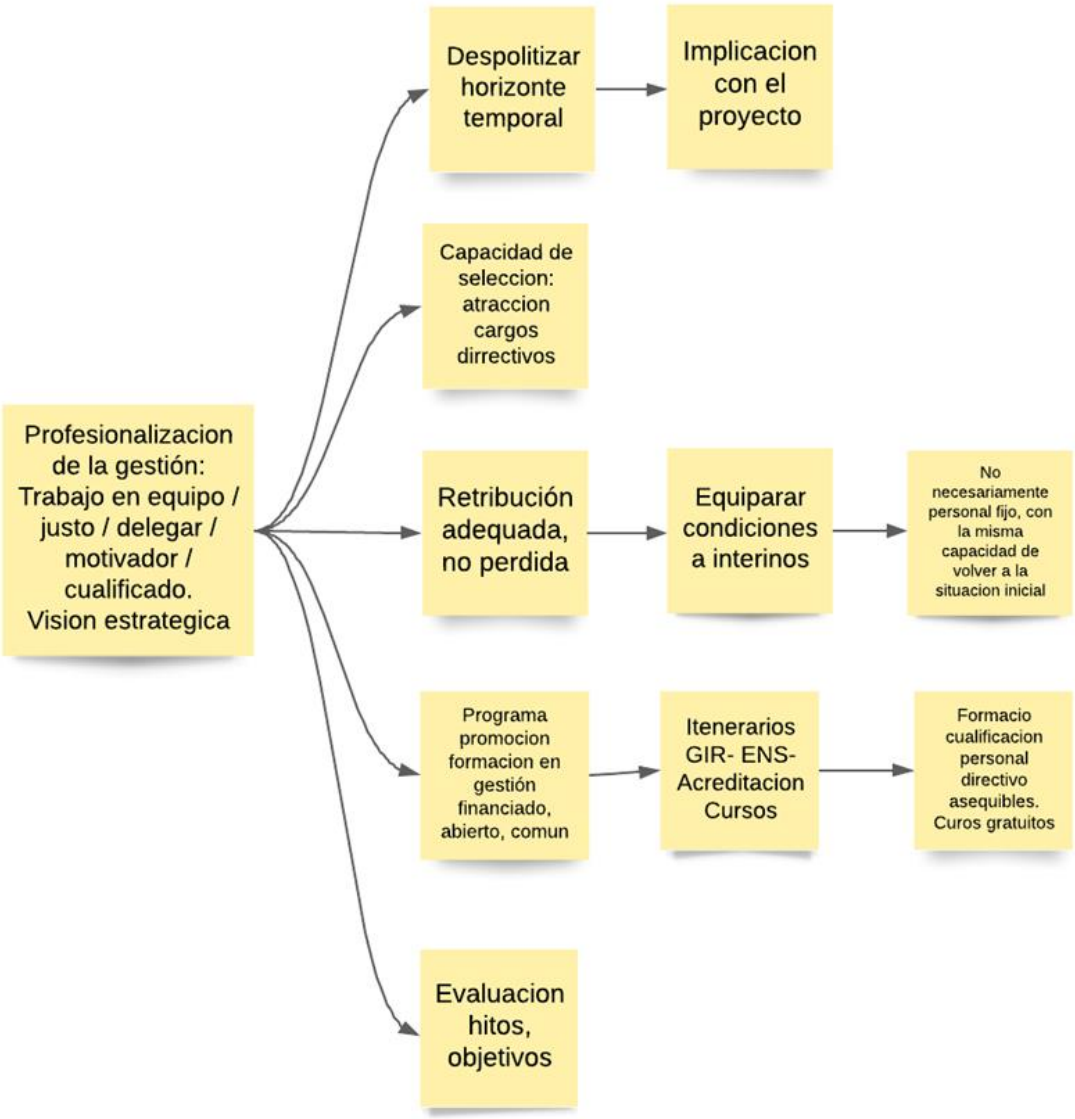
ACCIONES
¿Qué acciones son necesarias para cumplir nuestros objetivos?

Las propuestas de acción giran en torno a cinco grandes temas:

- En primer lugar, para una hacer una buena gestión existe amplio consenso sobre la importancia de despolitizar la gestión. La **profesionalización de la gestión** facilita que los directivos no estén sujetos a intereses de partido. En este sentido es importante destacar que profesionalización no significa la no implicación en el proyecto y en el cometido, al contrario; pero el compromiso con el trabajo no debe ser por motivos políticos.
- La **capacidad de selección**. En el proceso de selección de los miembros del equipo de dirección, la atracción de los cargos directivos al proyecto conlleva la implicación, motivación y compromiso al mismo.
- En el terreno retributivo se considera que el ejercicio de funciones de gestión debe estar **retribuido de forma adecuada**, sin que asumir este cargo suponga en ningún caso la pérdida de poder adquisitivo. De igual manera, poder nombrar de forma interina y temporal a personal fijo de la organización sin pérdida de las condiciones de partida es un aspecto importante a preservar.
- Un espacio de debate interesante es también la **formación de los profesionales** para que puedan ejercer funciones de dirección y gestión en diferentes ámbitos de responsabilidad. Las ideas y propuestas al respecto giran en torno a la formulación de programas para la promoción de la formación en gestión que deberían estar financiados, ser asequibles, abiertos y estar a disposición de todos. La implicación de la Escuela Nacional de Salud (ENS)

preparando itinerarios específicos y acreditando cursos contribuiría a mejorar la situación.

- Por último, la **evaluación de los resultados, de forma regular, transparente y mediante hitos previamente acordados** debería cerrar el círculo para un abordaje virtuoso de las responsabilidades de la gestión.



CAPACIDADES

¿Qué podemos hacer? ¿Nuestras capacidades nos permiten cumplir nuestros objetivos?

El éxito del sistema MIR para el ámbito asistencial plantea la necesidad de, en base al mismo modelo, crear un programa específico para directivos del ámbito de la salud, que contemple la combinación de la adquisición de conocimientos con la formación práctica en las diferentes habilidades requeridas.

A parte del sistema MIR, el conjunto del sistema de salud de reconocido prestigio y la propia ENS, son valores a destacar con una amplia capacidad para vertebrar y desplegar un modelo de éxito también en entorno de la gestión profesionalizada de los servicios de salud.

BARRERAS

¿Qué barreras o dificultades tenemos para poder cumplir nuestros objetivos?

Para finalizar se relacionan las principales dificultades en la profesionalización de la gestión, muy en línea con las acciones y capacidades identificadas:

- La configuración del sistema de salud, con las responsabilidades en salud delegadas en las CC.AA., supone una dificultad muy importante en la implementación de modelos de gestión homogéneos. Cada CC.AA. es responsable de la salud de su territorio y dispone de los recursos para gestionar la atención a los problemas de salud de la población.
- Esta diversidad y atomización de los poderes de decisión es un terreno propicio para una mayor influencia de la política que se encuentra en situación de cambios continuados.
- El modelo de gestión es altamente dependiente del modelo de función pública y condiciona el proceso de despolitización y funcionarización de los directivos.
- Las acciones propuestas relacionadas con la retribución de los directivos requieren de una dotación presupuestaria adecuada y es la principal necesidad identificada para el cambio.
- Trabajar, evaluar y retribuir a los directivos y gestores en base a resultados supone establecer un sistema de benchmarking que permita objetivar y comparar los resultados de forma común (central de resultados) para el conjunto del sistema.

3.6. MODELO DE GESTIÓN DE PERSONAS: PERFILES ROLES Y FUNCIONES

PARTICIPANTES SUBGRUPO 1

- **Ángel Ramírez Payer** – Jefe de Sección de Hematología, Hospital Universitario Central de Asturias
- **Ibrahim Hernández Millán** – Director Gerente Área Integrada de Albacete
- **Manuel Ballester Nogués** – Director Médico, Hospital Universitario La Fe de Valencia
- **María Queralt Gorgas** – Jefa de Servicio de Farmacia Hospitalaria, Hospital Universitari Vall d´Hebron de Barcelona
- **María Zaforteza Dezcallar** – Jefa de Servicio de Farmacia, Servicio de Salud de las Illes Balears (Ib-Salut)

¿CUÁL ERA NUESTRO OBJETIVO?

Planificar los recursos humanos (RR.HH.) a medio y largo plazo según las necesidades reales, asistenciales y no asistenciales, adaptando esta planificación a los cambios habidos en la medicina y la tecnología y según un modelo de atención integrada.

ACCIONES
¿Qué acciones son necesarias para cumplir nuestros objetivos?

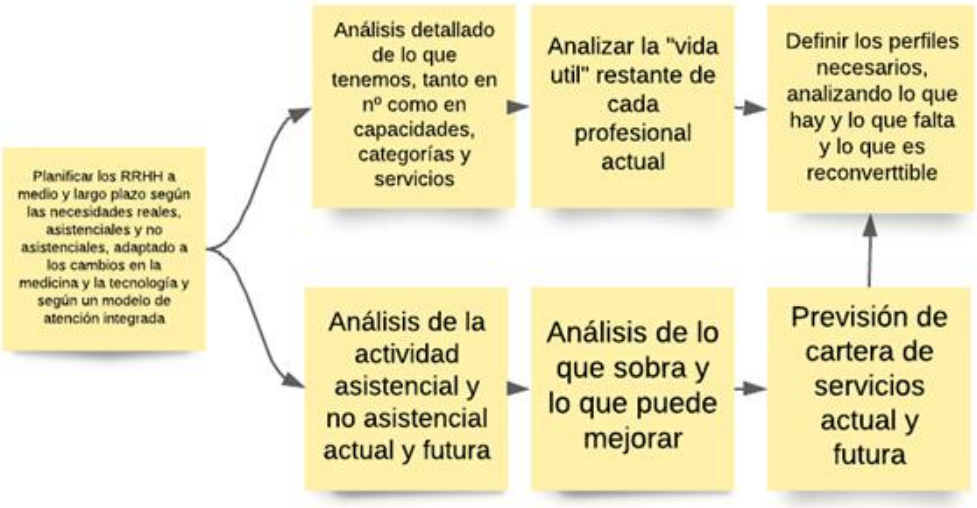
Para conseguir el objetivo marcado, se han elaborado una serie de acciones, que pasan por las fases habituales de una buena planificación:

- Análisis de situación,
- identificación de recursos,
- plan de trabajo y
- monitorización de resultados.

El punto de partida inicial y que se considera clave para el éxito del plan de acción es que la **planificación** se haga con **la participación de todos los profesionales**, de todos los niveles y centros de atención, de todas las categorías y todos los ámbitos geográficos, trabajando al unísono para un mismo fin.

Dentro del análisis, lo primero que debe hacerse es **consensuar a nivel nacional** tanto los conceptos que se van a incluir en el análisis como las medidas que se van a usar. De esta manera, se podrá llevar a cabo la agregación de los datos que indefectiblemente deberían partir del nivel autonómico para consolidarse a nivel nacional.

Se han establecido dos puntos importantes de análisis:



- **Analizar** con detalle todos los **recursos humanos** que actualmente tiene el sistema sanitario, tanto en número como en capacidades, categorías y servicios. Además, debe de analizarse también la “vida útil restante” que le queda a cada profesional, para calcular el reemplazo necesario en los próximos años.

- En paralelo debe de realizarse un **análisis de la actividad asistencial** que se realiza en el SNS. Sobre esta actividad actual, medida en presente, deben de realizarse tres adaptaciones para calcular el futuro:

    - Se debe **retirar** aquella actividad que se ha demostrado que **no aporta valor**, modificando también en número aquella que debe ser mejorada;
    - La actividad debe actualizarse según el aumento o disminución de incidencia de patologías o por adaptación de la práctica clínica a los avances en tecnología sanitaria y de efectividad de nuevos tratamientos.
    - Por último, se debe **planificar, definir y consensuar**, la **cartera de servicios** del SNS, al menos al mismo plazo que se planifican los **RR.HH.**

Terminado este análisis se podrán **definir los perfiles necesarios para la actividad** que se deriva de la cartera de salud consensuada. Tras esta definición, podrá compararse lo que se necesita con lo que actualmente existe, analizando también cuales de los puestos que sobran o faltan son reconvertibles desde otros perfiles.

El siguiente paso será **especificar la necesidad de RR.HH. por ámbito geográfico y asistencial**. Para ello deberán tenerse en cuenta no solo los días laborales normativos sino también la cobertura de ausencias, bajas, etc., promedio del sector. Además, debe calcularse el porcentaje de la jornada que se dedica a la labor asistencial y el que se dedica a la formación y la investigación. No hacer este cálculo en la planificación, deja fuera una de las mejores opciones de motivación del profesional sanitario, y relega la investigación de los centros asistenciales, siendo esta una de las causas más importantes de pérdida de talento en nuestro sistema sanitario.

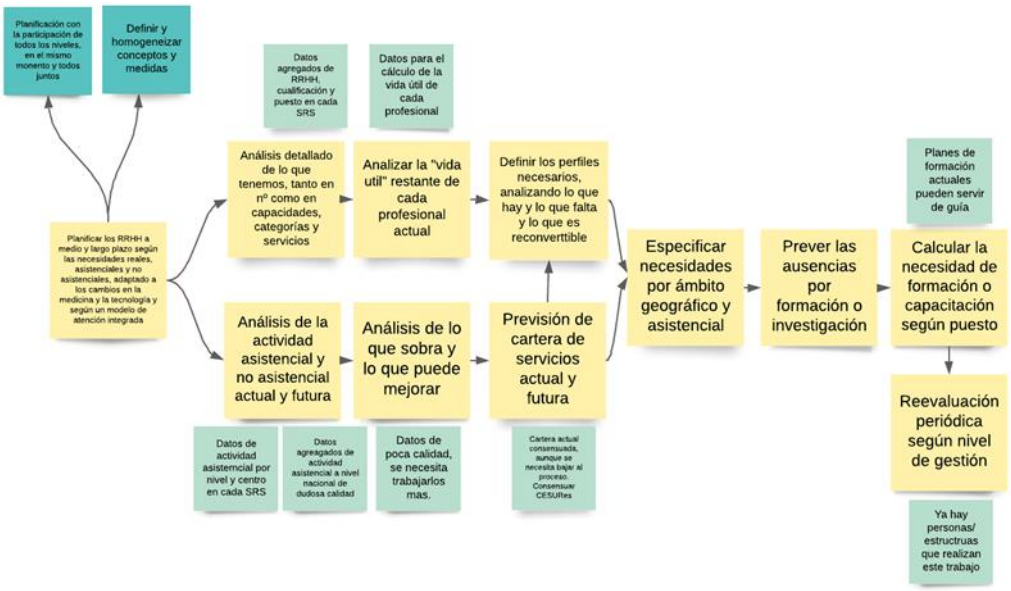
El último paso será **calcular las necesidades de formación y capacitación** según cada puesto de trabajo. Estas necesidades deben indicar el tiempo que lleva alcanzarlas, para poder iniciar el proceso formativo con tiempo suficiente para garantizar que se contará con los profesionales en el momento en que deben cubrirse los puestos. Dada la extensión de la formación reglada tanto para especialistas médicos como de enfermería, parece prioritario comenzar la planificación por este nivel de profesionales para que la jubilación de la generación del “baby boom”, que está próxima a llegar, no deje vacío el sistema.

Por último, y como punto esencial del éxito de la planificación de recursos humanos, debe de llevarse a cabo la **reevaluación periódica** de esta planificación en todos los niveles de gestión. La periodicidad de la reevaluación dependerá del nivel de gestión, pudiendo ser más frecuente en los niveles micro y menos en el macro, aunque en todo caso debe de ir siempre unida a los nuevos Planes Estratégicos o Asistenciales que cada Sistema Regional de Salud establezca.

CAPACIDADES

¿Qué podemos hacer? ¿Nuestras capacidades nos permiten cumplir nuestros objetivos?

- Aunque de forma diferente y posiblemente no en datos interoperables, cada comunidad autónoma cuenta con datos agregados de sus recursos humanos, su cualificación y el puesto al que han sido asignados. Con estos datos podría realizarse el análisis detallado de los RRHH en número, categoría y servicio.
- También se cuenta con datos de años previstos hasta la jubilación y con porcentajes de pérdidas de profesionales en la sanidad pública por traslados a otros SRS, paso a la sanidad privada o marcha al extranjero. Con todo ello podría calcularse la vida útil restante de cada profesional.
- A través de las memorias de las áreas, los centros o los SRS podrá analizarse y agregarse el total de la actividad asistencial presente. Basándose en los planes estratégicos de cada SRS podría analizarse la actividad futura, y a través de ella, fijar las modificaciones de actividad que hay que poner en marcha para adaptarse a los planes.



- Para calcular la previsión de actividad por la cartera de servicios actual y futura, podemos basarnos en la cartera actual, definiendo con mayor profundidad los procesos que se incluyen en la cartera básica común, y haciendo que cada cambio en la cartera básica lleve aparejado un cambio subsiguiente en la planificación de RR.HH. a futuro.

- Para calcular las necesidades formativas, podemos basarnos en los planes actuales de formación y capacitación, e ir adaptando la planificación a los cambios formativos que vayan incorporándose.
- Aunque con diferentes soluciones, existen personas asignadas a este análisis periódico en casi todos los SRS. Algunas comunidades autónomas lo llevan a cabo contando con consultorías externas y otras lo realizan "in house", pero la planificación de recursos humanos forma parte de la rutina anual, aunque quizás no tan detallada ni con perspectiva de futuro a largo plazo. Como veremos a continuación, es más importante lo que falta, sobre todo por la necesidad de consenso a nivel nacional, ya que, aunque las necesidades sean locales (las transferencias de sanidad obligan), la formación sigue directrices nacionales.

BARRERAS

¿Qué barreras o dificultades tenemos para poder cumplir nuestros objetivos?

La primera necesidad ya está fijada en el propio objetivo: hace falta un **consenso nacional** para realizar esta planificación entre todos de forma simultánea, con la participación de todos los estamentos y niveles profesionales. Este consenso debe fijar las normas de juego, los conceptos y las definiciones, la forma de medir y las herramientas de medición. Además, los resultados deben de **compartirse y transparentarse**, y formar parte de las herramientas de gestión.

De igual forma, cada vez que se actualiza un plan estratégico de salud, se elabora una nueva Ley de Sanidad o se cambia la cartera básica común de servicios sanitarios, debe de actualizarse el Plan de RR.HH. del SNS. Solo así se conseguirá que los planes se puedan implementar en tiempo y forma.

- Cuando la voluntad de llevar a cabo esta planificación sea clara, debe de contarse con **grupos de trabajo** que garanticen la participación de todos los agentes y niveles profesionales. Esta participación, al igual que la planificación, deberá llevarse a cabo al unísono, para que no haya visiones diferentes en el tiempo.
- El primer punto de trabajo debería ser la elaboración de un **consenso de conceptos y medidas** para llevar a cabo el análisis. Habrá que garantizar que todos hablamos el mismo lenguaje y no se entienden cosas diferentes usando un mismo término.
- Además, sería importante contar con **herramientas tecnológicas** que facilitaran este análisis. Como ya dijimos en el capítulo de capacidades, existen datos, pero estos no son ni homogéneos ni interoperables, y deberíamos caminar hacia ese punto. Además, la **interoperabilidad** facilitaría la transparencia en los datos y la futura gestión basada en resultados, también transparente.

- Para definir los perfiles necesarios para cada proceso o función, necesitamos **ratios** que nos ayuden a **calcular personal por actividad y función**. Estas ratios deberían también ser **consensuados** y de uso **nacional**. Esto garantizaría la equidad entre regiones, dificultando la marcha de profesionales desde áreas menos atractivas a otras que lo son más.
- Para asegurar que los datos de actividad asistencial a futuro se basan en necesidades reales, será imprescindible contar con **planes funcionales** a medio y largo plazo **actualizados**, por unidades, servicios, centros y áreas, para que las nuevas "funciones" vayan acompañadas de los recursos humanos necesarios para su puesta en marcha. Para que estos planes sean realistas, se deberían incorporar para la planificación perfiles de profesionales expertos en procesos y calidad. En todo caso, deben ser **expertos metodólogos**, que garanticen que el trabajo esté bien hecho y que los datos que se obtienen de él sean útiles para el presente y para el futuro.

En resumen, nos faltan algunos puntos importantes, pero contamos con otros muchos para poder empezar. Lo esencial es el consenso nacional para planificar conjuntamente.

AMPHOS es un proyecto de:
Con la colaboración de:

3.7. FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD

PARTICIPANTES SUBGRUPO 2

- **Ana Vázquez** – Presidenta, Liga Reumatoloxica Galega de Galicia.
- **Antonio López Andrés** – Subdirector General de Farmacia, Osasunbidea de Navarra.
- **María Dolores Santos** – Jefa de Servicio de Farmacia Hospitalaria, Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.
- **María Teresa Herranz** – jefa de Sección de Medicina Interna, Hospital Morales Meseguer de Murcia.

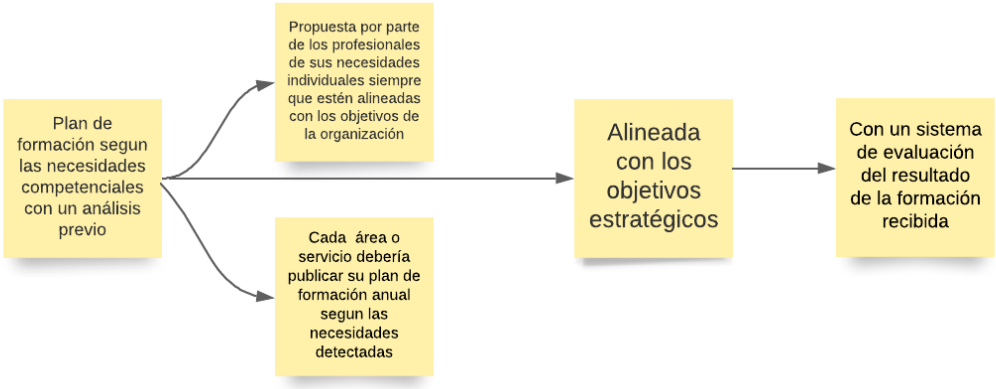
¿CUÁL ERA NUESTRO OBJETIVO?

Formación continua adecuada a las necesidades de salud y a los objetivos de la organización; integrada a la práctica clínica y garantizada por la organización que forme parte de los planes estratégicos de la organización y esté financiada por ella. Que evalúe los resultados de la formación.

ACCIONES
¿Qué acciones son necesarias para cumplir nuestros objetivos?

De manera literal, se exponen a continuación, las acciones que el subgrupo considera necesarias para lograr la meta planteada:

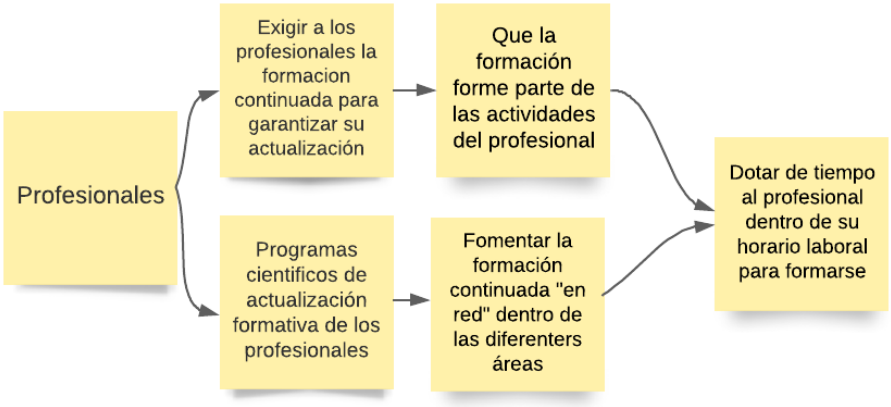
- En primer lugar y en cuanto a la **definición** de cuál debe ser el **modelo de formación continua** se concreta en:



AMPHOS es un proyecto de:
Con la colaboración de:

- Toda la formación continua debe estar **planificada** y precedida de un **análisis previo de las necesidades competenciales** de los profesionales.
- Para elaborar este plan, hay que preguntar también a los profesionales cuáles son sus necesidades individuales. Pero se considera "clave" que esté dirigida y **alineada con los objetivos estratégicos de la organización** ya que un plan que solo atienda al gusto y preferencias de cada área o profesional de manera individual y descoordinada no redundaría en una mejora de la calidad de la atención ni cara a la organización en general ni cara a las necesidades de salud reales de la población.
- Además, los **planes de formación** una vez realizado el análisis de necesidades según objetivos, debe ser **publicado** y asegurar el acceso de cada profesional con equidad y transparencia.
- Por último, hay que **medir resultados**, toda acción formativa debe ir acompañada con su correspondiente plan de avaluación para conocer si realmente ha conseguido su objetivo, si no da el resultado esperado habrá que replantearse el plan en un proceso de mejora continua.

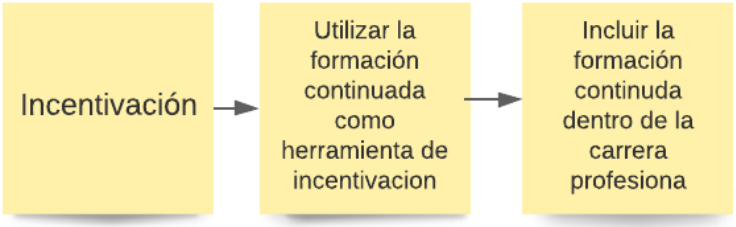
- En cuanto a cómo debe ser recibida esta formación por parte de los profesionales:



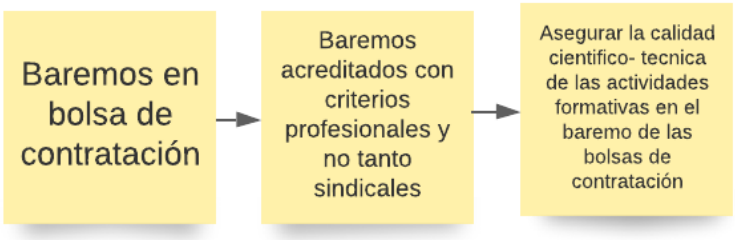
- El grupo considera que la **formación continua** debería ser de alguna manera **"obligatoria"** ya que es parte inherente de una profesión sanitaria. Debe garantizarse que los profesionales actualizan o complementan sus conocimientos y que la población recibe la mejor atención posible.

- Para ello los profesionales deben de poder **acceder a esta formación dentro de sus horas de trabajo** y no como hasta ahora que no siempre es así. Debería ser una actividad más dentro de la rutina diaria de cada profesional.
- Una forma de garantizar la actualización continua y la colaboración a la hora de compartir conocimiento es la **formación continua en "red"** como una manera de aprovechar lo que ya existe.

- Uno de los problemas detectados en cuanto al clima laboral de los profesionales sanitarios en los últimos tiempos es la desmotivación. La formación continua es una **herramienta potente** y poco utilizada y que debería tenerse en cuenta en la **gestión de las personas** dentro de las organizaciones.
- Por otra parte, la formación continua de calidad debería **formar parte de la carrera profesional.**



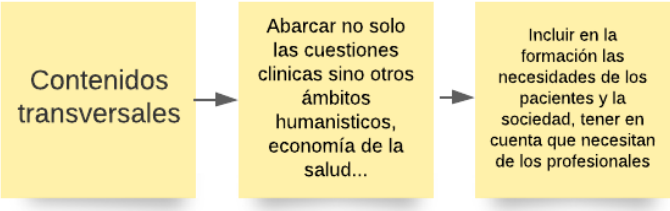
- Una de las cuestiones planteadas es **cambiar el sistema actual de formación continua** dirigida fundamentalmente a conseguir "puntuación" para la bolsa o lista de contratación sin tener en cuenta la calidad de esta y que en este momento está más basada en acuerdos sindicales que en criterios verdaderamente profesionales y con objetivos claros dirigidos a garantizar un mejor conocimiento de los profesionales en sus diferentes campos de actuación. Por tanto, se propone que el **sistema de acreditación** de la formación se modifique hacia un aseguramiento de la **calidad científico-técnica** con la participación de profesionales expertos en ello.



- En la planificación de los planes formativos debe tenerse en cuenta no solo la temática puramente clínica sino, además, todas aquellas cuestiones que mejoren la **formación integral de los profesionales en todos los ámbitos**

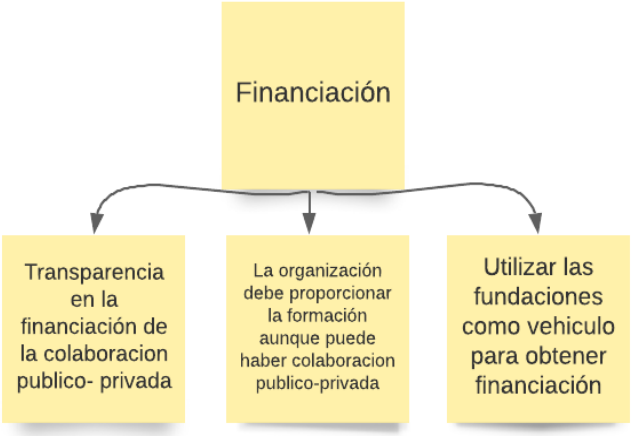
tanto humanísticos, como de comunicación o los relacionados con la gestión o la economía de la salud.

- Se propone también **contar con la opinión de los pacientes** en el análisis previo de necesidades formativas. Siendo los pacientes y la población los destinatarios finales de la atención, es imprescindible conocer sus necesidades y cuáles son los aspectos que consideran importantes y prioritarios para su salud y en su relación con el sistema y los profesionales.



- Por último y en relación con la financiación se establecen los siguientes criterios:

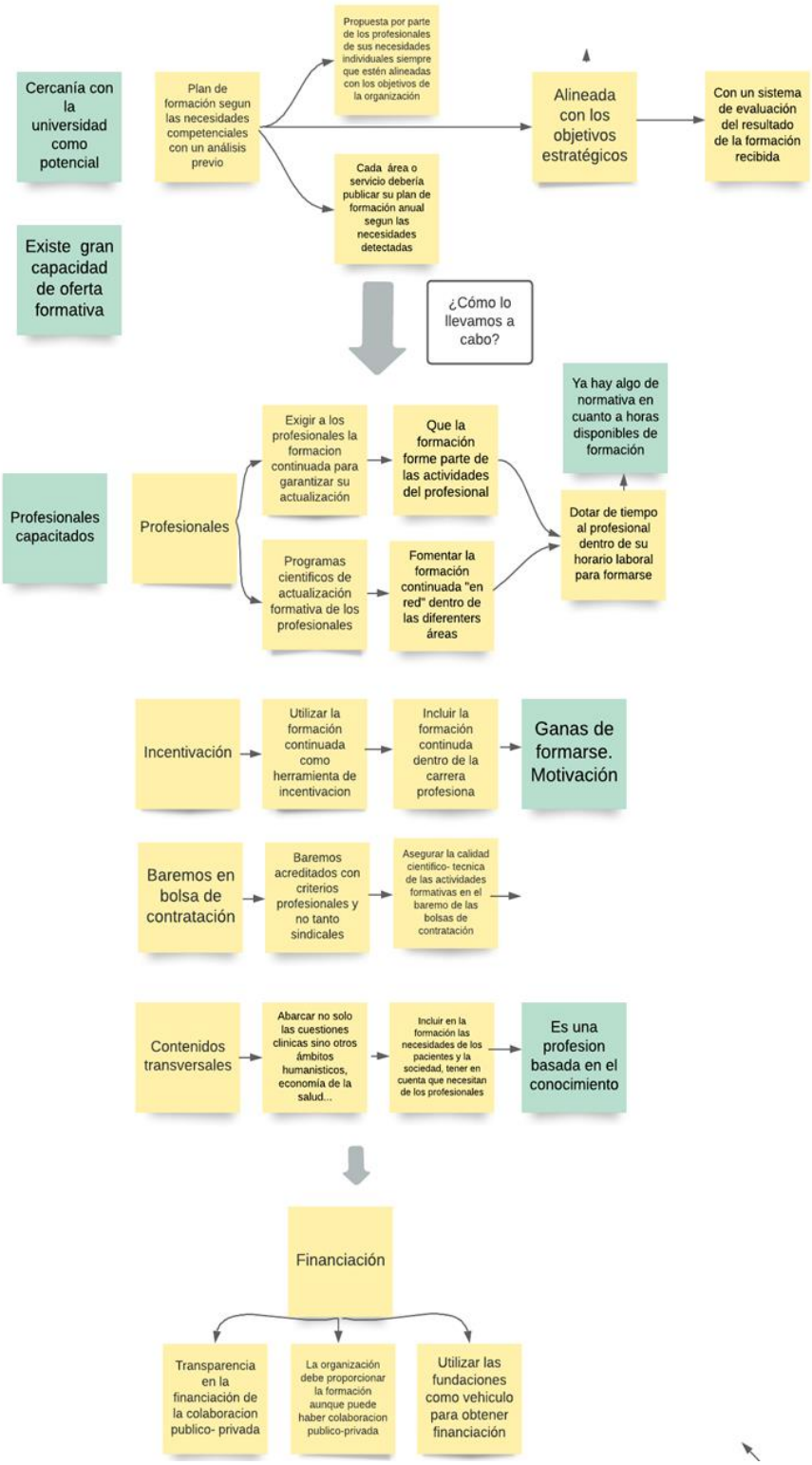
  - Es **la organización** la que debe **tomar las decisiones** en cuanto a la formación que deben recibir sus profesionales a través de un plan como ya se ha comentado. No debería ser la empresa privada o la industria la que decida de manera unilateral o de manera individualizada con algunos profesionales, las acciones formativas.
  - Sin embargo, sí es interesante la **colaboración público – privada como fuente de financiación**, teniendo en cuenta que el modelo debe ser: la organización planifica y decide qué y cómo debe ser la formación que proporcionar y a quién debe estar dirigida, y que la empresa privada por su parte colabore en su provisión o financiación.
  - Esta **colaboración** debe ser **transparente** y no debe tener ningún otro objetivo que el determinado por la organización.
  - A través de las **fundaciones** podría vehiculizarse y gestionarse este tipo de colaboración financiera.



CAPACIDADES

¿Qué podemos hacer? ¿Nuestras capacidades nos permiten cumplir nuestros objetivos?

- Para este cambio la organización cuenta ya con profesionales con ganas de aprender y con una clara motivación en mantenerse actualizados y adquirir conocimientos y habilidades necesarias para su actividad cotidiana.
- Existe en la actualidad una amplia oferta formativa en todos los ámbitos, solo es necesario tener herramientas para filtrar lo que de verdad aporta valor según los objetivos que se planteen.
- La universidad está íntimamente ligada a las organizaciones sanitarias a través de la formación de grado y post grado, por tanto, es una oportunidad poder contar con ella y ampliar la colaboración en la formación continuada.
- Aunque todavía hay trabajo por hacer en cuanto a incluir la formación como una actividad más de la jornada cotidiana, ya se cuenta con una normativa de base en donde se contemplan horas de formación por trabajador, sobre esta base ya se puede trabajar para llegar al objetivo a conseguir.


Cercanía con la universidad como potencial
Existe gran capacidad de oferta formativa
Plan de formación segun las necesidades competenciales con un análisis previo
Propuesta por parte de los profesionales de sus necesidades individuales siempre que estén alineadas con los objetivos de la organización
Cada área o servicio debería publicar su plan de formación anual segun las necesidades detectadas
Alineada con los objetivos estratégicos
Con un sistema de evaluación del resultado de la formación recibida
¿Cómo lo llevamos a cabo?
Profesionales capacitados
Profesionales
Exigir a los profesionales la formacion continuada para garantizar su actualización
Que la formación forme parte de las actividades del profesional
Programas científicos de actualización formativa de los profesionales
Fomentar la formación continuada "en red" dentro de las diferenters áreas
Dotar de tiempo al profesional dentro de su horario laboral para formarse
Ya hay algo de normativa en cuanto a horas disponibles de formación
Incentivación
Utilizar la formación continuada como herramienta de incentivacion
Incluir la formación continuda dentro de la carrera profesiona
Ganas de formarse. Motivación
Baremos en bolsa de contratación
Baremos acreditados con criterios profesionales y no tanto sindicales
Asegurar la calidad científico- tecnica de las actividades formativas en el baremo de las bolsas de contratación
Contenidos transversales
Abarcar no solo las cuestiones clinicas sino otros ámbitos humanisticos, economia de la salud...
Incluir en la formación las necesidades de los pacientes y la sociedad, tener en cuenta que necesitan de los profesionales
Es una profesion basada en el conocimiento
Financiación
Transparencia en la financiación de la colaboracion publico- privada
La organización debe proporcionar la formación aunque puede haber colaboracion publico-privada
Utilizar las fundaciones como vehiculo para obtener financiación

BARRERAS

¿Qué barreras o dificultades tenemos para poder cumplir nuestros objetivos?

- La principal barrera es la falta de objetivos. Sin ellos, es muy difícil realizar una planificación con criterio que pueda alinear las necesidades individuales o de área o servicio con las de la organización en general.
- Además, son los distintos servicios/áreas las que en estos momentos se "buscan la vida" para conseguir cursos o congresos, no hay una estrategia desde los gestores de la organización. No hay cultura por parte de los gestores de que la formación es parte de la actividad cotidiana, se prioriza la actividad asistencial y se deja la formación como algo marginal y fuera de la jornada laboral.
- Aunque la oferta formativa en estos momentos es amplísima y especialmente la que se ofrece de forma online, hay una saturación de esta y es difícil discriminar la calidad que ofrece, no existen organismos que ofrezcan criterios de calidad que permitan acreditar lo que de verdad aporta valor formativo.
- Falta, por tanto, acreditar la formación con criterios científico- técnicos y no en base a acuerdos con los sindicatos con un sistema de contabilización de "horas" y puntuaciones con poca consistencia en cuanto a calidad.

AMPHOS es un proyecto de:
Con la colaboración de:

3.8. EVALUACIÓN Y MEDICIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

PARTICIPANTES SUBGRUPO 2

- **Begoña Álvarez Muñoz –** Directora Médico, Hospital de Jove de Gijón.
- **Catalina Vadell –** Gerente, Hospital de Manacor.
- **Julio Roldán –** Presidente Asociación de Crohn y Colitis Ulcerosa (ACCU) de España.
- **María Jesús Pareja Megía** – Gerente, Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla.

¿CUÁL ERA NUESTRO OBJETIVO?

Modelo de medición de resultados de los problemas más relevantes de salud y que le importan al paciente: que sea homogénea, consensuada y que recoja los valores de los profesionales y los pacientes a través de una historia clínica electrónica común a inter-niveles.

ACCIONES
¿Qué acciones son necesarias para cumplir nuestros objetivos?

De manera literal, se exponen a continuación, las acciones que el subgrupo considera necesarias para lograr la meta planteada:

- El grupo plantea tres aspectos importantes para conseguir el objetivo:
    - **Herramientas** que permitan recoger los datos necesarios para poder evaluar resultados en salud.
    - **La formación** que se considera esencial para todos los perfiles involucrados
    - Y la descripción del cómo y quién debe **definir qué es prioritario** para empezar a medir.

En cuanto a las **herramientas:**

- En primer lugar, hay que completar la digitalización de la historia clínica en todos los niveles y CC.AA. El ideal es la historia clínica interoperable que dé la posibilidad de explotar datos a nivel local y también nacional. Deberían consensuarse un **conjunto mínimo de datos recogidos de forma homogénea**, de manera que permitieran el análisis de resultados y la comparación.
- Además, esta **recogida de datos** debería ser **ágil** y protocolizada con unos **estándares consensuados** para cada proceso de manera que el profesional solo deba seguir un algoritmo predefinido en la historia clínica. Deben evitarse

cuestionarios o introducción de datos en otras plataformas fuera de la historia clínica para evitar duplicidades y que los profesionales tengan que escribir en diferentes sitios con la consiguiente pérdida de tiempo.

- A nivel de los pacientes, deben existir **herramientas** que puedan ser utilizadas por los **pacientes** de forma autónoma y que recojan **datos "on time" y de la vida real**. Es una manera de hacerlos partícipes y de no añadir sesgos de los profesionales en la autopercepción del paciente. No solo deben incluir datos clínicos y paramétricos, también PROMs y PREMs que deberán volcarse en la historia clínica para poder ser analizados.

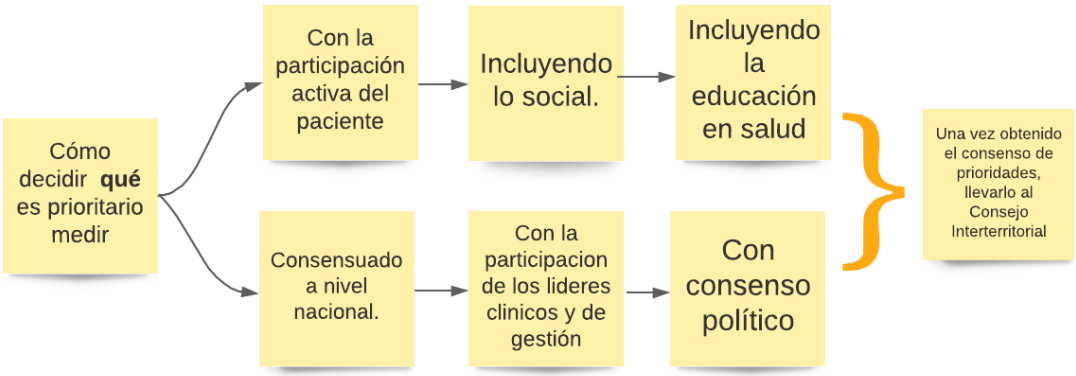
Uno de los retos para que la evaluación de resultados en salud no se quede en una intención, es **la formación:**

- En estos momentos, no muchos gestores, profesionales y pacientes están debidamente formados. Es un cambio de cultura que de momento no se enseña en las universidades y que los pacientes también desconocen.
- Aunque el impulso debe venir de los gestores y líderes clínicos, los profesionales son la pieza clave, una propuesta es incluir esta formación en los objetivos de las organizaciones para asegurar que se imparte.

- La **visión del paciente** en la decisión de qué, cómo y cuándo debe evaluarse es primordial, sin ellos no se podría poner los resultados de salud al servicio de la mejora de la atención, por tanto y para que su papel pueda ser efectivo deben formarse también.

Hay que empezar paso a paso y, por tanto, es **necesario priorizar** por dónde empezamos a medir resultados, pero para ello hay que plantear cómo y quién:

- El paciente tiene que estar desde el principio hasta el final en la decisión. Además de tener en cuenta los problemas de salud más relevantes o prevalentes, se necesita conocer también cuáles de ellos son más importantes para los pacientes, ya que no siempre coinciden estos criterios con los de los profesionales o lo gestores.
- Además de lo sanitario, hay que **incluir lo social**, no pueden desligarse. Debe existir un solo bloque de aspectos de salud que incluyan a todo el ámbito socio- sanitario.
- También hay que tener en cuenta la **prevención y la promoción**, no solo la enfermedad.
- Una vez tenidos en cuenta todos estos aspectos, hay que trabajar por un **consenso de mínimos a nivel nacional** con la participación de los líderes clínicos y de gestión. También hay que conseguir **consenso político** ya que se debe trabajar con todas las autonomías.
- Por último, y una vez consensuadas las prioridades, es papel del **Consejo Interterritorial** elevarlas a nivel normativo y facilitar su puesta en marcha.



AMPHOS es un proyecto de:
Con la colaboración de:

CAPACIDADES

¿Qué podemos hacer? ¿Nuestras capacidades nos permiten cumplir nuestros objetivos?

Ya tenemos a nuestro favor para facilitar la medición de resultados en salud:

- Herramientas que ya funcionan y capacidad tecnológica para conseguir lo que pueda hacer falta, solo es necesario definir qué se necesita y desarrollarlo.
- A nivel de los profesionales y aunque todavía hay camino por recorrer, sí se cuenta con un grupo importante de estos, que están motivados y formados y pueden funcionar como líderes para el cambio.

BARRERAS

¿Qué barreras o dificultades tenemos para poder cumplir nuestros objetivos?

- A nivel de recogida y explotación de datos existe un freno por parte de la legislación, muchas veces debida a una incorrecta interpretación, ya que la ley no es específica para el ámbito sanitario y en muchas ocasiones no queda claro para algunos técnicos o gestores cuáles son las verdaderas limitaciones de la ley.
- Existe desconfianza mutua en la relación profesional- paciente. Por una parte, el profesional tiene miedo de ser transparente y ser cuestionado y por otra, los pacientes piensan que ser sinceros o mostrar sus opiniones se puede volver en su contra por no ser considerados “buenos pacientes”.
- Sin voluntad política es difícil mover el cambio y no está claro que exista interés real en conseguirlo, o porque transparentar puede dejar en evidencia deficiencias o porque la visión cortoplacista de los gobiernos no incluye medidas que tienen retorno a medio y largo plazo y por tanto no se consideran una prioridad.

3.9. TRANSFORMACIÓN DIGITAL.

PARTICIPANTES SUBGRUPO 1

- **Ana Herranz** – Jefa de Sección de Farmacia Hospitalaria, Hospital Gregorio Marañón de Madrid.
- **Antonia Salvà** – Coordinadora de Servicio del Gabinete Técnico-Asistencial, IB Salut de Baleares.
- **David Trigos** – Delegado Acción Psoriasis Asturias y Coordinador de la plataforma en España de EUPATI (Academia Europea de Pacientes).
- **Gloria Sánchez Antolín** – Directora Técnica de hospitales y programación asistencial, Sanidad de Castilla y León.

¿CUÁL ERA NUESTRO OBJETIVO?

Diseñar y planificar la estrategia de transformación digital consensuada entre los diferentes agentes y garantizando la co-gobernanza.

ACCIONES
¿Qué acciones son necesarias para cumplir nuestros objetivos?

Nuestro sistema sanitario está dividido en 17 sistemas regionales de salud (SRS), y cada uno de ellos, desde las transferencias, ha seguido su propio camino para adaptarse a los cambios e incorporar las nuevas tecnologías para la mejora de la atención sanitaria. Puesto que la revolución digital se ha producido fundamentalmente después de hacerse realidad las transferencias en sanidad a todas las CC.AA., cada SRS cuenta con sistemas de información diferentes en lo que se refiere a historia clínica electrónica y demás software de explotación y análisis de datos, imprescindibles hoy en día para la adecuada gestión de la asistencia sanitaria.

Estos sistemas han requerido altas inversiones y largos procesos de desarrollo, pero, además han supuesto todo un reto para compartir datos entre los diferentes SRS y con el Ministerio de Sanidad, ya que de forma nativa los sistemas no se comunican entre ellos y por tanto no son interoperables.

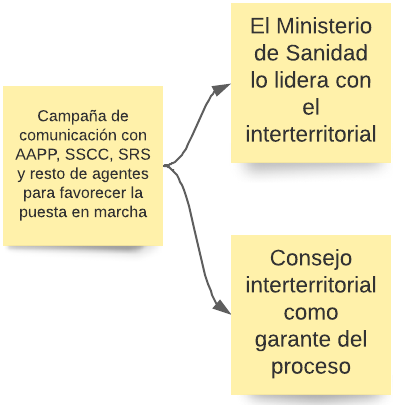
Hoy en día, esta barrera ya ha sido salvada para el ámbito de la prescripción y administración de fármacos mediante la receta electrónica interoperable, ya operativa en todo el país y que permite que cualquier ciudadano pueda retirar su medicación en una oficina de farmacia de una comunidad autónoma diferente a la suya. Ha hecho falta

una **cuantiosa inversión y un largo tiempo de implantación** para conseguir hacer realidad este derecho.

El siguiente paso de transformación debería ser la **interoperabilidad de la historia clínica** completa, a fin de garantizar el derecho de la asistencia sanitaria de cualquier ciudadano en todo el país y prepararnos al mismo tiempo para que este derecho se extienda a toda la Unión Europea. Pero, además, hace falta afrontar otros retos, como la **potenciación del análisis de los datos clínicos por medio de la inteligencia artificial** en pro de una mejor y mayor actividad preventiva, diagnóstica y terapéutica, la **medición**, **transparencia** y **comparación de resultados en salud** de toda la actividad asistencial o la implantación de herramientas que faciliten el análisis y presentación de los datos para una mejor y más ágil gestión y toma de decisiones.

Parece obvio que, para no repetir los errores del pasado, hace falta **definir la estrategia y la planificación de la transformación digital** que el sistema sanitario requiere en toda España, y para ello el primer punto es lograr un **consenso nacional** para esta transformación.

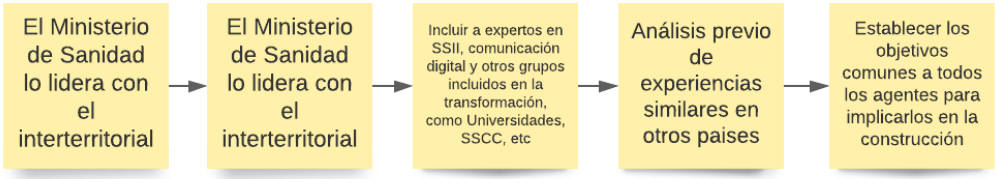
Este consenso y la propia estrategia y planificación deberían partir y ser garantizados por el **Consejo Interterritorial del SNS**, puesto que este es el órgano de cooperación e intercomunicación de los servicios de salud de las comunidades autónomas entre sí y con la administración del Estado, para dar **cohesión** al sistema y **garantizar los derechos ciudadanos** en todo el territorio. Sin embargo, para hacer operativo este proceso, debería ser el **Ministerio de Sanidad quien lo liderara**.



Previo al comienzo de la creación de la estrategia, debería realizarse una **campaña de comunicación con las asociaciones de pacientes, sociedades científicas, los propios SRS y resto de agentes interesados** para favorecer la puesta en marcha del proceso y motivar a la participación real en esta transformación.

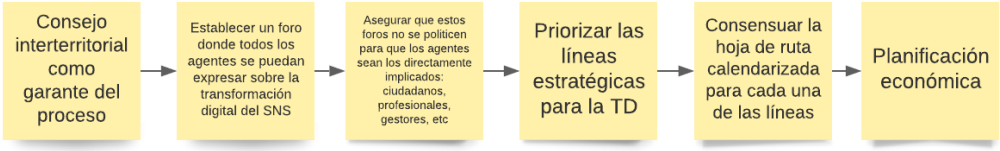
El siguiente paso es crear un **grupo de expertos** en donde estén representados no solo los agentes del sistema, sino también expertos en sistemas de información, comunicación digital y otros grupos como universidades, etc. Este grupo de expertos tendrá como función el **análisis previo de experiencias similares en otros países** y

posteriormente, la **fijación de los objetivos comunes** a todos los agentes para implicarlos desde el inicio en esta transformación.

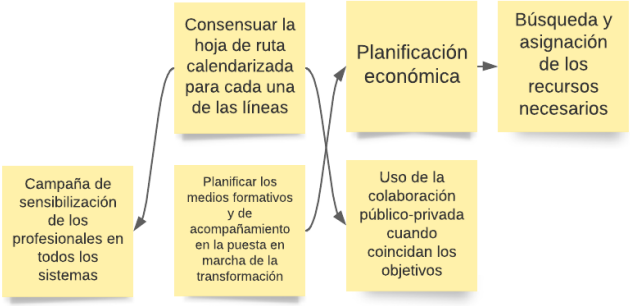


En paralelo, debe crearse un foro de participación o **grupo de trabajo**, donde todos los agentes se puedan expresar con libertad sobre la transformación digital del sistema. Conseguir que este foro sea operativo y no se politice es clave para el éxito del proyecto, y debe conseguir que los agentes sean los directamente implicados en la transformación: ciudadanos, profesionales sanitarios, gestores, etc.

Este grupo de trabajo, en colaboración con el grupo de expertos, y directamente dependiente del Consejo Interterritorial, es el responsable de **priorizar las líneas estratégicas de la transformación digital, consensuar la hoja de ruta calendarizada para cada una de estas líneas y realizar la planificación económica necesaria**, teniendo en cuenta las necesidades directas e indirectas, como la formación y capacitación de los profesionales y el acompañamiento de la puesta en marcha de la transformación.



Posteriormente, serán el **Consejo Interterritorial con el Ministerio de Sanidad** y en última instancia los **gobiernos nacionales y autonómicos**, los responsables de **buscar y asignar los recursos necesarios para hacer realidad el proyecto**. Para ello, se prevé el uso de la colaboración público-privada cuando coincidan los objetivos entre ambas partes.



Por último, es imprescindible encarar una **campaña de información y comunicación** a todos los profesionales de todos los SRS que haga posible la colaboración e implicación de

AMPHOS es un proyecto de:

Con la colaboración de:

todos en esta importante transformación.

CAPACIDADES

¿Qué podemos hacer? ¿Nuestras capacidades nos permiten cumplir nuestros objetivos?

La principal herramienta con la que contamos ya es el Consejo Interterritorial del SNS, y la experiencia de colaboración que se ha forjado durante esta pandemia de la COVID19.

De igual manera, la pandemia ha sensibilizado a todo el sistema sanitario sobre la necesidad de este cambio, y se debería aprovechar el empuje que esta sensibilización supone.

Además, la experiencia de interoperabilidad de la receta electrónica es una experiencia pionera en Europa, que sirve de base y aprendizaje para establecer la estrategia y planificación de la transformación digital, aprovechando los buenos expertos que tenemos en España en este campo. También contamos con empresas españolas que han hecho esta transformación digital en otros sectores ajenos al sector salud, pero cuya experiencia puede ser muy valiosa para este proyecto.

Por último, pero quizás como punto esencial, no se debería desaprovechar la oportunidad de utilizar parte de los fondos de recuperación europeos que España va a recibir próximamente en esta transformación digital.

BARRERAS

¿Qué barreras o dificultades tenemos para poder cumplir nuestros objetivos?

Tres grandes barreras deberán ser tenidas en cuenta para afrontar el gran reto de la digitalización.

En primer lugar, la necesidad de alcanzar el consenso nacional que haga posible este proyecto es la principal barrera identificada. La razón fundamental es la pugna política,

que en muchas ocasiones no se focaliza en las verdaderas necesidades de la ciudadanía sino en la rentabilidad electoral de sus actos. Conseguir que este consenso sea posible será trabajo de todos para el que será necesario el empuje de todos los agentes del sistema.

El segundo gran escollo es la necesidad de recursos económicos. Saliendo de una segunda crisis en este momento, con una buena parte de la población con necesidades prioritarias que cubrir, con la incertidumbre de la recuperación y la gran deuda pública que arrastramos, siempre hay otros objetivos esenciales que cubrir antes de invertir en transformación digital. Sin embargo, el consenso nacional también debería extenderse a la decisión de usar parte de los fondos europeos para financiar este avance del sistema sanitario. Los objetivos de estos fondos lo permiten y Europa vería con buenos ojos este fin.

Por último, no se puede olvidar el cambio cultural que es imprescindible poner en marcha en todo el SNS para que la transformación digital sea aceptada y cuente con la participación de todos. Para ello será imprescindible, como ya se explicó en las acciones, contar con la opinión y la colaboración de profesionales, pacientes y gestores. Y la forma en la que se realice este cambio debe de garantizar mejoras también para todos: los pacientes en primer lugar, pero también para los profesionales en su actividad asistencial y para los gestores como administradores del sistema.

3.10. MODELO DE PROVISIÓN Y FINANCIACIÓN

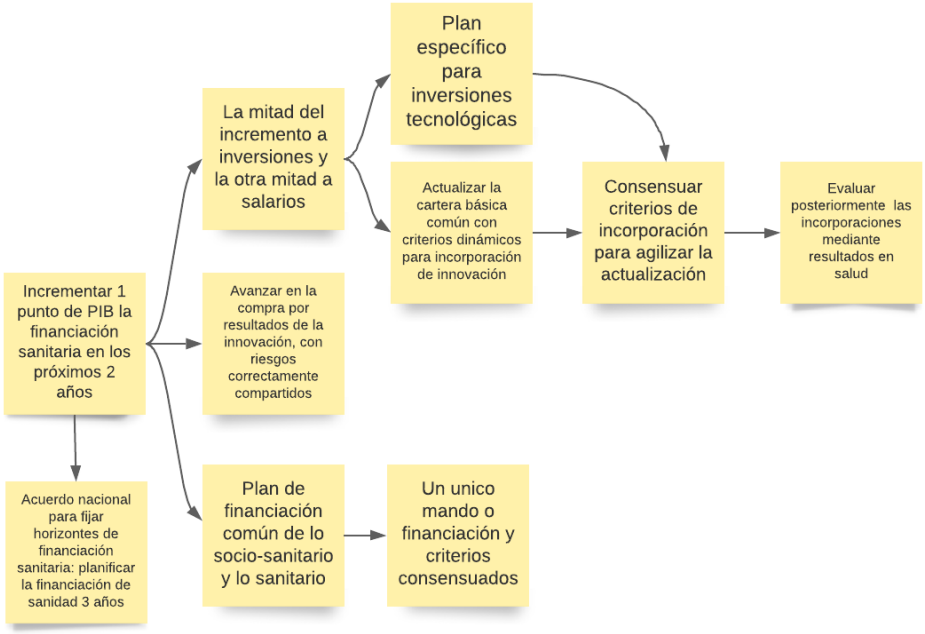
PARTICIPANTES SUBGRUPO 1

- **Beatriz López Muñiz –** Subgerente, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander.
- **Begoña Barragán –** Presidenta**,** Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC).
- **Dolores Barreda Hernández –** Jefa de Servicio de Farmacia Hospitalaria, Hospital Virgen de la Luz de Cuenca.
- **Nieves Martín Sobrino –** Directora Técnica de Farmacia, Sanidad de Castilla y León.
- **Olga Pané –** Gerente, Parc de Salut Mar de Barcelona.

¿CUÁL ERA NUESTRO OBJETIVO?

Mejorar la financiación sanitaria, de modo temporalmente finalista, para garantizar la equidad, basándonos en la cartera común actualizada en cada momento.

ACCIONES
¿Qué acciones son necesarias para cumplir nuestros objetivos?



Las principales acciones para conseguir el objetivo son las siguientes:

- En primer lugar, y centrados en mejorar la financiación, se propone una **subida de 1 punto del PIB** en los próximos dos años, continuando con subidas progresivas hasta alcanzar el porcentaje de PIB de gasto público en sanidad de la media europea. Aunque España se encuentra en este momento en la media de la OCDE en cuanto a financiación sanitaria, esta cifra se alcanza por la participación de la financiación privada, puesto que, contando únicamente con la pública, España se queda en el 6.3% del PIB. (Francia: 9,4%, Alemania 9.7%, Italia: 6,4%, UK: 7,8%, Portugal: 5,8%).
- Este aumento de la financiación debería ir encaminado fundamentalmente a dos acciones:
    - Casi la mitad debería dedicarse a inversiones, elaborando un **plan específico de inversión y renovación tecnológica**. Para ello, debería consensuarse previamente a nivel nacional, la cartera básica común y los criterios de inclusión y actualización de esta cartera, como medio para garantizar la correcta distribución de los recursos. Esta cartera, no debería de entenderse, como ya se expuso en la definición del objetivo, como un listado de productos y servicios, sino como derechos de los pacientes de recibir una determinada atención sanitaria con unos estándares en cuanto a la forma y al resultado en salud que se debe obtener. Por ello, la cartera básica y común debería de estar sometida a evaluación continua en cada uno de los SRS, áreas y centros de atención, mediante la medición de resultados en salud. Esta sería la única forma de garantizar la equidad no únicamente nominal, sino efectiva, tal y como se propuso en el taller de resultados en salud.
    - La otra mitad del incremento debería dedicarse a **mejorar los salarios de los profesionales sanitarios**, acercándolos a una equiparación con el resto de la Unión Europea. Los profesionales españoles llevan años con salarios muy bajos y si no se corrige este desfase asistiremos, en un futuro próximo, al éxodo de profesionales y conocimiento hacia países vecinos que pagan mejor, con el despilfarro en inversión educativa que esto supone.
- En unión con el aumento de financiación, se propone que esta financiación se planifique en **periodos de 3 años** y no anualmente. Esto permitirá poner en marcha planes plurianuales con la financiación garantizada.
- En tercer lugar, se propone seguir avanzando en **modelos de compra por resultados en salud**, que recojan adecuadamente los riesgos a compartir. En este punto, los participantes reconocen que el modelo Valtermed de compra de fármacos por resultados del Ministerio de Sanidad, ha supuesto un buen cambio e indica el camino a seguir: la incorporación de los datos de resultados en vida real para la evaluación posterior de los fármacos que acceden al mercado y el

pago vinculado a estos resultados obtenidos. Valtermed tiene unos 18 meses de vida y actualmente recoge datos de 10 terapias de alto impacto. Este modelo u otros similares serán los que permitan el acceso a la innovación compartiendo riesgos entre proveedores y SNS. En todo caso, sería necesario extender estos modelos de compra por resultados a la mayoría de compra de productos y servicios.

- El último punto trabajado ha sido la realización de un **plan de financiación** común para los aspectos sanitarios de **la atención social** (comúnmente llamados sociosanitarios) junto con la **atención sanitaria**. Para que este plan sea posible, será necesario unificar responsables (que parece lo ideal) o consensuar criterios de actuación y financiación. Los profesionales y directivos sanitarios tienen la sensación de que se gasta mucho dinero con esta bicefalia actual, no se usa el dinero de forma eficiente y no se garantiza la mejor atención social y sanitaria.

CAPACIDADES

¿Qué podemos hacer? ¿Nuestras capacidades nos permiten cumplir nuestros objetivos?

En cuanto a las fortalezas o los factores con los que ya contamos y que pueden servir de punto de partida, se han identificado los siguientes:

- En cuanto al aumento de la financiación para sanidad, parece claro que este es el momento ideal, tanto por la disponibilidad de la ayuda europea como por la fragilidad que ha demostrado nuestro sistema sanitario frente al COVID19.
- En cuanto a la financiación plurianual, esta no afecta a las cuantías totales, solo mejora la capacidad de planificar a más largo plazo y garantizar programas que requieren más tiempo para su puesta en marcha.
- En cuanto al plan específico para la renovación y actualización tecnológica, incluyendo los sistemas de información (SS.II.), contamos con los fondos europeos, que será posible dedicarlos a sanidad y a la transformación digital. Una apuesta de país en este sentido será muy positiva.
- En cuanto a los modelos de compra por resultados, contamos con el modelo de Valtermed, que es un buen comienzo, pero que debe de extenderse a muchos más fármacos y a la compra de tecnología en general.
- En cuanto a la financiación única de lo sociosanitario y lo sanitario, se considera que esta propuesta debería enlazar con las propuestas que se han realizado en el mismo sentido en otros talleres de este proyecto.

BARRERAS

¿Qué barreras o dificultades tenemos para poder cumplir nuestros objetivos?

En cuanto a las barreras y dificultades dos conclusiones fundamentales:

- A pesar de la disponibilidad de fondos europeos y la oportunidad actual que se vislumbra como única para acometer una mejora de nuestro sistema sanitario, no podemos olvidar que nos encontramos de nuevo en un entorno de crisis económica y con porcentajes de deuda pública históricos (más del 120% del PIB). Este entorno dificultará el incremento del gasto para sanidad.
- Aunque lo ideal sería tener un sistema sanitario enfocado 100% a resultados en salud que importan a los pacientes, lo cierto es que no existen ejemplos en los que basarnos ni hay literatura publicada basada en cambios reales de sistemas sanitarios occidentales. Por ello, aunque parece claro que debemos enfocarnos a resultados en salud, el camino para conseguir que todo el sistema gire hacia allí no está trazado y deberá innovarse en estrategia, planificación, gestión, y práctica clínica.