amphos

análisis y mejora de procesos hospitalarios y de salud

La asistencia sanitaria que queremos en 2025

sedisa

sociedad española de directivos de la salud

abbvie

amphos

análisis y mejora de procesos hospitalarios y de salud

Accede al informe digital
AMPHOS, la asistencia sanitaria
que queremos en 2025

Índice

1 PRESENTACIÓN 5

1.1. Carta José Soto Bonel 7
1.2. Carta Antonio Bañares 9

2 AMPHOS, LA ASISTENCIA SANITARIA QUE QUEREMOS EN 2025 11

2.1. Introducción 13
2.2. Metodología 14

3 LAS PROPUESTAS DE TRANSFORMACIÓN DEL SNS 23

3.1. Organización transversal de la atención 25
3.2. Envejecimiento y cronicidad 28
3.3. Modelo de atención primaria 30
3.4. Modelo de gestión de personas 34
3.5. Autogestión 39
3.6. Profesionalización de la gestión 41
3.7. Modelo de formación 44
3.8. Modelo de investigación 46
3.9. Participación ciudadana 48
3.10. Medición de resultados 50
3.11. Transformación digital 52
3.12. Garantizar la equidad 55
3.13. Modelo de provisión y financiación 57

4 CONCLUSIONES FINALES 59

5 ANEXOS 63

Anexos 63
Anexo I: Problemas del SNS identificados 65
Anexo II: Participantes AMPHOS 7ª edición "La asistencia sanitaria que queremos en 2025" 75

Abreviaturas y siglas

AH:	*Atención Hospitalaria*
AMPHOS:	*Análisis y Mejora de los Procesos Hospitalarios y de Salud*
ANECA:	*Agencia Nacional de Evaluación de Calidad y Acreditación*
AP:	*Atención Primaria*
AAPP:	*Asociaciones de Pacientes*
CBC /CBS:	*Cartera Básica Común de Servicios*
CC.AA.:	*Comunidades Autónomas*
CESUR:	*Centros, Servicios y Unidades de Referencia*
ECG:	*Electrocardiograma*
EFYC:	*Enfermería Familiar y Comunitaria*
EIR:	*Enfermeros Internos Residentes*
FIR:	*Farmacéuticos Internos Residentes*
HCe:	*Historia Clínica Electrónica*
IA:	*Inteligencia Artificial*
M. Preventiva:	*Medicina Preventiva*
MIR:	*Médicos Internos Residentes*
MSCBS:	*Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social*
PIB:	*Producto Interior Bruto*
PIR:	*Psicólogos Internos Residentes*
PREMs:	*Patient Reported Experience Measures (medidas de experiencia reportados por los pacientes)*
PROM:	*Patient Reported Outcomes Measures (resultados reportados por pacientes)*
ReS:	*Resultados en Salud*
RR.HH.:	*Recursos Humanos*
RWD:	*Real World Evidence: evidencia en vida real*
SEDISA:	*Sociedad Española de los Directivos de la Salud*
SP:	*Salud Pública*
SRS:	*Sistema Regional de Salud*
SRSs:	*Servicios Regionales de Salud*
SS:	*Servicios Sociosanitarios*
SS y S:	*Servicios Sanitarios y Sociosanitarios*
SNS:	*Sistema Nacional de Salud*
TIC:	*Tecnologías de la Información y la Comunicación*
UGC:	*Unidades de Gestión Clínica*
Vs:	*Versus*

1

PRESENTACIÓN

amphos

Carta **José Soto**, *Presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA).*

La Covid-19 ha puesto de manifiesto la fragilidad del sistema sanitario y nos ha ubicado en un entorno más VUCA (Volatilidad, Incertidumbre, Complejidad, Ambigüedad) que nunca, que debemos afrontar desde la adaptación, la colaboración, la seguridad y la anticipación. Al mismo tiempo, ha revelado la importancia y el valor de la salud, la calidad y la eficiencia.

Hemos aprendido que la flexibilidad es clave, pero también que debemos trabajar de forma estratégica, sin perder de vista el objetivo a largo plazo, pero impulsando el cambio poco a poco, con medidas concretas y viables a corto plazo y, en este aspecto, la gestión sanitaria es más que fundamental. Éste es el espíritu de este Informe AMPHOS "La asistencia sanitaria que queremos en 2025", impulsado desde la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), desde nuestro compromiso con l@s soci@s, los profesionales, el sistema sanitario, los pacientes y la salud, y AbbVie.

Así que este Informe AMPHOS es más oportuno que nunca, teniendo en cuenta, además, que el proyecto cumple 10 años y que durante una década ha ofrecido contenidos y medidas concretas para dar solución a retos desde un punto de vista práctico: gestión clínica, continuidad asistencial, alianzas estratégicas y medición de resultados en salud. Y todo ello con la colaboración y participación de todos los que tienen un papel clave en impulsar el cambio, como gestores sanitarios y directivos de la salud, profesionales sanitarios y pacientes.

El presente Informe se enfrenta, con el mismo espíritu, a uno de los mayores retos del sistema sanitario. Qué debemos hacer desde una amplia perspectiva para tener "La asistencia sanitaria que queremos en 2025". Hemos abarcado en él la transformación de los cinco pilares fundamentales del Sistema Nacional de Salud; cada uno de ellos no puede cambiarse, eso sí, sin la transformación del resto.

El primero de ellos es la reorganización de la atención, en la que debemos implementar una organización transversal, atendiendo al reto del envejecimiento y la cronicidad y de transformar la Atención Primaria, midiendo resultados en salud y haciendo efectiva la transformación digital desde un punto de vista estratégico. Para conseguirlo, es fundamental realizar cambios en los modelos de gestión de personas, de formación de profesionales y de investigación, ubicando ésta en un lugar fundamental como incentivo y motivación de los profesionales.

El tercer pilar es la materialización de la participación de los pacientes y los ciudadanos en el sistema sanitario, garantizando al mismo tiempo la equidad en el acceso a la asistencia y a la innovación.

Estos tres primeros pilares nos llevan directamente a la autogestión y la profesionalización de la gestión sanitaria y de los directivos de la salud, a través de la formación de inicio, a través del desarrollo de un Grado en Gestión Sanitaria, de la formación en gestión de los profesionales del sistema, del desarrollo profesional continuo de los directivos y de la despolitización de la gestión.

Por último, para que todo sea viable, es fundamental garantizar la financiación estable de la sanidad y orientar ésta a la medición de resultados en salud.

Junto a la participación de gestores y directivos de la salud, profesionales sanitarios y pacientes y el impulso de AbbVie, he de destacar la labor y compromiso con el proyecto de l@s soci@s, Junta Directiva y presidentes de las Agrupaciones Territoriales y Delegados Territoriales de la Sociedad, que han colaborado en este proyecto de forma desinteresada de principio a fin.

Carta Antonio Bañares, *Director de Relaciones Institucionales de AbbVie.*

Ya en la presentación de la primera edición de AMPHOS (Análisis y Mejora de los Procesos Hospitalarios y de Salud) en 2012, pudimos intuir que este proyecto tenía el potencial para convertirse en la iniciativa de responsabilidad corporativa más importante que nuestra compañía había puesto en marcha. Tras más de diez años y siete ediciones, podemos afirmar que nuestra contribución a la sostenibilidad y a la mejora continua del Sistema Nacional de Salud (SNS) a través de AMPHOS, es uno de los principales motivos de orgullo que tenemos como compañía.

A lo largo de esta década, AMPHOS ha ido creciendo de la mano de la Sociedad Española de los Directivos de la Salud (SEDISA), con quien compartimos el liderazgo de esta iniciativa. Los diferentes agentes del sistema se han ido incorporando al proyecto, creando entre todos un espacio de pensamiento compartido donde más de 300 representantes de todos los niveles de gestión del SNS (macro, meso y micro gestión) profesionales de la salud y, por supuesto, pacientes, han mantenido vivo el espíritu que siempre ha definido AMPHOS: un entorno de reflexión compartida en el que todas las opiniones, libremente expresadas, son tenidas en cuenta para la elaboración de sus conclusiones y recomendaciones.

Muchos acontecimientos han acaecido durante todo este tiempo. Desde un punto de vista interno, empezamos nuestra andadura como Abbott y su Fundación hasta que, en 2013, con el nacimiento de AbbVie, pasa a ser esta compañía la que da marco y cobertura a la estrategia AMPHOS. Pero sin duda, el evento que más ha marcado nuestras vidas desde hace ya más de dos largos años es la pandemia provocada por el coronavirus COVID-19. Como en el resto del mundo, nuestro SNS ha sido duramente azotado y su capacidad de respuesta, modélica en muchos aspectos, nos ha dejado ver también algunas claras áreas de mejora. En los meses que siguieron a los más duros de la pandemia, abrimos un periodo de reflexión con algunos de los protagonistas de ediciones anteriores de AMPHOS, preguntándonos cuál debería ser el enfoque de la séptima edición que incuestionablemente queríamos abordar. Fueron conversaciones tremendamente enriquecedoras, que se convirtieron en el germen de la edición que ahora tienes en tus manos.

Aun teniendo en cuenta la complejidad del momento que estábamos viviendo, más de 200 agentes de nuestro SNS quisieron formar parte de esta edición de AMPHOS. A lo largo de más de 25 talleres virtuales y con el extraordinario apoyo metodológico de World Health Management, con-

seguimos reproducir el espacio de reflexión y trabajo colaborativo que define a AMPHOS. Fruto de todo este trabajo, se han elaborado más de cincuenta recomendaciones estructuradas en trece líneas estratégicas que constituyen una auténtica "hoja de ruta" para conseguir el ambicioso objetivo de esta 7ª edición: definir entre todos cómo debe ser la asistencia sanitaria que queremos y qué debemos cambiar, dejar de hacer, crear o mejorar, para dar los pasos que nos lleven a conseguirla.

No quiero en este prólogo entrar en el detalle del contenido, pero sí quiero reiterar nuestro compromiso, el de AbbVie y el de AMPHOS, como impulsores de esta hoja de ruta, para que lo que hoy es un excelente documento, se convierta en una realidad palpable. En definitiva, para que entre todos consigamos alcanzar "La asistencia sanitaria que queremos en 2025".

2

AMPHOS, LA ASISTENCIA SANITARIA QUE QUEREMOS EN **2025**

amphos

2.1. 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, a día de hoy, 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.

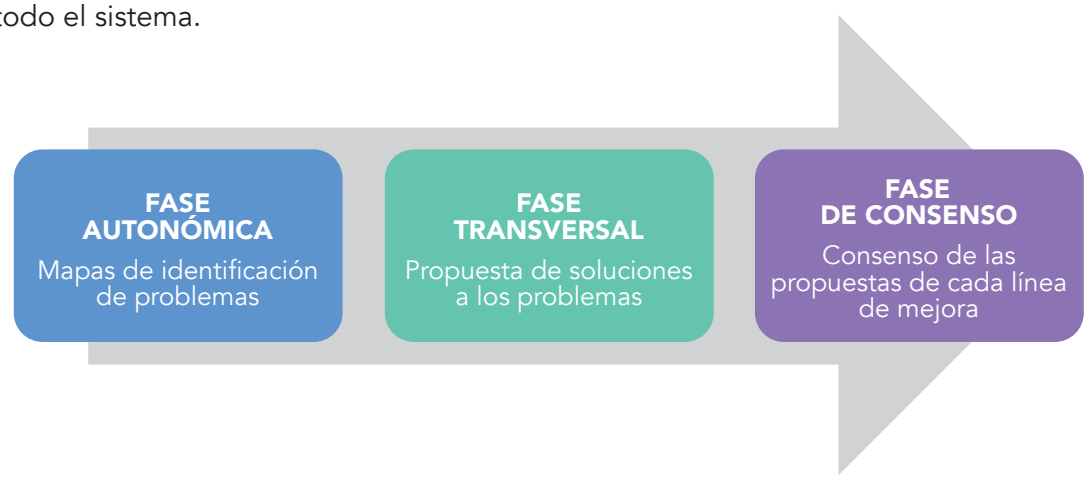
Desde SEDISA y AbbVie, con la colaboración de World Health Management, iniciamos la 7ª edición de AMPHOS con un objetivo claro: volvemos al inicio para, con una visión a medio plazo, estructurar cuál es el cambio organizacional que queremos, cómo debemos reorientar la asistencia para ofrecer la mejor 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.

Y éste es el trabajo que se ha realizado. Con el ambicioso nombre de *La asistencia sanitaria que queremos en 2025*, se trata de hacer un análisis reflexivo sobre cómo funciona nuestra asistencia sanitaria, tan duramente castigada durante esta pandemia. A lo largo de 6 meses, más de 200 participantes han construido más de 50 propuestas para conseguir hacer realidad esa "sanidad que queremos" en 2025. El trabajo ha sido intenso y el compromiso de los participantes en estos tiempos convulsos, inigualable.

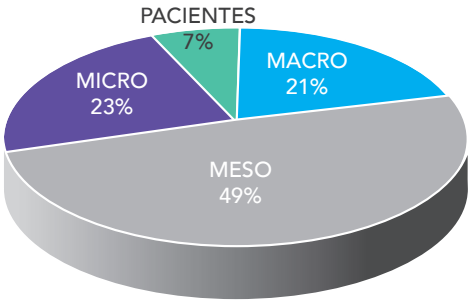
2.2. Metodología

El proyecto se dividió en 3 fases:

1. Una primera fase autonómica, en donde se identificaban los problemas más importantes que tiene nuestro sistema sanitario.
2. Una segunda fase transversal, en donde se trabajó en construir propuestas de solución para los principales problemas identificados en la fase anterior.
3. Una fase final de consenso de las propuestas surgidas, para confirmar que contenían la visión de todo el sistema.



La participación en este proyecto ha sido enorme, a pesar de los momentos de pandemia que vivíamos y la sobrecarga de trabajo que tenían todos los gestores y profesionales. Más de 200 profesionales, directivos y pacientes participaron en el proyecto y en todas sus fases se formaron grupos que contaron con representación de todos los niveles y ámbitos de gestión, con pacientes y con profesionales.



Participantes por nivel de gestión (N= 223)

Macro: *directivos sistemas regionales de salud o Ministerio de Sanidad.*
Meso: *directivos de hospitales, áreas de atención primaria o áreas de gestión integrada.*
Micro: *jefes de servicio o de unidades clínicas o profesionales.*

Fase autonómica

En una primera fase, trabajando con las 17 comunidades autónomas (CC.AA.), se analizaron los problemas principales del Sistema Nacional de Salud (SNS), sus derivados y sus consecuencias.

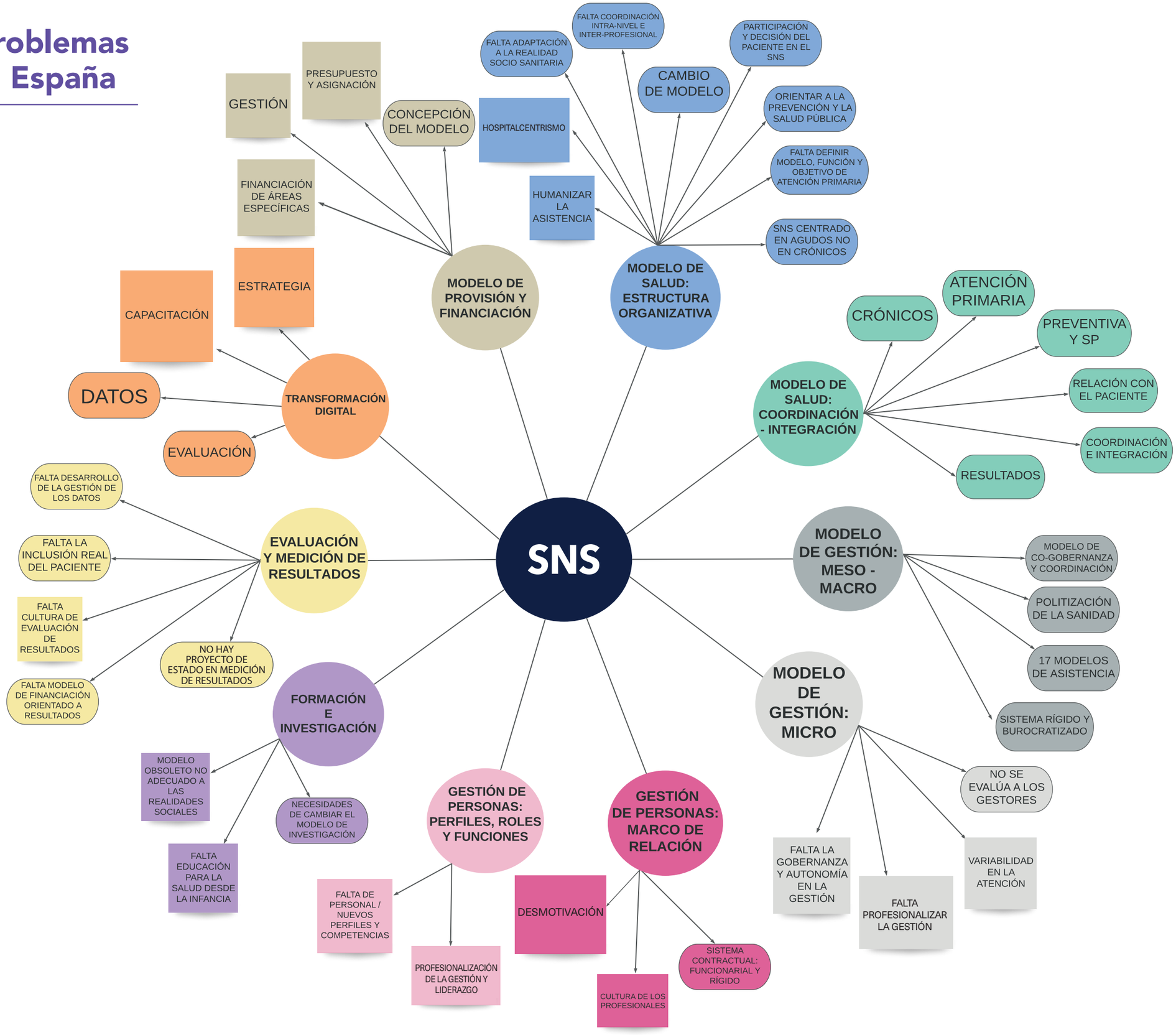
Al terminar la fase autonómica, se habían construido 15 mapas de problemas.

Muchos de estos problemas aparecían en todos y cada uno de los mapas, pero otros se trataron más en profundidad en algunas CC.AA.. Con la suma de los 15 mapas se construyó **el mapa de problemas del SNS de España.**

Para construir este mapa nacional se analizaron todos los problemas identificados, que sumaron más de 4.000 ítems o conceptos, que fueron primero categorizados por áreas y subáreas y posteriormente sintetizados.

*Los **principales problemas detectados** en cada una de estas áreas se detallan en el **anexo I** de esta publicación.*

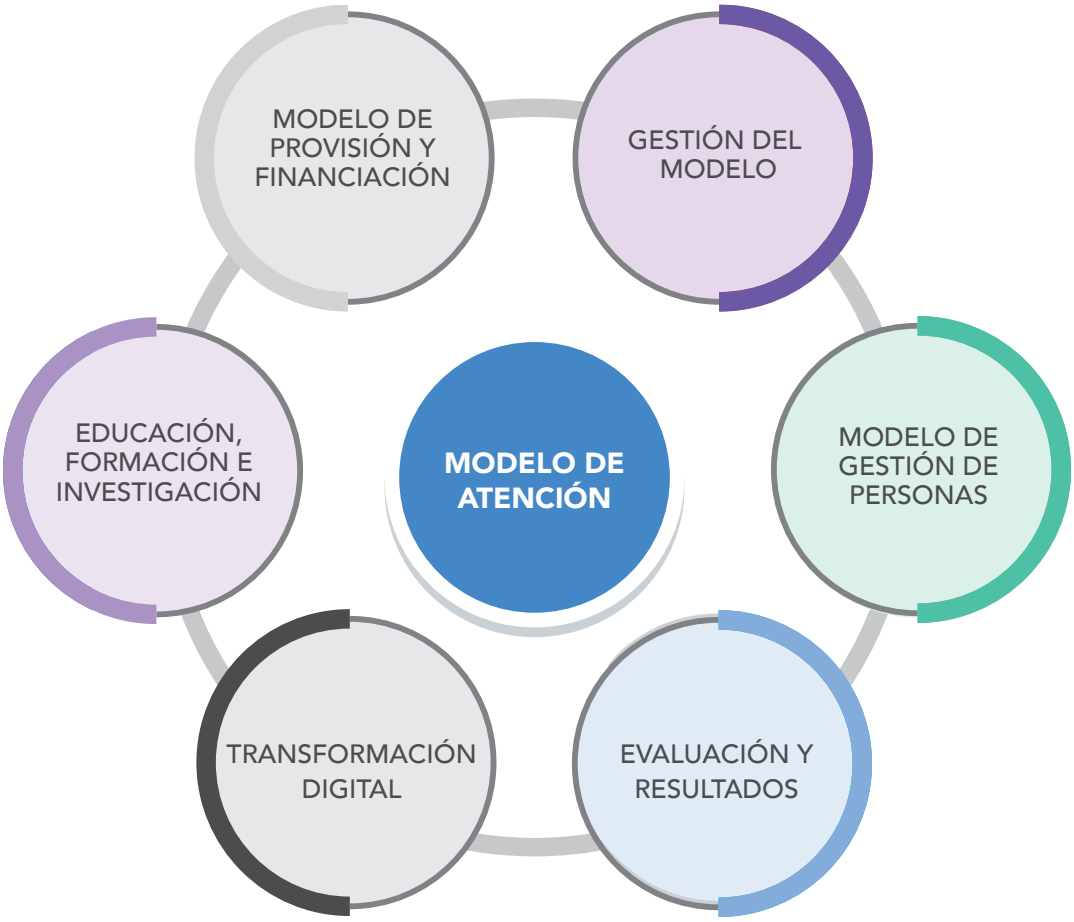
Mapa de problemas del SNS de España



Mapa consolidado de los principales problemas del Sistema Nacional de Salud

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

1. **Modelo de atención,** que incluye la estructura organizativa y la coordinación e integración.
2. **Modelo de gestión asistencial,** tratando 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.**



Áreas estratégicas identificadas en la fase autonómica para su trabajo en la fase transversal

Por otro lado, durante la fase autonómica de este proyecto, se puso claramente de manifiesto **la dificultad que entraña el cambio de los grandes sistemas o modelos de un país, ya sean sanitarios, educativos o de otro tipo:**

- En casi el 100% de las reuniones autonómicas, se reconoció que **no tenemos el mejor sistema sanitario del mundo.** Aunque nuestro SNS está lleno de bondades, parece obvio que necesita mejoras de calado y la pandemia nos ha dejado claro que **la sanidad es uno de los pilares de nuestro sistema de bienestar.**
- Por ello, **es necesario un cambio de modelo asistencial,** para adaptarlo al cambio en el modelo social ocurrido en España desde los años en que nació nuestro SNS hasta ahora. Pero ¿quién crea o modifica el modelo organizativo? La estructura y el tamaño de los sistemas nacionales de salud es tan grande y compleja que su transformación se convierte en una tarea titánica. Por ello debemos pensar que **no será posible un cambio profundo y rápido**, porque los políticos toman decisiones en base al análisis coste/beneficio y el cambio de modelo es muy caro para un beneficio difícilmente perceptible a corto plazo.
- Para hacer cambios en el modelo actual, **es clave entender de dónde viene este modelo:** el SNS se creó en 1908, y su base actual es la Ley General de Sanidad de 1986. El SNS nació como sistema sanitario, no de salud, fundamentalmente pensado para la atención de pacientes agudos y organizado en dos partes separadas, la atención hospitalaria y la atención primaria. Tras las transferencias autonómicas, cada CC.AA. se hizo cargo de la configuración y la gestión de su sistema regional de salud, y la Ley de Cohesión y Calidad del 2003 puso las bases para garantizar la coordinación entre los diferentes Servicios Regionales de Salud (SRS) y la equidad en todo el territorio. Con estos fundamentos, parece que **el modelo del que nació el actual sistema sanitario está agotado**, porque en este tiempo han cambiado los pacientes, los profesionales y la sociedad en general. Sin embargo, hasta la pandemia, el SNS era bien percibido por la ciudadanía y sobre todo era barato, dos argumentos potentes que dificultaban cualquier intento de mejora.
- Por otra parte, las bases legales sobre las que se asienta y los propios antecedentes históricos de los que nace, hacen que el **sistema legislativo y normativo del SNS sea rígido y poco adaptable.**
- En general, la **cultura de la organización marca la hoja de ruta**. Cambiar culturas y mentalidades lleva tiempo y necesita del convencimiento y la participación de todos, luchando contra la **dificultad de salir de la zona de confort y del miedo a la pérdida de los estatus adquiridos.**

En resumen, **para transformar el sistema sanitario debemos tener en cuenta tres grandes retos:**

1. **Realización de pequeños cambios sucesivos e incrementales.** Las grandes transformaciones son muy difíciles de conseguir, sobre todo si dependen de voluntades políticas; es mucho más sencillo ir girando el modelo con pequeños cambios sucesivos e incrementales.
2. **Planificación de los cambios a medio plazo.** La pandemia ha cambiado la visión general sobre el SNS, aunque sigue siendo bien percibido por la ciudadanía y sobre todo es barato. En un escenario de crisis como el actual, será difícil poner en marcha de forma rápida cambios que sean costosos, pero se podrán planificar cambios a medio plazo.
3. **Gestión de cambios en la normativa y cultura organizacional.** Existen dos grandes hándicaps en el propio SNS para conseguir la transformación: la rigidez normativa y organizativa, y la propia cultura de la organización. Para conseguir que la transformación se ponga en marcha se necesitará cambiar ambas y es posible que sea más sencillo cambiar las normas que la cultura. Para este último cambio hará falta contar con toda la organización.

Fase transversal

En una segunda fase del proyecto, la fase transversal, se trabajó en la búsqueda de propuestas de mejora y soluciones para los problemas identificados en cada una de las 7 grandes áreas estratégicas citadas.

Se formaron 10 grupos de trabajo multidisciplinares y multi-autonómicos que abordaron cada una de las áreas estratégicas. Dada la amplitud de las áreas de modelo de atención, modelo de gestión y modelo de gestión de personas, cada una de ellas se dividió en 2 grupos. Cada grupo contó con una media de 21 asistentes.

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 autonómica. Una vez identificados los objetivos, éstos se **priorizaron** mediante una votación anónima.

A continuación, se formaron 3–4 subgrupos para **analizar los objetivos priorizados y elaborar propuestas de mejora.** Se asignaron al azar a cada uno de los subgrupos los objetivos priorizados. El primer paso consistió en sintetizar en **un objetivo global y único** los elementos citados en la fase grupal. A continuación, se construyeron las propuestas de mejora, 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 y las **necesidades y barreras** para implementar cada propuesta.

Por fin, en cada taller transversal, las propuestas (objetivos a cumplir y acciones a implementar) fueron sometidas a una votación entre todos los participantes de la reunión, obteniendo así para cada área estratégica las propuestas más votadas para lograr el avance hacia la asistencia sanitaria que queremos en 2025.

Dado que todas las áreas estratégicas de los grupos de trabajo están relacionadas entre sí, se ha garantizado que los objetivos y propuestas de mejora obtenidos en cada taller se trasladaban a las reuniones siguientes.

Una selección de las propuestas más votadas fue presentada en la 3ª Jornada precongresual del 22 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria que tuvo lugar el 14 de septiembre de 2021 en Málaga.

MODELO DE SALUD: ESTRUCTURA ORGANIZATIVA	1	Atención centrada en la persona, mejorando la función y los resultados de AP, la coordinación de los ámbitos social y sanitario, garantizando la equidad entre los 17 SRS.
MODELO DE SALUD: COORDINACIÓN - INTEGRACIÓN	2	Redefinir la AP y la cronicidad. AP atractiva para los profesionales y con lideres que lleven a cabo el cambio; proactiva y preventiva, incorporando PROMs con ayuda de la tecnología. Enfermería liderando los cuidados y pivotando la gestión del crónico.
GESTIÓN: MACRO - MESO	3	Profesionalización de la gestión, incluyendo a los clínicos, con criterios mínimos, acreditables y reevaluables.
GESTIÓN: MICRO	4	Carrera específica profesional acreditada de gestión sanitaria adaptada a cada nivel de gestión.
PERSONAS: ENTORNO DE RELACIÓN	5	Modelo retributivo mixto triple (fijo + resultados + docencia/investg.) o modelo quién - cómo-qué consigo - cómo lo hago)
	5	Profesionalización de la gestión: Trabajo en equipo/justo/delegar/motivador/cualificado. Visión estratégica.
PERSONAS: PERFILES, ROLES Y FUNCIONES	6	Planificar los RRHH a medio y largo plazo según las necesidades reales, asistenciales y no asistenciales, adaptado a los cambios en la medicina y la tecnología y según un modelo de atención integrada.
FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD	7	Formación continua adecuada a las necesidades y objetivos de la organización: integrada en la práctica clínica y planes estratégicos, garantizada y financiada por la organización y con evaluación de resultados.
EVALUACIÓN Y MEDICIÓN DE RESULTADOS	8	Definir modelo de medición de resultados homogéneos, consensuados y que recoja los valores y problemas de profesionales y pacientes, a través de una HCe.
TRANSFORMACIÓN DIGITAL	9	Diseñar y planificar consensuadamente garantizando la cogobernanza.
PROVISIÓN Y FINANCIACIÓN	10	Mejorar la financiación de modo finalista, con actualización permanente de la cartera común y garantizando la equidad.

Selección de propuestas más votadas que fueron presentadas en la 3ª Jornada precongresual del 22 Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria

Del trabajo de todos los grupos y subgrupos, **cuyos participantes se detallan en el *anexo II*,** se han obtenido **52 objetivos y propuestas de mejora.** Llama poderosamente la atención la **convergencia** de todas las propuestas en **tres cambios imprescindibles:**

- la necesidad de **profesionalizar la gestión** y que la autogestión sea el sistema predominante de gobierno,
- el giro imprescindible hacia la **medición de resultados en salud** en todo el sistema,
- y la imperiosa necesidad de **planificar e implantar la transformación digital** en todo el sistema sanitario.

Se han sintetizado las 52 propuestas, uniendo ámbitos relacionados entre sí, obteniendo una propuesta final de **13 líneas estratégicas** de transformación del sistema sanitario:

- **L1** ORGANIZACIÓN TRANSVERSAL
- **L2** ENVEJECIMIENTO Y CRONICIDAD
- **L3** MODELO DE AP
- **L4** MODELO DE RRHH
- **L5** AUTOGESTIÓN
- **L6** PROFESIONALIZACIÓN DE LA GESTIÓN
- **L7** FORMACIÓN
- **L8** INVESTIGACIÓN
- **L9** PARTICIPACIÓN CIUDADANA
- **L10** MEDICIÓN DE RESULTADOS
- **L11** TRANSFORMACIÓN DIGITAL
- **L12** GARANTIZAR LA EQUIDAD
- **L13** PROVISIÓN - FINANCIACIÓN

Líneas estratégicas de transformación del sistema sanitario

Cada línea estratégica se ha resumido en forma de una "línea de metro" en la cual las "estaciones" representan cada uno de los puntos de cambio propuesto.

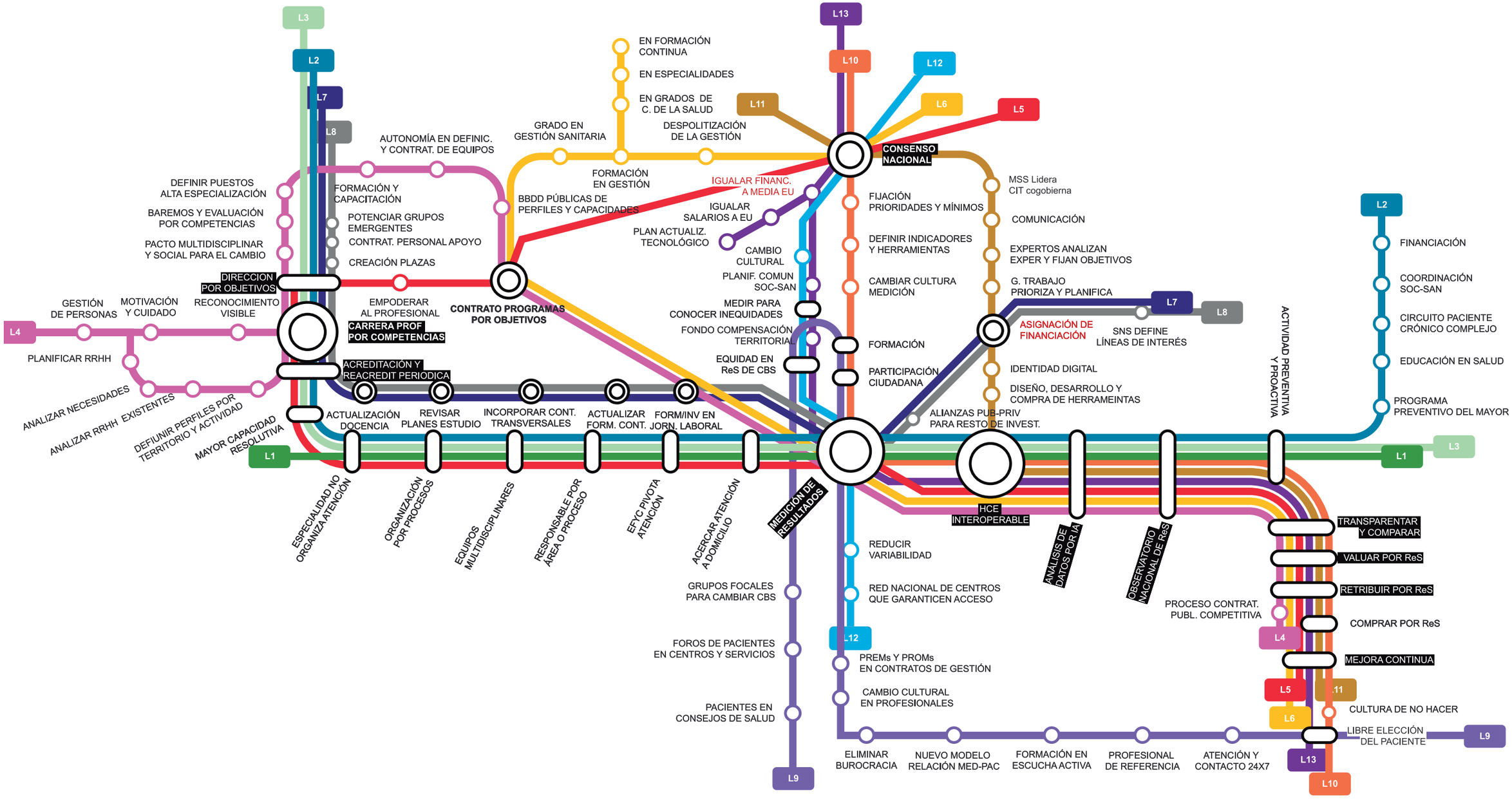
A su vez, estas líneas estratégicas se cruzan entre sí, como en un mapa de metro, en "estaciones comunes" formando el "Mapa de la transformación de la asistencia sanitaria para 2025". Los puntos de cruce representan los puntos críticos de transformación del sistema, a los que habrá que prestar especial atención.

DESPLIEGA Y DESCUBRE EL NUEVO

Mapa de la transformación de la asistencia sanitaria

Mapa de la transformación de la asistencia sanitaria

Gracias al trabajo y al consenso de más de 200 profesionales de la salud, AMPHOS presenta el "Mapa de transformación de la asistencia sanitaria para 2025", con las líneas estratégicas de mejora que hay que poner en marcha en España para lograr la sanidad que queremos en 2025.



Fase de consenso

En la tercera y última fase del proyecto, la fase de consenso, se validaron los puntos de cada una de las 13 líneas estratégicas.

En una reunión virtual en la que fueron invitados todos los participantes de las dos fases anteriores del proyecto, se presentó cada una de las líneas estratégicas, explicando en qué consiste y los puntos de cambio que la forman.

Tras la explicación de cada línea estratégica, los participantes votaron en directo, de forma anónima, a través de videoconferencia. Los resultados se hicieron públicos en pantalla al terminar cada votación.
Los criterios de consenso pre-establecidos fueron:

- contar con una participación de más del 60% de los participantes en el proyecto.
- tener un consenso de más del 70% para cada línea estratégica en general o para cada punto de cambio de cada línea.

La reunión de consenso contó con más de 150 participantes, **cumpliendo así el criterio de participación de más del 60%.**

Así mismo, se cumplió también el criterio de consenso por línea estratégica o punto de cambio, puesto que **todas las propuestas alcanzaron al menos el 75% de consenso.**

Al finalizar la reunión de consenso, dado que la mayoría de las propuestas habían alcanzado más del 75% de consenso, se consideró posible mejorar los puntos de las propuestas en los que el consenso era superior al 75% pero no alcanzaba el 85%. Por ello, se preguntó por la razón de desacuerdo a los participantes y con sus apreciaciones, se afinaron aún más las propuestas de cambio de las líneas estratégicas.

Tras esta última revisión, **todos los puntos de cambio de las 13 líneas estratégicas alcanzaron un consenso de más del 80% de los participantes.**

3

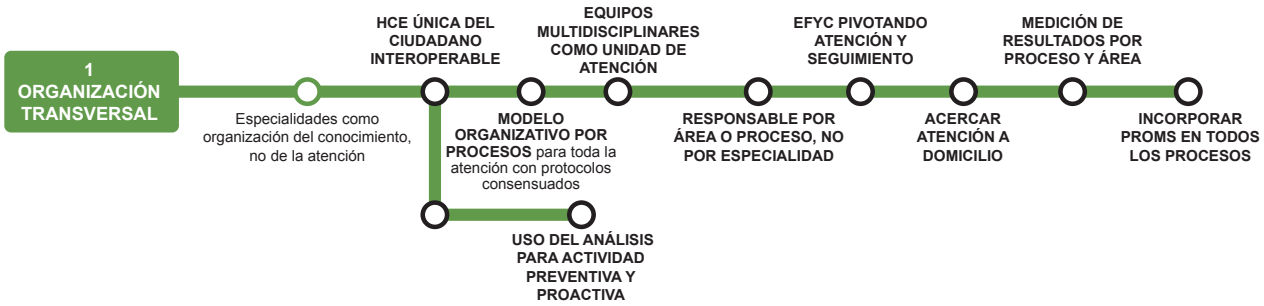
LAS PROPUESTAS DE TRANSFORMACIÓN DEL SNS

amphos

Se exponen a continuación las **13 líneas estratégicas** que conforman el mapa de la transformación de la asistencia sanitaria para 2025.

En todos los gráficos de este capítulo aparecen señalados en letras mayúsculas aquellos puntos o "estaciones" que son comunes a varias líneas estratégicas y que, por tanto, pueden convertirse en puntos críticos de la transformación del sistema.

3.1. Organización transversal de la atención



Línea estratégica 1 – Organización transversal de la atención

Esta propuesta comienza con un gran cambio: el concepto de **especialidad profesional como base de la organización del conocimiento, pero no de la organización de la atención.** Se trata de pasar de un modelo con visión compartimental, especializada y orientada a los servicios, para pasar a un modelo con visión integral de la asistencia, organizada por procesos asistenciales y multidisciplinares.

Para poder llevar a cabo este cambio, que ya están realizando algunos países de nuestro entorno, necesitamos dos pivotes:

- Por un lado, **desarrollar canales de comunicación.** Se necesitan instrumentos transversales que unifiquen la atención, y la historia clínica electrónica (HCe) única es uno de los elementos que facilitaría esta atención transversal. Siendo conocedores de los impedimentos humanos, políticos y tecnológicos existentes, como paso previo a la **historia clínica única del ciudadano**, al menos se debería lograr una HCe interoperable y no estanca como la actual. Además, deberían establecerse **sistemas de comunicación incorporados a la historia clínica,** 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, diseñando los sistemas y organizando las historias clínicas en base a procesos, recordando que los pacientes no pertenecen a servicios concretos, sino que son parte de un proceso asistencial. Solo así podrán comunicarse todos los profesionales que atienden a un mismo proceso sin organizarse por niveles asistenciales. Además, este será el primer paso para poder hacer una **explotación masiva de los datos de salud** con los que ya contamos y, a partir de ellos, girar hacia una **actividad más preventiva y proactiva,** que se considera clave en esta transformación.

- Por otro lado, debemos de evolucionar hacia un **modelo organizado por procesos,** con protocolos consensuados entre los actuales niveles asistenciales, acompañando al paciente en todo su viaje por el sistema. La **gestión por procesos** se basa en organizaciones con estructuras jerárquicas más horizontales, con una gran coordinación en todas las actuaciones y con una filosofía de mejora continua con el paciente como eje central. El proceso asistencial es un "continuo" de gran complejidad en el que intervienen en diversos momentos y escenarios numerosos tipos de actividad, asistencial, económico-administrativa, de ingeniería, hostelería y muchas otras imprescindibles y de muy diversas características; es fundamental, para no incurrir en errores y ser eficientes, poner en marcha una gestión por procesos perfectamente estructurada, integrada y coordinada.

  - La atención por procesos es una forma de organización completamente diferente a la clásica del SNS, en la que prima el paciente sobre las actividades de la organización y que establece una gestión transversal; se debe de olvidar el modelo de visión compartimental, especializada y orientada a los servicios, para pasar a un **modelo con visión integral de la asistencia**, evitando demoras o duplicidades.

  - La secuencia de acciones comienza con la **planificación** y por tanto la **definición de los procesos.** Cada proceso se define teniendo en cuenta el recorrido de los pacientes por el sistema de forma integral; el sistema debe adaptarse al paciente y no al contrario. Los procesos se definen como una secuencia de actividades y un método para la realización de éstas; deben de ser reproducibles, con resultados finales predecibles y contar con un plan de control de calidad.

  - Para cada proceso debe definirse el **equipo multidisciplinar** que va a prestar la atención en salud y cuidados desde el inicio hasta el final. Definir quién, cómo, cuándo y con qué, o lo que es lo mismo, definir protocolos operativos estandarizados de trabajo, incluyendo algoritmos de roles y la incorporación de nuevos profesionales, es un pilar básico en el modelo de atención por procesos en relación con la gestión de personas, que permite disminuir la variabilidad clínica y por tanto lograr una mejor atención.

  - Para la puesta en marcha de los procesos transversales, es necesario la **planificación, el diseño, elaboración e implantación de los mapas de procesos,** para los cuáles debe tenerse en cuenta la medición de resultados en salud. Además, sería deseable el diseño de estructuras transversales desde la perspectiva de gestión que permitan la toma de decisiones en base a lo que aporta valor.

  - La base de este modelo por procesos es conseguir que el **eje central sea la Atención Primaria (AP)**, que es quien debe tener la gobernanza, es decir, que los procesos se inicien y se coordinan desde AP.

  - El **paciente** debe ser parte de este proceso como **agente activo,** tiene que ser escuchado y hay que darle participación en el diseño de los procesos y en las decisiones que le afecten.

  - Como sistema de evaluación y de toma de decisiones, deben **medirse resultados en salud** a través de indicadores consensuados para cada proceso.

- Los pacientes encuentran, con el actual modelo de atención, numerosos problemas en las interfases entre los niveles asistenciales con momentos que aparentemente nadie gestiona y que les obligan a moverse por circuitos disfuncionales que pueden ocasionar un peor resultado asistencial. Para solventar esta "falta de atención u orientación", se plantea la creación de la **figura del gestor de salud o gestor de proceso** que acompañará al ciudadano en todos los ámbitos de la salud. Estos profesionales de referencia serán los interlocutores entre los diferentes agentes y niveles de salud del proceso y "seguirán" al paciente en su recorrido y evolución. El perfil de este gestor de procesos debe ser el más adecuado en cada situación, sin que deba recaer necesariamente en una categoría profesional concreta, aunque la enfermería familiar y comunitaria tendrá un papel preponderante en este campo.

- En cuanto al presupuesto, al mismo tiempo que el modelo va girando a procesos, éste también debe cambiar y ligarse a los mismos, abandonando el sistema de **financiación** por estructuras y basándose en los **resultados en salud que se obtienen.**

Organizarse por procesos ya lleva de forma casi natural a organizarse por **Unidades de Atención,** formadas por **grupos de trabajo multidisciplinares,** transversales y multiprofesionales, con un **responsable** en cada una unidad por área o proceso, no por especialidad. Por ello, deberían establecerse estructuras de responsabilidad diferentes a las propias especialidades, con referentes por áreas o procesos para la interlocución entre profesionales de diferentes niveles, de forma que se garantice en todo momento la continuidad asistencial. Este tipo de coordinación requiere de líderes con visión transversal; los **liderazgos rotatorios** en las unidades funcionales son un ejemplo de la correcta gestión de personas que desempeñan sus labores en el ámbito de la salud, cuyo fin último es atender la demanda de los pacientes a través de una serie de flujos para lograr el mejor resultado posible.

Además, hace falta que cada paciente y su familia tengan un **responsable de la atención y seguimiento,** que sirva para coordinar la comunicación entre el grupo de trabajo y el paciente, estableciendo sistemas de referencia y contrarreferencia para alcanzar un seguimiento compartido del paciente, terminando con la compartimentación. Esta figura debería recaer posiblemente en la **enfermería familiar y comunitaria (EFYC).**

Estos dos cambios (unidades de atención por procesos con grupos multidisciplinares y enfermería pivotando la atención) permitirá **acercar la atención al domicilio** del paciente. Los profesionales de enfermería se encargarían del seguimiento continuo con derivación a un centro asistencial únicamente por necesidad. Para ello, es imprescindible cambiar también a modelos organizativos por procesos toda la atención enfermera.

Por fin, la organización por procesos junto con la HCe interoperable permitirá **medir resultados por procesos y área de atención,** medición que debe contar siempre con la participación del paciente, mediante la **incorporación de resultados comunicados por el paciente (Patient Reported Outcome Measures – PROMs)** en todos los procesos.

3.2. Envejecimiento y Cronicidad

Línea estratégica 2 – Envejecimiento y cronicidad

Uno de los retos a los que se enfrenta el SNS es el **envejecimiento de la población** y, con ella, una creciente **demanda de atención a la cronicidad.**

La propuesta de cambio para el envejecimiento y la cronicidad se cimienta sobre la línea estratégica 1, es decir, que la atención a la cronicidad debería seguir un **modelo transversal**, haciendo desaparecer los niveles asistenciales para centrarse en la atención a las personas, basando la organización en una atención por procesos. Este cambio **acercaría la atención al domicilio del paciente,** siendo los profesionales de enfermería familiar y comunitaria los que pivotarían toda la atención, haciendo funciones de coordinación y seguimiento continuo. En este nuevo modelo, debe haber estructuras de responsabilidad **diferentes a las de especialidades,** con **referentes por áreas o procesos** que garanticen en todo momento la continuidad asistencial.

Además, se propone la creación de un **circuito específico de asistencia al paciente crónico complejo** que asegure la **continuidad asistencial,** apoyado en la figura del responsable del paciente (que recaería en el equipo de AP), que se coordinaría con los responsables de enlace de la atención hospitalaria. Para ello se proponen varias acciones:

- **Permitir el acceso directo de los profesionales de los equipos de atención primaria** (enfermería, farmacia, etc.) **al paciente**, para que cada uno pueda atenderle según su ámbito de responsabilidad, sin tener que pasar primero por el médico de atención primaria.
- **Agilizar la respuesta desde atención primaria,** gracias a la intervención de los profesionales de los equipos de atención primaria capacitados para ello, con el fin de adecuar la entrada en atención hospitalaria.

- **Integrar la atención no presencial,** por medio de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs), 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.

Una adecuada coordinación requiere **canales de comunicación efectiva** entre todos los profesionales y áreas de cada proceso, que ayuden a que las estructuras transversales funcionen por medio de una comunicación sencilla y ágil entre profesionales, facilitando el trabajo multidisciplinar y en equipo. Esta comunicación debería sustentarse **a través de una HCe única e interoperable.** De igual forma, deben crearse canales de comunicación efectiva con los pacientes mayores y sus familias, de forma que se entiendan bien los objetivos que se persiguen en cuanto a salud.

Al mismo tiempo, para, garantizar la integración entre lo social y lo sociosanitario, se propone la creación de una **comisión de coordinación entre Servicios de Salud (S) y Servicios Sociales (SS),** para consensuar los recursos disponibles y los necesarios en cada momento y para cada paciente. Para facilitar esta labor se propone crear la figura de **"facilitadores sociosanitarios"** cuya función sería coordinar y atender cada una de las necesidades de los usuarios de atención sociosanitaria. Esta figura puede tener un perfil técnico con formación sociosanitaria. Por último, se necesita mejorar la inversión en el ámbito social para que ésta deje de ser una prestación de segunda categoría.

La tercera propuesta para este cambio de modelo de atención es girar hacia una **atención más preventiva y proactiva.** Se proponen dos tipos de acciones para conseguirlo:

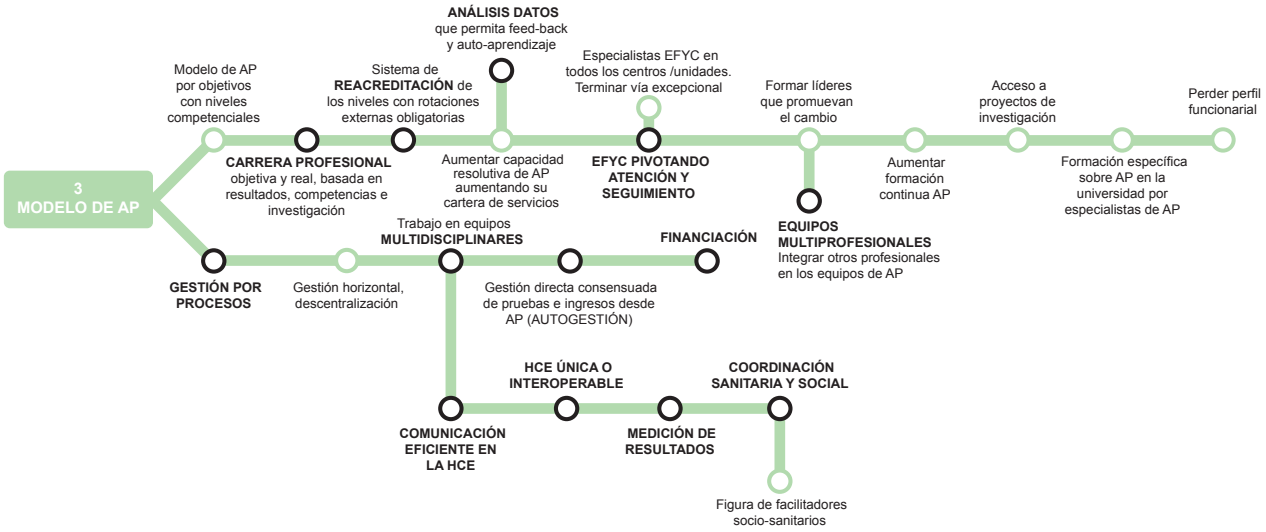
- Por un lado, se debería aprovechar toda la información que ya figura en las historias clínicas del SNS, **explotando los datos** mediante el uso de **inteligencia artificial** para **predecir y anticipar eventos futuros**. Esto exigirá incorporar **herramientas** a la HCe que permitan la **toma de decisiones proactivas y preventivas.**
- Además, se propone la **creación de un programa preventivo de la salud del mayor,** a modo de cuaderno o app, de forma similar al Programa de Salud Infantil con el que ya cuenta nuestro sistema sanitario. Este programa debería incorporar diferentes **actividades preventivas, variables periódicas de seguimiento y calendarización,** todas ellas personalizables. Este proceso se gestionaría en colaboración con servicios sociales y debería comenzar en la etapa previa al envejecimiento, adaptando el programa a los diferentes grupos de patologías.

Así mismo, se debería **integrar acciones de prevención y hábitos saludables** en el entorno ciudadano, **más allá del ámbito puramente asistencial, comenzando en la etapa previa al envejecimiento** con programas adaptados a los diferentes grupos de patologías. Dentro de **las acciones proactivas** se puede empezar a trabajar sobre los **determinantes de salud y potenciar el trabajo y las atribuciones de la enfermería en este campo.**

Todo ello debe apoyarse en un verdadero impulso de la **educación para la salud** de forma que todos los **ciudadanos** nos hagamos **co-responsables** de nuestra salud y nuestros propios cuidados. Para ello, se deberían de **poner en marcha campañas de concienciación e información** sobre estrategias de salud, para que el paciente se vea protegido y **participe en la autogestión de su salud.** Estas formaciones requieren una planificación adecuada y coordinada entre todos los agentes, la dedicación de una partida presupuestaria específica y un trabajo orientado a lograr un **cambio de mentalidad** de los profesionales para que eviten actitudes paternalistas.

Por último, al mismo tiempo que el **modelo va girando en torno a los a procesos, el presupuesto** debe cambiar y **ligarse a los mismos**, de manera que se abandone el sistema de financiación por estructuras.

3.3. Modelo de atención primaria



Línea estratégica 3 – Modelo de atención primaria

Los países occidentales que disponen de una atención primaria fuerte vertebran los servicios de salud en torno a ella: trabajando en equipos multidisciplinares, cuentan con capacidad de gestión transferida a estos equipos (autogestión), son puerta de entrada al sistema y tienen una amplia cartera de servicios. Muchos de estos elementos (trabajo en equipos multidisciplinares, autogestión de las unidades, capacidad de resolución mediante la gestión de una amplia cartera de servicios….) son los que se pusieron en funcionamiento durante la pandemia de forma casi natural en manos de los equipos clínicos de nuestro sistema sanitario. Y, al mismo tiempo, todos ellos fueron señalados como problemas clave de la atención primaria en la fase de diagnóstico de este proyecto.

Abordamos el cambio de modelo en la atención primaria desde una **doble vertiente: modelo de gestión y modelo de gestión de personas,** abarcando así todos los ámbitos que permitirán hacer atractiva la especialidad, tanto para el personal médico como de enfermería.

Modelo de gestión de personas

En la línea de la gestión de personas, el cambio debería iniciarse desde la perspectiva de un modelo de AP basado en **objetivos** en base a los diferentes **niveles competenciales,** tema que se desarrollará más adelante con profundidad, pero que en el caso de la atención primaria es clave.

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:

1. En primer lugar, se proponen **acciones que hagan más atractiva la especialidad.** 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 de los resultados que se obtienen con la práctica clínica frente a otros iguales.
2. 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. En cuanto sea posible, se debe 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.
3. 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.
   - 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.**

4. Además, debería **aumentarse la capacidad resolutiva** de los profesionales de primaria, dotándolos de medios diagnósticos que antiguamente se consideraban de nivel hospitalario pero que hoy forman o deben formar parte de la rutina clínica, como sucedió en el pasado con el electrocardiograma (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.

Modelo de gestión por procesos

En el ámbito de la gestión, se precisa de un cambio radical hacia un **modelo de atención transversal, sin niveles, y por procesos:** los compartimentos estancos deben eliminarse, estableciéndose una relación horizontal sin barreras, con una **descentralización** de la gestión clínica, dando mayor autonomía a los equipos, con mayor flexibilidad y multiprofesionalidad, lo cual no es nada más y menos que ejecutar una verdadera **autogestión**. Se describen varios aspectos relacionados con el modelo de gestión que se consideran elementos imprescindibles:

1. Por un lado, la incorporación de un **sistema de atención alternativo al presencial,** puesto en marcha durante la pandemia, pero que debe revisarse e implantarse de manera ordenada y **consensuada con los pacientes**, de forma que se logre que los pacientes sean atendidos donde realmente lo necesitan y no donde a los profesionales o al sistema les interesa.

2. En segundo lugar, se deben establecer los mecanismos necesarios para **disminuir la atención a demanda y aumentar la atención proactiva,** fomentando la prevención y la promoción de la salud, para lo cual, debe **mejorar la educación en salud** de los ciudadanos. Para ello se proponen dos acciones fundamentales:

    - La primera requiere (o se beneficiaría) de una **historia clínica única** o interoperable 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 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 basadas 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 **educar 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 su familia sin entorpecer su vida diaria.

3. En tercer lugar, el **rol del personal de enfermería** es clave para lograr una atención transversal por procesos: la figura de la **enfermera de enlace o enfermera gestora** como nuevo rol definido, es imprescindible, si se quiere avanzar, como ya se ha demostrado, en la eficiencia en la atención a los pacientes crónicos y pluripatológicos.

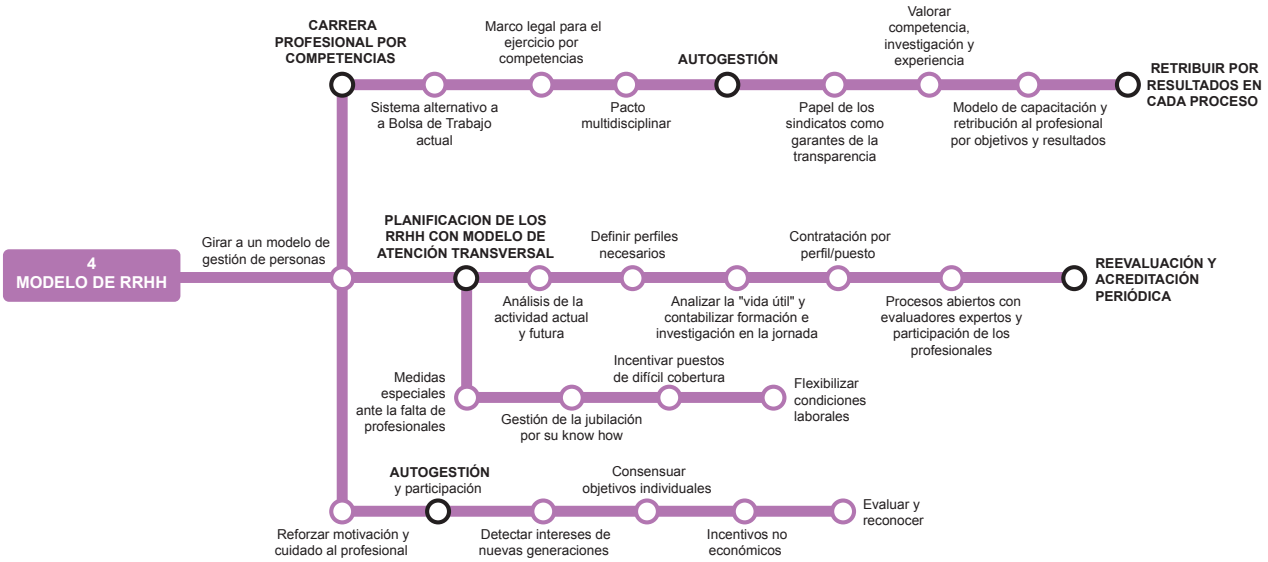
4. Como punto más a largo plazo, no porque no sea urgente sino por los cambios que exige, tanto estructurales, culturales como legales, se propone la **incorporación de todos los perfiles profesionales necesarios** para estos desempeños (psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas educadores, etc.), y que deben completar la actual oferta médico-enfermera.

En esta atención transversal no podemos olvidar el componente social de la atención a los ciudadanos; se considera pieza clave aunar los conceptos y hablar de **atención sociosanitaria,** en la que deben incorporarse nuevas figuras, como los **facilitadores sociosanitarios,** que acompañarán a los ciudadanos en todo su proceso de vida. La clave para que esto sea una realidad es **garantizar la coordinación** entre lo que hasta ahora son estamentos diferenciados. Se debe redefinir la relación de AP con las residencias y centros geriátricos, mediante programas de seguimiento adecuados, con control y acceso a los dispositivos asistenciales de forma similar a como se lleva a cabo la hospitalización a domicilio.

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, que nos permite realizar análisis de datos, feedback, autoaprendizaje, reacreditación por niveles competenciales, gestionar por procesos, tomar decisiones y financiar.

Una vez definida la ruta, debemos poner los recursos necesarios, para lo cual habrá que **definir el modelo de financiación y provisión,** pero en este orden, para no caer en el error de financiar modelos que no aportan valor o que precisan de cambios de gran envergadura como es el caso de la atención primaria.

3.4. Modelo de gestión de personas



Línea estratégica 4 – Modelo de gestión de personas

La Gestión de las Personas es un área amplia y con diferentes líneas de propuestas según los problemas que se abordan. Las podemos resumir **en 3 grandes líneas de acciones:**

- **Cambio del modelo de gestión de personas.**
- **Planificación de los recursos humanos.**
- **Carrera profesional por competencias.**

Cambio del modelo de gestión de personas

En cuanto al **cambio de modelo**, se plantea **un giro** del modelo de gestión actual, muy centrado en tareas administrativas, **hacia una verdadera "Gestión de Personas".**

En la actualidad, los departamentos o direcciones de recursos humanos (RR.HH.) de la Sanidad Pública tienen como principal función cubrir puestos y vacantes según las listas o bolsas de contratación, y asegurar que se cumple la legislación en cuanto a contratos, vacaciones, horas trabajadas y retribuciones desde un punto de vista administrativo.

La propuesta pasa por reinventar totalmente este tipo de gestión girando hacia una verdadera "Gestión de Personas", seleccionando el perfil más adecuado para cada puesto, teniendo en cuenta indicadores de desempeño, desarrollo profesional y desarrollo del talento, así como un sistema de retribución variable basado en resultados.

Esta evolución de modelo impregna todos los demás cambios que se deben implementar, desde la planificación de los recursos o la carrera profesional hasta el cuidado del profesional.

En este **nuevo modelo** de Gestión de Personas, se hace hincapié en la importancia de **reforzar la motivación y cuidado al profesional** para que se sienta parte de la organización, **reconocido y valorado.** Para ello se proponen las siguientes acciones:

- En primer lugar, dar **protagonismo al profesional, darle voz y tener en cuenta lo que dice. Las nuevas generaciones** tienen **nuevos intereses y necesidades y se requiere** detectarlas para incentivar su fidelización. No existe en general en el SNS una **cultura participativa**; muchos directivos de la salud carecen de habilidades de comunicación y motivación de equipos. Se necesita hacer un esfuerzo para **formar a los directivos** de todos los niveles, y en particular a los mandos intermedios, en **habilidades de comunicación, liderazgo y gestión de equipos.**
- Para hacer partícipes a los profesionales en los proyectos, se propone crear un **sistema de objetivos evaluables y consensuados con cada uno de ellos.**
- Además de la retribución económica, existen incentivos no económicos que se pueden y deben usar como **herramientas de motivación:** "dar tiempo" para la formación, participar en experiencias novedosas, conocer otras organizaciones, la conciliación y flexibilización, son algunos ejemplos de incentivos no económicos.
- Y, por último, hay que implementar de forma estandarizada **instrumentos de medición del clima laboral** y motivación de los profesionales. El **reconocimiento debe visibilizarse**, es importante compartir los **logros** con el resto de la organización comunicándolos.

Planificación de los RRHH

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.

Se han establecido dos puntos importantes de **análisis:**

- Por un lado, es imprescindible analizar con detalle todos los **recursos humanos** que actualmente tiene el sistema sanitario, tanto en número como en **capacidades, categorías y servicios.** Además, debe analizarse también la "vida útil restante" que le queda a cada profesional, para calcular el reemplazo necesario en los próximos años.

- En paralelo, es necesario llevar a cabo 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:
  - En primer lugar, **retirar** aquella actividad que se ha demostrado que no aporta valor, modificando también en número aquella que debe ser mejorada;
  - En segundo lugar, 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.
  - En tercer lugar, debe **planificarse, definirse y consensuarse** la cartera de servicios del SNS, 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 cuáles 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, deben de calcularse el porcentaje de la jornada que se dedica a la labor asistencial y el que se dedica a la formación e 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 ésta una de las causas más importantes de pérdida de talento en nuestro sistema sanitario.

A continuación, hay que **calcular las necesidades de formación y capacitación** de 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, es necesario llevar a cabo la **reevaluación periódica de esta planificación** en todos los niveles de gestión. La periodicidad de la re-evaluación dependerá del nivel de gestión, pudiendo ser más frecuente en los niveles micro y menos en los macros, aunque siempre debe ir unida a los nuevos Planes Estratégicos o Asistenciales que cada Sistema Regional de Salud establezca.

Otra de las líneas de acciones está relacionada con la **falta de profesionales actual y futura** por lo que se propone actuar a diferentes niveles, en tanto no se puedan cubrir las necesidades con personal específicamente formado para ello:

- **Dar opciones flexibles a la jubilación,** que permitan seguir contando con estos profesionales en puestos que aporten conocimiento y experiencia.
- **Ofrecer pluses,** que no tienen que ser económicos, que atraigan a profesionales a **puestos de difícil cobertura** como son hospitales pequeños o del ámbito rural.
- **Flexibilizar y facilitar condiciones laborales:** horarios, movilidad, compatibilizar diferentes puestos (por ejemplo, hospital grande y comarcal o AP).

Carrera profesional por competencias

- Se propone construir **una carrera profesional por competencias para cada perfil,** orientada a **conocimientos, capacidades, habilidades y mejora del desempeño.**
- Debería de establecerse un sistema de construcción de **curriculum vitae** para cada trabajador del sistema, centralizado y accesible, que facilitara su continua actualización y que fuera la base con la que construir el sistema central de perfiles y capacidades del SNS.
- Es necesario crear un **sistema alternativo a las bolsas de trabajo,** pero para ello hay que **modificar el marco legal** a través de un **pacto multidisciplinar** para garantizar que el **ejercicio profesional se lleva a cabo por competencias.** Es clave establecer las **competencias** de cada profesional.
    - Esta modificación es de mayor importancia en el caso de la enfermería: se debe **formalizar la especialización de enfermería,** para lo cual es imprescindible modificar el marco legal para garantizar que el ejercicio profesional se lleva a cabo por competencias.
- Las organizaciones, y especialmente los mandos intermedios, deben tener **mayor autonomía en la definición y contratación de sus equipos.** Se debería aprender de lo sucedido durante la pandemia de Covid, cuando la flexibilización en la forma de contratación permitió actuar con agilidad y adaptarse a las necesidades en cada momento.
- El papel de los sindicatos debe ser **garantizar la transparencia** en los procesos de **selección y contratación.** Se deben poner en marcha reuniones de consenso con la parte social para **flexibilizar el marco de contratación.**
- Los baremos deberán dar más valor a las **competencias, la investigación, la experiencia y la formación específica** de calidad para el puesto. Actualmente, existen muchos puestos de trabajo en el SNS para los que se requiere formación y capacitación específica más allá de la formación especializada reglada. Habitualmente esta formación se va adquiriendo con el tiempo por el personal que ocupa el puesto de forma interina, no permanente. Cuando la plaza sale a concurso, no se tiene en cuenta la formación y capacitación específica en el baremo de contratación y, por tanto, estas plazas se ocupan por personas sin la adecuada formación, lo que hace empezar desde cero otra vez al equipo de trabajo. Esto supone una pérdida de tiempo y dinero para el sistema que se debería de evitar. Para paliar este problema se proponen diferentes acciones:
    - **Perfilar los puestos de alta especialización,** avanzando hacia la **superespecialización,** pero sin perder de vista la troncalidad.
    - **Actualizar el baremo de contratación:**
        - Incluir la **formación y la capacitación especializada.** Requiere que se perfilen previamente los puestos de alta especialización, sino será difícil de conseguir.

- Incluir las **competencias y habilidades,** así como la **actividad docente e investigadora.**
- **La antigüedad debería dejar de ser el eje central del baremo,** porque por sí misma no aporta nada.

- **Establecer un modelo de evaluación por competencias,** tanto de forma **previa** al ingreso en el puesto como de forma **periódica**, para revalidar estas capacidades y competencias. Este sistema debería de ser **público y transparente**, soportado por un **sistema informatizado actualizado por perfiles y capacidades** para agilizar la contratación. Esta evaluación iría unida a la permanencia o la mejora profesional ligada al desempeño.
- **Modificar los baremos de puntuación** dando valor a las competencias, la investigación, la experiencia y la formación específica de calidad para el puesto, y retirando puntuación al tiempo trabajado o la formación genérica contabilizada por horas y en muchos casos de escaso valor. Siendo conscientes de las **dificultades** que implica este **drástico cambio**, habría que replantearse los criterios de baremo contando más con valores profesionales y menos con las fuerzas sindicales.

- El siguiente paso será el consenso y establecimiento de **resultados en salud con objetivos medibles como base del nuevo sistema de contratación**. Para conseguir este objetivo, se deberá cambiar la forma de contratación, para que se incluyan objetivos basados en la medición de resultados en salud, detallados por cada una de las unidades asistenciales.
  - Los resultados deben **incluir el uso de** experiencia reportada por el paciente (Patient Reported Experience – **PREMs) y PROMs** para contar con la perspectiva del paciente.
  - Los resultados deben **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.
  - Implementar **procesos de contratación pública competitiva:** proceso trasparente, basado en las necesidades reales y en los perfiles profesionales. Para conseguir el objetivo de orientar el sistema a la medición de resultados en salud, debe de trasladarse a los **contratos** de todos los profesionales y gestores, de forma que se premie a los que se esfuerzan 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 son necesarias dos líneas de acción:
    - **Consenso sobre qué se considera valor y como hay que medirlo en cada proceso identificado**. Es clave que se incluyan PROMs en estas mediciones. Además, estos resultados deben de volcar directamente a la historia clínica.
    - **Definir los servicios y profesionales que participan en cada proceso.** Ello 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.

3.5. Autogestión

Línea estratégica 5 – Autogestión

La autogestión es uno de los conceptos que más se ha repetido, directa o indirectamente, a lo largo de todas las fases de este proyecto. La autogestión ha dado magníficos resultados en la pandemia de Covid, y en este momento parece crucial encontrar la forma en que se pueda compatibilizar su mantenimiento con la cogobernanza y la equidad del sistema. Este es el gran reto.

Existen numerosos modelos de autogestión en nuestro entorno; es preciso buscar las **experiencias innovadoras** que ya están implantadas con éxito. No es necesario inventar, quizá sí adaptar, y mirar con gran angular al mundo empresarial para encontrarlas. Los **profesionales** deben ser **partícipes** de esta búsqueda, ya que las imposiciones no lograrán el efecto deseado.

Dos cambios son esenciales para que la autogestión se pueda hacer realidad:

- **Profesionalizar la gestión,** ya que, sin verdaderos líderes y expertos en gestión en todos los niveles, será imposible obtener buenos resultados de autogestión. Esta profesionalización debe ir de la mano de la implantación de una carrera profesional por competencias, como ya hemos visto en la propuesta de gestión de personas. En la siguiente línea estratégica, se desarrollan con detalle los cambios necesarios para profesionalizar la gestión.
- Lograr un **consenso nacional** entre todos los agentes, que permita que la autogestión se pueda llevar a cabo con las mayores garantías. Esto significa realizar los cambios normativos necesarios para que los profesionales sanitarios puedan asumir mayores responsabilidades gestoras, garantizando la calidad asistencial y la equidad.

La base de la autogestión es **empoderar a los profesionales** para que puedan tomar decisiones asistenciales y gestoras, es decir, de selección y asignación de recursos, tanto humanos, como físicos o tecnológicos. Pero estas decisiones deben estar enmarcadas en una **dirección por objetivos**. Para ello, hace falta **trasladar en cascada los objetivos** del sistema de salud a través de los contratos de gestión o contratos programa, desde el nivel más macro hasta el más micro. Todos los profesionales que forman los equipos asistenciales deben tener claro cuáles son los objetivos que deben cumplir e **implicarse** en **diseñar y poner en marcha acciones** para conseguirlos.

Es necesario organizar adecuadamente la autonomía de gestión teniendo en cuenta el cambio hacia un **modelo de atención transversal,** a través de los **equipos multidisciplinares y multiprofesionales** como unidades de gestión funcional, tal y como ya se ha expuesto en la primera línea estratégica. Estos equipos deben de formarse en torno a los **procesos** que van a atender.

Para valorar de forma correcta la autogestión, es clave medir los resultados que se obtienen de ella. Implementar una dirección por objetivos basada en la **medición de resultados que se centren en los pacientes**, asegurando:

- **Consensuar los indicadores y herramientas** de medición de los procesos que los equipos gestionan, y tener disponibles estos indicadores de forma **ágil y sencilla** a través de **cuadros de mando** que sean **transparentes** y permitan la **toma de decisiones.**
- Basar toda la información en la **HCe interoperable**, para permitir el **aprendizaje y la mejora continua** por comparación. La **comparación** es un elemento importante de implicación y motivación.
- Utilizar los resultados para la toma de decisiones y, además, como esqueleto de un **modelo retributivo mixto**, con un componente fijo y otro variable por los resultados obtenidos. Este modelo sería de aplicación no sólo en el salario, sino en la carrera profesional, lo que permitiría motivar a los profesionales.

3.6. Profesionalización de la gestión

Línea estratégica 6 – Profesionalización de la gestión

Lograr la profesionalización de la gestión no es tarea sencilla, ya que es necesario desarrollar de forma permanente las capacidades de gestión y 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 estableciendo un sistema de selección transparente que permita la rendición de cuentas por desempeño.

Para que la profesionalización de la gestión sanitaria se haga realidad en todo el país, es necesario comenzar por lograr un **consenso nacional**. Este consenso debe establecer las bases para fijar los **requisitos de formación y experiencia** con los que deben contar los gestores, así como el **modelo retributivo**. Adicionalmente, es preciso incluir en este consenso la **despolitización de la gestión:** la profesionalización de la gestión exige que los directivos no estén sujetos a intereses de partido, sino únicamente a obtener los mejores resultados para los pacientes, la organización y la sociedad en su conjunto como fruto de su labor gestora.

El segundo gran paso es la **formación en gestión**. Esta formación debe establecerse en los diferentes ámbitos del sistema y diferenciarse en dos grandes niveles:

- **Formación de grado específica en gestión sanitaria.** Se propone 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. Será necesario definir, además del itinerario formativo, las habilidades y competencias que se han de alcanzar para cada uno de los roles y perfiles directivos: trabajo en equipo, comunicación, innovación, negociación, dirección participativa...

- **Formación en gestión para todos los agentes del sistema.** Esta formación se deberá establecer en 4 subniveles:

  - Formación **en todos los grados de ciencias de la salud:** deben revisarse los planes de estudios de ciencias de la salud para incluir en todos ellos asignaturas a lo largo de todo el ciclo formativo con contenido de gestión.

  - Formación **en todas las especialidades de profesionales sanitarios:** en todos los programas de MIR, FIR, EIR y PIR debe incorporarse formación en gestión clínica. Los profesionales deben estar preparados desde el inicio de su especialización en el área de gestión, ya que han de poner en práctica en su día a día las habilidades adquiridas con esta formación, incluso no siendo mandos intermedios. Para ello, se deberá fijar y crear los contenidos de gestión, seleccionar los perfiles de los formadores y actualizar los programas de formación de cada especialidad.

  - **Desarrollo Profesional Continuo del Directivo de la Salud,** como una mejora continua de las competencias para el directivo de la salud a lo largo de toda su carrera. Se propone un programa de Desarrollo Profesional Continuo en gestión, accesible a todos los directivos del sistema y adaptado a cada nivel de gestión. Se evaluarán minuciosamente la formación y habilidades que tienen los directivos, para garantizar que todos dispongan de una base sólida y homogénea. Con el fin de lograr estos objetivos, se han identificado tres acciones diferentes:

    - Aprovechar las nuevas modalidades 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 cómo se trabaja en otros centros, y de esta manera se incentive la innovación.

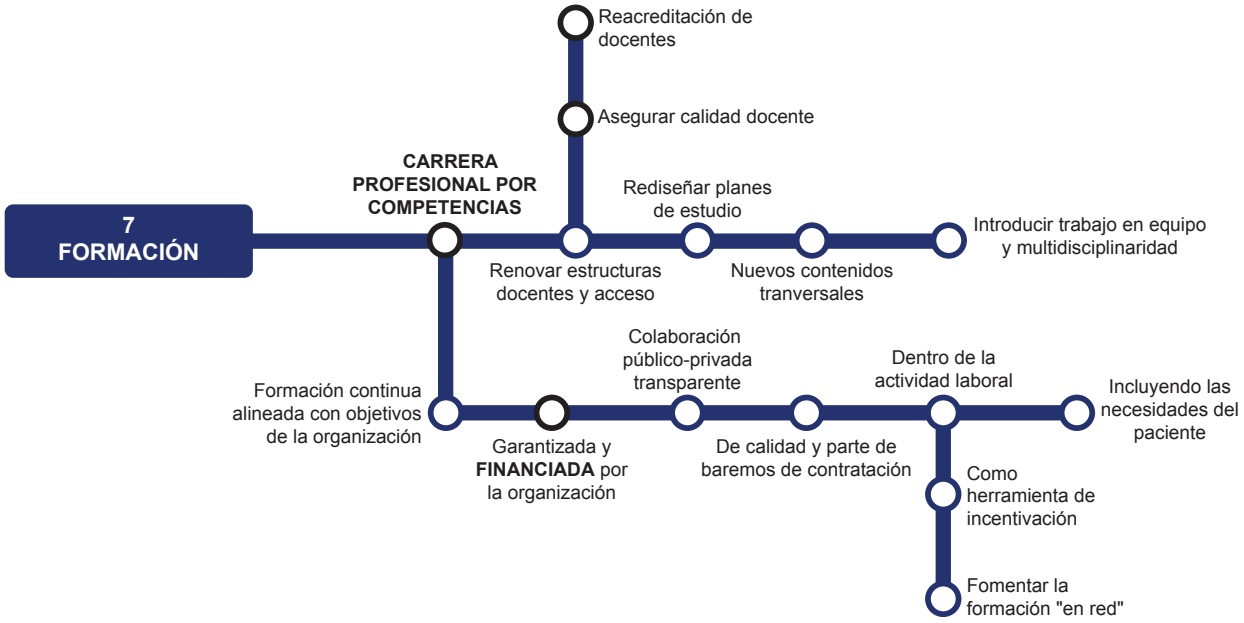
    Además, para poder contar con profesionales que quieran dedicarse a la gestión, una vez acabada la labor gestora, debería **facilitarse la vuelta a la práctica clínica mediante un sistema de actualización.**

  - **Formación en gestión a pacientes y asociaciones de pacientes**, quienes deben tener accesible la formación necesaria, por parte del sistema, para ejecutar su cometido con las máximas garantías de competencia.

El siguiente cambio consiste en establecer la adecuada **acreditación y reacreditación** de la formación. Existan entidades que pueden acreditar esta formación, como SEDISA, Universidades o Agencias, pero ésta debe de producirse siempre bajo el prisma de la independencia, evitando los conflictos de interés, y con un sistema no sólo de acreditación, sino de reacreditación periódica, que incorpore la medición de resultados. El sistema de reacreditación debe ser la base para la construcción de la **carrera profesional** del gestor, que debe definirse en base a capacitación en competencias, habilidades, experiencia y resultados.

Por fin, el **sistema retributivo** debe fomentar que los profesionales se quieran formar y apostar por la gestión. Las responsabilidades que se adquieren en la gestión sanitaria son muchas y, por ello, es clave una retribución adecuada de su labor. Dado que este cambio necesitará consenso y financiación específica, se propone que la iniciativa parta del **Consejo Interterritorial** y que sea vinculante para todas las CC.AA.. Se establecerían unos criterios mínimos para todas las CC.AA., que podrían desarrollar el modelo a partir de dichos mínimos. Además, la remuneración, al igual que la reacreditación periódica y la carrera profesional, debe estar alineada con el proceso de **medición y evaluación de resultados.** La **evaluación de los resultados, de forma regular y transparente**, mediante hitos previamente acordados, ha de cerrar el círculo de la profesionalización de la gestión.

3.7. Modelo de formación



Línea estratégica 7 – Modelo de formación

La propuesta de transformación del modelo de formación se centra en un **modelo de carrera profesional basado en competencias, ajustado a la realidad epidemiológica y centrado en la persona.** Para ello, es imprescindible coordinar las estructuras docentes, a menudo muy arcaicas, con la realidad asistencial y de salud de hoy en día. Las condiciones actuales de acceso a los estudios de ciencias de la salud son muy limitantes ya que están únicamente ligadas a las calificaciones, y el número de graduados resultante de esta selección es insuficiente para cubrir las necesidades del sistema. Además, sería necesario mejorar el sistema de gestión y planificación de la formación pregrado, eliminando la doble dependencia de Educación y Sanidad.

El primer paso, por tanto, será **rediseñar los planes de estudio** para que den respuesta a las necesidades actuales, con una **visión más holística** de la salud, y teniendo en cuenta la **multiprofesionalidad de la actividad asistencial.**

- Planificar los estudios teniendo en cuenta, además de los aspectos clínicos, la inclusión de materias que **mejoren la formación integral** de los profesionales en todos los ámbitos, tanto **humanísticos** como de **comunicación** y relacionados con la **gestión, la economía de la salud y la investigación.**

- Rediseñar los planes de estudios asegurando **la calidad docente,** por lo que se propone establecer un sistema de **selección, capacitación y evaluación de docentes**, que permita renovar y actualizar las instituciones académicas. También se deben incluir profesores con **perfiles** representantes del futuro trabajo en **equipo multidisciplinar.**

- Establecer un sistema dinámico de **evaluación continua de las necesidades de profesionales,** que permita planificar tanto el número de alumnos como los perfiles y contenidos de los planes de estudio, para evitar los gaps de disposición de profesionales, así como la adecuación de sus capacidades a las necesidades del Sistema.

En cuanto al modelo de **formación continua**, éste debe comenzar por un **análisis previo de las necesidades competenciales** de los profesionales y **estar alineado con los objetivos estratégicos** de la organización, para asegurar que se orienta a la mejora de la calidad asistencial y a las necesidades reales de la población.

- Son las organizaciones sanitarias las que deciden **cómo** debe ser la formación y **a quién** debe estar dirigida, y por tanto serán ellas las que la deban **garantizar y financiarla.** Por ello, aunque es interesante la **colaboración público-privada** como fuente de financiación, ésta debe ser **transparente** y su objetivo alineado con el determinado por la organización.

- Otra de las acciones planteadas es **cambiar el sistema actual** de formación continua, dirigida fundamentalmente a conseguir "puntos" para las bolsas de contratación. El cambio que se propone es crear un **sistema de acreditación** que garantice la calidad científico-técnica de toda la formación, con la participación de profesionales expertos y entidades externas objetivas.

- Una vez realizado el análisis de necesidades según objetivos, los planes de formación continua deben ser publicados, asegurando el acceso de cada profesional con equidad y transparencia. Además, los programas de formación deben estar diseñados de tal manera que **compatibilicen** las horas formativas con la jornada laboral de cada profesional.

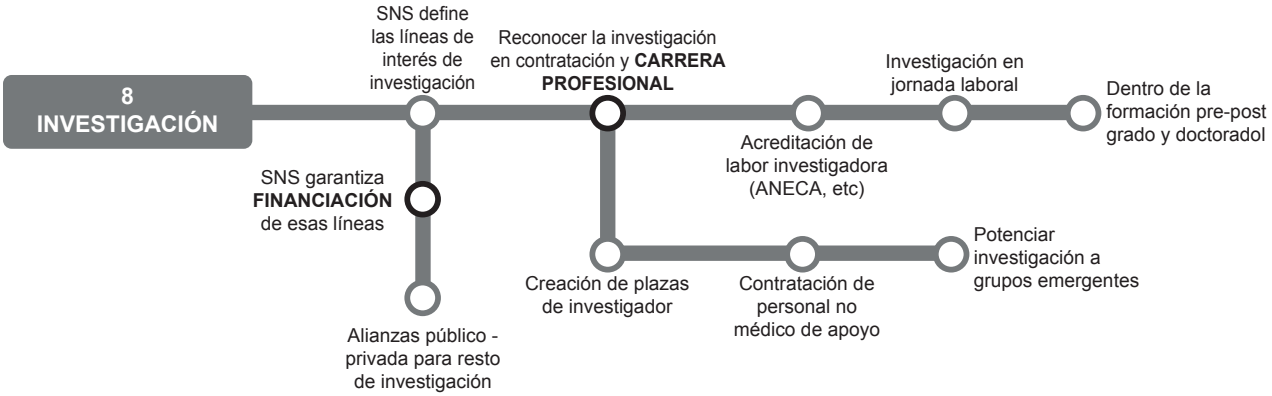
- Una forma de garantizar la actualización continua y la colaboración a la hora de compartir conocimiento es la **formación en "red"** que permite **aprovechar el conocimiento que ya existe en la propia organización.**

- La formación continua debe aprovecharse como una **herramienta potente de incentivación** de los profesionales dentro de las organizaciones. Esta motivación puede aprovecharse tanto desde el lado de la docencia como desde el aprendizaje.

- Dado que los pacientes y la población son los **destinatarios finales de la atención,** necesitamos conocer sus necesidades y los aspectos que consideran importantes y prioritarios para su salud; por ello, debería **contarse con la opinión de los pacientes en el análisis previo de necesidades formativas.**

- Por último, hay que **medir resultados:** toda acción formativa debe ir acompañada de su correspondiente plan de evaluación 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.

3.8. Modelo de investigación



Línea estratégica 8 – Modelo de investigación

Como punto de partida de la transformación del modelo de investigación, la primera acción es que el SNS defina y diseñe las **líneas de investigación macro de interés para el país**. Estas líneas deben ser **financiadas**, al menos en parte, por el sistema público. Además, debería existir la posibilidad de investigar fuera del marco establecido desde el SNS, con el apoyo de instituciones públicas o privadas.

La segunda propuesta es el **adecuado reconocimiento de la actividad investigadora**, a través de la correcta definición del perfil y competencias del investigador.

- Por ello, deben modificarse los criterios de los procesos selectivos y sus baremos, para reconocer los **méritos del trabajo** investigador tanto para la contratación como para la carrera profesional.
- Por otra parte, la labor investigadora debería fomentarse por parte de las organizaciones como **parte de la actividad laboral habitual** de los profesionales.

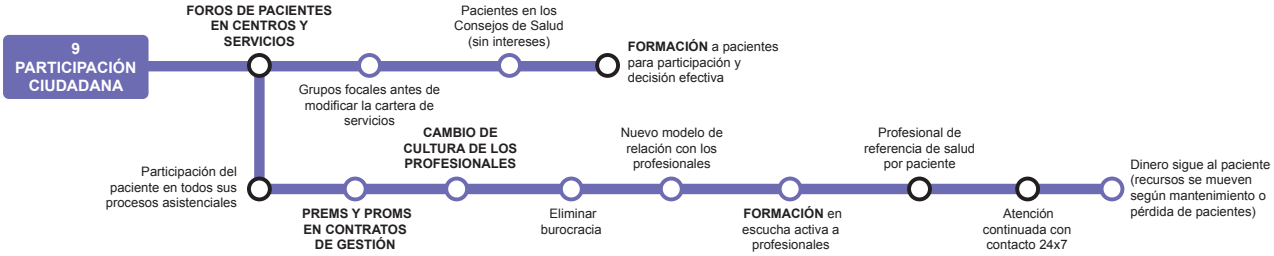
El tercer ámbito, relacionado con el anterior, es la **correcta acreditación** de los trabajos de investigación, que deben de garantizar la calidad del trabajo realizado. Aunque existen líneas de acreditación como las de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), en este momento este sistema no da solución a todos los perfiles.

Los **planes de formación en investigación** están sin desarrollar y por tanto es necesaria su implantación a todos los niveles, iniciándose en el pregrado, formando parte ineludible de la formación de postgrado y enlazándolos con la formación continuada.

Además, es necesaria la **creación de plazas específicas de investigadores** o al menos posibilitar la actividad investigadora como parte de la jornada laboral habitual. A estas plazas se podrá optar por méritos y con contratos específicos, que permitan a los profesionales continuar con sus laborales asistenciales, en caso de que ese sea su perfil, compatibilizando las tareas de investigación, sin que ninguna de las dos áreas se vea perjudicada. También pueden crearse estructuras de apoyo, contratando personal de perfil no médico como estadistas o matemáticos que ayuden en esta labor.

Y por último para apoyar la innovación en la investigación, se propone **potenciar a grupos emergentes** que necesitan estímulos para realizar sus proyectos; existen redes e institutos a los cuales un gran número de profesionales no tiene un fácil acceso; las sociedades científicas deberían actuar como estímulo para estos profesionales, dándoles acceso a todos los recursos de los que disponen.

3.9. Participación ciudadana



Línea estratégica 9 – Participación ciudadana

Existe un cambio de paradigma en la sociedad que ya es imparable: el paciente y el ciudadano está evolucionando hacia un marco relacional en el que se corresponsabiliza de su atención, pasando de **una actitud pasiva a ser parte activa del mantenimiento** de su salud. Sin embargo, la realidad es que el paciente sigue estando fuera de la organización sanitaria. Por ello, en esta propuesta se exponen diferentes acciones que **fomentan su inclusión** como parte del sistema.

En cuanto a la **participación de los pacientes en la organización**, es necesario ir introduciendo paso a paso a pacientes expertos y asociaciones de pacientes en las organizaciones, como parte esencial de cualquier decisión o proyecto.

- Una forma de hacerlo es **crear foros de pacientes** en hospitales, centros y servicios, para que puedan trasladar su feed-back sobre la atención sanitaria que reciben.
- También, y **antes de establecer nuevas carteras de servicios**, se propone crear **grupos focales** con pacientes para contar con su opinión y experiencia.
- Otra acción sería la **presencia de pacientes en los consejos de participación de las organizaciones sanitarias**, siempre que se garantice su no politización, la ausencia de intereses personales y que su participación sea útil para la ciudadanía y el sistema.

Para poder tomar decisiones tanto a nivel individual como asociativo, los pacientes **necesitan formarse** en diferentes aspectos, entre ellos ahondar en derechos y deberes del paciente, en medición de resultados en salud y conocer la estructura y normativa del sistema sanitario. En todo caso, debe huirse de la formación técnica excesiva, como si fueran profesionales (no se trata de crear mini-médicos, sino de posibilitar la participación activa de los ciudadanos en la organización del sistema de salud).

Otro eje central de esta propuesta es la **participación del paciente en todos sus procesos asistenciales**; se trata de abandonar una "cultura" donde el paciente tiene un papel pasivo, obediente y en la que se da por hecho que el que "sabe" y decide es el profesional. El cambio se dirige hacia una cultura donde el paciente, como receptor y destinatario de la asistencia, pasa a tener un papel activo. Para todo ello se requiere un **cambio de cultura de los profesionales.**

- Es necesario adecuar el **tipo de relación** y comunicación entre los pacientes y los profesionales.
  - Por un lado, 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 comunicarse cuando sea necesario.
  - Por otro lado, los profesionales **necesitan desarrollar habilidades en escucha activa:** es clave una relación y trato más humanizado, darles voz y preguntarles cuáles son sus necesidades.
- Para logar una **mejor accesibilidad,** el paciente necesita la figura de un **profesional de referencia** del sistema que gestione su salud. Es importante en este punto diferenciar dos conceptos: la **persona de referencia "permanente"**, más cercana al paciente, que hace de interlocutor entre el sistema de salud y el paciente y su entorno, y que se encarga de gestionar su "salud", y la **persona de referencia de cada proceso**, que variará según la unidad que gestione ese proceso. En ambos casos, este perfil podrá ser realizado por personal de enfermería o medicina. El acceso no debe estar restringido a ciertos horarios 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.
- Y para que la voz del paciente tenga verdadero efecto se propone **incorporar los resultados de la experiencia del paciente** mediante el uso de PREMs, al cumplimiento de **objetivos de los contratos de gestión.**

Por último, a nivel de **financiación** la propuesta, no fácil de implementar, pero seguramente de gran eficacia, es que los **recursos se muevan** en función del mantenimiento, la atracción o la pérdida de pacientes por cada profesional, unidad o centro.

3.10. Medición de resultados

Línea estratégica 10 – Medición de resultados

Esta línea estratégica, como otras anteriores, parte de la imperiosa necesidad de un **consenso nacional**. Este consenso debe permitir **definir y planificar el modelo** de medición de resultados que queremos para España, que debe ser **único, homogéneo y transparente**. Además, teniendo en cuenta que la labor de medir resultados en salud de toda la atención sanitaria es ingente, este consenso debe fijar también las **prioridades y los mínimos de medición**. Una vez consensuadas las prioridades, es papel del **Consejo Interterritorial** elevarlas a nivel normativo y facilitar su puesta en marcha.

Con posterioridad, grupos de trabajo multiprofesionales **definirán los indicadores de resultados y las herramientas de medición** para los **problemas de salud más prevalentes,** que han sido priorizados a nivel nacional. Se necesita una batería de indicadores limitada, con objetivos comunes a nivel macro, con definición y planificación del modelo de medición, que debe ser homogéneo y transparente en todos los centros y niveles, de fácil uso y acceso por parte de los profesionales. En estos grupos debe haber pacientes y, con ellos, fijarse la **incorporación de PREMs y PROMs en todos y cada uno de los procesos**, para recoger adecuadamente la percepción directa del ciudadano.

Todos estos datos, tantos los PREMs/PROMs como los indicadores, deben recogerse en la **historia clínica electrónica** y, para poder compararlos es clave que la historia clínica sea **interoperable en todo el país.**

- En primer lugar, hay que completar la **digitalización de la historia clínica** en todos los niveles y CC.AA.. El ideal es una HCe interoperable que permita explotar datos a nivel local y nacional; debe consensuarse un conjunto mínimo de datos recogidos de forma homogénea de manera que permitieran el análisis de resultados y la comparación.

- Además, la **recogida de datos** ha de ser **ágil y protocolizada con unos estándares consensuados para cada proceso** de manera que el profesional solo deba seguir un algoritmo predefinido en la HCe. Es fundamental evitar cuestionarios o introducción de datos en otras plataformas fuera de la HCe para evitar duplicidades y pérdida de tiempo de los profesionales.
- Por último, se requieren **herramientas** que puedan ser utilizadas por los pacientes de forma autónoma y que recojan datos en tiempo real y de vida real. Es una manera de hacerlos partícipes y de evitar sesgos de los profesionales en la autopercepción del paciente.

Además, se necesita crear un organismo a modo de **"Observatorio o Agencia Nacional de Resultados en salud"**, que garantice la fiabilidad de los datos recogidos y pivote la **explotación masiva de datos** con la ayuda de la inteligencia artificial. Estos resultados deben **presentarse de una forma comprensible y accesible** tanto a los profesionales de salud como a la ciudadanía, para que ambos, cada uno en su nivel, puedan tomar **decisiones basadas en ellos.**

Este cambio permitirá girar el sistema desde la enfermedad hacia la salud por resultados y, por tanto, hacia la **actividad preventiva** y proactiva, organizada por **procesos**, como ya vimos en la primera línea estratégica de transformación de la **organización transversal**. En este sentido, sería conveniente estudiar modelos **europeos** que estén funcionando bien y replicarlos.

Previo al giro del sistema hacia la medición de resultados, se necesita un **cambio cultural profundo**, hacia una cultura de la medición en primer lugar y hacia la medición de resultados (y no de actividad) en segundo. Medimos actividad, pero no calidad de la práctica asistencial ni resultados en salud. Se confunden los resultados con indicadores de gestión. Hay que establecer un modelo de medición que incluya resultados en cuanto a cantidad de vida, calidad de vida y confort o experiencia de los pacientes. Este cambio cultural debe apoyarse en dos estrategias: **formación y participación**, tanto de los profesionales sanitarios como de la ciudadanía. Si todos forman parte del cambio del proceso y se tiene en cuenta su opinión en el establecimiento del modelo de medición, tendremos la mitad del camino andado.

- **La formación en medición de resultados en salud** debe considerar tres puntos esenciales:
  - **Formación de los profesionales** que debe de comenzar ya en el nivel universitario.
  - **Inclusión de esa formación en los objetivos de las organizaciones** para asegurar que se imparte. Aunque el impulso debe venir de los gestores y líderes clínicos, **los profesionales son la pieza clave** para conseguirlo.
  - **Formación de los pacientes:** asegurar que su visión se tiene en cuenta en la decisión de qué, cómo y cuándo debe evaluarse, es primordial para poner los resultados de salud al servicio de la mejora de la atención.
- La **participación** se garantizará gracias a la **transparencia.** La transparencia permitirá que pacientes y profesionales puedan **tomar decisiones basadas en datos** e iniciará, de forma natural, la **comparación** como proceso de mejora continua del sistema. Cada profesional y cada equipo podrá fijar **objetivos** con sus gestores, que después se llevarán a **contratos programa** que permitan el **pago por resultados.** Además, el análisis de los datos y la transparencia permitirán identificar aquellas actividades que **no aportan valor** y por tanto no generan resultados, facilitando su **retirada** de la actividad asistencial. Por último, la transparencia permitirá poner en marcha la **libre elección del paciente** en cuanto a la atención sanitaria que quiere recibir, lo que a su vez actuará como herramienta de mejora continua.

3.11. Transformación digital

Línea estratégica 11 – Transformación digital

Nuestro sistema sanitario está dividido en 17 Sistemas Regionales de Salud (SRS), y cada uno de ellos, desde las transferencias de las competencias sanitarias a las CCAA, ha seguido su propio camino para adaptarse a los cambios e incorporar las nuevas tecnologías para la mejora de la atención sanitaria. 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.

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 debería partir y ser garantizada por el **Consejo Interterritorial del SNS**, puesto que éste 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, debe 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.

Hace falta componer un **grupo de expertos** en el cual estén representados además de los agentes del sistema, los 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** para, desde el inicio, implicar a todos los agentes en la transformación.

En paralelo, debe crearse un **foro de participación**, 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 se impliquen en la transformación: ciudadanos, profesionales sanitarios, gestores, etc. Este foro, en colaboración con el grupo de expertos, y directamente dependiente del Consejo Interterritorial, será 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, será 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. Esta financiación debe permitir el **diseño, desarrollo y/o adquisición de herramientas al servicio de la ciudadanía** para mejorar la salud y su atención, garantizando la **humanización de la tecnología** por medio de la participación de pacientes y profesionales en su diseño.

Como parte imprescindible de esta transformación, es necesario contar con un **mecanismo de identidad digital único**, que garantice su seguridad, legalidad y simplicidad. La **receta electrónica interoperable** a nivel nacional, que permite que cualquier ciudadano pueda retirar su medicación en una oficina de farmacia de una comunidad autónoma diferente a la suya, ha sido el primer paso hacia la interoperabilidad en España. 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.

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, y la implantación de **herramientas** que faciliten el análisis y presentación de los datos para una mejor y más ágil **gestión y toma de decisiones.**

La transformación digital debe apoyarse en la creación de un **observatorio nacional de resultados en salud**, que garantice una nueva forma de gobierno de los datos, a modo de red federada, con fijación de estándares técnicos y semánticos. Este observatorio permitirá la **explotación masiva de los datos** mediante inteligencia artificial, lo que a su vez pondrá en marcha tres grandes cambios:

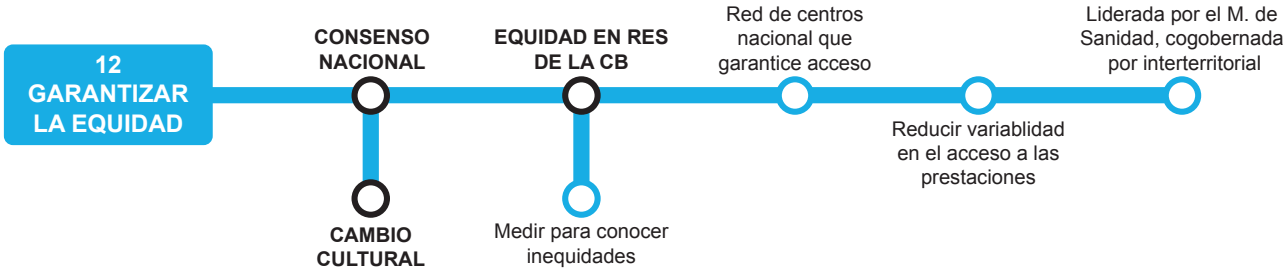
- La posibilidad de **medir y evaluar por resultados** en todos los ámbitos de salud.
- Un **nuevo modelo asistencial preventivo y por procesos.**
- La **participación ciudadana en la investigación y en la mejora del SNS** por medio de sus datos.

Por último, es imprescindible lanzar una **campaña de información y comunicación** a todos los profesionales de todos los SRS, orientada a fomentar su colaboración e implicación en el proceso de transformación.

Durante la redacción de este informe en diciembre del 2021, y ya terminada la fase de trabajo de los grupos, se publicó la Estrategia Nacional de Salud Digital para 2021-2026[1] . Esta Estrategia coincide en los objetivos, gobierno, y planificación con lo expuesto en esta línea de transformación.

[1]https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Digital_del_SNS.pdf

3.12. Garantizar la equidad



Línea estratégica 12 – Garantizar la equidad

La transferencia de las competencias de sanidad a las CC.AA. ha demostrado, en estos 30 años de historia, que tiene muchas ventajas, pero también ha generado algunos problemas que se deben corregir o solucionar. La pandemia ha puesto de manifiesto la falta de coordinación y co-gobernanza y la inequidad entre ciudadanos de diferentes CC.AA..

Profundizando en las desigualdades en las carteras de salud de las CC.AA., los participantes de AMPHOS expusieron que los ciudadanos tienen de facto derechos y deberes diferentes según la comunidad autónoma en la que vivan. El sistema es garantista en cuanto a los derechos, pero éstos no parecen basarse en resultados, es decir, los derechos son nominales en cuanto a acceso a una cartera de servicios, pero no en cuanto al resultado en salud que la atención sanitaria debe procurar a cada ciudadano. Por ello, debería definirse con claridad el modelo de prestaciones que queremos tener, no solo en cuanto a un simple listado de prestaciones (la actual Cartera Básica), sino a los resultados que de ellas se espera obtener y a los centros o unidades donde se pueden recibir.

La propuesta para transformar el modelo sanitario y garantizar la equidad comienza por la necesidad de alcanzar un **consenso nacional** que abogue por **despolitizar la sanidad y su gestión.** Este consenso debería incluir la definición de la **Cartera Básica de servicios y prestaciones única para todo el país** y su actualización periódica. Esta cartera, como se ha explicado en líneas estratégicas anteriores, debe especificar los **resultados en salud** que se espera obtener por la asistencia y las prestaciones recibidas.

El consenso ha de acompañarse de un **cambio cultural** que permita la prestación de los servicios transferidos a las comunidades, garantizando la adecuada coordinación y la equidad, para que todos los ciudadanos sean iguales en su derecho a obtener los mismos resultados en salud.

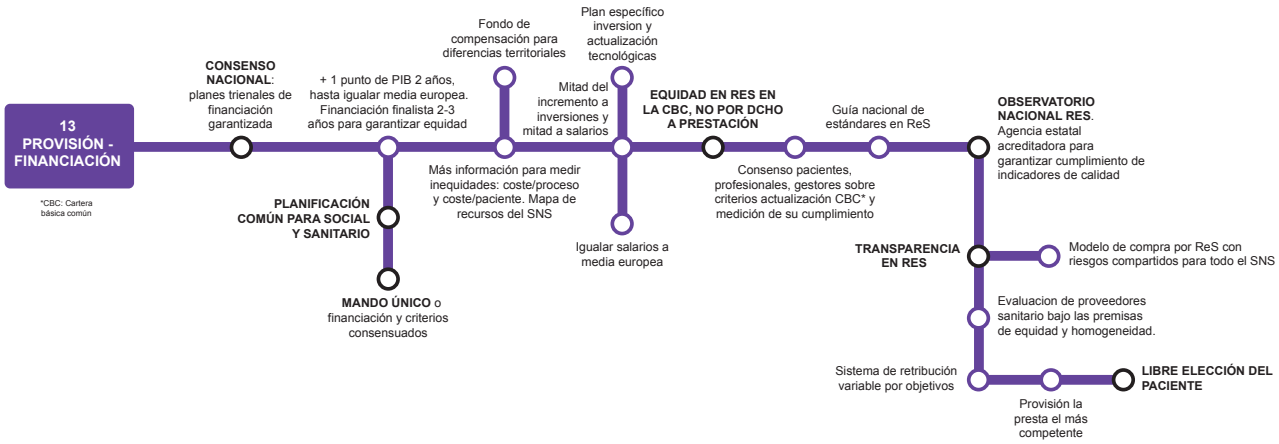
Es crítico tener datos y analizar dónde y porqué se producen las inequidades para saber qué medir o cambiar. Por ello se proponen varias acciones:

- **Acciones para disponer de más información:** medir las inequidades, mejorando el conocimiento de las diferencias tanto a nivel de servicio como de resultados. Análisis del coste por proceso y costes por paciente.
- **Acciones que permitan conocer la capacidad y recursos del sistema:** generar un Mapa de Recursos del SNS, para mejorar su utilización, evitar duplicidades y afrontar mejor la obsolescencia.
- **Acciones para definir criterios de transparencia basados en resultados:** determinar mecanismos para retirar capacidades de quien no cumpla con los estándares, clínicos, económicos o profesionales.
- **Acciones para mejorar la eficiencia del funcionamiento de la cartera y, vía resultados en salud, mejorar la financiación:**
    - Trabajar colaborativamente (gestores, clínicos, pacientes) para consensuar la cartera de servicios del SNS y su actualización, tanto incorporación como exclusión de procedimientos y coberturas.
    - Revisar, y en su caso establecer, los mecanismos de incorporación y de baja de procedimientos de la cartera del SNS, con criterios de transparencia, basados en eficiencia, coste-efectividad y participación.

Además, se debe disponer de una **red de centros a nivel nacional** (como ya existen los CSUR) que garantice el acceso de todos los ciudadanos a aquellas prestaciones que no existan dentro del ámbito autonómico. Este acceso debe ser real, facilitando el trabajo en red de los profesionales referidores con los centros de referencia. Esta accesibilidad generará equidad, facilitará la eficiencia del sistema y garantizará la reducción de la variabilidad de la práctica clínica.

Por último, es necesario el **liderazgo del Ministerio de Sanidad**, y aún más fundamental es la coordinación entre CC.AA. y el cogobierno de éstas a través del **Consejo Interterritorial**, para que las prestaciones tengan en cuenta todas las necesidades de salud de las personas, incluyendo lo social, la prevención y promoción.

3.13. Modelo de provisión y financiación



Línea estratégica 13 – Modelo de provisión y financiación

En cuanto al modelo de provisión y financiación, los objetivos se pueden agrupar en dos bloques:

- **Garantizar una financiación estable para sanidad**, independiente de los vaivenes políticos y suficiente para mejorar y mantener la salud de las personas.
- **Girar hacia un modelo de financiación centrado en resultados en salud** que importan a los pacientes, que tenga en cuenta y pondere todos los factores redistributivos: edad, complejidad, población, etc.

Garantizar una financiación estable para sanidad

Es obvio que cuando hablamos de modelo de provisión y sobre todo de financiación, ningún cambio será posible sin un **Consenso nacional.** En este caso, se propone un consenso que cambie el actual sistema de financiación de la sanidad, mediante **planes trienales, con financiación garantizada,** que permitan poner en marcha proyectos plurianuales.

Además, se plantea una **mejora de financiación** sanitaria tanto en el plano **cuantitativo como cualitativo,** para igualarnos a la media europea. Esto se concreta en un **aumento de 1 punto más de PIB cada año durante dos años, con presupuestos autonómicos finalistas** durante 2-3 años para garantizar la equidad. El detalle de este enunciado es el siguiente:

- Como "mejora de financiación sanitaria" se entiende tanto el incremento en la cuantía como la mejor distribución y asignación de los recursos, de forma que se tengan en cuenta todos los factores que garanticen su correcta distribución.

- Con la expresión "financiación garantizada", se quiere expresar la necesidad de que, al menos durante unos años, para garantizar la equidad, la cuantía de la financiación de los diferentes SRS vengan fijados a nivel nacional sin posibilidad de ajuste a la baja en las CC.AA..

En este sentido, y dada la dificultad de contar con datos reales para calcular y corregir estas inequidades, se propone la creación de un **Mapa de recursos del SNS**, que incluya **indicadores de coste por proceso y por paciente** a lo largo del país. Estos datos permitirán corregir las inequidades, con la ayuda de un **fondo de compensación** para las diferencias territoriales.

Se identificaron dos problemas de financiación acuciantes para todo el SNS: por un lado, la **insuficiencia salarial actual,** que lleva a muchos a tomar la decisión de dejar el SNS, marchando a otros países o a la sanidad privada, y por otro lado la **obsolescencia tecnológica general,** fruto de muchos años de crisis y de restricción presupuestaria. Por ello se propone que el incremento de financiación se aplique fundamentalmente a estos dos puntos, lo que permitirá **igualar los salarios a la media europea** y así frenar la carencia de profesionales y, por medio de un **plan específico de inversión y actualización tecnológica**, mejorar la capacidad diagnóstico-terapéutica y la seguridad del paciente.

Girar hacia un modelo de financiación centrado en resultados en salud

El segundo gran punto de esta propuesta es que la **cartera básica común** debe de pensarse **por los resultados a obtener,** y no simplemente por el derecho a la prestación que otorga. De nada sirve que nos digan que todos los ciudadanos tenemos derecho al tratamiento de tal patología si los resultados en supervivencia o en calidad de vida que obtenemos varían según nuestro código postal. La propuesta, por tanto, dice que la cartera debería fijar la atención a recibir junto con los resultados esperados de esa atención.

Este cambio debe de contar con el **consenso** de todos, pacientes, profesionales y gestores en cuanto a los **criterios de su actualización y la medición y garantía de su cumplimiento.**

Ello requiere de la creación de una **guía nacional de estándares** de resultados en salud y de la puesta en marcha de un **observatorio nacional de resultados**, agencia estatal acreditadora, que será la responsable de garantizar el cumplimiento de los indicadores fijados. La existencia de este organismo debe de acompañarse de la transparencia de los resultados medidos a todos los niveles.

Esta transparencia permitirá **extender el modelo de compra por resultados con riesgos compartidos a todos los ámbitos del SNS**, no solo para unos cuantos fármacos de alto impacto y, al mismo tiempo, permitirá **evaluar a los proveedores sanitarios** bajo las premisas de homogeneidad y equidad. Esto facilitará la puesta en marcha de la **retribución variable por resultados y objetivos** y, en último término, hará que la **provisión la realice el más competente**, haciendo realidad la **libre elección del paciente.**

4

CONCLUSIONES FINALES

amphos

- Este informe, resultado del proyecto AMPHOS, La asistencia sanitaria que queremos en 2025, pretende ser una aportación de valor desde dentro del propio Sistema Nacional de Salud para su transformación y se dirige a todos aquellos que tienen la capacidad y la responsabilidad de llevarla a cabo.

- La necesidad de construir un nuevo modelo sanitario nace del propio cambio habido en la sociedad, y aunque se ha puesto claramente en evidencia durante la pandemia de Covid, la precede y la trasciende. Adecuarse a este cambio social significa contar con el ciudadano como centro del sistema, pero también como "dueño" y responsable; la sociedad, por tanto, debería ser parte imprescindible de las decisiones del sistema sanitario y el paciente parte esencial de la adecuación de la asistencia a sus necesidades y preferencias.

- Para adecuarse a estas necesidades, el modelo de asistencia debe transversalizarse, considerando las especialidades como organización del conocimiento, pero no de la atención, haciendo desaparecer los actuales niveles asistenciales para pasar a organizarse en áreas y trabajando en equipos multidisciplinares, acercando lo más posible la gestión a la asistencia.

- Para ello, los profesionales deben desarrollar una carrera profesional por competencias, adquiriendo conocimientos y habilidades transversales que ahora no forman parte de su formación. Además, esta carrera profesional debe evaluarse periódicamente según los resultados de los procesos asistenciales en los que participa. Ambos factores, carrera profesional y evaluación de resultados, serán la clave para implicar, motivar y retener a los profesionales, pieza esencial del sistema.

- Este acercamiento de la gestión a la clínica diaria, debe acompañarse de una profesionalización de la gestión en el ámbito directivo, primer paso para garantizar un transparente rendimiento de cuentas y el cambio hacia una gestión profesionalizada y menos política.

- Una atención transversal cambia el paradigma actual de la atención primaria y de la atención a la cronicidad, mejorando su capacidad de resolución y aumentando su cartera de servicios, lo que generará una distribución más eficiente de los recursos.

- Esta distribución de los recursos, tanto tecnológicos o de infraestructuras como de personas, debe evaluarse según los resultados que produce. De igual manera, la cartera básica de salud debe garantizar a todos los ciudadanos equivalentes resultados en salud para cada prestación que incluye, y no solo el derecho a ella.

- Para poder medir todos estos resultados, hace falta una transformación digital del SNS que permita compararlos, transparentarlos y evaluarlos. Esta es una pieza clave para la transformación del sistema y no debería desaprovecharse la existencia de los fondos europeos para conseguirlo.

- Para que las piezas angulares de esta transformación del sistema sanitario se conviertan en realidad hace falta un consenso a nivel nacional que permita unificar criterios, crear cultura, planificar y financiar.
- Desde AMPHOS, hacemos un llamamiento a la acción, para que la asistencia sanitaria que todos queremos sea posible en 2025.

5

ANEXOS

amphos

5.1. ANEXO I: Problemas del SNS identificados

MODELO DE SALUD: ESTRUCTURA ORGANIZATIVA	
CAMBIO DE MODELO	Basado en el sistema vs basado en la persona
	Asistencia sanitaria vs sistema de salud
	En niveles vs transversal
	Especialidades vs necesidades
	17 modelos vs modelo único adaptable
	Demanda aguda vs prevención y objetivos en salud
	Reactivo vs proactivo
	Biologicista vs holístico
	No participativo vs bidireccional y corresponsabilidad
HOSPITAL CENTRISMO	La AH no pivota sobre medicina interna en crónicos
	Los crónicos están en AH pero no hay criterios de "no hacer"
	Especializada "secuestra" a los pacientes
SNS CENTRADO EN AGUDOS NO EN CRÓNICOS	Centralizar la atención del crónico en AH
	Facilitar el viaje del crónico por el sistema
	No hay procesos asistenciales integrados reales para crónicos
	Papel fundamental de enfermería en gestión y coordinación de crónicos
	Dificultad para identificar paciente crónico
	No hay modelo de asistencia al envejecimiento
	La atención a la dependencia está obsoleta
FALTA DEFINIR MODELO, FUNCIÓN Y OBJETIVO DE AP	AP desorganizada, sin equipos reales ni estructura de gestión
	Marco estratégico de AP sin implantar
	Financiación y dimensión de AP inadecuada
	Acercar asistencia al hogar
	Perfil profesional de AP no atractivo

MODELO DE SALUD: ESTRUCTURA ORGANIZATIVA	
FALTA COORDINACIÓN INTRA-NIVEL E INTER-PROFESIONAL	No se garantiza la continuidad asistencial
	No hay figuras de enlace
	No hay HCe única que facilite la coordinación
ORIENTAR A LA PREVENCIÓN Y LA SALUD PÚBLICA	Falta atención a todos los determinantes de la salud
	Falta comunicación de la estrategia de SP
	Disponibilidad de datos epidemiológicos insuficiente e imprecisa
	Falta formación en medicina preventiva
	Visión holística e integradora de la salud: física, mental, social, emocional
	Falta cobertura en salud dental
	Mejorar la atención en salud mental
FALTA ADAPTACIÓN A LA REALIDAD SOCIOSANITARIA	No hay mando único o coordinado
	No hay integración y coordinación social y sanitario
	Atención de problemas sociales
HUMANIZAR LA ASISTENCIA	Falta de empatía y confianza en relación médico-paciente
	Mejorar comunicación e información profesional-paciente
PARTICIPACIÓN Y DECISIÓN DEL PACIENTE EN EL SNS	Falta papel activo
	No hay decisiones compartidas y co-responsabilidad
	Disponibilidad de datos epidemiológicos insuficiente e imprecisa
	Desconocimiento de sus necesidades
	Formación e información
	Faltan nuevas formas de comunicación y asistencia
	Papel de las administraciones públicas en la atención y la interlocución

MODELO DE SALUD: COORDINACIÓN - INTEGRACIÓN	
COORDINACIÓN E INTEGRACIÓN	Falta coordinación entre niveles, intraprofesional y sociosanitario
	No se garantiza la continuidad asistencial
	No hay cultura de trabajo en equipo ni multidisciplinar
ATENCIÓN PRIMARIA	Falta definir el modelo, la función y el objetivo de AP
	Falta definir papel de AP en salud comunitaria
	Perfil profesional de AP no atractivo
RELACIÓN CON EL PACIENTE	Falta de empatía y confianza en la relación profesional-paciente
	Falta corresponsabilidad del paciente y el ciudadano en la salud
RESULTADOS	Variabilidad práctica clínica vs atención basada en resultados y valor
	Falta medir resultados que le importan al paciente
CRÓNICOS	No hay procesos asistenciales integrados reales para crónicos basados en necesidades del paciente
	No hay modelo de asistencia al envejecimiento
	Atención centrada en el Hospital
PREVENTIVA Y SP	Falta formación en medicina preventiva
	Falta atención a los determinantes de la salud

MODELO DE GESTIÓN: MESO-MACRO	
SISTEMA RÍGIDO Y BUROCRATIZADO	Sistema funcionarial poco adaptado a las necesidades
	Cultura organizacional poco flexible
	Poca flexibilidad para implementar cambios, incluso para mejorar
	No se garantiza la separación de funciones: financiación y provisión
	La estructura no sigue a la función
	Normativa garantista
	Falta sistema de gestión empresarial
POLITIZACIÓN DE LA SANIDAD	Sanidad como herramienta de rédito político
	Las decisiones se toman con visión política
	Cortoplacismo en la visión política
	La alternancia política de 4 años no permite una gestión a largo plazo y con criterio profesional
	No se usa la economía de la salud para tomar decisiones políticas en salud
17 MODELOS DE ASISTENCIA	No hay visión estratégica única
	Inequidad entre CCAA
	Las carteras de servicios no están adecuadamente ponderadas
	Racionamos, no planificamos, faltan datos para planificar a medio y largo plazo
	Modelo de financiación de los SRS está obsoleto
MODELO DE CO-GOBERNANZA Y COORDINACIÓN	Falta definición de los objetivos del SNS
	Hace falta mayor coordinación entre SRS y MSSCS
	Falta hacer buen uso de los recursos compartidos entre MSCSS y SRSs
	Hace falta una organización integrada y con transparencia
	No se buscan mínimos para homogeneizar a nivel nacional
	Perdemos capacidad de compra y eficiencia al comprar por separado
	No hay bidireccionalidad en la toma de decisiones
	El ciudadano no está dentro de los órganos de decision

MODELO DE GESTIÓN: MICRO	
VARIABILIDAD EN LA ATENCIÓN	No aprendemos de experiencias de éxito
	Falta unificar objetivos paciente-profesional-gestor
	No se pueden poner incentivos por logro de microproyectos
FALTA LA GOBERNANZA Y AUTONOMÍA EN LA GESTIÓN	La autonomía no está a nivel de los profesionales
	No se trabaja en equipo entre directivos y profesionales
	Miedo al cambio por la "no" complacencia de todos. Al final "café para todos"
	No hay interés de los clínicos en las UGC: aversión al cambio y a la pérdida de poder
	¿Cómo garantizar los beneficios de la autogestión con la cogobernanza y la equidad?
NO SE EVALÚA A LOS GESTORES	No se gestiona midiendo resultados
	Falta desarrrollar las herramientas y profesionales de las TIC
	No se transfieren los riesgos al proveedor
FALTA PROFESIONALIZAR LA GESTIÓN	Gestión politizada y no profesionalizada
	No hay carrera profesional en gestión
	Criterios de acceso y promoción no basado en resultados y/o méritos
	No hay reconocimiento personal, profesional ni económico
	No existe formación en gestión en las carreras universitarias o postgrado
	Falta profesionalizar otras áreas de gestión, como los datos, la tecnología y la IA
	Faltan líderes para el cambio
	Falta un estilo de liderazgo co-participativo, compartido, multi-profesional e innovando continuamente

GESTIÓN DE PERSONAS: MARCO DE RELACIÓN	
SISTEMA CONTRACTUAL: FUNCIONARIAL Y RÍGIDO	Modelo rígido, no adaptado a la realidad, marco normativo obsoleto
	Falta flexibilidad y autonomía de gestión en la contratación y selección de personal
	Modelo retributivo y normativo funcionarial "café para todos"
	Sindicalismo
	Estructura vertical
	Burocratización
DESMOTIVACIÓN	Sistema retributivo: Insuficiente y no basado en evaluación de competencias y resultados
	Falta de incentivos y reconocimento (no económico)
	Condiciones laborales precarias. Modelo carrera profesional obsoleto
CULTURA DE LOS PROFESIONALES	Corporativismo
	Resistencia al cambio
	Individualismo

GESTIÓN DE PERSONAS: PERFILES, ROLES Y FUNCIONES	
FALTA DE PERSONAL / NUEVOS PERFILES Y COMPETENCIAS	Escasez de personal: falta de previsión a futuro. Fuga de profesionales
	Faltan nuevos perfiles profesionales: psicólogos, informáticos, matemáticos, ingenieros, técnicos, veterinarios
	Necesidad de redefinir roles y competencias. Aumentar las competencias de enfermería
	Herramientas de gestión de personas: déficit de estrategias de comunicación
PROFESIONALIZACIÓN DE LA GESTIÓN Y LIDERAGO	Falta profesionalizar la gestión sanitaria y la gestión de personas, falta carrera profesional en gestión
	Crisis de liderazgo

FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN	
FORMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD	
MODELO OBSOLETO NO ADECUADO A LAS REALIDADES SOCIALES	Falta formación en multimorbilidad compleja
	Falta transversalidad
	Falta formación en gestión, humanismo y comunicación
	Modelo MIR hacia la troncalidad
FALTA EDUCACIÓN PARA LA SALUD DESDE LA INFANCIA	Falta formación e información fiable desde el sistema
	Los profesionales realizan poca educación sanitaria
	Falta educación y corresponsabilidad en autocuidados de los pacientes
INVESTIGACIÓN	
NECESIDAD DE CAMBIAR EL MODELO DE INVESTIGACIÓN	No hay carrera profesional investigadora definida
	El modelo de investigación es muy limitado
	No valorada por la sociedad/profesionales
	Falta formación de los profesionales en investigación
	Mal retribuida
	Falta inversión en investigación
	Falta colaboración público-privada

EVALUACIÓN Y MEDICIÓN DE RESULTADOS	
FALTA CULTURA DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS	Ausencia de gestión eficiente basada en resultados
	Los recursos no están enfocados a resultados que aporten valor
	No utilizamos los resultados para la toma de decisiones
	Se hace mucha actividad pero no se mide su resultado para decidir qué hacer y qué no
	Falta formación, cultura e implicación para usar las herramientas para medir resultados
	No se hace benchmarking. No hay transparencia
	Necesario cambiar mentalidades
	Falta evaluación de desempeño. Sistema de Contratación ligada a resultados
	No se puede financiar a los mejores
FALTA DESARROLLO DE LA GESTIÓN DE LOS DATOS	Falta estandarización, homogenización y criterio. Falta metodología de recogida
	Salud digital como herramienta para conocer la necesidad y decidir el recurso y la respuesta más apropiada
	No hay métodos de análisis dinámicos que nos aporten datos de vida real
	Falta la explotación de los datos para aplicar a gestión, clínica e investigación
FALTA LA INCLUSIÓN REAL DEL PACIENTE	¿Sabemos realmente qué aporta valor al paciente?
	Diferencia importante entre necesidades de paciente y las soluciones dadas
	Adaptar la evaluación al conocimiento o el "idioma" del paciente para que pueda participar
	Pensamos en recursos, procesos y actividad y no en resultados en salud según las necesidades de los pacientes
FALTA MODELO DE FINANCIACIÓN ORIENTADO A RESULTADOS	Falta definición y planificación del ecosistema sanitario, incluyendo las necesidades del paciente, enfocada a resultados
	Nos falta medir resultados en todos los ámbitos y pagar por esos resultados
	No conocemos si la financiación está relacionada con el valor final o resultado
	No se mide el coste/efectividad
	No hay evaluación farmacoeconómica por valor incremental
NO HAY PROYECTO DE ESTADO EN MEDICIÓN DE RESULTADOS	Es necesario tener indicadores anuales comparativos de resultados en salud a nivel nacional
	Todos los indicadores se refieren a actividad no a resultados
	Sistema garantista en "derechos" y no basado en la evaluación de los resultados
	Accountability Rendición de cuentas a través de resultados en salud
	Dependencia de la política

TRANSFORMACIÓN DIGITAL	
DATOS	Falta HCe única e interoperable
	Con datos de calidad, reales que permitan toma de decisones, planificación y gestión
	Con garantías de protección a través de marco legal que debe revisarse
ESTRATEGIA	Falta de liderazgo
	Falta desarrollar herramientas que permitan la autonomía, el autocuidado del paciente y acercar el SNS
	Se necesita rediseño de procesos con integración entre profesionales y niveles asistenciales
	Falta marco jurídico y contractual de la telemedicina
	Falta inversión en herramientas para explotación masiva de datos
CAPACITACIÓN	Falta formación digital de profesionales y pacientes
	Faltan nuevos roles profesionales en el área tecnológica y RWD / IA
EVALUACIÓN	Faltan herramientas para medir resultados y evaluar
	No se hace benchmarking
	No se mide el coste/efectividad, se mide actividad, no adecuación

MODELO DE PROVISIÓN Y FINANCIACIÓN	
CONCEPCIÓN DEL MODELO	17 sistemas distintos; falta coordinación interautonómica y colaboración
	Falta hacer buen uso de los recursos compartidos entre MSCSS y SRSs
	Politización con decisiones cortoplacistas y dependientes de la presión social
	Modelo de reparto de fondos no vinculado a la asignación de recursos (no solo la población)
	El cambio de este modelo es muy caro para un beneficio difícilmente perceptible a corto plazo
	No se garantiza la separación de funciones: financiación y provisión
	No se transfieren los riesgos al proveedor, ni se hace rendición de cuentas
	No está homogeneizada ni definida la estrategia de colaboración pública-privada
PRESUPUESTO Y ASIGNACIÓN	Presupuestos ficticios, no basados en gasto real, temporales, no finalistas, competitivos
	El dinero no sigue al paciente, ni a la actividad ni a la complejidad
	No se conoce si la financiación está relacionada con el valor final o el resultado
	Sistema rígido para la gestión, altamente burocrático, no ágil para decisiones, no ligado a incentivos
GESTIÓN	Falta gestión empresarial de la sanidad
	Oferta de servicios es "anticuada"
	Gestión de la demanda medico-céntrica
	Hay un exceso de control sin objetivos de control de eficiencia
	Falta inversión en innovación organizativa y terapéutica
	Economía de la salud no está desarrollada
	Falta corresponsabilidad de los equipos asistenciales en la gestión
	Falta incorporar IA en la gestión, ir a modelos predictivos
	Falta conciencia por parte de profesionales de la correcta utilización de los recursos
FINANCIACIÓN DE ÁREAS ESPECÍFICAS	Excesiva dependencia del mundo exterior
	Ausencia de plan de reserva estratégica de medicamentos y productos sanitarios
	No hay una agencia independiente que valore los resultados de ejecutar políticas o determinadas acciones
	No hay evaluación de tecnologías suficientemente robusta y dinámica y que evalúe resultados
	Falta inversión en formación e investigación e innovación industrial
	No se utiliza la investigación como herramienta para conseguir valor para la población
	Falta finaciación en infraestructuras, tecnología y digitalización, en beneficio de la eficiencia, medioambiente
	Siempre sumamos medios y técnicas, pero no restamos lo que no debemos hacer
	Falta invertir en prevención y promoción de la salud de base comunitaria

5.2. ANEXO II: Participantes AMPHOS 7ª edición "La asistencia sanitaria que queremos en 2025".

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 Univ. 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. Univ. Severo Ochoa (Leganés)	Madrid
Eloína Núñez Masid	Gerente	Hosp. Clínico Univ. de Santiago de Compostela	Galicia
Francisco Dolz Sinisterra	Gerente	Hosp. Univ. 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. General Univ. 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. Univ. Reina Sofía (Córdoba)	Andalucía
Francisco Marí Marí	Gerente	Hosp. Univ. Son Llatzer (Palma de Mallorca)	Islas Baleares

Coordinadores transversales

Nombre y apellidos	Cargo	Lugar de trabajo	CCAA
Álvaro Bonet Pla	Gerente	Hosp. Clínico Univ. 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. Univ. 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. Univ. 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. Comarcal De Inca	Islas Baleares
Sonia García San José	Subdirectora Gerente	Hosp. General Univ. Gregorio Marañón (Madrid)	Madrid

Participantes

Nombre y apellidos	Cargo	Lugar de trabajo	CCAA
Alberto Espuny Díaz	Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria	Hosp. Clínico Univ. Virgen de la Arrixaca (Murcia)	Murcia
Alba Riesgo García	Directora Médico	Hosp. Valle del Nalón (Riaño)	Asturias
Alberto Jara Sánchez	Gerente	Hosp. General Univ. de Ciudad Real	Castilla La Mancha
Alberto Jiménez Morales	Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria	Hosp. Univ. 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 Univ. 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. General Univ. Gregorio Marañón (Madrid)	Madrid
Ana Isabel Martínez Albarrán	Subdirección Gral. Sistemas de Información	Servicio Extremeño de Salud (SES)	Extremadura
Ana Vázquez Lojo	Presidenta	Liga Reumatolóxica Galega	Galicia
Ana Vecino Soler	Subdirectora de enfermería	Hosp. Univ. Miguel Servet (Zaragoza)	Aragón
Ana Yuste Peña	Directora Médico	Hosp. General Univ. de Ciudad Real	Castilla La Mancha
Ángel Baeza Alcaraz	Gerente Área de Salud	Hosp. Clínico Univ. 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. Univ. de Pontevedra	Galicia
Antonia Salvà Fiol	Coordinadora del Gabinet Tecnicoassistencial	Servei de Salut de les Illes Balears	Islas Baleares
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. Univ. 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. Univ. 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. Univ. 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. Univ. 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. Univ. 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. Univ. 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. Univ. Virgen de la 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. Univ. 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. General 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. Univ. Dr. Peset (Valencia)	Comunidad Valenciana
Francisco Jorquera Plaza	Jefe de Servicio Digestivo	Complejo Asistencial Univ. de León	Castilla y León
Francisco Soriano Cano	Gerente Área de Salud	Hosp. Univ. Virgen del Castillo (Yecla)	Murcia
Francisco Vázquez García	Coordinador Plan Andaluz	Consejería de Salud	Andalucía
Gastón Roustán Gullón	Jefe de Servicio Dermatología	Hosp. Univ. Puerta del Hierro (Majadahonda)	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. Univ. 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)	Cantabria
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 Sanitari Sant Joan de Déu (Sant Boi)	Cataluña
Isabel Tovar García	Asesora de Consejería	Complejo Hosp. Univ. de Cáceres	Extremadura
Ismael Herruzo Cabrera	Director Médico	Hosp. Univ. 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	Hosp. Univ. de Navarra	Navarra
Jesús Leal Llopis	Coordinador Enfermería	Hosp. Univ. 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 Radio-terápica	Hosp. Clínico Univ. Virgen de la 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. Univ. 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. General Univ. 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. Univ. Río Hortega (Valladolid)	Castilla y León
José Miguel Laínez Andrés	Jefe de Servicio Neurología	Hosp. Clínico Univ. de Valencia	Comunidad Valenciana
José Ramón del Prado Llergo	Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria	Hosp. Univ. 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. Univ. Puerta de Hierro (Majadahonda)	Madrid
Julio Mayol Martínez	Director Médico	Hosp. Univ. 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. Univ. 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	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. Univ. 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 Asis-tencial 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. Univ. Virgen del Rocío (Sevilla)	Andalucía
María Andión Goñi Olangua	Director Enfermería	Hosp. Univ. 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. Univ. 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. Univ. de Ferrol	Galicia
María de los Ángeles García Rescalvo	Gerente	Hosp. Univ. 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. Univ. 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. Univ. Juan Ramón Jiménez (Huelva)	Andalucía
María Hoyos Yuste	Directora Gestión	Hosp. General Univ. 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. Univ. Vall d'Hebrón (Barcelona)	Cataluña
María Teresa Herranz Marín	Jefa de Sección Medicina Interna	Hosp. General Univ. Morales Meseguer (Murcia)	Murcia
María Teresa Requena	Directora Médico	Hosp. Univ. Severo Ochoa (Madrid)	Madrid
Maria Zaforteza Dezcallar	Jefa de Farmacia	Servei de Salut de les Illes Balears	Islas Baleares
María Zandio Zorrila	Directora Médico	Hosp. Univ. 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 Univ. 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. Univ. 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)	Hosp. Univ. 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. Univ. Son espases (Palma de Mallorca)	Baleares
Pere Vallribera Rodríguez	Gerente	Laboratori de Referència de Catalunya (LRC)	Cataluña
Pilar Amador Rodríguez	Jefa de Servicio de Farmacia Hospitalaria	Hosp. General Univ. 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. General Univ. 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. Univ. 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. Univ. Virgen de las Nieves (Granada)	Andalucía
Sylvia Vaquero Galán	Director Enfermería	Fundación 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. General Univ. 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. Univ. Dr. Josep Trueta (Girona)	Cataluña
Yolanda Gilaberte Calzada	Jefa de Servicio Dermatología	AEDV- Hosp. Univ. Miguel Servet (Zaragoza)	Aragón
Yolanda Montenegro Prieto	Gerencia	Área de Salud de Estella	Navarra

ES-ABBV-220139 (FEB2022)

AMPHOS es un proyecto de:

Con la colaboración de:

abbvie

WHM | WORLD HEALTH MANAGEMENT