100 MEDIDAS QUE MEJORAN EL SECTOR DE LA SALUD

E & S
ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra

© 2017 Economía y Salud Fundación

Diseño y Edición: Ergon Creación S.A.
C/ Arboleda 1. 28221 Majadahonda (Madrid)
Berruguete 50. 08035 Barcelona

ISBN: 978-84-16732-63-0
Depósito Legal: M-7957-2017

ENTIDADES COLABORADORAS

accenture

sedisa
sociedad española de directivos de la salud

EY Building a better working world

FED FEDERACIÓN EMPRESARIAL DE LA DEPENDENCIA

ANDE Asociación Nacional de Directivos de Enfermería

GRUPO CASAVERDE

PATROCINADORES

AUTORES

ALBERTO GIMÉNEZ ARTES
Dirección general e Introducción.
Presidente de la Fundación Economía y Salud.
Presidente del Grupo Casaverde y la Fundación Casaverde.

CARLOS ALBERTO ARENAS DÍAZ
Coordinador General de la obra, Redactor del área de Metodología, Resultados y Línea Estratégica 11:
Gerente del Área IX de Salud de la Región de Murcia.
Vicepresidente de la Fundación Economía y Salud.

BALTASAR LOBATO BELEIRO
Redactor y Coordinador Línea Estratégica 1.
Ernst and Young Partner Advisory Health & Life Sciences.

IGNACIO DEL ARCO HERRERA
Redactor y Coordinador Línea estratégica 2.
Socio INFOBIOTIC.

CARLOS PEÑA LAGUNA
Redactor y Coordinador Línea Estratégica 3.
Director de Enfermería del Área de Salud IX de la Región de Murcia.

MIGUEL ÁNGEL MAÑEZ
Redactor y Coordinador Línea Estratégica 4.
Director de Recursos Humanos del Hospital de Fuenlabrada.

CARLOS MUR DE VÍU
Redactor y Coordinador Línea E stratégica 5.
Director Gerente del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

DIEGO LÓPEZ LLORENTE
Redactor y Coordinador Línea Estratégica 6.
Presidente de la Asociación NUGESAN (Nueva Gestión Sanitaria).
Consultant en SIGESA.

FRANCISCO ÁLVAREZ RODRÍGUEZ
CoRedactor y Secretario Línea Estratégica 6.
Director de Administración y Finanzas en SIGESA.

JESÚS MARÍA ARANAZ ANDRÉS
Redactor y Coordinador Línea Estratégica 7.
Jefe Servicio Medicina Preventiva y Salud Pública Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

PABLO SÁNCHEZ CASSINELLO
CoRedactor y Coordinador Línea Estratégica 8.
Managing Director Accenture.

JOSÉ RAMBLA LOP
Redactor Línea Estratégica 8.
Senior Consultant en Accenture.

IGNACIO ARNOTT GONZÁLEZ-TOVA
Redactor y Coordinador Línea Estratégica 9.
Manager en Accenture

MONTSERRAT CASAS TORRES
CoRedactora Línea Estratégica 9.
Consultora Senior en Accenture.

MÓNICA FIGUEROLA MARTÍN
Redactora y Coordinadora Línea Estratégica 10.
Directora de SpainCare.

JAVIER GUERRERO FONSECA
CoRedactor Línea Estratégica 11.
ViceSecretario de la junta directiva de NUGESAN.
CEO en Laboris Consulting.

ANTONIO BURGUEÑO JEREZ
Redactor y Coordinador Línea Estratégica 12.
Socio Director Enclaves Salud SL.
Director Proyecto Impulso.

PARTICIPANTES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

LÍNEA ESTRATÉGICA 1. INTEGRACIÓN SOCIOSANITARIA Y HUMANIZACIÓN	
Alberto Echevarría García	Presidente de la Federación Empresarial de la Dependencia (FED)
Elena García García	Doctora en Medicina. Responsable del Departamento de Investigación Fundación San Juan de Dios
Helen Vergel Gutiérrez	Directora de Enfermería del Hospital Casaverde, Madrid
Ignacio Fernández-Cid	Presidente del Grupo Casablanca
Jaime del Barrio Seoane	Advisor Health Ernst & Young y Exconsejero de sanidad de Cantabria
Juan José Tirado Darder	Secretario de Colegios de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
Lourdes Bermejo Garcia	Vicepresidenta de la Sociedad de Geriatría y Gerontología de Cantabria "Gregorio Marañón"
Luis Fidel Campoy Domene	Experto en Gestión de Servicios de Salud y Aseguramiento Sanitario. Ex Consejero Delegado de DKW Previasa
Mercedes Ferro Montiu	Sección de Atención Sociosanitaria. Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea
Pablo Cobo Gálvez	Ex Subdirector General de Planificación, Ordenación y Evaluación. IMSERSO
Rodrigo Gutiérrez Fernández	Director General de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad de Castilla La Mancha

LÍNEA ESTRATÉGICA 2. ATENCIÓN CENTRADA EN LAS PERSONAS	
Blanca Fernandez-Lasquetty Blanc	Enfermera del Hospital General La Mancha - Centro
Carlos Mascías Cadavid	Director de Relación con los Pacientes Grupo HM Hospitales
Eduardo García Toledano	Senior Vice President and General Counsel World Rare Disorders Foundation & Childhood Cancer Foundation
Francisco Javier Rubio	Director Hospital Casaverde Mérida
Francisco Javier López Narbona	Jefe de Servicio de Innovación en la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía
Jesús Prieto Vara	Country Division Lead Point of Care Spain at Siemens Healthineers
Josep de Martí Vallés	Director Inforesidencias y Eai Consultoría
Manuel Armayones Ruiz	Subdirector Académico (Vicedecano) Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación de la UOC. Director del Máster Psicología 2.0 y Health
María José Sobrini	Directora Country Digitization, EMEAR, Cisco Systems
Modesto Martínez Pillado	Médico, Coordinador de Calidad, Hospital de Pontevedra
Rubén Otero Álvarez	Director-Gerente del Grupo Calidad en Dependencia
Sofía Moreno Pérez	Procurement Coordinator del Proyecto Europeo de PPI Stop&Go
Rocío Álvarez Ocampos	Directora de Residencia Casaverde Madrid

LÍNEA ESTRATÉGICA 3. POTENCIAR LA ATENCIÓN DOMICILIARIA MULTIDISCIPLINAR	
Angélica Miguelez Chamorro	Subdirectora de Atención a la Cronicidad, Coordinación Sociosanitaria, S.Mental y Enfermedades poco frecuentes. S. Salud Islas Baleares
Carmen Ferrer Arnedo	Coordinadora de la Estrategia de Cronicidad del Ministerio de Sanidad
Enrique Pérez Baos	Vocal junta directiva de NUGESAN
Francisco Server Ausina	Director médico de Zona de Contingencias Profesionales de Ibermutuamur
Guadalupe Pajares Escarabajal	Vicepresidenta de NUGESAN.
José David Zafrilla	Adjunto a Gerencia del Hospital Torrevieja
José Félix Quintero	Jefe de Sección Inspección de SS.SS. en Agencia Valenciana de Salud
Juan José García Ferrer	Ex Director General Sociosanitario de Castilla-La Mancha
Manuel González Suarez	Gerente del Hospital San Juan de Dios de Córdoba
Nieves Lafuente Robles	Directora del Plan Integral de Cuidados de Andalucia. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales
Pilar Regato Pajares	Subdirectora de Atención Primaria del Área 8. SERMAS Vocal SEMFYC
Juan V. Quintana Cerezal	Médico de Familia. Responsable de Desarrollo Profesional y Docencia SEMFyC

LÍNEA ESTRATÉGICA 4. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO E INCENTIVOS POR RESULTADOS	
Alberto González García	Editor del Blog Gestión de Enfermería
Carmen Pantoja Zarza	Directora Gerente. Hospital Universitario Infanta Leonor
Alberto Rubio	Government Affairs Manager en AstraZeneca
Francisco Soriano Cano	Subdirector General de RRHH Servicio Murciano de Salud
Isabel Tovar García	Doctora en Medicina Coach y experta en Gestión Sanitaria
Jesus Sanz Villorejo	Presidente ANDE
Juan Dancausa Roa	Subdirector General en Medycsa
Juan J. López-Ibor Alcocer	Director General de la Clínica López Ibor
María Tormo Domínguez	Directora de Planificación y Desarrollo de ASISA. Secretaria del Consejo
Patricia Alonso-Fernández	Directora Gerente del Hospital Casaverde, Madrid
Tomás Toranzo Cepeda	Presidente de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CEMS)

LÍNEA ESTRATÉGICA 5. FLEXIBILIZACIÓN DE LA GESTIÓN, CAMBIOS LEGISLATIVOS Y BUEN GOBIERNO. BUENA GESTIÓN Y TRANSPARENCIA	
Antonio Zapatero Gaviria	Vicepresidente de Federación de Asociaciones Científico-Médicas Española FACME. Presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna
Ana Pérez Baos	Diputada de la Comisión de Sanidad de la Asamblea de Madrid, Grupo Popular
Ana Torme Pardo	Sº de Estudios, Documentación y Estadística de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha
Boi Ruiz García	ExConseller de Salut Generalitat de Catalunya. Presidente de Know How Advisers, SL
Daniel Álvarez Cabo	Portavoz de Sanidad del Grupo de Ciudadanos en la Asamblea de Madrid
Diego Sanjuanbenito	Portavoz de Sanidad del Grupo Popular en la Asamblea de Madrid
Carmen González Madrid	Presidenta Ejecutiva de la Fundación Merck Salud
Javier Moreno Alemán	Socio Director en Lexmor Asociados
José Miguel Marín Martínez	Presidente de Asociación de la Dependencia de la Región de Murcia (ADEMUR)
Manuel Cuerva G. Del Castillo	Subdirector de Servicios Generales del Hospital Universitario Ramón y Cajal
Victoria Ayala Vargas	Government Affairs Vaccines Spain, Portugal & Israel en GSK
Joaquín Estévez Lucas	Presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA)

LÍNEA ESTRATÉGICA 6. BENCHMARKING Y COMPETENCIA INTERNA PARA MEJORAR	
Álvaro Hidalgo Cuesta	Profesor Titular y Director Seminario de Investigación en Economía y Salud de la Universidad de Castilla-La Mancha
Ángel Blanco Rubio	Director de Organización y Procesos de QuironSalud
Ángel Puente Ortes	Presidente de Cogesa SL
Carlos Elvira Martínez	Jefe de Servicio de Admisión y Doc. Clínica. Hospital Universitario Clínico San Carlos
Francisco Álvarez Rodríguez	Director de Administración SIGESA
Juan González Armengol	Presidente Sociedad Española de Medicina de Urgencias Emergencias SEMES
Miguel Ángel Montero	Coordinador e-Salud en AMETIC
Miguel Arjona Torres	Director del Instituto de Innovación y Estrategia Aplicada
Toni Hidalgo García	CEO de Benchmarking Sanitari 3.0

LÍNEA ESTRATÉGICA 7. EVALUACIÓN EXHAUSTIVA DE LAS TECNOLOGÍAS Y DESINVERSIÓN	
Alberto Pardo Hernández	Subdirector General de Calidad Asistencial Servicio Madrileño de Salud
Carlos Aibar Remón	Jefe de Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Lozano Blesa de Zaragoza
Carlos Campillo Artero	Médico investigador experto en servicios de salud. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Cristina Rodríguez-Porrero	Secretaria de Fundación Pilares para la Autonomía. Patrona de FUNTESO (Fundación Tecnología Social). Vocal de UDP Unión Democrática de Pensionistas de Madrid
Enrique Varela Couceiro	Presidente de la Fundación Tecnología Social
Iñaki Berraondo Zabalegui	Director de Aseguramiento y Contratación. Departamento de Salud. País Vasco
Javier Blázquez Sánchez	Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Ramón y Cajal
José Joaquín Mira Solves	Catedrático de Psicología de La Salud. Universidad Miguel Hernández
Juan Francisco Herrero Cuenca	Director Médico Hospital General Universitario de Elda
Julián Vitaller Burillo	Profesor Gestión Sanitaria en Universidad Internacional de La Rioja
Luis Manzano Espinosa	Jefe de Servicio de Medicina Interna Hospital Ramón y Cajal
Mercedes Guilabert Mora	Profesora de Medicina Universidad Miguel Hernández
Nieves López Fresneña	Médica. Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Ramón y Cajal
Jesús González Vega	Market Acces Lead at Sanofi
Salvador Peiró Moreno	Subdirector General de Investigación e Innovación de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública de Valencia
Pablo Torres Arrojo	Director de Gestión y Servicios Generales. Hospital Universitario Ramón y Cajal
Rafael Sotoca Covaleda	Director General de Asistencia Sanitaria de la Comunidad Valenciana

LÍNEA ESTRATÉGICA 8. LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS COMO PALANCA PARA LA INVERSIÓN EN SALUD	
Alejandro Touriño	Managing Partner ECIJA / Director del programa "Startup Lawyers" en el IE Law School
Alberto Giménez Ramón-Borja	Director General del Grupo Casaverde
Angel Lanuza Sanvicente	Spanish Healthcare & Medtech Technology Platform Coordinator
Carlos Mateos Cidoncha	Director de COM SALUD y Vicepresidente de AIES
Gorka Sánchez Nanclares	Responsable de innovación del Servicio Murciano de Salud
José Eliseo Navarro	Head of Business Development for Telcos IvyHealth
Juan José Rubio	Director de Mondragón Health
Rafael Artalejo Gutiérrez	Hitachi. Specialist MCS Development Representative
Ricardo Llavona Fernández	Asesor Biocrew y Presidente sociedad asturiana de medicina física y rehabilitación
Francisco Javier García Viera	Director de Servicios Públicos Digitales. Red.es
Vicente Gómez de Terreros Caro	Product Manager IT. Siemens

LÍNEA ESTRATÉGICA 9. INTEROPERABILIDAD ENTRE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIOS	
Carlos Colilla Morón	Socio Director en Triari Developments
Carlos Gallego Pérez	Responsable oficina de estandards y interoperabilidad en TicSalut
Francisco Javier Pérez Fernandez	Presidente HL7 International Council Co-Chair
Joan Guayabens Calvet	Consultant in Health IT&Innovation
Juan Carlos Muria	Sciences Business Development Manager at Fujitsu Spain
Santiago Thovar Bermejo	Subdirector de Sistemas de Información del Servicio Extremeño de Salud

LÍNEA ESTRATÉGICA 10. INTERNACIONALIZACIÓN DE LA SALUD EN ESPAÑA	
Ana Arce Rodenas	Directora del Departamento de Internacional & Innovación de FENIN
Carlos Royo Sánchez	Director de Desarrollo de Negocio de Sanidad en GMV
Carlos Rus Palacios	Secretario General de Alianza de la Sanidad Privada Española ASPE
Darío Otero Castro	Director Oficina del ACME Marca España
Jesús Contreras Luzón	Director de Desarrollo de Federación Española de Dependencia FED
Jorge Álvar Villegas	Director de la División de Infraestructuras ICEX España Exportación e Inversiones
Jorge Rubio Navarro	Deputy Head of Marketing and Branding at Spain Tourism Board. Turespaña
Jose Maria Pérez de Olacoechea	Director Corporativo Internacional de Quirón Salud
Luisa Bautista Gómez	Jefe de Medios y Control Presupuestario del Grupo Hospitalario HLA
Mariano Bueno Cortés	Director General Biosalud Day Hospital
Francisco Mira Berenguer	Director Unidad de Neurología, Neuroklinik Vithas Alicante
Victoria Abbad Calvo	Marketing, Communications, Online, New Business Development & International Relations Quirón Salud

LÍNEA ESTRATÉGICA 11. INNOVACIÓN Y SOSTENIBILIDAD	
Amalia Franco Vidal	Técnico de Salud Ex Gerente Hospital de Jarrio. Asturias
Carmen Sans Arija	National Market Access & KAM Manager. Laboratorios Gebro Pharma
Horacio Urquijo Tomatti	Cirujano. Doctor en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid.
Ignacio Riesgo	Vargas, Pomes & Riesgo Consultores
Javier Guerrero Fonseca	Vicesecretario de la junta directiva de NUGESAN. CEO en Laboris Consulting.
Jesús Galván Romo	Ex viceconsejero Sanidad de Castilla La Mancha.
José Luis Gutierrez Sequera	Gerente del Área de Gestión Sanitaria de Antequera. Servicio Andaluz de Salud
Juan E. del Llano-Señarís	Director de la Fundación Gaspar Casal. Presidente de la Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
Juan M. Beltrán Garrido	Subdirector General de Evaluación de la Gestión Asistencial Conselleria de sanitat universal i salut pública Generalitat Valenciana
Paloma Casado Durandez	Subdirectora General de Planificación Ministerio de Sanidad
Rodolfo Antuña Pelegrí	Gerente del Hospital La Princesa. SERMAS
Julián García Vargas	Vargas, Pomes &Riesgo Consultores. Ex Ministro de Sanidad
Manuel Bayona García	Gestor sanitario. Ex Gerente Hospitales de Granada
Cesar Pascual Fernández	Viceconsejero Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria en Consejería de Sanidad de Madrid

LÍNEA ESTRATÉGICA 12. APORTACIÓN DE LA INDUSTRIA A LA INNOVACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO	
Félix Benguria Echanovi	Director Regional de Relaciones Corporativas en Sanofi
Juan Manuel García de la Torre	Jefe de Área en Siemens Healthcare
Luis M. de Palacio Guerrero	Secretario General. Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles, FEFE Comisión de Recursos en COFM
Luz de Vega Sánchez	Cofundadora y Dirección de contenidos y proyectos científicos Dielbeats SL
Miguel Ángel Casado Gómez	Director General y fundador de PORIB
José Antonio Beceiro González	Gestión de Proyectos y Licitación - Contratación Pública - ICCP - Internacionalización
Nicola de Chiara	Strategic Partnership Manager. Otsuka Pharmaceutical Spain.
Alfonso Alcalá Galiano	Head of Strategy & Business Operations Head of PMO Office at Siemens Healthcare, Spain
Víctor Sánchez Miguel	Responsable Market Access Comunidad Valenciana y Comunidad de Aragón en Sanofi

Introducción

Desde su creación la Fundación Economía y Salud ha incidido en el hecho de que el Sistema de Salud es un bien social a preservar y mejorar, y precisamente una de las cualidades que más lo legitiman es que sea sostenible, ya que de ello depende que pueda ser universal y accesible. Un sistema insostenible financieramente puede derivar en una pérdida de la universalidad y en una menor accesibilidad, con obstáculos o frenos a la entrada en el sistema.

El modelo sanitario actual necesita adaptarse a la nueva realidad social marcada por el envejecimiento poblacional y la cronicidad asociada, el aumento de la demanda social y el continuo desarrollo de servicios y tecnologías, redimensionando su estructura y reasignando recursos en un entorno con recursos cada vez más limitados. En este contexto, el impacto que tiene el sector salud y sociosanitario en la salud pública y en la mejora de las condiciones sociales de la población, evidencia su papel decisivo y estratégico para la introducción de mejoras en la eficiencia de los sistemas centrados en el paciente.

Por esta razón, la Fundación Economía y Salud organiza el Foro Bienal de Economía y Salud con una metodología de consenso y contando con relevantes expertos del sector, de distintas sensibilidades y procedencias, quienes consensuan las medidas de aplicación factible en 12 áreas estratégicas con objeto de mejorar la calidad, la formación, los procesos y la eficiencia del Sistema Nacional de Salud.

Los días 27 y 28 de octubre de 2016 se celebró en Madrid el II Foro Bienal de la Fundación Economía y Salud. El objetivo del mismo desde el principio ha sido crear el mayor Foro de debate en España para mejorar nuestro Sistema de Salud.

El II Foro se abrió el día 27 con una Mesa de Consejeros de Salud en el que participaron Jon Darpón Sierra, Consejero de Salud del Gobierno Vasco, Antonio María Sáez Aguado, consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León y José Mª Vergeles, Consejero de Sanidad y Políticas Sociales de la Junta de Extremadura. Ese mismo día las experiencias internacionales de gestión sanitaria también tuvieron cabida en el II Foro gracias a la visión de expertos en la materia como Nadia Abuzaineh, Directora de Salud en PwC en San Francisco (EE.UU.), quién analizó la evolución de las experiencias de colaboración pública-privada en salud en el contexto internacional, sus problemas de implantación y el valor añadido que aporta a los sistemas de salud; apostó por que existan oficinas centralizadas en los Ministerios de Salud donde se evalúen la eficiencia de estos modelos de manera objetiva sin interferencias ideológicas o políticas, y Mounir Marhaba, presidente de la consultora Brokering Services International en Ontario (Canadá), que se centró en las últimas reformas del sistema de salud canadiense donde se integran la práctica totalidad de los centros hospitalarios en la red de uso público, como medida de aprovechamiento de todos los recursos tanto los de titularidad pública como privada para el uso público.

Las dificultades económicas de los últimos años han llevado a la adopción de medidas que han tensionado la calidad y la excelencia del SNS, pero también permitido poner de manifiesto el impacto que tiene el sector sociosanitario en la salud pública y en la mejora de las condiciones sociales de los ciudadanos.

De hecho, se calcula que el 15% del crecimiento económico mundial se asocia a mejoras en la salud y la introducción de mejoras en los sistemas de salud y ha permitido duplicar los ingresos per cápita de la mayoría de los países de nuestro entorno.

Desde esta perspectiva, la Fundación reivindica que la sanidad no es gasto, sino inversión, y una de las principales palancas para el desarrollo económico y social de un Estado.

La eficiencia global del sistema de salud español ha resistido durante la crisis, ya que los resultados en salud se han mantenido o mejorado a pesar de la reducción del gasto. Sin embargo, se ha dejado de invertir mucho en renovación tecnológica, lo cual puede ser una descapitalización para el futuro.

Se han concretado muchas medidas, desde potenciar la estrategia de "no hacer", potenciar los autocuidados del paciente, la educación en salud del ciudadano, cómo implicarlo en la prevención y en la mejora de su salud, estrategias para mejorar la atención domiciliaria, mejorar la interoperabilidad de los sistemas de información, como hacer un benchmarking eficaz en el sector que permita aprender de las mejores prácticas y fomentar la cooperación entre niveles e interhospitalaria para mejorar la

TABLA I. Top doce medidas de consenso para mejorar el sistema sanitario español

PUESTO	MEDIDA	PONDERACIÓN
1	Empoderamiento y autocuidado del paciente y el ciudadano	20
2	Evaluación exhaustiva de las tecnologías y desinversión	17
3	Flexibilización de la gestión y cambios legislativos	16
4	Buen gobierno y buena gestión. Transparencia	15
5	Integración sociosanitaria y trabajo multidisciplinar	14
6	Evaluación del desempeño e incentivos por resultados	13
7	Desarrollo de las nuevas tecnologías de la información en salud	12
8	Pacto de estado sobre la salud y servicios sociales y despolitización	11
9	Potenciar la atención domiciliaria multidisciplinar	9
10	Mejora de la financiación sociosanitaria	8
11	Interoperabilidad entre los sistemas de información sanitarios	7
12	Benchmarking y competencia interna para mejorar	7

eficiencia. Hay que definir la innovación eficiente y considerar sus modos de financiación. Se habló de aspectos novedosos como los sistemas de análisis inteligente de datos, el big data y la donación de datos. Y fomentar la internacionalización de nuestro sector salud exportando talento, conocimiento, servicios y tecnología. Las medidas han partido de concreciones de las líneas estratégicas que se definieron en el primer Foro y que está disponible en la web de la Fundación.

Metodología

La Fundación Economía y Salud tiene como misión impulsar estudios que contribuyan a la mejora del sector salud y sociosanitario en España, tratando de poner de manifiesto su valor estratégico como uno de los motores económicos del país y su contribución al desarrollo social. Así, la organización de este II Foro Bienal Economía y Salud tiene su origen en el documento de consenso "100 Perspectivas para mejorar el futuro del sector salud" surgido tras la celebración del I Foro en octubre de 2014, donde más de 140 expertos se reunieron en el I Foro de la Fundación Economía y Salud en 10 grupos de trabajo para consensuar la grandes áreas y líneas estratégicas con el fin de conseguir mantener y mejorar la calidad del sistema de salud y a la vez ser sostenibles.

En esta nueva edición del Foro, de nuevo más de 140 expertos procedentes del mundo académico, de la administración, profesionales sanitarios, usuarios y gerentes de empresas, realizaron un nuevo análisis de la situación, proponiendo nuevas soluciones y analizando los avances de las propuestas sugeridas hace dos años. Estas propuestas fueron las que se muestran en la tabla I.

Las propuestas de actuación del Foro se han obtenido mediante una técnica de grupo nominal modificada, en la que las preguntas lanzadas a cada grupo de trabajo son respondidas por todos los participantes. El moderador de cada grupo resume las respuestas en propuestas que posteriormente son votadas y ponderadas por los integrantes de cada grupo.

De esta forma, las medidas que surgirán en el II Foro son consensuadas, tienen un carácter más ejecutivo que las del primer Foro y podrán ser de aplicación más inmediata de cara a mejorar y hacer más sostenible el sector de la salud. Los responsables de cada uno de los grupos de trabajo eliminan las medidas polémicas y mantienen aquellas que son consensuadas por todos los expertos.

FIGURA 1. Líneas estratégicas.

El día 28 de octubre de 2016 se reunieron los más de 140 expertos distribuidos en los 12 grupos de trabajo, Cada uno fue dirigido por un coordinador que previamente había contactado con los expertos a través de formularios y encuestas para llegar a enmarcar el tema a tratar en el grupo. La metodología ese día fue realizar una técnica de consenso de grupo nominal en cada uno de los grupos de expertos para extraer y priorizar las medidas de mejora del sistema, en base al trabajo previo de las encuestas y las líneas de acción priorizadas en el primer Foro.

Los expertos participantes se distribuyeron en cada una de las doce áreas de actuación clave sobre las que es preciso centrar los esfuerzos y que ponen de relieve la figura del paciente, apelando a su empoderamiento y autocuidado; la necesidad de cambios en la gestión, utilizando herramientas de evaluación, benchmarking, políticas de incentivos y respeto al buen gobierno; la importancia de la innovación y de la evaluación de las nuevas tecnologías sanitarias y fármacos, y la necesidad de reorganizar la atención al paciente fuera del hospital explotando las TICs y aplicando criterios de interoperabilidad.

De las medidas que propusieron los expertos se seleccionaron las de mayor consenso, que serán priorizadas y cuantificadas económicamente. Aunque muchas de ellas no tienen coste monetario sino que significa hacer las cosas de manera diferente, más eficazmente a un menor coste, es decir, ser más eficientes, y otras veces la innovación o medida permitirá mejorar la salud y la calidad de vida de las personas de tal manera que el mayor coste inicial esté justificado por la ganancia en salud que repercutirá en mayor productividad personal y social, y menores costes inmediatos y futuros para el sistema de salud, y otros aspectos, como menos bajas laborales, menos costes sociales, más generación de trabajo, etc.

Los grupos de trabajo fueron los que se muestran en la figura 1.

Conclusiones y medidas derivadas de la mesa de Consejeros de Sanidad

- Es necesario seguir buscando la eficiencia ya que los presupuestos serán limitados.

- Es necesario seguir reorganizando el sistema para adaptarlo a la atención a la cronicidad y sociosanitaria.
- Las CCAAs hacen políticas sanitarias que a veces adolecen de falta de coordinación, se necesita un Consejo Interterritorial de Salud con capacidad de acuerdos vinculantes que permita mantener la equidad (mismas prestaciones en todos los territorios), la coordinación de las políticas sanitarias y la cohesión del sistema.
- Es necesario pues aumentar la cooperación en materia de política sanitaria entre todas las CCAAs y compartir experiencias y buenas prácticas.
- El Ministerio de Sanidad debe tener el papel de liderazgo para definir, evaluar y certificar las buenas prácticas, y potenciar su extensión a todo el SNS.

Ese mismo día 27 por la tarde las experiencias internacionales de gestión sanitaria también tuvieron cabida en el II Foro gracias a la visión de expertos en la materia como Nadia Abuzaineh, directora de Salud en PwC en San Francisco (EEUU), quién analizó la evolución de las experiencias de colaboración pública-privada en salud en el contexto internacional, y Mounir Marhaba, presidente de la consultora Brokering Services International en Ontario (Canadá), que se centró en las últimas reformas del sistema de salud canadiense.

Principales conclusiones y medidas extraídas de la mesa de ponentes internacionales

La colaboración pública-privada aporta un valor añadido propio como una nueva forma de gestión del servicio de salud y mayor libertad de organización del mismo. Aportando valores organizativos novedosos.

Los sistemas de salud deben tener oficinas centralizadas en los Ministerios de Salud, donde se evalúen la eficiencia de estos modelos de manera objetiva sin interferencias ideológicas o políticas.

Es una estrategia inteligente e innovadora la integración previa acreditación de su calidad de los centros sanitarios privados en la red de uso público como medida de aprovechamiento de todos los recursos sanitarios tanto los de titularidad pública como privada para uso público.

Evidentemente, lo anterior debe hacerse bajo un estrecho control técnico de las autoridades sanitarias para que se haga con las debidas garantías.

El Ministerio de Sanidad o Salud debe ser integral y comprehensivo tanto del sector público como del privado y tener en cuenta así todos los recursos disponibles en salud para ponerlos al servicio del objetivo de ganar salud en la población y ofrecer una calidad asistencial óptima.

Línea Estratégica 1. INTEGRACIÓN SOCIOSANITARIA Y HUMANIZACIÓN

Coordinador: Baltasar Lobato Beleiro

Introducción y estado de la situación

La crisis que ha azotado nuestra economía en los últimos años ha tenido un innegable impacto en los servicios públicos y en las prestaciones de nuestro sistema de bienestar.

Si miramos un poco hacia atrás, se paralizaron estrategias de dependencia y otras iniciativas en el ámbito de los Servicios Sociales que, independientemente de su orientación política, suponían un impulso al sector. En los servicios de salud la fijación obsesiva y exclusiva en la "optimización", con recortes en presupuestos y en incentivos profesionales llevaron, en el mejor de los casos, a una atención fría y despersonalizada, más centrada en la contención de costes que en los enfermos.

Afectaron a la vez a ambos mundos la ralentización de las incipientes estrategias de integración de lo social y lo sanitario que se iniciaron en el Ministerio de Sanidad y en algunas Comunidades Autónomas, con foco en la persona y su entorno, y, especialmente en el ámbito de la cronicidad; muchas de ellas quedaron en un mero cambio de nomenclatura de los departamentos y otras, en preciosos documentos que hoy duermen en las estanterías, bien porque no había presupuesto, porque no se plantearon desde una perspectiva de viabilidad, porque no había voluntad real de llevarlos a cabo o, lo que es más probable, por una combinación de las tres.

En nuestra mesa de trabajo se debatió brevemente sobre las causas y los efectos de la crisis en los Servicios Sociales y Sanitario concluyendo en que, en el fondo, hubo una falta de convencimiento de que una atención integrada, centrada en la persona, no solo es más eficiente y sostenible en el tiempo sino que, a la vez, es más humana. Pero, para evitar errores pasados, nuestro trabajo se centró en identificar qué acciones concretas y viables a corto plazo podríamos promover desde la Fundación Economía y Salud para reactivar la "ola de cambio" que hará, del nuestro, un sistema más sostenible y humano.

Resultados

Definimos líneas concretas de actuación en dos planos:

Línea1: Integración sociosanitaria.

Línea 2: Humanización de la Atención. Existe un movimiento decidido en este segundo plano y pensamos que, aprovechando este impulso podríamos "surfear la ola".

Una vez definidas, las priorizamos y desarrollamos aquellas que consideramos más efectivas más viables a corto plazo.

1. Integración sociosanitaria

Foco en las voluntades, habilitar un marco que facilite y demostrar "caminando". *(*)Priorizada*

- Plan de estancias temporales de profesionales de distintos sectores en residencias sociosanitarias.
- Interconectividad tendente a la simplificación y la estandarización. Codificación unificada. Existe tecnología para ello. Aplicación racional de la tecnología.
- Ofrecer servicios similares a los de residencia en el domicilio del paciente/usuario.
- Soporte sanitario integrado: interconsulta abierta.
- Equipos médicos públicos con desplazamientos a residencias, responsables del plano "salud".
- Médicos de residencias con capacidad de prescribir/recetar.
- (*) Integración de la historia clínica "del paciente" en los centros asistenciales.
- (*) Figura de gestión de casos para la mejora de la atención sociosanitaria.
- Atención domiciliaria especializada en el plano social.
- Aprovechar el valor de la analítica compleja y big data en la atención y coordinación
- Red de conocimiento compartido y apoyo formativo con el objetivo de compartir buenas prácticas a nivel regional y nacional.
- Formación a usuarios y cuidadores a través de una escuela de pacientes.

2. Humanización de la atención

- Libre elección de Centro.
- Creación de un modelo de Evaluación 360º de necesidades.
- Puesta en marcha de grupos focales de pacientes en áreas sanitarias críticas (Urgencias, UCI, Cirugía, Oncología, etc).
- Empoderamiento a los profesionales para que recopilen y divulguen buenas prácticas.
- (*)Implicar a los profesionales en la definición de estrategias y en su implantación.
- Incluir más formación sobre humanización en colegios y universidades.
- Trabajar este concepto en el ámbito paliativo y gestión de duelo.
- (*) Formación a profesionales en habilidades de comunicación.
- Empoderamiento del paciente, gestión, autocuidado y capacidad de decisión.
- Más implicación de los familiares en la toma de decisiones, tratamientos y cuidados.
- Motivación a los profesionales a través de "gamificación" e investigación.

Desarrollo de las líneas priorizadas

Desarrollo de líneas en integración sociosanitaria

Integración de la historia clínica "del paciente" en los centros asistenciales

- Descripción: definir un código único de identificación de pacientes/usuarios como elemento clave para el cruce e integración de información, sobre el que ir construyendo el repositorio de información compartida sobre una base estandarizada.
- Beneficios esperados:
  - Continuidad y mejora de cuidados.
  - Seguridad del paciente/usuario.
  - Agilidad de la atención y eficiencias.
  - Trazabilidad de la atención.
  - Personalización.
- Necesidades y barreras para la implantación:
  - Resistencia al cambio y desconocimiento cruzado.
  - Sentimiento de compartimento estanco, barreras culturales.
  - Para superar estas barreras es necesaria una apuesta decidida por la acción, eliminando como mínimo las barreras administrativas.
- Principales acciones para la puesta en marcha:
  - Identificador único.
  - Identificación del conjunto mínimo de datos a compartir.
  - Acuerdo ministerial y a nivel de CCAA (social y sanitario) para su puesta en marcha.
  - Selección de herramientas informáticas de base: base de usuarios, MPI, repositorio estandarizado de información, gestor de integraciones.

Figura de gestión de casos para la mejora de la atención sociosanitaria

- Descripción: creación de la figura de gestor del caso, capaz de poner todos los recursos disponibles de manera coordinada a disposición del paciente/usuario y sus familiares, como elemento guía del proceso de integración sociosanitaria.
- Beneficios esperados:
  - Seguridad y confianza del paciente.
  - Valoración de la persona de forma integral.
  - Clara interlocución.
  - Eficiencia y ahorro de costes.
  - Trato personalizado.
- Necesidades y barreras para la implantación:
  - El gestor de caso ha de estar integrado en un equipo multidisciplinar intersectorial.
  - Designado en función de necesidades clínicas y/o sociales.
  - Ha de centrarse en servicios sociales de base y atención primaria de salud.
- Principales acciones para la puesta en marcha:
  - Creación y puesta en marcha de equipos piloto.
  - Acceso a Historia clínica y social compartida.
  - Acceso completo e integrado a información de citas, pruebas, servicios y tratamientos.
  - Establecer mecanismos tecnológicos sencillos para facilitar un contacto continuado.

Desarrollo de líneas en humanización de la atención

Implicar a los profesionales en la definición de estrategias y en su implantación

- Descripción: implicar a los profesionales de la atención (facultativos, enfermería, psicólogos, celadores, auxiliares, etc.) en la definición y en la implantación de las estrategias de humanización, haciéndoles partícipes de los roles, capacidades y responsabilidades del resto de profesionales. Poner los recursos y el apoyo necesario a disposición de esta estrategia.
- Beneficios esperados:
  - Ciudadano:
    - Reducir el nivel de ansiedad en situaciones críticas.
    - Percepción de calidad.
  - Profesional:
    - Satisfacción con el trabajo.
    - Motivación.
    - Mejora en la coordinación.
    - Empatía interprofesional.
  - Organización:
    - Sostenibilidad al evitar duplicidades.
    - Sinergias.
- Necesidades y barreras para la implantación:
  - Transversalidad de conocimientos y capacidades en la atención.
  - Comenzar con la eliminación de barreras organizativas y normativas.
- Principales acciones para la puesta en marcha:
  - Creación de un foro de conocimiento web abierto a todos los profesionales, que incluya procesos de evaluación, publicación e incentivación
  - Plan de rotaciones intersectoriales por perfiles y niveles con coberturas que impidan impacto en la asistencia.
  - Creación del Plan de Atención Integrado, único por paciente/cuidador, con implicación del equipo completo y los interesados.

Formación a profesionales en habilidades de comunicación

- Descripción: fortalecer actitudes, comportamientos y capacidades que favorezcan un desempeño profesional más cercano a las necesidades de pacientes y cuidadores.
- Beneficios esperados:
  - Mejora de la calidad percibida.
  - Trato personalizado.
  - Mayor consideración y respeto por los valores y la aportación del profesional.
  - Mejor comunicación y empatía.
- Necesidades y barreras para la implantación:
  - Inercias existentes
  - Silos organizativos
  - Será necesario comenzar por las áreas más críticas y sensibles, en las que los profesionales estén más predispuestos.
- Principales acciones para la puesta en marcha:
  - Talleres y encuentros con participación activa de profesionales y pacientes.
  - Creación de una Plataforma de Difusión y Observatorio de Buenas Prácticas en Humanización.
  - Sensibilización en centros educativos.
  - Rotación y aprendizaje entre niveles y sectores.
  - Inicio con un sistema de notificación de situaciones "poco dignas".

Línea Estratégica 2. ATENCIÓN CENTRADA EN LAS PERSONAS. Empoderamiento y autocuidados

Coordinador: Ignacio del Arco

Introducción y estado de la situación

Las estrategias internacionales para mejorar la prestación de servicios de salud y bienestar pasan por la implicación activa de la ciudadanía en modelos de atención integrada y centrados en las personas. Así lo demuestran además una gran cantidad de experiencias que han logrado un impacto muy positivo en la organización y el funcionamiento de centros y servicios de atención en muchos contextos diferentes. **Las personas deben estar en el centro mismo de cualquier proceso de diseño, planificación o prestación, aportando desde la perspectiva de su rol en el sistema como paciente, profesional, investigador, dependiente, familiar, etc.**

En este grupo se trabajó con el objetivo de proponer acciones viables encaminadas a potenciar el talento interno, las relaciones interpersonales, el flujo de conocimiento y de información, la comunicación y las posibilidades de participación directa de las personas involucradas en los procesos de integración sociosanitaria, que, en la medida de lo posible, puedan ser llevadas a la práctica en el corto plazo para medir su impacto desde la perspectiva de eficiencia y sostenibilidad de los servicios de atención.

En el I Foro de la FE&S de 2014, los expertos que conformaron el grupo de trabajo "Implicación del ciudadano en la salud y atención centrada en el paciente", consensuaron una serie de estrategias de mejora que se incluyeron en el informe de "100 Perspectivas para Mejorar el Futuro del Sector Salud", y que resumidas, son:

- Se precisa un cambio en el modelo organizativo.
- Hay que cambiar hacia una mayor transparencia en la información.
- Es necesaria la responsabilización del ciudadano en su propia salud.
- Hay que hacer un esfuerzo para mejorar la gestión del conocimiento.
- Hacer que la tecnología no suponga una limitación.
- Se necesita mejorar la formación de los ciudadanos en aspectos de salud.

Construyendo sobre este trabajo previo, y siguiendo la misma aproximación metodológica del resto de las mesas de trabajo, agrupamos estas propuestas en dos líneas estratégicas:

Línea1: Cambio en el modelo organizativo.

Línea 2: Mejora de la gestión del conocimiento, la comunicación con los ciudadanos y la información a pacientes.

Y centramos el objetivo de la mesa de Atención Centrada en la Persona en la identificación de ideas sobre acciones concretas, prácticas viables para su puesta en marcha por los propios interesados en el corto plazo y con el entorno actual, y que pudieran traducirse en un impacto positivo sobre las líneas estratégicas definidas.

Resultados

La generación e intercambio de ideas entre los participantes comenzó en las semanas anteriores a la celebración del II Foro E&S, con aportaciones previas que fueron compartidas, enriquecidas y a las que se sumaron otras nuevas durante el debate de las propuestas y el trabajo de la mesa.

Los resultados de este proceso se materializaron en una verdadera tormenta de ideas, con puntos de vista realmente interesantes, referencias de experiencias y resultados de iniciativas y proyectos en España y en Europa, conceptos muy innovadores y posiciones muy comprometidas y defendidas con pasión. Se obtuvieron cerca de 25 ideas para cada una de las líneas estratégicas definidas, que fueron clasificadas, priorizadas y agrupadas tras un proceso de revisión de todo el material, resultando tras el análisis final en una convergencia de ideas que llaman a la acción sobre tres ejes fundamentales:

- Nueva organización sanitaria más abierta.
- Realmente centrada en las personas.
- Generando valor a partir de los datos y el conocimiento.

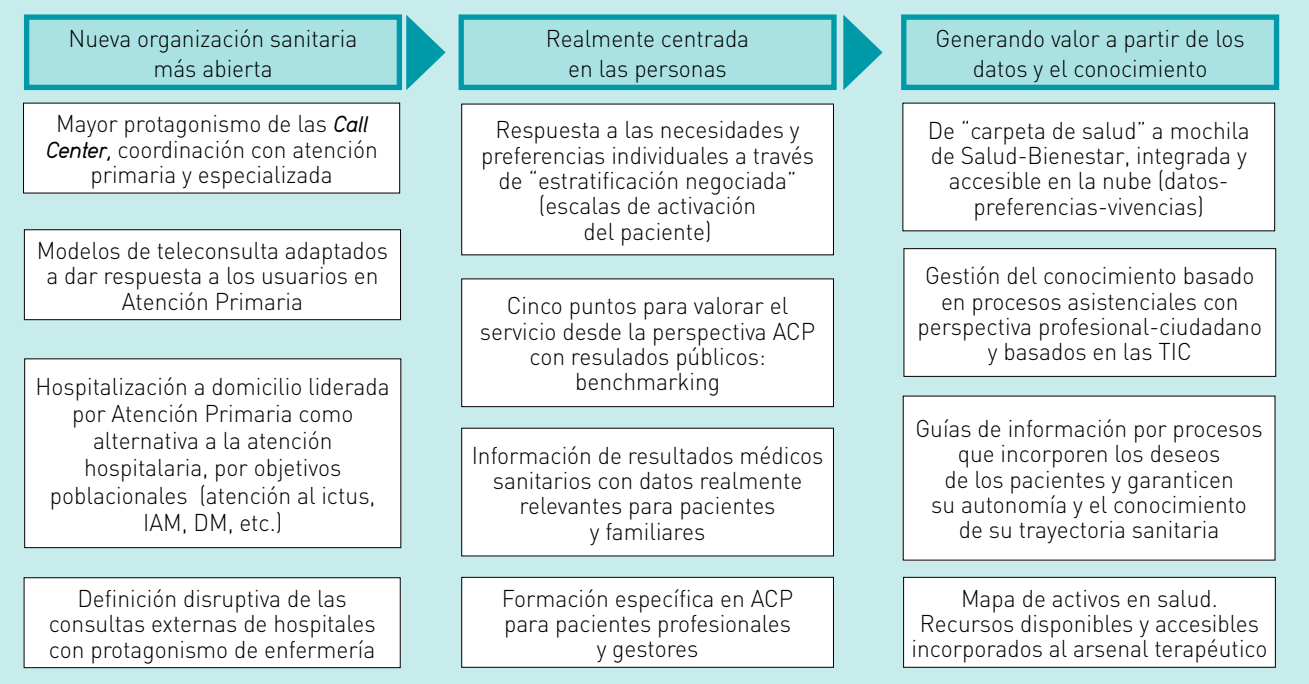


FIGURA 2.

A cada uno de estos ejes se asocian cuatro bloques de propuestas con las ideas fuerza que representan los principales aspectos debatidos y en los que se integran las acciones finalmente propuestas (Fig. 2).

Discusión

La atención centrada en las personas es uno de los pilares de las estrategias internacionales para mejorar la salud, promover la autonomía personal y la vida independiente. Es un elemento transversal, que debe ser tenido en cuenta su éxito en cualquiera de las estrategias y medidas de transformación de los sistemas de atención sociosanitaria. Es en realidad la esencia del concepto de atención integrada: los servicios y recursos de atención deben coordinarse en un proceso de integración dinámica para responder de forma accesible, equilibrada y sostenible a las necesidades de las personas involucradas en ese proceso (profesionales-pacientes-familiares-proveedores de los servicios).

Hay que destacar un elemento fundamental, que es a la vez causa y efecto de los modelos orientados a la participación activa de las personas en la definición de las soluciones a sus propias necesidades, y que a pesar de ser bastante intangible, se materializó de forma patente en la mesa de trabajo: el entusiasmo. La ilusión por mejorar como personas y como profesionales genera compromiso y un sentimiento de optimismo, más necesario ahora que nunca para afrontar la situación actual de crisis enquistada y aprovecharla como la oportunidad de reconfigurar un verdadero sistema de salud, atención y cuidados centrado en las personas.

En la innovación social y sanitaria la participación es efectiva con pacientes/usuarios y profesionales preparados. Es necesario mejorar la formación y la divulgación de ejemplos y buenas prácticas. Hay herramientas, técnicas y experiencias que avalan el impacto que estos procesos pueden tener a la hora de organizar servicios de atención, promover campañas de salud y aumentar la implicación de la ciudadanía en general, y de los pacientes o usuarios y los propios profesionales en particular, en el compromiso por el cuidado de la salud y el acceso a los recursos adecuados de atención cuándo y dónde son necesarios.

En la atención centrada en la persona la participación se traduce también en deseos y expectativas, y en el respeto hacia tu dignidad personal y a tus preferencias o convicciones, independientemente del lugar donde te

atiendan (en una sala de urgencias, en un centro residencial, en tu domicilio, etc.).

Todas las ideas generadas se clasificaron en la parte alta de la tabla en función de su impacto potencial. Se puede hacer mucho y en realidad con muy poco. Casi todas son acciones perfectamente viables, la mayoría no requieren grandes inversiones, desarrollos complejos o nuevos recursos sino más bien la activación de pequeños cambios en la forma de organizar los servicios, abrir nuevas vías de comunicación, o en usar herramientas y conceptos que ya han probado su utilidad.

Quizá la parte más compleja de poner en marcha (por depender de muchos otros factores) tiene que ver con la apertura de un marco institucional y normativo para flexibilizar los roles profesionales, y que los gestores y profesionales tengan el margen para la adecuada integración de los servicios de atención en función de la demanda de la persona y los niveles de complejidad para su resolución.

Esta respuesta solo puede venir de una oferta de servicios en red, en la que cada uno de los centros/recursos tienen identificado el nivel de complejidad que pueden atender y se coordinan para satisfacer esa demanda de forma individualizada, a una persona en concreto, con sus determinantes de salud y en su contexto cotidiano.

Conclusiones

A modo de tres líneas de ideas fuerza, se exponen como conclusiones de la mesa de trabajo las acciones propuestas para mejorar el sector de la salud desde la perspectiva de la atención centrada en la persona:

Establecer estándares de atención centrada en las personas y mejorarlos a través del benchmarking

- Definir cinco puntos básicos para poder evaluar los resultados de los procesos de atención integrada y centrada en la persona.
- Hacer pública y accesible información relevante para pacientes y familiares sobre el proceso de atención y los resultados médicos sanitarios del centro e incluir opiniones de otros pacientes.
- Aplicar en la provisión de los servicios escalas de activación del paciente, de estratificación negociada, para adecuar la atención conforme a sus preferencias, expectativas, recursos, necesidades e implicación en su propio cuidado.

De "carpeta de salud" a "mochila de bienestar"

- Facilitar el acceso de los ciudadanos y pacientes a sus datos digitales de salud, para poder conformar, acceder, autogestionar y descargar la "mochila" con información clínica relevante, datos de atención social, así como sus preferencias (alimentación, religión, testamento vital) y cualquier otro de interés para su propio bienestar y respeto a su dignidad.
- Complementar la información relevante para pacientes y familiares con píldoras de formación sobre cómo acceder y utilizar adecuadamente todos los recursos disponibles, cómo mejorar su salud y promover su autonomía en su proceso vital y antes-durante-después de un tratamiento, o intervención a través de canales accesibles (móvil, redes, carteles, folletos explicativos, etc.).
- Incorporar al arsenal terapéutico la prescripción de recursos digitales validados: mapa de recursos asistenciales, promoción de salud, envejecimiento activo, hábitos saludables o cocina mediterránea.

Una nueva organización para un nuevo modelo de atención

- Promover un marco normativo más abierto, flexible y que se adapte con facilidad a las nuevas necesidades de reorganización de los roles de profesionales, pacientes y familiares, para su participación conjunta a través de canales de co-creación en la definición de los procesos de atención integrada, y que permita evaluar los resultados mediante nuevas métricas.
- Conferir mayor protagonismo a los call center (de salud y servicios sociales) aumentando la coordinación y colaboración con Atención Primaria y Especializada.
- Activar el conocimiento interno de los hospitales para el rediseño de la e-consulta dirigida a Atención Primaria para aumentar la colaboración y disminuir frecuentación.
- Redefinición disruptiva de consultas externas con protagonismo de enfermería.
- Liderar desde Atención Primaria un nuevo concepto de Atención a Domicilio por objetivos poblaciones y en función de la complejidad como alternativa a la Atención Hospitalaria.

Línea Estratégica 3. POTENCIAR LA ATENCIÓN DOMICILIARIA MULTIDISCIPLINAR

Coordinador: **Carlos Peña Laguna**

Introducción

El aumento de la longevidad inevitablemente conllevará un aumento de la necesidad poblacional respecto a la atención a las patologías crónicas, imprimiendo una cuasi obligatoriedad a la hora de adaptar nuestro sistema a la cercana próxima realidad. Estructuras rígidas deberán volverse maleables, así como los profesionales o categorías que las componen. Una atención secundaria, a demanda poblacional, deberá revertirse hacia una visión más proactiva y anticipadora, con el fin de conseguir los mejores resultados en salud y evitar hospitalizaciones innecesarias. El campo de juego está cambiando y los dogmas también. El paciente cada vez está más informado y esa faceta es una oportunidad incuestionable para hacerle partícipe de su salud y establecerle en el mejor "nivel asistencial-mejor profesional", según su nivel de complejidad. Nos enfrentamos a grandes retos, puesto que nuestras estructuras y el dimensionamiento de nuestros recursos obedecen a situaciones sociales y económicas que no son las actuales.

Las previsiones del Instituto Nacional de Estadística para el año 2020 apuntan que en España se superarán los nueve millones de personas con edad superior a los 65 años, lo que representará un 19% de la población. Estimaciones realizadas por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas indican que en el año 2050 los mayores de 65 años serán el 30% de la población (Instituto Nacional de Estadística, 2014) (Fig. 3).

Actualmente, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), el grupo de edad quinquenal más numeroso corresponde al de los 35-39 años. En 2029 la proyección lo estimaría en el rango 50-54 y para 2064 se prevé que esté entre la población comprendida en los 85 a 89 años. De mantenerse esta proyección, la tasa de dependencia (población menor de 16 años y mayor de 64) aumentaría más de 7 puntos, del 52,1% actual a un 59,2% en relativamente poco tiempo (Instituto Nacional de Estadística, 2014).

El impacto del envejecimiento no llegará solo, sino acompañado de un aumento de enfermedades crónicas que ejercerán un impacto considerable en el modelo de

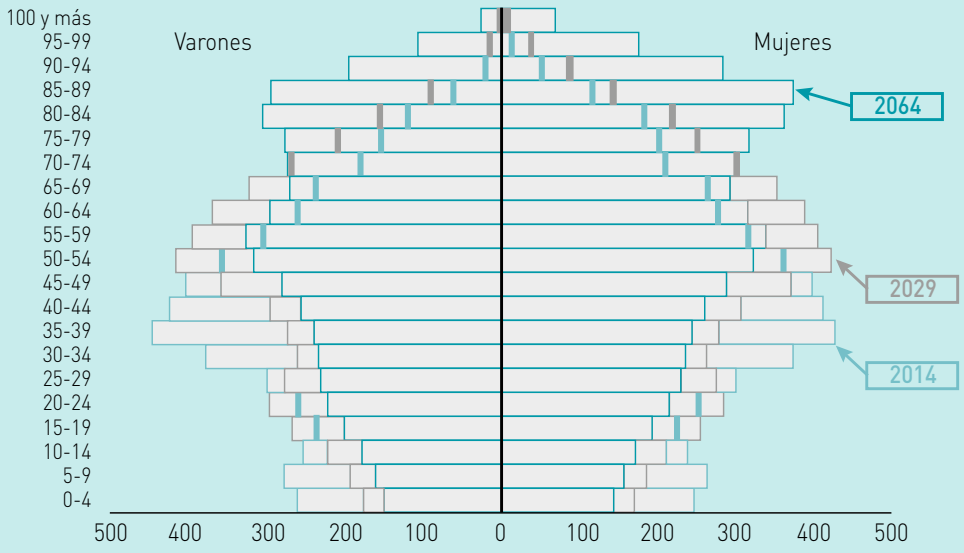


FIGURA 3. Pirámides de población en España.

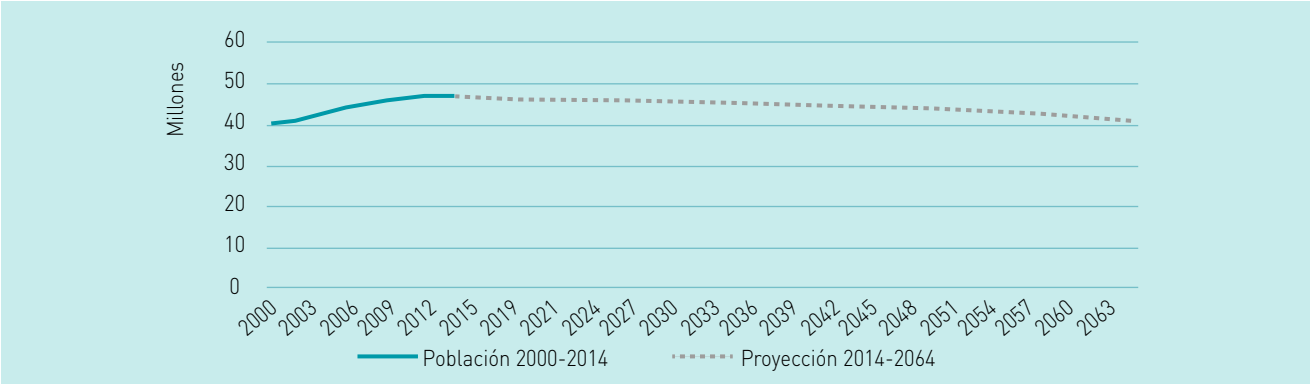


FIGURA 4. Proyección de la población española 2014-2064.

prestación sanitaria actual. La evolución de los principales trastornos de salud, identificados como crónicos, ha mostrado una línea ascendente desde el período 1997-2014. La hipertensión ha pasado del 11,2% al 18,4%, la diabetes del 4,1% al 6,8% y la hipercolesterolemia del 8,2% al 16,5%.

Johns Hopkins University:

En la próxima década las enfermedades crónicas serán responsables del 83% de los gastos de la atención sanitaria, el 81% de las estancias hospitalarias, el 91% de las prescripciones farmacéuticas y el 98% de las visitas domiciliarias (enfermería)

Se precisa analizar los modelos actuales de éxito, incorporar el máximo de las innovaciones y ser capaces de gestionar el cambio para no volvernos ineficaces. Devolver al paciente al centro del sistema y acompañarle durante su proceso de vital de salud-enfermedad, dimensionando la respuesta al tamaño de la necesidad. Incorporar el éxito y desinvertir en lo que no aporta resultados en salud, para reinvertir en lo que sí lo hace. Trasladar una atención centrada en lo agudo y ubicada en los hospitales hacia una visión integral del ciudadano en su medio habitual (Fig. 4).

Exposición de expertos y fase pre-evento

En general, todos los expertos coinciden en que actualmente ya existen disponibles diferentes modelos, en su ámbito habitual, que permitirían transformar la asistencia hacia modelos más centrados en la persona, en función de su complejidad, para que el individuo estuviera en su medio la mayor parte del tiempo posible. A juicio de los expertos, no existe todavía una adecuada coordinación entre recursos y niveles asistenciales. Se identifican barreras respecto a la separación que existe en la gestión de los recursos sanitarios y los sociales, la legislación que los regula y su presupuesto. Ambos parten con objetivos diferentes en muchos casos. La cronicidad no se está abordando de una manera integral y con criterios de equidad entre comunidades. El modelo clásico, de paciente agudo hospitalizado, todavía predomina en la planificación de los recursos sanitarios. Existen diversas alternativas, basadas en la atención primaria, que incluyen la estratificación poblacional para identificar a la población en función de su nivel de complejidad. Sin embargo, a menudo no se ha desarrollado una asignación de recursos adecuada para abordar este escenario: invertir en procesos asistenciales. En general, los expertos coinciden en potenciar la atención primaria como eje fundamental de un sistema que debe girar en torno al ciudadano. Los nuevos roles, entendidos como estructuras o agentes clave para garantizar una adecuada atención a los ciudadanos, son en el futuro asegurar un adecuado despliegue de los nuevos modelos de atención, con mayor impacto y más sostenibles que los modelos clásicos.

La principal barrera surge en cómo está diseñado el sistema en sí mismo, vertebrado en el hospital en lugar de la atención primaria, con una alta capacidad diagnóstica sin contemplar la reorientación de los recursos hacia el ciudadano. La barrera económica y presupuestaria, ac-

tualmente es identificada por los expertos como el principal hándicap para poder desarrollar adecuadamente la atención primaria. Además, es necesario realizar una adecuada gestión del cambio para garantizar una adecuada desinversión y poder alinearnos de una manera sostenible a las nuevas necesidades del ciudadano.

Evento: Fase de consenso

Durante la fase de consenso se establecieron una serie de líneas de aproximación hacia las medidas finales. Estas líneas, junto con su peso asignado por los expertos, son:

Pregunta 1: Ante un incremento en los dispositivos y programas de atención domiciliaria, ¿cuáles son las áreas y unidades que más deben cambiar para adaptarse y coordinarse ante este incremento? ¿Qué medidas factibles o de impacto realizaría?

0 puntos

- Orientar hacia la independencia de las UHD, con presupuestación propia e integrando recursos propios de cuidados intermedios.
- Realizar cambios estructurales en hospitales para atender a pacientes más frágiles, designando unidades de crónicos completas. Disponer del Hospital de Día coordinado con Atención Primaria, creando una ruta asistencial y de adecuación terapéutica.

4 puntos

- Reeducar ante la tendencia hospitalocentrista con el objetivo de formar e informar a la sociedad de los beneficios de la atención domiciliaria.
- Priorizar la contratación pública de los servicios sociosanitarios.
- Reformar y aumentar la inversión en Atención Primaria como eje del sistema y de la atención domiciliaria. Así aumentar formación, reorganizar, distribuir responsabilidades, y aumentar la tecnología y la comunicación.
- Aumentar la inversión en Servicios Sociales, para hacer del domicilio y la persona el eje del sistema, con variedad de servicios de proximidad. Disponer de servicios integrados y coordinados donde confluyan los servicios sanitarios, los propios cuidadores, el servicio de ayuda a domicilio y el resto del tejido social.

10 puntos

- Cambio en la cultura con una nueva organización y gestión en Atención Primaria con: aumento del presupuesto, aumento de recursos, espacio en agendas para atención domiciliaria, circuitos o rutas asistenciales coordinadas con otros ámbitos, gestión colaborativa con Servicios Sociales de los recursos en el domicilio. Crear presupuestos específicos.
- Apostar por un nuevo modelo de recursos humanos, cultura y estructura organizativa. Potenciar la Atención Primaria para vencer la rigidez horaria, el inmovilismo profesional, fomentar la proactividad y la mejor organización del tiempo.
- Es preciso definir los roles en el domicilio, reordenar funciones de cada uno, coordinar los recursos y responsabilizar de tareas.
- Respecto a la enfermera de Atención Primaria: replantear agendas (definir el trabajo que debe realizar). Caminar hacia la enfermera de familia con asignación de campos, orientando las tareas al paciente y no hacia los profesionales.
- Integración efectiva de profesionales (equipos de paliativos, hospitalización domiciliaria, etc.) todo ellos integrados en una misma estructura funcional.
- Estas medidas exigen un cambio del rol profesional sanitario, retirarnos un poco los profesionales y que el paciente esté en el centro del sistema. Hacen falta expertos gestores y anticipación de riesgos.

10 puntos

- Equilibrar la diferencia de desarrollo de los sistemas sanitarios y sociales mediante la unificación de áreas geográficas que garanticen la colaboración y mejoren la planificación conjunta. Fusión de estructuras sociales de salud: residencias, UTS. Fomentar la integración en un solo sistema, eliminado barreras.
- Minimizar la hospitalización domiciliaria y fomentar las unidades de atención domiciliaria geriátrica, creando consultores de Atención Primaria.
- Hay que superar las gerencias/direcciones estancas, la barrera existente entre Hospital y Atención Primaria,

vencer el hospitalocentrismo, acabar con duplicidades y ausencia de indicadores de resultados. Es necesario orientar las acciones al paciente y no al profesional, y también reorientar la atención con complejidad en el domicilio.
- Rediseñar niveles, servicios sanitarios y sociales: no es lo mismo eficiencia en un hospital de media estancia que en una residencia con camas sociosanitarias.
- Una barrera es la dependencia hospitalaria de las unidades de apoyo y el aislamiento de los servicios sociosanitarios.
- Un nuevo modelo de RRHH y de cultura y estructura organizativa que favorezca la integración sociosanitaria desde una misma estructura, y redefinir roles, competencias de profesionales y responsabilidades a partir de un modelo centrado en la persona y su entorno.

Pregunta 2: ¿Qué herramientas o medidas, con impacto, factibles y para empezar inmediatamente, tendrían mayor éxito o usted implantaría para trasladar la atención y los cuidados al domicilio de los ciudadanos?

0 puntos
- Las unidades de Hospitalización Domiciliaria deben disponer de presupuesto propio.
- La organización de las convalecencias posthospitalarias deben realizarse en residencias con un marco normativo común.
- A nivel de mesogestión: trabajar en contrato programa, cambio organizativo, atención primaria, proceso informado, evaluación y formación.

1 puntos
- Estratificación de la población con herramientas homogéneas en la misma comunidad (CACGs, CMAs).

2 puntos
- Formación de los profesionales de ambos servicios, salud y sociales, en el nuevo modelo de atención al paciente. Buscar organizaciones más eficaces y flexibles.
- Sensibilización, formación y liderazgo clínico ante las nuevas necesidades de la población. Promover cambios organizacionales alcanzando una gestión e incentivación que logre impulsar la atención domiciliaria.

3 puntos
- Crear la Atención Primaria Hospitalaria de Servicios Sociales y Ciudadanía.
- Generar un único sistema que permita la misma cobertura entre pacientes y los diferentes centros profesionales de Atención Domiciliaria: HCE, TICS. Generar sistema de cobertura 24 horas con empleo de nuevas tecnologías.
- Debe existir comunicación fluida entre Atención Primaria y los diferentes soportes (UHD, Unidad de Paliativos, unidades de Prestación Sociosanitaria, etc.).
- Disponer de Historia Clínica única compartida.

4 puntos
- Cambios organizacionales: gestión orientada a la cronicidad y a la atención domiciliaria, buscando una organización eficaz y flexible.
- Asignación de una enfermera de referencia a los expedientes de ayuda a domicilio y tele asistencia de los Servicios Sociales.
- Integración y coordinación real sociosanitaria mediante protocolos de interactuación, y todos ellos desde la perspectiva de atención centrada en la persona.

5 puntos
- Nivel microgestión: la gestión de casos. La enfermera como responsable mediante un liderazgo real. Colaboración entre paciente-cuidador y el centro.
- Enfermeras gestoras de casos que aborden la cronicidad compleja.

7 puntos
- Integrar todos los recursos actuales de atención domiciliaria bajo un programa coordinado por Atención Primaria. Utilizando el liderazgo de Atención Primaria como coordinador de todos los servicios sociosanitarios.
- Crear un comité coordinador donde se integre al médico de familia, enfermera comunitaria, unidad de hospitalización a domicilio, salud mental, médico internista del hospital, trabajador social, familia y paciente. Este comité o programa de Atención Domiciliaria tendrá como responsable coordinador a la enfermería.
- La Atención Primaria debe ser el eje vertebrador de la Atención Domiciliaria, liderado por las enfermeras.

7 puntos

- La Atención Domiciliaria debe entrar en la cartera del Sistema Nacional de Salud. Crear la Atención Primaria Social y Sanitaria.
- Crear una cartera de servicios comunes con la finalidad de mejorar la eficiencia de los recursos mediante planes de acción compartidos y la coordinación entre sistemas creando rutas de pacientes.

Medidas propuestas para potenciar la atención domiciliaria multidisciplinar

Tras la valoración inicial propuesta y tras la fase de consenso, incluida en la realización de grupo nominal, se identifican una serie de medidas de consenso, como propuesta de los expertos, para mejorar la atención domiciliaria multidisciplinar:

Medidas identificadas por los expertos

1. Definir una cartera de servicios común, con un mapa geográfico social y sanitario idéntico e integrando en ella la atención domiciliaria.
2. Invertir en procesos que mejoren el nivel de ambulatorización y las rutas asistenciales como estrategias a potenciar.
3. Integración efectiva de estructuras, eliminando barreras y duplicidades entre la atención especializada, la atención primaria y los recursos sociales,
4. Atención Primaria debe liderar el proceso de ambulatorización y atención domiciliaria integrando en ella todos los recursos disponibles para garantizar una adecuada asistencia y establecer la mejor atención según nivel de complejidad.
5. Integrar bajo una única estructura organizativa los recursos de atención a domicilio que actualmente se encuentran en Atención Especializada, ámbito social, cuidadores y Atención Primaria para que los resultados sean sostenibles y coordinados, eliminando ineficiencias y barreras.
6. Potenciar Enfermería como figura estratégica en este nuevo cambio de paradigma asistencial estableciéndose nuevos roles y rediseñando competencias.
7. Implementar las especialidades de Enfermería.
8. Potenciar la enfermera de práctica avanzada en gestión de casos.
9. Establecer un nuevo modelo de convenio/contrato público que unifique y permita centralizar compras aplicando criterios de gran escala de tal manera que puedan beneficiarse sanidad, servicios sociales y los ciudadanos en general bajo un único paraguas.
10. Establecer un cambio de rol en la consulta de Atención Primaria hacia la proactividad en lugar de la demanda. Identificar personas con riesgo de enfermar y optimizar la atención estableciendo una priorización de las necesidades de las que ya presentan enfermedad crónica (estratificación poblacional).
11. Rediseño de agendas de atención primaria para incluir la atención domiciliaria como herramienta dentro de la estrategia de la atención a la cronicidad, como eje fundamental que permita anticipar riesgos y mejorar en salud.
12. Potenciar la promoción y prevención en atención primaria, con programas específicos liderados por enfermería.
13. Realizar intervenciones educativas y formativas en los profesionales para conseguir una adecuada sensibilización, formación y liderazgo clínico ante las nuevas necesidades de salud de la población relacionadas con la cronicidad, los cuidados, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Conclusiones

La cronicidad tiene cada vez mayor peso en nuestro país como consecuencia del aumento de la esperanza de vida y la adopción de estilos de vida propios de los países desarrollados. Esta cronicidad está afectando no solamente a la población dependiente (menores de 14 y mayores de 64) sino que cada vez más está teniendo impacto en la masa laboral de la población. Son patologías de larga duración y de progresión generalmente lenta que repercuten en los ciudadanos que las padecen y en los cuidadores informales cercanos a ellos. Esta repercusión es multidimensional: fatiga personal, absentismo laboral y aumento de gasto en los servicios sanitarios (tecnología, farmacia, estancias hospitalarias, etc.) y en las familias. Por este motivo, aunque aumente la esperanza de vida, este incremento no necesariamente va a ir asociado a un

buen nivel de salud. Los costes asociados a la cronicidad están aumentando del orden de 20.000 millones de dólares cada 10 años (Informe Cronos, 2012) lo cual amenaza sensiblemente la sostenibilidad del sistema sanitario actual si no se cambia el paradigma. Es decir, además de los cambios demográficos, derivados del envejecimiento, la cronicidad está influyendo en el gasto sanitario total debido al aumento genérico del uso del sistema sanitario, es decir, el incremento en la prestación real media por paciente (Puig-Junoy, 2006), especialmente si la asistencia a crónicos se hace en centros sanitarios de agudos.

El porcentaje de pacientes crónicos que habitualmente reciben atención domiciliaria todavía es bajo: un 4,2% habitualmente y un 9,4% ocasionalmente (Encuesta Nacional de Salud en España, 2014), pese a estar identificado como una de las estrategias de abordaje de la cronicidad definidas por el Ministerio de Sanidad en el año 2012 y ya anteriormente incluido dentro de la estrategia 26 en otro documento (Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria, 2007) que tampoco llega a desarrollarse completamente. Todos ellos identifican el domicilio como el mejor lugar donde los pacientes pueden ejercer su autocuidado garantizando además su bienestar y calidad de vida, disminuyendo hospitalizaciones y desplazamientos a consultas innecesarios.

La reorientación de la asistencia centrada en una mejora de la atención domiciliaria, pasa por establecer una estructura común que integre todos los recursos y que permita ejercer economía de escala mediante la disminución de las barreras y de las duplicidades, estableciendo como núcleo al ciudadano. Para obtener éxito es necesario tener bien identificadas las necesidades mediante sistemas claros de estratificación poblacional que nos permitan optimizar los recursos, de tal manera que cualquier intervención se mida por su coste-efectividad adecuando el mejor recurso a una población diana claramente identificada. El marco de atención debe cambiar hacia un modelo de competencias distinto, integral y basado en la complejidad más que en un modelo biomédico clásico, pasando por: autocuidados (baja complejidad), apoyo y autogestión (complejidad moderada) hasta la gestión del caso en pacientes de alta complejidad. El domicilio es un núcleo potencialmente válido para dar respuesta a las demandas actuales y futuras si potenciamos una atención en este escenario profesional y orientada hacia las necesidades de los pacientes.

En otro sentido, la atención domiciliaria integral y multidisciplinar se posiciona como un valor estratégico para avanzar en la continuidad del proceso de cuidado y en una adecuada asistencia sociosanitaria de los individuos, estableciendo como absolutamente necesaria la superación de espacio entre la atención primaria y la especializada, dualidad que genera duplicidades y dificulta que se puedan maximizar los resultados en salud. La rigidez en los roles profesionales es otro de los hándicaps negativos que están dificultando que logremos dar respuesta más eficaz y eficientemente a las necesidades específicas de los ciudadanos. Por este motivo es necesario desarrollar nuevas competencias transversales que permitan establecer una mayor coordinación entre el domicilio, núcleo del individuo, y el complejo asistencial actual, reorientando la responsabilidad actual de las enfermeras hacia un rol de empoderador en autocuidados, gestión del caso complejo y garante de la continuidad de cuidados entre los diferentes niveles asistenciales, entre otras competencias avanzadas.

Establecer medidas clave como la necesidad de establecer una adaptación organizativa y funcional de la atención primaria, rediseñando agendas para incluir la atención domiciliaria, la flexibilización de los horarios (24 h) y actividades, se enmarcan también como iniciativas imprescindibles para romper las barreras que actualmente ejercen rigidez en la gestión del cambio de modelo. Los cambios normativos y la redefinición de los roles profesionales actuales, la incorporación de nuevos actores (fisioterapia, trabajo social o farmacia comunitaria), son estrategias clave para potenciar la atención domiciliaria y que esta tenga el mayor éxito.

A nivel estratégico, aparece la necesidad de generar inversión en todos los procesos que favorezcan la ambulatorización y la gestión de la enfermedad en el domicilio, estableciendo desinversión en todos aquellos que no permitan obtener resultados en salud costo-efectivos y que estén orientados hacia una atención centrada en un modelo de agudos. Esta nueva estructura, sin barreras, líder para afrontar este nuevo cambio de rol en la prestación de la asistencia, y que agrupará todos los recursos necesarios bajo un único paraguas, debe ser la Atención Primaria.

Línea Estratégica 4. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO E INCENTIVOS POR RESULTADOS

Coordinador: **Miguel Ángel Mañez**

Gebro Pharma

ALEXION

Introducción

Durante el I Foro de la Fundación Economía y Salud, uno de los debates más intensos giró alrededor de la motivación de los profesionales como motor de mejora del sistema sanitario y sociosanitario. De hecho, una de las conclusiones de dicho Foro indicaba lo siguiente: "Es importante, para conseguir todos estos objetivos, disponer de sistemas de evaluación del desempeño robustos que permitan además incentivar a los profesionales mediante sistemas de reconocimiento. Los sistemas de comunicación de los resultados y objetivos también tendrán una posición privilegiada en este nuevo escenario".

Dado que los sistemas de evaluación del desempeño y los incentivos son dos de las herramientas más potentes para gestionar equipos de profesionales, el objetivo de la mesa se centró en revisar la evidencia que respalda su uso, los criterios de elaboración de sistemas efectivos de incentivos y el análisis de buenas prácticas (Fig. 5).

Ya hace unos cuantos años, el escritor Mark Twain en su obra "Las aventuras de Huckleberry Finn" se planteaba lo siguiente: *"Bueno, entonces, dije, ¿para qué te vale aprender a obrar bien, cuando es dicultoso obrar bien y no es nada difícil obrar mal, y el pago es igual en los dos casos?"*

Metodología

Para el análisis de ambos temas, se reunió a un grupo de expertos con experiencia en gestión de equipos y en diseño de sistemas de evaluación e incentivos. Se elaboró una encuesta previa y se revisaron diversos artículos y guías de cara a conocer la evidencia científica.

Los resultados principales de la encuesta fueron los siguientes:

- El 100% de los expertos de la mesa apoyaron que los incentivos basados en resultados mejoran la calidad de la asistencia (Fig. 6).
- Respecto a la duración de dichos incentivos, el 57% valoró que los incentivos solo motivan a corto plazo pero no a largo.
- Los objetivos asociados a dichos incentivos deben revisarse cada año, según el 100% de los expertos.
- Todos los expertos coincidieron en la importancia de elaborar incentivos basados en resultados y en el propio desempeño (habilidades, competencias, etc.).
- Respecto a las barreras para la puesta en marcha de un sistema de incentivos, las principales que indicaron los expertos fueron: indicadores mal diseñados, importe proporcionalmente bajo, dificultad para medir el desempeño individual y poco apoyo sindical a este tipo de medidas (Fig. 7).

  Respecto a la evaluación del desempeño, se puso de manifiesto la dificultad de implantación dado que es necesario un cambio cultural ante los resultados que puedan obtenerse de entrevistas, evaluaciones 360, etc.

Posteriormente, durante la sesión de trabajo se discutieron los resultados de la encuesta, el moderador planteó una serie de puntos de partida para el debate y se elaboró un análisis de ambos temas mediante una técnica de grupo nominal.

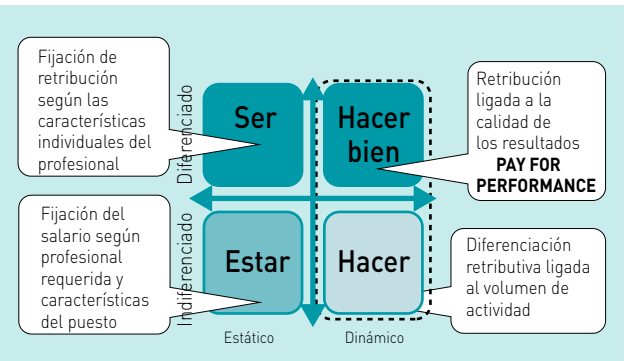


FIGURA 5.

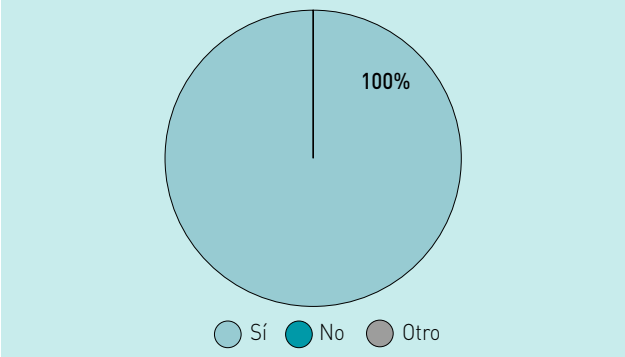


FIGURA 6. Los incentivos por resultados mejoran la calidad de la asistencia.

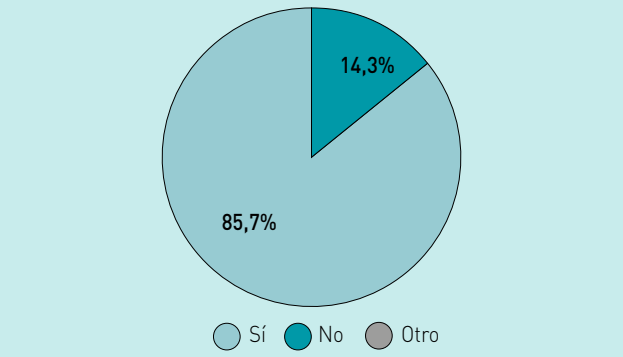


FIGURA 7. Para implantar una evaluación del desempeño en una organización es esencial empezar por los directivos para así cambiar la cultura (7 respuestas).

When financial incentives do more good than harm: a checklist

Financial incentives can sometimes improve the quality of clinical practice, but they may also be an expensive distraction. **Paul Glasziou** and collegues have devised a checklist to help prevent their premature or inappropriate implementation

Paul P Glasziou *professor*[1], Heather Buchan *director of implementation support*[2], Chris Del Mar *professor*[1], Jenny Doust *professor*[1], Mark Harris *professor*[3], Rosemary Knight *associate professor*[3], Anthony Scott *professorial fellow*[4], Ian a Scott *director of internal medicine*[5], Alexis Stockwell *research programme manager*[6]

- ¿Se mejoran los resultados para el paciente?
- ¿El comportamiento no deseado persiste sin intervención?
- ¿Hay mediciones fiables?
- ¿Se han evaluado las barreras?
- ¿Funciona el incentivo mejor que otras intervenciones?
- ¿Compensa el beneficio que se obtiene frente a otras consecuencias negativas?
- ¿El sistema y la cultura de la organización están preparados?
- ¿El importe final del incentivo es suficiente?

Discusión

Las líneas de trabajo que se plantearon para iniciar el debate se centraron en los siguientes aspectos:

- Los incentivos en el sistema sanitario desde una perspectiva ética, por ejemplo, no basar los incentivos en el ahorro, dado que esto puede implicar una merma en la calidad asistencial.
- Delimitar si los incentivos deben establecerse como herramienta de justicia retributiva (pagar más al mejor) o como herramienta de fomento de actividad (pagar más al que más cumple los indicadores estratégicos).
- Uso de incentivos económicos frente a no económicos.
- Problemas de cultura organizativa para aceptar incentivos y evaluación.

Respecto a la evaluación del desempeño, se debatió en el cambio de cultura para mejorar la implantación de estos sistemas. Un elemento en el que no hubo acuerdo es si los directivos deben ser los primeros en ser evaluados por su desempeño para dar ejemplo de cara a ampliar este tipo de evaluación. Respecto al uso de entrevistas de evaluación, pese a que en otros sectores sí se han mostrado muy útiles, la experiencia y la percepción de los expertos no se mostraron muy a favor de las mismas. Uno de los problemas subyacentes puede ser la poca experiencia en este tipo de evaluaciones así como el desconocimiento de los sistemas de evaluación, como el método 360 o la entrevista de competencias.

Se debatió igualmente sobre la efectividad de los incentivos económicos y sobre si mejoran los resultados asistenciales del centro. Tanto la evidencia como la opinión de los expertos avala esta mejora de resultados siempre que los incentivos y los objetivos estén adecuadamente diseñados, mediante la participación de los profesionales, y se basen en objetivos SMART (específico, medible, alcanzable, relevante y a tiempo). Un elemento muy llamativo fue la evidencia que avala que la retirada de los incentivos produce un impacto negativo, por lo que es esencial evitar que el trabajador asocie el cambio de objetivos con el cambio de prioridades. Además, se comentó la relación directa entre incentivos, objetivos y estrategia para evitar disonancias entre el rumbo de la organización y las señales que se dan en forma de indicadores.

Este aspecto de las prioridades fue muy analizado en la sesión, dado que incentivar determinados elementos tiene un coste de oportunidad ya que se dejan otros sin incentivar. La elección puede ser entendida como una priorización o un énfasis concreto en una serie de actividades o medidas. Por ello, la definición participativa de los objetivos, la elaboración por parte de todos los profesionales de las reglas del juego y la vinculación de los objetivos a las personas se convierten en elementos clave para conseguir un buen modelo de incentivos.

Una barrera muy importante y asociada al comportamiento del profesional es la posibilidad de que aparezcan incentivos perversos y comportamientos inadecuados, asociados a poca implicación o cooperación, baja calidad, etc.

Además, se revisaron los criterios del checklist de incentivos que difundieron Glasziou et al. en un artículo del año 2012 publicado en la revista British Medical Journal. En dicho checklist se revisaba la efectividad de los incentivos en relación a las siguientes preguntas:

- ¿Se mejoran los resultados para el paciente?
- ¿El comportamiento no deseado persiste sin intervención?
- ¿Hay mediciones fiables?
- ¿Se han evaluado las barreras?
- ¿Funciona el incentivo mejor que otras intervenciones?
- ¿Compensa el beneficio que se obtiene frente a otras consecuencias negativas?
- ¿El sistema y la cultura de la organización están preparados?
- ¿El importe final del incentivo es suficiente?

El primer ítem del checklist es quizás el más importante: el resultado para el paciente. Un buen ejemplo son los incentivos para realizar actividades preventivas dado que estos cambian la conducta del profesional, pero no suelen tener un efecto directo en el paciente (como señala Gené, "registrar el hábito tabáquico no reduce la prevalencia de fumadores").

En relación a los incentivos no económicos, se comentaron diversas dificultades, como su difícil implantación, la falta de liderazgo (cualidad esencial para este tipo de medidas), las medidas implantadas tras la crisis que han implicado un empeoramiento de las condiciones de trabajo en algunos casos, etc. Algunas de las reflexiones en este tema que se analizaron fueron:

- Flexibilidad laboral.
- Conciliación de la vida laboral y familiar.
- Reconocimiento y desarrollo profesional (carrera y progresión).
- Participación, cocreación y transparencia.
- Clima de colaboración.
- Desarrollo profesional y aprendizaje colaborativo.
- Dirección por valores y gestión adecuada de la confianza.

Conclusiones del grupo y recomendaciones

Una vez finalizado el debate, se propuso elaborar una serie de conclusiones y recomendaciones de cara al futuro para facilitar la puesta en marcha de sistemas efectivos de incentivos y evaluación:

- Poner en marcha medidas de incentivación no económicas basadas en el establecimiento de estrategias y espacios de participación y cocreación con pacientes y profesionales.
- Diseño de incentivos coherentes con el plan estratégico de la organización que tenga en cuenta todos los niveles asistenciales.
- La gestión clínica debe convertirse en una herramienta de la implementación de incentivos.
- La cultura de la organización debe motivar un desarrollo de incentivos adecuados a los objetivos.
- La orientación a resultados en salud para la población debe resultar en uno de los ejes clave.
- El impacto del incentivo debe promover una diferenciación retributiva basada en la contribución a resultados de cada profesional.
- Diseño transparente y participativo del modelo de incentivos.
- Establecimiento de objetivos SMART.
- Liderazgo como generador de confianza orientada a los profesionales y resultados de salud.

Why pay for performance may be incompatible with quality improvement

Motivation may decrease and gaming of the system is rife

Steffie Woolhandler *professor*[1], Dan Ariely *James B Duke professor of psychology and behavioral economics*[2], David U Himmelstein *professor*[1]

[1]City University of New York School of Public Health, New York, NY 10024, USA; [2]Duke University, Durham, NC, USA

Línea Estratégica 5. FLEXIBILIZACIÓN DE LA GESTIÓN, CAMBIOS LEGISLATIVOS Y BUEN GOBIERNO. BUENA GESTIÓN Y TRANSPARENCIA

Coordinador: **Dr. Carlos Mur de Víu**

GlaxoSmithKline

Introducción

Los continuos y exponenciales cambios en la demanda de provisión de servicios sanitarios, unidos al envejecimiento de la población y cronificación de las patologías, obligan a adaptaciones progresivas pero ágiles de los marcos y estructuras gestoras actuales. Nuevas propuestas y nuevos desafíos requieren nuevos marcos normativos que permitan introducir los avances científicos y tecnológicos, así como potenciar a los profesionales que generan valor. La profesionalización de la figura del gestor sanitario supondrá un avance, pero no es suficiente para dotar de autonomía de gestión a los servicios de salud y a sus protagonistas. Es preciso redefinir carteras de servicios, basadas en estudios de coste-efectividad. La transparencia y el buen gobierno deben ser características inherentes en un sector que supone cerca del 40% del gasto (o inversión) de cada una de las CC.AA. españolas.

Numerosos profesionales advierten que no existe una verdadera autonomía de gestión en la sanidad pública. Se ha comentado en numerosas ocasiones que el reclutamiento de directivos es discrecional dependiendo de la influencia política, lo que provoca una cierta fragilidad de los gestores por el horizonte temporal de las legislaturas autonómicas. También se denuncia la ausencia de itinerarios formativos de directivos y estrategias de reconocimiento.

Algunas disposiciones legislativas publicadas en los últimos años podrían contribuir a la profesionalización de la gestión sanitaria, tales como el R.D. de Troncalidad de 2014, que describe las áreas de capacitación específica, o el R.D. de 2015, que regula los diplomas de acreditación avanzada, si bien se trata de medidas parciales dado que la regulación propuesta no cubriría la totalidad de los profesionales dedicados a la gestión sanitaria.

Metodología

En las semanas previas a las jornadas del Foro se envió a todos los participantes del grupo un cuestionario con diversas reflexiones previas sobre el estado de la cuestión. Sobre las respuestas recibidas, se trabajó con la técnica del grupo nominal:

- Se planteó la pregunta concreta al grupo, que, tras una reflexión trascribió sus ideas en una ficha.
- Posteriormente, cada participante tuvo un tiempo limitado de exposición de las ideas de su ficha al grupo.
- El moderador ubicó cada ficha en un panel, agrupándolas en función de su afinidad dando un enunciado común, por consenso, a cada grupo de ideas parecidas.
- El grupo priorizó, mediante una votación individual, el peso o importancia de cada grupo de ideas.
- Se consensuaron las conclusiones en base a las ideas priorizadas.
- Se abrió un debate para elaborar recomendaciones basadas en las conclusiones.

Discusión

A lo largo del debate generado en torno a las ideas expuestas, surgieron propuestas concretas y formas de llevarlas a cabo. En líneas generales, iban encaminadas a lograr una mayor autonomía de gestión a partir del reconocimiento de la profesionalidad en la gobernanza de las instituciones sanitarias, tras la necesaria formación y acreditación.

Se comentó la necesaria posibilidad de introducir la figura jurídica del gestor sanitario en la LOPS (Ley Orgánica de Profesiones Sanitarias), a pesar de la heterogeneidad del mismo. Asimismo, potenciar la adecuada gestión de

los recursos humanos de las organizaciones sanitarias como paso para aportar valor en la buena gestión. Según la acreditación del gestor profesional, se debería otorgar una mayor autonomía de gestión, dentro de los límites presupuestarios existentes. Como aportación complementaria, se ve necesaria la difusión de la información a profesionales y población general. El nivel de compromiso de los profesionales sanitarios suele ser directamente proporcional al grado de difusión interna de objetivos, datos, presupuesto e hitos.

El problema recurrente de la escasa financiación podría ser compensado con una mayor flexibilización de las herramientas disponibles, implementando la administración electrónica y la compra innovadora en una gestión más flexible.

Desde la visión de las sociedades científicas, la incentivación de la gestión clínica y el aumento del peso de los aspectos formativos e investigadores de los profesionales serían propuestas de futuro interesantes.

Además, la génesis y medición de buenos indicadores de resultados en salud, con transparencia en la publicación de los mismos, constituirá un ejemplo de buena gestión.

En cuanto al estado de la gobernanza del sistema, se postuló que el SNS se sigue gestionando de forma operativa como el régimen de la Seguridad Social, con las normas y procedimientos del INSS. Ello se traduce en que las CC.AA. solo tienen la parte de la gestión destinada a la política de RR.HH. como una "administración de prestaciones", lo cual no puede considerarse gestionar. Incluso el poder sindical de las instituciones sanitarias públicas depende del marco legislativo de la SS. Es la contraposición del derecho administrativo y del derecho individual, la diferenciación entre el gobierno de las instituciones y el gobierno de las administraciones. Asignar presupuestos no constituye una autonomía de gestión si el entorno y las regulaciones no son iguales. Por tanto, se propone dotar al SNS de un marco reglamentario propio ajeno a la Seguridad Social, en el que el Consejo Interterritorial fuese un auténtico Consejo de Administración del Sistema Nacional de Salud.

Acerca de la transparencia, se comentó que no es únicamente rendir cuentas, sino mostrar con claridad cómo se ha beneficiado al paciente, al profesional, al contribuyente. El objetivo real sería que gestionar fuese tomar y ejecutar decisiones en el ámbito sanitario, no meramente administrar.

En todo caso, para lograr los objetivos comentados, es imprescindible lograr la interoperabilidad dentro del SNS, como poder aportar el DNI electrónico a modo de tarjeta sanitaria que incluyera la historia clínica del ciudadano.

Por descontado, debe mejorarse el flujo de pacientes de una comunidad autónoma a otra.

Conclusiones del grupo

1. La industria y proveedores, todos los "stakeholders" del sistema, pueden colaborar en el nuevo marco de profesionalización de la gestión.
2. Los gestores han de ser determinados por su perfil técnico, no por afinidad política o personal.
3. Debe explorarse la necesidad de profesionales de la gestión sanitaria, comparando diferentes experiencias de la Unión Europea.
4. La figura del gestor sanitario debe aparecer regulado por la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias.
5. La profesionalización no debe limitarse a las funciones directivas, debe llegar al resto de las organizaciones sanitarias, formar parte de la cultura de todo el personal de la institución.
6. La autonomía de gestión debe ser real, dentro de los límites legislativos y presupuestarios, con información transparente y difundida al máximo. Dicha información debe llevar a un compromiso de mejora de resultados.
7. Una mayor flexibilización debe mejorar la relación entre el foco clínico y el gestor.
8. La flexibilización de la gestión debe conllevar financiación por unos presupuestos reales, desarrollando la colaboración pública-privada. Asimismo, las novedosas herramientas de gestión mejorarán la contratación pública y la gestión de los recursos humanos, principal fuente de financiación del sistema sanitario. Así, se permitirá atraer y retener talento en las instituciones sanitarias.
9. La gestión clínica debe desarrollarse para transferir gestión a los profesionales, midiendo su actividad con transparencia (resultados en salud).

10. Las instituciones sanitarias son una gran fuente de producción de conocimiento, siendo preciso invertir en formación e investigación.
11. El principio de buen gobierno será aplicable en un SNS plenamente desarrollado con autonomía de gestión y directivos profesionalizados.
12. La gestión ha de ser flexible para incluir los novedosos avances científicos y la acreditación de gestores sanitarios.

Recomendaciones

- Desarrollo de incentivos relacionados con objetivos que impliquen un resultado de ganancia de cada profesional a los resultados de la organización sanitaria.
- Aplicar principios de buen gobierno y transparencia a la gobernanza del sistema sanitario.
- Los directivos sanitarios deben ser profesionales sanitarios acreditados y nombrados en función de méritos y proyectos.
- El sistema sanitario debe flexibilizarse con una adecuada movilidad de personas y capitales, estimulando la meritocracia y la competencia.
- La política de inversión pública en el sector debe permitir unos menores costes de los servicios dispensados a la sociedad, con reguladores independientes.

Línea Estratégica 6. BENCHMARKING Y COMPETENCIA INTERNA PARA MEJORAR

Moderador Grupo de Trabajo: **Diego López Llorente**
Secretario Grupo de Trabajo: **Francisco Álvarez Rodríguez**

Introducción y experiencias de benchmarking en España en el ámbito sanitario

El objeto del grupo de trabajo es identificar las distintas prácticas existentes en España en el ámbito de la comparación de resultados e indicadores procedentes del análisis de la actividad hospitalaria, así como estudiar el grado de implantación de estas prácticas y proponer líneas de trabajo en aras de fomentar la transparencia y competencia interna entre centros hospitalarios.

Actualmente existen en el Sistema Nacional de Salud diferentes iniciativas tanto públicas como privadas enfocadas a la publicación y comparación de resultados sanitarios que persiguen distintos objetivos.

Por un lado, se pueden observar los casos de Cataluña y de la Comunidad de Madrid donde han puesto en marcha el "Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña" y el "Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud".

Ambos comparten el objetivo de hacer transparente la información a los ciudadanos, permitiendo el acceso a la información a los mismos, así como la presentación de indicadores tanto generalistas sobre el estado de salud de la población como indicadores más específicos de la actividad y el funcionamiento de centros hospitalarios y de Atención Primaria. Cabe destacar el caso de la Central de Resultados de Cataluña, donde también podemos encontrar informes específicos relativos a los ámbitos de la salud mental o del entorno sociosanitario.

En cuanto a las iniciativas públicas, también cabe destacar el Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el que se nos presentan diversos informes en los que se pueden analizar a nivel macro diferentes indicadores y resultados en diferentes áreas de la gestión sanitaria y la salud pública. Asimismo, ya que "las publicaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad no contienen todos los resultados de las explotaciones estadísticas posibles", el Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud cuenta con un "Banco de Datos" en el cual se "invita a los organismos, instituciones e investigadores a usar los datos y microdatos disponibles en el "Banco de Datos".

En el plano de la iniciativas privadas, podemos destacar la puesta en marcha recientemente del proyecto ARQ por el "Consorci de Salut y Social de Catalunya" en colaboración con la red de hospitales del proyecto "Benchmarking Sanitario 3.0". En el proyecto participan más de 20 hospitales (24 a día de hoy) y se analizan la "gestión de estancias, la cirugía mayor ambulatoria, la mortalidad, las complicaciones intrahospitalarias y los reingresos clínicamente relacionados"entre otros indicadores, persiguiendo los objetivos de compartir análisis homogéneos y metodologías de comparación transparentes, identificar y explicar los casos de los hospitales con mejores resultados y la puesta en marcha de acciones de mejora local a partir del conocimiento adquirido de la comparación de resultados.

Otra iniciativa privada remarcable es el Estudio Resa, presentado anualmente por el "Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS)", en la que bajo las premisas de la transparencia y la objetividad, persigue los objetivos de "presentar ante la sociedad los resultados de un cojunto de indicadores representativos de la eficiencia, la accesibilidad, la capacidad resolutiva, la calidad asistencial y la seguridad que los centros sanitarios privados brindan a los pacientes y familiares que atienden". En el año 2015 ha contado con la participación de 128 centros hospitalarios y 67 centros ambulatorios.

Por último, existen diferentes clasificaciones como los "Premios Best in Class", "Top 20 Hospitales" o el "Monitor de Reputación Sanitaria" que utilizan diferentes metodologías y que persiguen evaluar anualmente diferentes aspectos de la gestión sanitaria, con el fin de premiar a los centros que presentan los mejores resultados a nivel general o en las diferentes áreas.

Discusión

Actualmente vivimos en la era de la información y los datos de salud. A día de hoy en las instituciones sanitarias españolas se atienden miles de episodios y procesos sanitarios diariamente que nos generan una cantidad inmensa de datos que es necesario aprovechar para medir qué es lo que estamos haciendo, identificar fortalezas, debilidades y aplicar mecanismos de mejora continua. Es imprescindible estructurar y normalizar todos estos datos ya que si esta gran cantidad de información no la estructuramos bien y no la aprovechamos de la mejor forma posible, dispondremos de muchos datos pero de muy poca información aprovechable para la gestión de la actividad de los centros sanitarios.

Hoy en día tenemos disponible gran cantidad de tecnología que nos hace posible disponer de todos los datos necesarios. Esta tecnología ha de ser interoperable para favorecer que estos datos puedan ser compartidos a la hora de realizar las comparaciones oportunas.

Por lo tanto, antes de nada, necesitaremos definir objetivos estratégicos de medición concretos para saber qué es lo que estamos midiendo, así como los aspectos de funcionamiento de las organizaciones o los resultados en salud que son necesarios evaluar. Actualmente invertimos gran cantidad de recursos (económicos, humanos, etc.) para generar información que luego no utilizamos o que no aprovechamos el potencial de la misma aplicado a la gestión.

Por lo que, podemos resumir que es necesario un primer paso que consista en la definición de los objetivos estratégicos a medir (resultados en salud, actividad hospitalaria, calidad, etc.), consensuar la metodología a implementar y establecer los indicadores que vamos a construir para objetivar esa medición.

Para este proceso de definición de los objetivos a medir es necesario que se involucren los distintos agentes a los que se les va a medir, ya que es necesario marcar unos objetivos estratégicos que sean compartidos por todas las organizaciones para así incentivar ese proceso de benchmarking. Es deseable que para favorecer la cohesión entre los distintos servicios de salud y los provisores privados de sanidad, y para garantizar una medición objetiva a nivel nacional, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad sea el encargado de liderar este proceso de benchmarking a nivel nacional. Para ello es necesaria la participación de todos los agentes implicados y el liderazgo nacional para recopilar toda la información, establecer los objetivos de medida, definir la metodología del análisis, fijar las comparaciones y criterios del benchmarking, publicar los datos y realizar un seguimiento del proceso, dando a conocer las mejores prácticas incentivando a los centros a que compitan para alcanzar los mejores resultados.

El objetivo a perseguir es crear un espacio donde, con unos indicadores objetivos fijados de antemano, se pongan en común los resultados para favorecer la competencia entre instituciones y aquellas que tengan los mejores resultados, pongan en común los procesos de mejora interna implementados para que se pueda aprender de ellas y entre todos crear un espacio donde se incentive la mejora continua. En ningún caso el objetivo del benchmarking debe ser crear un ranking de hospitales y centros sanitarios, sino que debe ir más allá y debe servir para objetivar la toma de decisiones estratégicas de gestión.

Otro paso fundamental ha de ser la transparencia y la implicación de cuantos más agentes posibles del sector. De nada nos vale tener un conjunto de datos, indicadores y benchmarks muy bien generados y estructurados si no trasladamos esos datos a todos los estamentos de las organizaciones implicados en la toma de decisiones estratégicas. Es imprescindible implicar a los clínicos, en la medida de lo posible, para que conozcan sus indicadores y puedan tomar sus decisiones basadas en datos y comparaciones objetivas.

Como todos los procesos de cambio, pueden generarse diferentes barreras que impidan el avance del proceso o actúen como freno. Por ello las debemos conocer y debemos implementar estrategias, para superarlas e impedir que paralicen un proyecto de benchmarking. Entre las principales barreras que se pueden presentar se pueden destacar:

- Falta de cultura de transparencia. Miedo a la comparación y publicación de datos. Resistencias del sistema a dar a conocer determinados datos.
- Propiedad del dato.
- Posible barrera legal (LOPD).
- Falta de interés de los profesionales clínicos de la organización.

Conclusiones

- Actualmente existe la tecnología necesaria para la obtención y compartición de datos. Necesidad de herramientas interoperables.
- Se debe trabajar en la línea de normalización, validación y depuración de los datos para obtener información para soportar la toma de decisiones.
- Existe la necesidad de establecer metodología y objetivos comunes para la elaboración de una cartera de indicadores de benchmarking.
- Se debe concebir el benchmarking como elemento para incentivar la competencia interna y favorecer la mejora continua. No sólo como ranking de hospitales o clasificación de centros sanitarios.
- Existe la necesidad de impulsar una estrategia nacional liderada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, para crear un organismo nacional que actue a modo de observatorio de resultados nacional.
- Es necesario implicar a todos los agentes del sector: económicos, clínicos, provisores públicos y privados, compañías especializadas en la gestión de datos, sociedades científicas, etc.
- Debemos fomentar un cambio de cultura que incentive la transparencia y supresión de los miedos a la comparación. Comparación como elemento de mejora y puesta en común de las mejores prácticas. Promover las mejores pácticas para imitarlas y aprender de los errores para evitar fracaso.

Línea Estratégica 7. EVALUACIÓN EXHAUSTIVA DE LAS TECNOLOGÍAS Y DESINVERSIÓN

Coordinador: **Jesús María Aranaz Andrés**

Introducción

Tal y como planteaban E. Bernal y C. Campillo en un editorial de la Revista Calidad Asistencial (Rev Calid Asist. 2012;27(3):127-9), las estrategias de desinversión no han de tener fechas de caducidad ni impulsar acciones aisladas. Tampoco tienen validez ecuménica: deben adaptarse a los condicionantes locales. Implantarlas y preservar su inserción en un cuerpo regulatorio sólido consume recursos. Se necesita generar e intercambiar información, gestionarla con sistemas de información idóneos, actualizarla periódicamente, formar a sus responsables, informar muy bien a la población sobre sus fundamentos, justificaciones y necesarias consecuencias. Y hay que hacerlo con la mirada fija en la eficiencia social y sin postergar acciones escudándose en dirimir debates sobre eficiencia y equidad o des-re-centralización de competencias. Tenemos todos los ingredientes necesarios para hacerlo en España. Hemos probado menús de degustación y nos han agradado. Empecemos a cocinar lo nuestro, rehoguémoslo bien, reduzcamos a fuego lento el caldo, y evitemos grasas y picantes. El empacho puede ser muy grave. Pero si no lo cocinamos, pasaremos hambre.

Objetivo

Este grupo se centró en identificar cómo trasladar a la práctica clínica y a la gestión sanitaria, buscando el compromiso de los clínicos y los gestores sanitarios, la información de eficacia, efectividad, adecuación, eficiencia, seguridad y adecuación disponibles en el curso de la evaluación de las tecnologías sanitarias, contribuyendo a que las decisiones de reinversión se basen en la mejor evidencia disponible.

Gestión clínica y su profesionalización

Las ideas principales de los integrantes del grupo en relación con esta primera área de debate giraron en torno a tres puntos de debate fundamentales:

- **Profesionalización** de directivos y de profesionales en gestión clínica, alineados con las políticas sanitarias.
- **Medidas de efectividad y eficiencia** en los cuadros de mando que permitan la gestión clínica.
- **Incentivos correctamente alineados** para lograr mejores resultados en salud.

En la tabla II se resumen las aportaciones de los participantes y la jerarquización de las ideas que se propusieron durante el debate agrupadas por categorías.

En nuestro sistema actual existe la imperiosa necesidad de incorporar la gestión clínica como un elemento adicional clave a las decisiones políticas y técnicas de la organización sanitaria, así como de fomentar su implantación, muy insuficiente hasta la fecha, -aspecto que, por cierto, ya fue reflejado en el informe del pasado año-.

Establecer con claridad la definición de gestión clínica, su razón de ser, y la repercusión económica que de facto su cumplimiento conlleva no es baladí. Ciertas reglas de juego son el motor del cambio y pueden facilitar la consecución de los objetivos al poderse convertir en un incentivo real tanto en la macro, como en la meso y como en la microgestión.

Los objetivos de gestión clínica deberían estar, preferentemente, ligados a resultados en salud. Sin embargo, es complicado en ocasiones medir estos indicadores de resultado, ya que su estudio requiere una sólida base en metodología de la investigación y análisis de datos, además de la previa priorización y definición estandarizada de los indicadores más relevantes o con mayor impacto en salud derivados de la atención sanitaria prestada.

Un elemento clave es el establecimiento de canales de información transparente, claros y eficientes entre los cuadros de mando y las administraciones, y de rendimiento de cuentas, como, por ejemplo, los empleados en el NHS del Reino Unido o la Central de Resultats del Catsalut. En la mayor parte de las ocasiones los objetivos de gestión son demasiado rígidos y vienen impuestos desde la dirección gerencia del hospital o desde la Consejería de Sanidad.

TABLA II. Gestión clínica y profesionalización

GESTIÓN CLÍNICA Y PROFESIONALIZACIÓN	ESP	MEDIA	VARIANZA	CV
Los objetivos deben estar ligados a resultados en salud. Se deben establecer canales de información transparentes, claros y eficientes entre los cuadros de mando y las administraciones, realización de evaluaciones sistemáticas de la práctica clínica (inclusión de recomendaciones do not do). Para ello es necesario hacer visibles los avances científicos e informes de expertos para que puedan ser tenidos en cuenta en la decisión clínica	6	4,25	0,39	0,15
Requisitos de formación y acreditación tanto en directivos como en mandos intermedios: incluye formación y evaluación constantes para los cuadros de mando incentivando sus progresos. Establecer criterios de normalización en el proceso de selección de los directivos	7	4,08	1,17	0,27
Cambio a nivel de cultura organizacional. Esto implica acreditación de los directivos por parte de una agencia externa, dar mayor empoderamiento, mayor rendición de cuentas y desburocratización en la tarea del directivo. Que exista un consenso del significado y de lo que persigue	4	3,75	0,93	0,26
Uso de indicadores con enfoque triple meta en los sistemas de información, gestión clínica vinculada a resultados. Se pueden asignar presupuestos de acuerdo a una política de recursos humanos que esté ligada a resultados (esto puede llevar a la desfuncionarización). Se puede disponer de indicadores precisos y válidos que faciliten la comparación entre los centros (por ejemplo, indicadores basados en la prescripción o en la implementación práctica de análisis de coste-utilidad con las desinversiones que suponen)	7	3,67	0,97	0,27
Trabajar en equipo. Fomentar el trabajo en red, crear sinergias de talento, trabajo y foros de experiencias interdisciplinares. Los equipos deben ser multidisciplinares centrados en áreas concretas de mejora de eficiencia basadas en resultados en salud	5	3,50	1,18	0,31
Desfuncionarizar	1	3,17	0,88	0,30

Esp: espontaniedad o número de veces que una misma idea fue sugerida por varios participantes de forma espontánea.
Media y varianza: puntuaciones en escala 1 a 5 asignadas por los participantes. Priorización aportada por el conjunto de participantes.
CV: cociente de variación, grado de acuerdo en el grupo.

Los mandos intermedios perciben que es verdaderamente complicado participar en la elaboración de estos objetivos. Resultaría ciertamente interesante y enriquecedora la participación de los responsables de los servicios clínicos en la priorización y el diseño de los objetivos anuales, lo que facilitaría su cumplimiento al sentirlos como propios. Existe la percepción de autonomía profesional en la práctica médica, pero no así en la gestión.

Por otra parte, la práctica clínica debería ser evaluada de forma sistemática para conocer de primera mano la efectividad y la seguridad de los procedimientos, técnicas y tratamientos aplicados a los pacientes, incluyendo también la evaluación de las prácticas que no aportan beneficios al paciente y que siguen realizándose por rutina y por resistencia al cambio (estudios de efectividad comparada, recomendaciones "no hacer", o sobreutilización inadecuada).

En relación con los gestores de las instituciones sanitarias, tanto directivos como los mandos intermedios, el grupo de discusión de este foro consideró esencial la profesionalización del sector. La formación específica en este campo y la evaluación periódica del desempeño de los responsables y mandos intermedios es básica para desempeñar con éxito la ingente labor encomendada, y serviría también como un aliciente o incentivo para su desempeño. Los expertos transmitieron la necesidad de establecer unos requisitos de formación y acreditación de los profesionales que desempeñan tareas de dirección, así como criterios de normalización en el proceso de selección de los directivos y mandos intermedios, ya que en la actualidad existe una elevada politización, o influencia por interés de sociedades, en la selección de la mayoría de los altos cargos de las instituciones sanitarias.

Esto exige un cambio relevante de la cultura de la organización: la acreditación de directivos implica la actuación de una agencia externa que confirme la idoneidad técnica de los responsables de la gestión. Estos necesitan mayor empoderamiento y flexibilidad en los movimientos de partidas presupuestarias y contratación, así como desburocratización, todo ello a cambio de una mayor transparencia y rendición de cuentas real basada en indicadores de resultados en salud, más que en proceso, actividad o gasto crudo.

En el contexto sanitario actual, en base al envejecimiento de la población y al esperable incremento del gasto sanitario, los recursos limitados han de utilizarse de forma óptima, por lo que el enfoque de "Triple Meta" del sistema, que se empieza a aplicar en nuestros servicios de salud a niveles de áreas, adquiere pleno significado: conseguir mejor salud, mejores cuidados y a menor coste o a un coste que justifique su valor añadido.

Para lograrlo es clave definir, de forma inequívoca, los indicadores para la evaluación de resultados. La estandarización internacional de los resultados en salud ya se ha logrado, y en muchos países su alcance implica incentivos para los profesionales. En nuestro país la rigidez de la contratación pública complica la posibilidad de aplicar incentivos reales al logro de los objetivos pactados, aunque es cierto que existen herramientas que los podrían vincular, como, por ejemplo, la productividad o el pago por desempeño. La excesiva funcionarización de los profesionales sanitarios en ocasiones puede convertirse en un inesperado lastre, al no permitir el reconocimiento del talento de los profesionales excelentes con los que cuenta el sistema.

La disponibilidad de indicadores precisos y válidos que faciliten la comparación entre los distintos centros en un ejercicio de benchmarking, debe ayudar a incorporar las mejores prácticas de gestión en base a las experiencias ya implantadas en otras instituciones, pondrá en valor la cultura del buen gobierno y, además, constituirá un incentivo robusto de competencia por comparación.

Por último, se insistió en la imprescindible necesidad del trabajo en equipo: la creación de sinergias de talento, foros de experiencias multidisciplinares y fomento del trabajo en red aúna los esfuerzos y las experiencias permitiendo avanzar mucho más deprisa y conseguir, de este modo, una mayor eficiencia del sistema basada en el logro de resultados en salud.

Inversiones, desinversiones y reinversión para los resultados en salud

Se debatieron en esta área temática los siguientes puntos:

- **Impacto de la carga de la cronicidad** en España, reasignación de recursos y funciones.
- Impacto de la **evaluación de tecnologías sanitarias** en las decisiones clínicas y en las políticas sanitarias.
- **Inversiones** para el logro de resultados en salud de la población.

En la tabla III se resumen las aportaciones de los participantes y la jerarquización de las ideas que se propusieron durante el debate agrupadas por categorías.

El grupo plasmó en el debate la necesidad de abordar de forma integral la atención sociosanitaria. El sistema sanitario es responsable de proteger la salud de la población y el sistema social, así como de promover la autonomía personal con el fin de aumentar la calidad de vida y la salud en la última etapa de la vida. El envejecimiento poblacional y los cambios sociales en relación con los cuidadores principales de pacientes dependientes obligan a afrontar con valentía la atención a la dependencia y cronicidad desde la alta política social y sanitaria, so pena de incrementar la inequidad y reducir la accesibilidad en la atención prestada en función de parámetros distintos a los sanitarios y poner realmente en peligro la sostenibilidad del sistema.

También se destacó como fundamental la promoción de la continuidad asistencial integral del paciente crónico complejo. Con este fin es prioritario establecer canales de comunicación efectivos entre los distintos niveles asistenciales, reforzando la retroalimentación entre los profesionales de Atención Primaria, especializada, sociosanitaria y otros dispositivos comunitarios.

Conviene destacar el crucial papel que desempeñan los profesionales de enfermería en todo el proceso de continuidad de los cuidados en la asistencia a pacientes crónicos. La figura de la enfermería gestora de casos se ha acreditado en la literatura que facilita una mejora en la atención a pacientes crónicos complejos que requieren

TABLA III. Inversiones, desinversiones y reinversión resultados en salud

INVERSIONES, DESINVERSIONES Y REINVERSIÓN RESULTADOS EN SALUD	ESP	MEDIA	VARIANZA	CV
Promover la continuidad asistencial integral del paciente crónico complejo. Para ello se deben establecer vías de comunicación operativas entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria. Fomentar la continuidad de cuidados y la gestión del caso. Dotar de más centros de media y larga estancia mejorando y agilizando los traslados	4	4,00	0,36	0,15
Redistribución de recursos. Se debe establecer un esquema operativo de reinversión y se debe desinvertir en algunos centros para invertir en otros de referencia	3	4,00	0,55	0,18
Implantar barreras para hacer más difícil en la práctica el uso inadecuado (por ejemplo, incentivos negativos en las prácticas ineficientes). Resulta fundamental actualizar, difundir y extender la lista no hacer, el listado de tecnologías que son ineficientes	4	3,92	0,99	0,25
Papel de enfermería (redefinir sus funciones en la cronicidad, dándole mayor empoderamiento)	3	3,92	0,63	0,20
Fomentar la cultura profesional a través de la formación, divulgación de la importancia de no hacer, de la reinversión. La difusión se debe realizar a todo ciudadano acerca de la carga de cronicidad en España	4	3,83	1,06	0,27
Plan de reconversión del Sistema Nacional de Salud a largo plazo considerando la carga de cronicidad y el envejecimiento de la población. Para ello se debe invertir en los sistemas de información del Sistema Nacional de Salud para sustentar políticas y decisiones recomendadas. Dicho sistema debe evaluar de forma eficaz los resultados en materia sociosanitaria y aplicar estándares en relación con las unidades y/o procedimientos	6	3,75	0,93	0,26
Cambio cultural con la implicación conjunta de profesionales y pacientes	1	3,67	0,79	0,24
Compartir un enfoque de trabajo proactivo y no reactivo, basado en la prevención	2	3,58	1,54	0,35
Desmedicalización de la cronicidad	2	3,50	1,18	0,31
Fomentar los programas de autonomía personal	1	3,50	0,82	0,26
Adecuación presupuestaria a la realidad de la cronicidad	1	3,25	0,75	0,27

Esp: espontaniedad o número de veces que una misma idea fue sugerida por varios participantes de forma espontánea.
Media y varianza: puntuaciones en escala 1 a 5 asignadas por los participantes. Priorización aportada por el conjunto de participantes.
CV: cociente de variación, grado de acuerdo en el grupo.

múltiples ingresos, procedimientos, traslados o visitas al centro de salud y consultas de especialidades. Empoderar a los profesionales de enfermería permitirá la agilización de los procesos de asistencia y reducirá la carga de cronicidad que soportan en la actualidad los hospitales de agudos.

Urge realizar una fuerte inversión en la atención a la cronicidad en todo el sistema sociosanitario y sobre todo repensar qué hacemos, cómo y para qué, y a tenor de ello orientar la reinversión. Son necesarios más centros de media y larga estancia, con más camas para la atención a estos pacientes que las actualmente disponibles. De igual forma es fundamental la profesionalización de todo el personal de estos centros, tanto públicos como privados. Mejorar las transiciones entre los distintos niveles asistenciales también es una prioridad.

A la par conviene planificar un esquema operativo de reinversión en los centros de agudos, que permita la redistribución, es decir, liberar los recursos como resultado de dejar de financiar tecnologías menos efectivas o seguras que otras disponibles, las menos coste-efectivas y las cosméticas, y reinvertirlos en tecnologías e intervenciones más costo-efectivas, como, por ejemplo, centros de media y larga estancia, de atención domiciliaria y atención primaria, así como en centros específicos de referencia para algunas patologías complejas.

Lograr hacer efectiva la reinversión exige reforzar la investigación sobre utilización inadecuada de recursos. Existe evidencia científica sólida en muchas especialidades médicas sobre el escaso beneficio aportado por ciertos procedimientos y tratamientos. En nuestro país, las sociedades científicas han elaborado listas del "no hacer", en consonancia con el movimiento internacional de "Choosing Wisely", promovido por la Fundación ABIM (American Board of Internal Medicine). En muchas ocasiones estas prácticas ineficientes están fundamentadas en la medicina defensiva y en la rutina establecida en la organización, siendo la resistencia al cambio la responsable la más de las veces de su perpetuidad.

Implantar barreras en la práctica clínica asistencial que ayuden a reducir las prácticas menos efectivas, menos seguras e ineficientes es básico para optimizar los recursos, por ejemplo, a través de incentivos negativos para los profesionales. Previamente a estas medidas es fundamental la actualización y difusión de la lista de prácticas del "no hacer" entre los profesionales, por supuesto basadas en la evidencia científica y no en criterios únicamente economicistas. Este listado es deseable que también incluya fármacos, productos sanitarios y tecnologías ineficientes.

Reducir estas prácticas innecesarias significa desinversión, que ayudará a la reinversión posterior o redistribución de recursos hacia la práctica que sí aporta valor en salud para los pacientes. Conviene establecer un esquema operativo de esta reinversión, que incluya no solo el corto plazo, sino también el medio y largo. Esta reinversión ha de ir orientada hacia la cronicidad y el envejecimiento, y ha de incluir su propio sistema de evaluación (seguimiento de los resultados de las decisiones de reinversión), que contemple indicadores de proceso y resultado en salud, estándares e indicadores de gestión. Con el fin de poder implantar una evaluación efectiva es imprescindible trabajar de forma paralela en los sistemas de información del Sistema Nacional de Salud. Urge disponer de un Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) nacional actualizado y de una historia clínica electrónica estandarizada y única, que integre la información sanitaria y también social de los ciudadanos, facilitando así la coordinación entre distintos profesionales y niveles asistenciales.

Por último, otra estrategia de inversión a largo plazo es la prevención de la cronicidad. La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades no transmisibles son estrategias clave para optimizar la sostenibilidad del sistema sanitario. Los programas de incremento de la autonomía personal, promoción de hábitos saludables, autocuidado y adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, y la desprescripción, añadirán calidad de vida a los años y reducirán los años de dependencia. Y por extensión, redundarán en una más adecuada utilización de los servicios sanitarios.

Todo lo anterior exige, claro está, dotación presupuestaria acorde con los objetivos estratégicos propuestos. En el contexto de crisis económica actual la inversión en salud es más importante si cabe que en períodos de bonanza, ya que constituye la base sólida de la sostenibilidad futura del sistema sociosanitario.

Evaluando las tecnologías y los resultados en salud

Los temas tratados en relación a este último bloque fueron:

- **Evaluar correcta y oportunamente** servicios y políticas de salud, a través de un organismo como el NICE.
- **Combinar eficacia y seguridad.** Niveles de exigencia previos a la autorización de las tecnologías.
- **Implantar política de reinversión permanente.** Recursos necesarios para desencadenar mecanismos de reinversión.

En la tabla IV se resumen las aportaciones de los participantes y la jerarquización de las ideas que se propusieron durante el debate agrupadas por categorías.

La propuesta que más consenso obtuvo fue el establecimiento de un canal formal de resultados tras la evaluación de tecnologías o resultados en salud. El trabajo realizado por las instituciones y los profesionales responsables de la evaluación de tecnologías es arduo, pero para hacer llegar sus conclusiones a la práctica clínica habitual se requiere una difusión bien planificada de toda la documentación a ellas referente. Los informes realizados sobre buenas prácticas, evaluación de tecnologías o productos sanitarios han de ser accesibles para los profesionales, y para su efectivo traslado a la práctica clínica y a la toma de decisiones de los directivos de los centros se requiere una estrategia conjunta de todo el estado para su difusión.

TABLA IV. Evaluando las tecnologías y los resultados en salud

EVALUANDO LAS TECNOLOGÍAS Y LOS RESULTADOS EN SALUD	ESP	MEDIA	VARIANZA	CV
Establecer un canal formal de resultados. Promoviendo la difusión de buenas prácticas y la información periódica de resultados. Información sobre la inadecuación. Implantar vías de comunicación a través de las TIC con las residencias	4	4,17	0,52	0,17
Vincular la financiación y la toma de decisiones basadas en la eficiencia y efectividad incorporando la implantación en el diseño de evaluaciones	3	4,00	0,55	0,18
La evaluación sobre tecnologías ha de ser vinculante y en dicha evaluación deben participar personal sanitario, expertos, sociedades científicas y pacientes. Este dictamen vinculante ha de evitar las re-evaluaciones de los diferentes niveles (nacional-autonómico y local). Debe ser preceptiva a la aprobación y difusión de la tecnología, estableciéndose reglas claras y explícitas	15	3,83	0,52	0,19
Establecer límites al uso de tecnologías que provocan daño y despilfarro	1	3,67	1,52	0,34
Creación de un órgano nacional e independiente para evaluar las políticas sociosanitarias que sea común para todas las comunidades autónomas. El organismo debería ser tipo NICE creado por consenso y posteriormente por ley	5	3,50	1,73	0,38
Adaptar y traducir las evaluaciones internacionales a nuestro país	1	3,50	0,82	0,26
Evaluaciones como proceso dinámico. Tanto al inicio, durante su uso y para poder eliminarla. Existencia en el uso de las tecnologías que llegan a provocar daño, se debe tener en cuenta la fecha de caducidad y la obsolescencia	3	3,50	0,64	0,23
Evaluación depolíticas sanitarias, tecnologías blandas y sistemas de gestión	3	3,33	0,79	0,27
Evaluación en calidad de vida de forma sistemática y con participación de todos los agentes	1	3,25	2,57	0,49
Potenciar una única Agencia Europea en la evaluación de las tecnologías	2	3,25	1,66	0,40
Establecer un marco nacional para realizar desinversiones en el país	3	3,08	1,36	0,38
Evaluación las app sanitarias	1	2,42	1,17	0,45

Esp: espontaniedad o número de veces que una misma idea fue sugerida por varios participantes de forma espontánea.
Media y varianza: puntuaciones en escala 1 a 5 asignadas por los participantes. Priorización aportada por el conjunto de participantes.
CV: cociente de variación, grado de acuerdo en el grupo.

Los diferentes organismos encargados de la evaluación sobre tecnologías en todo el Estado han de coordinarse para evitar duplicidades e ineficiencias del sistema. La Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias debería hacer realmente las veces del NICE, y sus informes debieran ser vinculantes, y en dicha evaluación debe participar personal sanitario, expertos, sociedades científicas e incluso pacientes. Este dictamen vinculante ha de evitar las re-evaluaciones de los diferentes niveles (nacional-autonómico y local). Debe ser preceptiva a la autorización y difusión de la tecnología, estableciéndose reglas claras y explícitas. En este sentido, puede ser de gran relevancia el fortalecimiento de una Agencia Europea de Evaluación, aunque ha de contemplarse la adaptación transcultural a nuestro medio.

Por otro lado, se consideró también fundamental establecer límites al uso de las tecnologías obsoletas. Igual de relevante es implantar nueva tecnología como retirar la que ya no es productiva. Debiera de existir también un organismo encargado de poner "fechas de caducidad" o reglas de obsolescencia programada, tal y como ha señalado la agencia de evaluación de ETS Osteba.

El grupo consideró también pertinente el establecer unos plazos ágiles de evaluación, ya que con frecuencia se da la circunstancia de que los profesionales incorporan las novedades en función de las recomendaciones de sus

sociedades científicas más que tras la revisión exhaustiva de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Al igual que es pertinente establecer unos criterios de transparencia en la evaluación.

Por otro lado, no solamente las tecnologías requieren evaluación, también la práctica clínica lo demanda. Sería clave la creación de un órgano nacional e independiente de evaluación de políticas sociosanitarias para el conjunto del sistema de salud.

La evaluación de la eficacia "per se" es provechosa, pero no suficiente, se requiere evaluar la efectividad en la práctica clínica habitual. Y para ello se necesitan expertos en metodología de la evaluación de servicios sanitarios, que utilicen la definición clara de indicadores y minimicen los sesgos en los distintos diseños de investigación. En la actualidad es insuficiente el número de profesionales sanitarios encargados de la evaluación de servicios y tecnologías. El marco operativo adecuado lo ofrecen los estudios de efectividad comparada que se están promoviendo a escala internacional.

Por otro lado, los gestores han de tener presente que la evaluación ha de formar parte de la toma de decisiones en política sanitaria. La financiación debe vincularse a la efectividad y eficiencia de la práctica clínica. Hablamos de inversión, pero también de reinversión. Esta última debería contar con un marco de referencia nacional vinculado íntimamente a los organismos independientes de evaluación.

Y la evaluación ha de convertirse por tanto en un proceso dinámico, que abarque toda la vida media de la tecnología: al inicio, previa a su implantación en el sistema, durante, para conocer cuál es su efectividad real, y en su etapa final, para evitar riesgos innecesarios a los pacientes derivados de su obsolescencia.

No olvidar también la evaluación de las nuevas aplicaciones informáticas en salud. Han de demostrar de forma previa a su implantación su idoneidad y pertinencia, así como los beneficios de su integración en los distintos sistemas de información del Sistema Nacional de Salud.

En definitiva, conocer los resultados en salud a través de la evaluación, bien sea de tecnologías, políticas o práctica clínica, es una necesidad imperiosa para poder aplicar las medidas pertinentes que garanticen la sostenibilidad del sistema, la calidad y la seguridad del paciente, y el avance de la Medicina en consonancia con la innovación.

Línea Estratégica 8. LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS COMO PALANCA PARA LA INVERSIÓN EN SALUD

Coordinador: **Pablo Sánchez Casinello**

Director del Grupo de Trabajo: **José Rambla Lop**

Introducción

De sobra es conocida la capacidad transformadora que tiene la tecnología sobre todos los negocios. Esta afirmación no es una excepción para el caso del sector sanitario. Vivimos un momento fascinante en el que los actores tradicionales, tanto asistenciales como tecnológicos, están teniendo que adaptarse a la velocidad que imponen los nuevos agentes en forma de startups o de grandes corporaciones.

Hay un público que está cada vez más informado y tiene unas expectativas más altas en el uso y disfrute de la tecnología, dado que el acceso que tiene a la misma en otros sectores es amplio y de calidad. A la vez, la rapidez de adopción o desarrollo en algunos casos plantea dudas sobre la ética o los riesgos de su uso, particularmente en lo que se refiere a la captación y almacenamiento masivo de información. Nuestra sociedad tiene un interesante puzle que resolver y, de una forma u otra, la tecnología va a cumplir un papel muy importante en el mismo.

El debate de este grupo se ha centrado en torno a qué **tecnologías que tienen un mayor potencial para favorecer la inversión en salud,** de qué manera pueden hacerlo y cuáles deberían ser las **estrategias por parte de los agentes tecnológicos** para que esta mejora de inversión pueda efectivamente darse.

El enfoque del grupo ha sido optimista y se ha pretendido no centrarse en las barreras tradicionales a la implantación de la tecnología en el sector, como son el cortoplacismo en la planificación política debido a los cambios de gobierno, las limitaciones presupuestarias o las limitaciones de nuestro marco regulatorio.

El objetivo ha sido poner encima de la mesa, por tanto, las tecnologías que se considera que tienen **capacidad para saltar esas barreras y las medidas para conseguirlo,** pero no delegando estas medidas en agentes externos, sino en los propios agentes tecnológicos (que en ocasiones pueden ser las propias organizaciones sanitarias en los casos de intra-emprendimiento).

Dadas estas premisas, se ha dado libertad al grupo a la hora de realizar las propuestas, sin limitar las tecnologías a aquellas que están en un nivel de desarrollo lo suficientemente maduro como para obtener resultados a corto plazo, de tal forma que también se han tratado propuestas con menor nivel de madurez, pero con un muy alto potencial de impacto en el futuro. Tampoco se ha sesgado el debate en base a los intereses o intenciones de las organizaciones a las que representan los participantes en el grupo, sino que ha solicitado la opinión personal de cada uno de ellos.

Se ha considerado la capacidad para atraer inversión tanto por el potencial que la propia tecnología pueda tener **por sí misma,** que puede llegar a crear nuevos modelos de negocio que ataquen directamente a los consumidores finales o permitir nuevas formas de atención, como por la capacidad que pueda tener para **mejorar procesos** que ya se dan en el negocio sanitario, incrementando la calidad de los mismos o el ahorro en el uso de recursos.

De las tecnologías propuestas se esperan **beneficios** como la reducción de errores clínicos, el soporte al desarrollo de la medicina personalizada, la generación de almacenes de información que permitan investigar de manera más eficiente, la detección precoz (y precisa) de situaciones de riesgo en pacientes de manera remota, la mejora de las capacidades de autocuidado de la población, o incluso la capacidad de intervención y monitorización de alta precisión dentro del cuerpo mediante el uso de nanotecnología.

La discusión se ha planteado en torno a las **dos preguntas** para las cuales se han solicitado respuestas a los participantes, que luego han sido expuestas y votadas por todos los miembros del grupo. En los siguientes apartados se enuncian las preguntas, los resultados y las votaciones recibidas.

TABLA V.	
DESCRIPCIÓN	% VOTOS
Análisis avanzado o explotación inteligente de datos	32%
Sistemas de gestión remota de pacientes	18%
Biología sintética	18%
Plataforma de colaboración	12%
Captación masiva de datos	8%
Servicios digitales de valor añadido en el sector farmacéutico	6%
Desarrollo de nuevas tecnologías para el diagnóstico	6%

¿Qué tecnologías tienen un mayor potencial para favorecer/acelerar la inversión en salud y de qué manera?

Como se mencionaba en la introducción, la pregunta pretende obtener de los participantes propuestas tecnológicas que consideren que tienen un **alto potencial para generar inversión** en salud, ya sea en la tecnología en sí o en las organizaciones que las desarrollen porque puedan pasar a ser más eficientes o rentables de resultas de su implantación (Tabla V).

Análisis avanzado o explotación inteligente de datos

El análisis o explotación inteligente de datos de salud se ha considerado como una de las tecnologías –o mejor dicho conjunto de tecnologías o prácticas– con mayor potencial. Decimos conjunto puesto que en esta agrupación entran técnicas como el Big Data, Data Analytics, IA (débil, no se ha tratado IA fuerte), Robotics o el tradicional Business Intelligence. Simplificando, el objetivo es hacer uso de grandes cantidades de información clínica y no clínica que es generada a diario para extraer conclusiones de valor que puedan utilizarse para la toma de decisiones por parte de humanos o de las propias máquinas.

Algunos ejemplos de aplicaciones son los siguientes:

- Soporte a la toma de decisiones del profesional sanitario en su práctica clínica.
- Base para el desarrollo de medicina personalizada.
- Método de síntesis de información relevante para la investigación o de extracción de patrones no evidentes.
- Soporte en la toma de decisiones de gestión, tanto en el ámbito público como privado, tales como la asignación y planificación de recursos, la definición de estrategias comerciales o de políticas de salud poblacional.

Cabe destacar que, durante el debate, se llegó a plantear que el potencial de este conjunto de tecnologías es tal como para que lleguen a sustituir a profesionales sanitarios (en determinados ámbitos) en el futuro (más o menos lejano).

Su capacidad para atraer inversión se justifica porque son capaces de dotar a las organizaciones de una mayor eficiencia en la gestión de sus recursos, de mejora en la salud de las poblaciones, en sus estrategias comerciales o en la generación de nuevas formas de atención.

Sistemas de gestión remota de pacientes

La siguiente agrupación de tecnologías engloba a los sistemas que permiten tener un control a distancia sobre el estado de salud del paciente, mediante monitorización del estado, teleconsulta o incluso intervención remota. Estas soluciones se pueden materializar en enfoques tecnológicos más o menos sofisticados, desde si-

tios web en los que comunicar determinados datos hasta sensores personales que envíen información en tiempo real y, a su vez, con mayor o menor inteligencia en el extremo del procesamiento de los datos y de la generación de los avisos.

Esta tecnología se considera especialmente útil en la gestión de pacientes crónicos, que suponen un alto porcentaje del gasto sanitario. La gran expectativa en torno a estas tecnologías es que el profesional pueda realizar un seguimiento remoto que permita la detección precoz de las situaciones de riesgo en pacientes y su reconducción hacia la estabilidad. Esto debería reducir el número de urgencias y hospitalizaciones, pivotando actividad hacia recursos más económicos del sistema y mejorando la calidad de vida de los pacientes.

En esta categoría también se han mencionado en la conversación los sistemas de acceso a la historia clínica por parte de pacientes, y la hipótesis de que un mayor acceso a la información por parte del paciente también puede tener un efecto positivo sobre sus capacidades de autocuidado y empoderamiento en general.

Las palancas que favorecen la inversión son, por tanto, aquellas relacionadas con el ahorro de los recursos más caros del sistema, pero también con la posibilidad por parte de empresas privadas de ofrecer este tipo de tecnologías como nuevos servicios adicionales.

Biología sintética

Una de las propuestas más innovadoras y que ha generado más interés surge de la intersección entre la biología y la tecnología en el campo de la biología sintética. Las posibles aplicaciones de esta conectividad biológico-digital a escala nanométrica son muchas y su impacto potencial muy alto.

Entre ellas destacan el almacenamiento de información de ADN, la capacidad de edición genómica (de la que se deriva la posibilidad de crear virus capaces de tratar enfermedades específicas), la creación de nanomáquinas biológicas con capacidad para administrar medicamentos o realizar intervenciones de manera precisa, o la sensorización interna del cuerpo humano, que permitiría la obtención de parámetros biológicos tales como el pH o la evaluación de la conexión neuronal.

Las distintas aplicaciones tienen distintos niveles de madurez, pero cuando se materialicen dotarán a los profesionales de una serie de herramientas para la práctica médica que no han tenido hasta ahora. El potencial transformador es inmenso y, por tanto, su atractivo para determinados tipos de inversores también.

Plataformas de colaboración

Las plataformas de colaboración entre profesionales, pacientes y/o máquinas se presentan como una gran oportunidad para integrar información y generar conocimiento de varias organizaciones, dando la posibilidad a sus profesionales de conseguir cosas que no podrían lograr por separado. Estos sistemas, ya sea de manera centralizada o distribuida, permiten compartir los datos de varias organizaciones o, por sí mismos, son la herramienta de trabajo que al ser usada por varios grupos consolida la información de todos ellos.

Existen aplicaciones de esta tecnología que permiten que los profesionales que trabajan en hospitales pequeños saquen provecho de la experiencia adquirida por los profesionales que trabajan en hospitales mayores en su asistencia diaria, pero quizá su mayor potencial sea su capacidad para generar repositorios de información más grandes. Esto es importante porque la inteligencia que se puede extraer de la información aplicando las técnicas de análisis avanzado de datos que se describían en el primer punto es mayor cuanto mayor sea el repositorio del que se obtiene.

Se menciona en el grupo que los problemas más importantes de estos enfoques están relacionados con la confidencialidad y la no alteración (integridad) de los datos, dado que la información pasa a estar accesible desde más puntos. Sin embargo, tecnologías tipo Blockchain –sobre la que se soporta la criptomoneda Bitcoin– tienen la capacidad de solventarlos aplicadas a este campo puesto que su enfoque también es de almacenamiento de información de manera distribuida.

Finalmente, aunque se han destacado las plataformas en las que los que proporcionan datos son organizaciones sanitarias, también se destacó el potencial que tienen los repositorios de información clínica controlados por los propios pacientes (PHR), con capacidad para gestionar su información y los permisos de acceso a la misma.

Captación masiva de datos (IoT)

Como se observaba en el punto anterior, las tecnologías van apoyándose unas a otras y potenciándose entre sí. Los ejemplos anteriores se basan en la existencia de grandes volúmenes de información (análisis inteligente o plataformas de colaboración) o en la capacidad de monitorizar estados de pacientes a distancia (sistemas de gestión remota de pacientes).

Ambos ejemplos pueden potenciarse gracias al internet de las cosas (Internet of Things, IoT), es decir, la aplicación de conectividad a dispositivos cotidianos. En este caso hablamos de dispositivos con capacidad diagnóstica, de medición de actividad, y en general cualquier cosa que se pueda medir y pueda ser de utilidad. El uso masivo y continuado de estos dispositivos genera una inmensa cantidad de datos y el abaratamiento de los mismos hace que esto sea ya una realidad, con una tendencia cada vez más pronunciada a dotar de conectividad a más y más "cosas".

No obstante, existen problemas que resolver. En primer lugar, en la carrera por el desarrollo de estos dispositivos entre fabricantes, la seguridad no está siendo una de las prioridades, por lo que son fácilmente atacables por hackers. Esto compromete la fiabilidad y la confidencialidad de los datos registrados y permite incluso que los dispositivos sean secuestrados para crear botnets (grupos de aparatos conectados a internet que se coordinan para atacar un objetivo, normalmente saturándolo con tráfico). Por otro lado, todavía no hay una conciencia de interoperabilidad en el intercambio de estos datos, como ya existe entre sistemas de información dentro de las organizaciones.

Servicios digitales de valor añadido en el sector farmacéutico

Se ha mencionado también el uso de tecnología para el desarrollo de servicios digitales en al ámbito farmacéutico que aporte un valor añadido a sus clientes finales, como por ejemplo, de soporte a la toma de medicación, de estilo de vida relacionado con la enfermedad, etc. Con este modelo se pretende ir más allá de la venta de fármacos y conseguir generar nuevas formas de relación con el cliente con las que diferenciarse de sus competidores.

Tecnologías para mejorar el diagnóstico

Actualmente, gracias a los importantes avances realizados en la usabilidad y precio de los dispositivos de diagnóstico, pacientes, incluso de avanzada edad, son capaces de usarlos sin asistencia médica y por tanto, comunicar datos de salud de manera masiva.

Sin embargo, la precisión de los datos obtenidos es un aspecto aún pendiente de mejorar. Para que de verdad sirvan al objetivo de ser datos de trabajo útiles –para los sistemas de toma de decisiones de los profesionales y en los de monitorización remota de pacientes–, la tecnología de diagnóstico debe ser más precisa. De otro modo, el profesional no puede emitir un juicio clínico con seguridad.

El fabricante que consiga aunar la usabilidad con el precio, la conectividad y la precisión diagnóstica tendrá una importante ventaja respecto de sus competidores.

¿Qué medidas/iniciativas/características pueden adoptar los agentes que ofrecen tecnología (y no quienes las compran o utilizan) para favorecer o acelerar la inversión en salud?

Sabiendo que existen barreras importantes en la adopción de determinadas tecnologías en el ámbito de la salud, en esta pregunta se buscaba que los participantes indicaran las medidas, iniciativas o características que a su juicio deben adoptar los agentes tecnológicos para que, a pesar de las barreras, se produzca la inversión necesaria para desarrollar dichas tecnologías.

Comunicación efectiva y dirigida a cada audiencia

Los tecnólogos se preocupan de la tecnología y eso es algo bueno, pero como en ciencia, los resultados no comunicados no tienen utilidad.

Una de las ideas consideradas como fundamentales para acelerar la inversión en salud es la de ser capaces de transmitir el conocimiento y la necesidad de las nuevas tecnologías, de manera efectiva, a ciudadanos, administración, grupos de inversión y profesionales. Aunque

TABLA VI.

DESCRIPCIÓN	% VOTOS
Comunicación efectiva y dirigida a cada audiencia	22%
Mejorar el marco regulatorio/presupuestario	22%
Desarrollo de modelos de negocio sólidos	14%
Modelos de compra y distribución fáciles para el cliente	14%
Innovación dentro de las organizaciones sanitarias	8%
Generar confianza a través de la seguridad de los datos	8%
Uso de servicios gestionados	2%

requiera más esfuerzo, es importante generar mensajes diferentes y adaptados a cada audiencia, que consigan el objetivo en cada estrato:

- Ciudadanos: conseguir que se interesen por la tecnología y sus beneficios, de tal forma que exista la demanda de su desarrollo.
- Profesionales: comunicar las herramientas que pueden tener a su disposición y los beneficios que pueden darles en su práctica clínica, remarcando la importancia que siempre van a tener en las decisiones clínicas.
- Administración: demostrar la utilidad de la tecnología en su capacidad de mejorar los procesos, aumentar la calidad o disminuir el gasto.
- Grupos de inversión: de nuevo demostrar utilidad, con un enfoque en que el modelo de negocio tenga solidez.

El objetivo final es que a través del interés ciudadano y de profesionales, el tema sea considerado relevante también entre la clase política y entre los grupos de inversión y, por lo tanto, incluido entre sus objetivos y en presupuestos.

Mejorar la capacidad de influencia marco regulatorio/presupuestario

Se plantea la necesidad de mejorar la capacidad de influir en la administración desde dos puntos de vista diferentes:

Desde el punto de vista regulatorio, el objetivo es una adaptación del marco regulatorio español para hacerlo competitivo con aquellos países que cuentan con una estructura legislativa más flexible.

Desde el punto de vista presupuestario, involucrar a los pacientes, aprovechando la presión que pueden ejercer sobre los políticos para conseguir una mayor inversión.

Esta medida ha sido incluida por la alta importancia otorgada por todos los participantes, a pesar de que no es algo que dependa exclusivamente de los agentes tecnológicos.

Desarrollo de un modelo de negocio sólido

Las empresas deben evolucionar hacia un modelo de negocio sólido, que les permita adaptarse a las necesidades del cliente haciendo ofertas de valor, aun manteniendo un mismo producto. Es también importante que el plan de negocio esté estructurado sobre proyecciones reales y ROI demostrables.

Es una forma de materializar la primera medida de la comunicación dirigida, en este caso, a la audiencia con capacidad de decisión.

Modelos de compra y distribución fáciles para el cliente

En este contexto de adaptación del modelo de negocio a las necesidades del cliente, también se considera importante desarrollar nuevos modelos de compra y dis-

tribución de tecnología que faciliten la adquisición de las tecnologías a los clientes.

Algunos ejemplos son:

- Desarrollar oferta de modelos de pago por uso que limiten la inversión inicial que tiene que realizar el cliente y amplíen el número de clientes potenciales.
- Evolucionar hacia modelos de suscripción capaces de fidelizar al cliente.
- Adoptar modelos de mercados tipo app como forma de distribución de manera ágil y desatendida.

Innovación dentro de las organizaciones sanitarias

A pesar de las ventajas que proporciona la externalización de servicios, se propone fomentar el desarrollo de tecnología desde dentro del sistema, pasando del concepto de hospital comprador de tecnología a hospital emprendedor.

Bien construidas y cumpliendo los puntos anteriores, las iniciativas internas pueden tener más posibilidad de éxito de ser financiadas.

Generar confianza a través de la seguridad de los datos

Sabiendo que el uso de información sensible genera, de antemano, un rechazo por parte de los usuarios, se debería dedicar esfuerzo a mejorar en este aspecto. La idea es conseguir transformar esta inquietud en confianza y que pase a ser un factor diferencial del fabricante respecto de otros competidores.

Se proponen dos ideas de mejora a nivel técnico en este sentido:

- Aplicar técnicas para desasociar la información clínica de los datos de un paciente concreto, despersonalizándola.
- Desarrollar sistemas en los que sean los propios pacientes los que gestionen su información clínica y los permisos de acceso a la misma a las distintas organizaciones profesionales. En un punto anterior, se mencionaba la idoneidad de Blockchain para dar soporte a este tipo de sistemas por su vocación descentralizada y difícilmente atacable.

Uso de servicios gestionados

De nuevo, para permitir facilitar la adopción o el desarrollo de tecnología sin tener que realizar grandes inversiones iniciales ni dedicar esfuerzo interno, se propone como medida la utilización de servicios TIC gestionados (IaaS, SaaS, etc.) que den soporte a las tecnologías que verdaderamente tienen interés directo en su negocio.

Resumen

El grupo ha identificado un **grupo de tecnologías con un alto grado de relación o realimentación que tienen gran potencial para atraer inversión al sector salud** por su capacidad transformadora en el mismo, ya sea por mejoras de eficiencia que supongan ahorros en la práctica, por la mejora en la salud de la población, lo que supone un descenso del uso de los servicios, o por la capacidad para generar nuevas líneas de negocio.

Destacan aquellas destinadas a la **gestión y explotación de grandes cantidades de información** clínica o relacionada para generar conocimiento e inteligencia, desde sus formas más simples y descriptivas en forma de cuadros de mando hasta las más avanzadas o prospectivas con la construcción de inteligencias artificiales (débiles en un principio) de propósito específico.

Estas tecnologías se entrelazan con otras de las propuestas, ya sea por necesitarlas como fuente de información o por ser fuente de inteligencia para ellas en sus procesos de negocio.

Hablamos de los sistemas de **gestión remota de pacientes,** que recogen datos clínicos en su operación, en ocasiones con **dispositivos de captación masiva de datos (IoT),** y a su vez pueden ser consumidores de patrones generados a partir de los datos para detectar situaciones de alarma en su monitorización. Son importantes también las **plataformas de colaboración,** que hacen uso de tecnología de tratamiento masivo de datos y a su vez pueden posibilitar que existan volúmenes agregados que permitan desarrollar todo su potencial a la tecnología de explotación de los mismos.

También han tenido cabida el grupo de tecnologías dentro del área de **biología sintética** por su gran capacidad

para generar nuevas herramientas para los profesionales sanitarios que puedan generar nuevas soluciones a los problemas médicos, pero no solo eso, puesto que también tiene aplicaciones en el campo del almacenamiento de datos en ADN o en la sensorización interna y por tanto, como fuente de datos masiva.

Finalmente, se han destacado también las capacidades de la tecnología para construir nuevas formas de relación con los clientes por parte de las compañías farmacéuticas **(Beyond the pill)** o necesidad de seguir desarrollando las **tecnologías de diagnóstico** para aumentar la precisión, sobre todo en lo que concierne a las de uso casero.

En cuanto a las **medidas a adoptar para superar las barreras de adopción de la tecnología por parte de los agentes tecnológicos,** se ha identificado como una de las estrategias más relevantes la realización de una **comunicación efectiva a varios niveles,** dicho de otra forma, ser capaz de transmitir la utilidad de la tecnología desarrollada tanto a la sociedad en general como a los compradores con **modelos de negocio sólidos,** ya que en ocasiones tecnologías potentes no encuentran su sitio por no haber destinado suficiente esfuerzo a ser comunicadas de manera eficaz o a pensar un modelo de negocio viable.

El grupo ha coincidido en que es necesaria una mejora en el **marco regulatorio y presupuestario** que favorezca la creación de tecnología. La presión para conseguir esta mejora tiene que surgir de la presión de la sociedad conseguida con la medida anterior, pero también realizando esfuerzos por los propios agentes en términos de influencia política.

También se han considerado medidas eficaces los **modelos de compra y distribución de tecnologías flexibles,** las iniciativas de **innovación dentro de las organizaciones,** el destinar esfuerzo a **mejorar la seguridad de la información** para superar esa legítima preocupación que existe cada vez más en nuestra sociedad, y el **uso de servicios gestionados** para acelerar la adopción y desarrollo de tecnologías.

Finalmente, solo queda destacar la esperanza de que las ideas de este grupo sirvan para que las tecnologías identificadas puedan ser desarrolladas adecuadamente, con los estándares éticos y de calidad exigibles, y que los beneficios de las mismas puedan llegar cuanto antes a nuestra sociedad.

Línea Estratégica 9. INTEROPERABILIDAD ENTRE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIOS

FRESENIUS KABI
caring for life

Coordinador: Ignacio Arnott González-Tova
Directora del grupo de trabajo: Montserrat Casas Torres

Contexto de situación

No cabe duda de que el **modelo sanitario está inmerso en un proceso de transformación** que está siendo demandado no solo por el ámbito sanitario y sus profesionales, sino por el propio paciente, sus familiares y, en definitiva, por una sociedad que cada vez reclama más información y más autonomía para formar parte de su propia salud.

En este contexto, **la interoperabilidad es entendida como el motor necesario e indispensable para hacer posible que el modelo funcione,** y así es visto por todos los actores que intervienen, tanto públicos como privados. Una afirmación que se ve reforzada por un contexto europeo e internacional donde existe un claro consenso en la necesidad de desarrollar un modelo de interoperabilidad en el ámbito de la salud que permita el entendimiento entre los diferentes sistemas de información y favorezca el acceso a la documentación clínica. Por este motivo, la Unión Europea ha desarrollado un marco general de interoperabilidad que en España ha comenzado su andadura en el sistema público con iniciativas como el Proyecto de Historia Clínica Digital del SNS, o el Proyecto de Interoperabilidad de la Receta Electrónica en el SNS (RESNS) y, en el ámbito privado, con iniciativas para favorecer al paciente su información clínica mediante la creación de espacios web seguros que además favorecen la relación entre profesionales y sanitarios y pacientes.

Sin embargo, existen barreras de diferente naturaleza que actualmente son difíciles de superar y que suponen un freno para este proceso de transformación tan claramente necesario:

Barreras legales, derivadas de la falta de una normativa en relación a la entrega de información clínica al paciente si no es previamente requerido por éste al proveedor de salud. Asimismo, se considera que la legislación en referencia a la protección de datos es muy estricta en este ámbito, lo que genera cierto temor que dificulta avanzar en la toma de decisiones.

Barreras culturales, tanto para profesionales como para pacientes. Para el primer grupo, más habituales, por la reticencia a compartir su información, bien por si pudieran detectarse errores, por la generación de mayor carga de trabajo o simplemente por sentimiento de propiedad de dicha información. Y para pacientes, menos frecuentes, por un simple desconocimiento de las ventajas que la interoperabilidad puede ofrecer.

Barreras organizativas, por falta de voluntad y consenso para alcanzar un acuerdo a nivel nacional para la definición del modelo integral de interoperabilidad, unido a las barreras operativas derivadas de la falta de un organismo que centralice y lidere las actuaciones.

Y por supuesto, **barreras económicas,** derivadas de la inversión necesaria para la puesta en marcha del modelo, incluyendo todo lo relativo a las necesidades tecnológicas dada la obsolescencia de los sistemas de información actuales.

En definitiva, no cabe duda de que es necesario llegar a un acuerdo entre todas las partes y establecer los procedimientos y normas necesarios para que esta transformación se haga realidad y se superen las barreras actuales, pero el contexto actual prevé un proceso lento que requiere definir y acometer medidas desde el corto plazo.

Sesión de trabajo

La sesión de trabajo del grupo de interoperabilidad se estructuró en tres grandes bloques:

Un **debate inicial** de la situación actual, donde los expertos introdujeron su visión sobre la necesidad de la interoperabilidad en el sistema y las barreras o dificultades que se encuentran actualmente.

A partir de este debate, el trabajo se centró en buscar soluciones a pesar de las barreras, partiendo de la

pregunta: **¿En qué ámbitos puede la interoperabilidad contribuir a mejorar el sistema de salud?** Los expertos trabajaron en proponer sus ideas al respecto y, a medida que se mostraba el trabajo realizado, se establecieron tres grandes ámbitos o líneas de trabajo que posteriormente fueron priorizados por los propios expertos a través de un sistema de puntuación.

En la segunda parte de la sesión, y a partir de la priorización anterior, se volvió a realizar un trabajo de grupo para aterrizar las medidas concretas que pueden ser realizables desde el corto plazo pese a las dificultades existentes, destacando además aquellas que los expertos consideran que pueden ser cuantificadas.

Como se ha comentado anteriormente, destacaron tres líneas de trabajo donde la interoperabilidad se ve como un factor para favorecer o beneficiar el sistema sanitario y sobre el que los expertos puntuaron en base al impacto o beneficios que supone:

- En primer lugar, la transformación del modelo sanitario, al aportar agilidad en la atención, permitir compartir información entre niveles asistenciales, utilizar la interoperabilidad como herramienta del cambio, y aportar beneficios para el paciente y para el profesional.
- La atención integrada con información integrada, dotando al sistema de una estructura de la información adecuada que garantice su éxito.
- El acceso a la información clínica para el ciudadano, o "dar la posibilidad al ciudadano de gobernar su información".

ÁMBITO	IMPACTO
Transformación del modelo sanitario	27%
Atención integrada con información integrada	32%
Acceso a la información clínica para el ciudadano	41%

A partir de este punto, se trabajó en definir medidas realizables pese a las barreras que sabemos que existen, dando lugar a temas tan interesantes como el concepto de la **donación de datos,** o la **Oficina Nacional de Interoperabilidad,** que fueron consensuados de manera integral por todo el grupo como una gran aportación. Así mismo, se establecieron aquellas que los expertos consideran que son cuantificables.

Listado de medidas organizadas por líneas de trabajo

Transformación del modelo sanitario

- Industrializar procesos (p. ej., Enfermería). Medida vinculada al uso de evidencia científica, buenas prácticas, normalización, etc. Marcada como cuantificable por los expertos.
- Desarrollo de normativa que impulse/fomente la interoperabilidad. Iniciativa tipo Blue Button, que permite favorecer el acceso, la descarga de datos, la seguridad y que todo esté estructurado (evolucionar del dato consultable al dato aprovechable).
- Fomentar/perseguir el liderazgo estratégico en las organizaciones como palanca de transformación. Debe haber alguien que se encargue de la coordinación de interoperabilidad desde el punto de vista de estándares, centros, etc. En definitiva, un marco organizativo que no suponga coste a los centros que se van incorporando.
- Hacer un doble uso de la información: a nivel asistencial (individualidad del dato) y a nivel de investigación (colectivos), lo que contribuirá positivamente al desarrollo de la interoperabilidad. Marcada como cuantificable por los expertos.
- Establecer acuerdos de colaboración/intercambio (interoperabilidad) públicos–privados que permitan reducir la duplicidad innecesaria de pruebas. Foco en Rx, alergias, test genéticos. Marcada como cuantificable por los expertos.
- Comunicar los beneficios potenciales de la interoperabilidad en los diferentes actores implicados. Fomentar así una estrategia tipo pull en la que los actores sean quienes reclamen la interoperabilidad. La interoperabilidad beneficia a ciudadanos y también a profesionales. La transformación del modelo pasa por dar a conocer los beneficios que la interoperabilidad aporta a unos y otros, de manera que se haga conocer la posibilidad de compartir información y esto sea reclamado por todos.

- Como organización, cada entidad debe revisar internamente el alineamiento entre su estrategia y la obtención de resultados. La interoperabilidad y las TICS serán una palanca para el cambio y la mejora de los procesos.
- Medir, medir medir.... Cuantificar los beneficios reales de la interoperabilidad como mecanismo para fomentarla. El que los presupuestos en TIC bajen y todo siga funcionando no significa que se esté ahorrando, sino que no se está midiendo el impacto real en la calidad de los procesos (tiempos de espera, tiempos de diagnósticos, etc.).
- Decreto tipo "Meaningful use" USA. Unificar criterios / Panel de expertos.
- Liderazgo estratégico del Ministerio de Sanidad para la interoperabilidad de la información sanitaria de los pacientes y ciudadanos a través del Plan Estratégico de Interoperabilidad.

Atención integrada con información integrada

- Incorporar los estándares de codificación para integración de datos, estudios y discriminación de datos. Decidir el estándar a utilizar e incorporarlos como requisito en los pliegos de contratación. Marcada como cuantificable por los expertos.
- Definir información a intercambiar. "El todo" no vale, es la condena al fracaso, además de ser inaceptable en un comité ético de investigación clínica. Marcada como cuantificable por los expertos.
- Desarrollar normativa que permita avanzar en la donación de datos (total o condicionada, temporal o sin límite). Creación de biobancos de datos similares a los de órganos y muestras. Marcada como cuantificable por los expertos.
- Definición de distintos roles o niveles de acceso con trazabilidad a la información, orientada a los diferentes puestos (el todo no vale y, además, el todo de cada uno es distinto). Este punto es muy importante porque define quién puede acceder a qué, así como los motivos y el momento del acceso.
- Desarrollo de un marco normativo/regulatorio que apoye la interoperabilidad. Establecimiento de buenas prácticas o incluso requisitos contractuales que obliguen a los proveedores de servicio que gestionan conciertos con centros sanitarios a compartir información, que tengan la información estructurada conforme a la norma.
- Establecer acuerdos/convenios con otras organizaciones que prestan servicios relacionados con el ámbito de la salud y la prevención (p. ej., hábitos de vida saludable, nutrición, ejercicio...)
- Medidas para el caso sociosanitario. Marcada como cuantificable por los expertos.
  (Tests de autonomía compartidos, Seguimiento AP – Servicios Sociales, Coordinación de Urgencias, Rehabilitación neurológica)

Acceso a información clínica para el ciudadano

- Transparencia. Hacer que la información entre médico/paciente sea simétrica y legible/entendible (mecanismo principal para empoderar al paciente).
- Fomentar la difusión y uso de guías clínicas y medicina basada en la evidencia (como vía para fomentar la interoperabilidad entre niveles asistenciales).
- Marco regulador de la información de salud que pueda ser proporcionada por el ciudadano por diferentes canales. Marcada como cuantificable por los expertos.
- Caso: interoperabilidad ciudadano-SNS (público-privado).
- El ciudadano transfiere información de salud, ejercicio, alimentación, etc.
- El ciudadano porta información sobre sus condiciones de salud y comparte con otros actores.
- Creación de una institución que vele por la información clínica, su confidencialidad, seguridad y que sea a través de la cual se generen las transacciones (p. ej., Infoway Canadá).
- Facilitar existencia, adopción y uso de estándares. Medida que requiere consenso y sin coste para los implicados (PHR, Apps, seguridad biométrica, permisos de acceso).

Conclusiones

En el contexto sanitario cada vez es más tangible la necesidad de contar con un marco regulatorio para la interoperabilidad que garantice la integración de los sistemas de información sanitarios y que permita avanzar

así en la transformación del modelo de cara a alcanzar los beneficios que este supone tanto para el paciente como para la comunidad sanitaria.

Para ello, las medidas que se estiman como prioritarias para continuar este camino y que se consideran realizables desde el corto plazo son las siguientes:

1. Crear una **Oficina Nacional de Interoperabilidad,** responsable de elaborar la normativa, de incentivar la integración de los diferentes actores y de proveer de la certificación necesaria para regular el modelo. Marcada como cuantificable por los expertos.
2. Desarrollar una normativa que permita avanzar en la **donación de datos** (total o condicionada, temporal o sin límite). Creación de biobancos de datos similares a los de órganos y muestras. Marcada como cuantificable por los expertos.
3. Fomentar/perseguir el **liderazgo estratégico en las organizaciones como palanca de transformación.** Debe haber alguien que se encargue de la coordinación de interoperabilidad desde el punto de vista de estándares, centros, etc., en definitiva, un marco organizativo que no suponga coste a los centros que se van incorporando.

Finalmente destacar un lema que aúna a todas las partes y que considera necesario para que la interoperabilidad sea una realidad:

"Avanzar, avanzar y avanzar…"

Línea Estratégica 10. INTERNACIONALIZACIÓN DE LA SALUD EN ESPAÑA

Coordinadora: **Mónica Figuerola**

Otsuka

Internacionalización del sector. Introducción y estado de la cuestión

La Fundación Economía y Salud, guiada por su compromiso con la mejora de la sanidad pública y privada española, sigue con atención las evoluciones del entorno internacional en relación con el desarrollo de las políticas sanitarias que pueden afectar a las empresas españolas presentes en el exterior; tomando, sobre todo, en cuenta tanto los intereses del sector sanitario español en fase de internacionalización, así como planteando respuestas al enorme desafío que este proceso representa para las empresas españolas vinculadas directa o indirectamente con la salud en España.

Principales resultados

El grupo de trabajo ha identificado que el proceso de internacionalización requiere la evolución de una serie de etapas en las cuales aparecen numerosos obstáculos y todo tipo de barreras.

En concreto, se han identificado las siguientes fases:

1. **Necesidad de un cambio de paradigma.** Necesidad de reconocer la necesidad de abordar un cambio de paradigma en la apuesta de la internacionalización del sector de la salud en España.
2. **Exigencia de un claro liderazgo.** Se requiere que desde las más altas esferas del poder ejecutivo, se asuma un claro liderazgo para conducir al sector de la salud en España a los primeros puestos de la sanidad mundial y, fundamentalmente, en todos los aspectos vinculados con su internacionalización.
3. **Incremento del apoyo institucional.** Se reclama un contundente apoyo institucional y transversal en todas las etapas y fases de la internacionalización de las empresas de la sanidad española, para que, en un entorno de sinergias y de identificación clara de un interés común, se obtengan los máximos beneficios.
4. **Identificación de la propuesta de valor de la sanidad española.** Hay que definir el elemento competitivo español y su propuesta única de venta, para que solo asumiendo con claridad su ventaja competitiva, se acuda al mercado internacional.
5. **Desarrollo de suficiente información y claridad en la comunicación.** Mejorar y superar la ausencia de información en los procesos de internacionalización de la sanidad española, apostando por una más eficiente comunicación interna y externa en los momentos críticos.
6. **Capacidad de implementación.** Abordar de manera realista la salida de la empresa española al mercado internacional.

Barreras

Bajo esta situación, las principales barreras identificadas para la internacionalización del sector de la salud y priorizadas por el equipo de trabajo, son las siguientes:

DESCRIPCIÓN	% VOTOS
Cambiar el paradigma	30%
Liderazgo	25%
Propuesta de valor	20%
Apoyo institucional	15%
Información y comunicación	10%
Capacidad de implementación	10%
Total	100%

Estrategias

A la vista de los resultados, el grupo de trabajo focalizó el debate en las estrategias para superar las barreras relacionadas con aspectos como cómo potenciar la proyección internacional de la Sanidad de España en tres áreas fundamentales: 1) cambiar el paradigma actual, 2) generar una clara coordinación privada y un mayor apoyo institucional asumiendo un compromiso público de liderazgo y 3) identificar la propuesta de valor del sector de la salud en España en su internacionalización.

Siempre generado sinergias entre las diferentes medidas para liderar un nuevo proceso a nivel global, que pase por un cambio disruptivo en el uso de la tecnología en una clara integración con la exportación integral de servicios, bienes y talento, para fomentar la promoción de España y de su sistema de salud.

En cuanto a las principales estrategias identificadas para el primer apartado destacan:

- Cambio de paradigma:
  - Crear un "Comité de Sabios" para estudiar el proceso de internacionalización de la salud española.
  - Definir una estrategia conjunta pública-privada, fomentando los "PPP"(Private Public Partnership).
  - Mejorar la coordinación privada entre los diferentes actores.
  - Abordar un Plan Internacional de los Servicios Médicos.
  - Trabajar en destino con redes de médicos españoles expatriados.
  - Trabajar la venta de los servicios de salud en combinación con la exportación de talento profesional como un TODO integrado.
  - Generar programas de exportación de talento con incentivos de retorno, desarrollar el concepto de "monitorización de los recursos humanos".
- Apoyo institucional decidido y de calidad:
  - Introducir la "internacionalización de la salud" en la agenda política.
  - Crear un grupo interministerial para el apoyo a la internacionalización.
  - Generar una conciencia institucional para la internacionalización.
  - Crear un grupo de trabajo de perfil técnico para abordar las principales barreras a la internacionalización.
  - Incrementar el presupuesto público para el apoyo financiero a la internacionalización del sector de la salud, sobre todo en la dimensión del "turismo de salud".
  - Eliminar trámites burocráticos y mejorar la política de visados.
- Propuesta de valor:
  - Definir la ventaja competitiva del sistema de la salud en España.
  - Potenciar la súper especialización, así como el tratamiento en España para seniors y enfermos crónicos.
  - Enumerar un catálogo completo y detallado de servicios.
  - Elaborar el "relato" del sector de la salud de España.
  - Establecer una estrategia con acciones concretas consistente con la propuesta de valor identificada y con indicadores de cumplimiento.
  - Mejorar la difusión de la formación española de postgrado y especializada impartida fuera de España, como elemento fundamental de su propuesta de venta.

Discusión

El debate del grupo de trabajo se ha estructurado en torno a las distintas barreras a superar.

1. **Capacidad real de implementación** (10%). Es la barrera menos relevante según los expertos en el proceso de internacionalización.
2. **Información y comunicación** (10%). Para los expertos hay que mejorar significativamente la comunicación/promoción de España como sistema de salud de primer nivel y, sobre todo, mejorar la información accesible a las empresas para iniciar el proceso de internacionalización.
3. **Apoyo institucional** (15%). Sin un apoyo institucional claro, contundente y transversal, desde todos los organismos e instituciones implicados con el proceso de la internacionalización de la salud en todas sus vertientes, es imposible que España ocupe la posición que merece en el contexto internacional.
4. **Propuesta de valor** (20%). Para los expertos es imprescindible, antes de abordar la internacionalización de la industria de la salud española, fuera de nuestras fronteras, identificar claramente aquellos atributos, valores y elementos que nos hacen únicos y que nos permiten competir con el mayor éxito.
5. **Liderazgo** (25%). Gran parte del debate ha estado orientado a la necesidad de un liderazgo público al más alto nivel, que condicione y ratifique el proceso de internacionalización de las empresas del sector de la salud en España.
6. **Cambiar el paradigma** (30%). El principal reto en el proceso de la internacionalización es la dificultad de

llevar las ideas a la realidad en los mercados internacionales.

En este aspecto la discusión del grupo, por unanimidad, se centra en cuatro áreas donde se hace necesario el cambio de paradigma como palanca tractora del proceso de salir al exterior:

- Turismo de salud: hay que plantear un nuevo modelo mejor organizado y más eficiente.
- Presencia inversora: valorar el enfoque de la presencia española en el exterior, así como fomentar la generación de sinergias entre lo público y lo privado.
- Integración del talento y de los servicios: ofrecer servicios valorizados por el talento de los profesionales españoles.
- Uso disruptivo de la tecnología: aprovechar el expertise español en tecnología y desarrollo ya implementado de las TIC´s en el sector sanitario, para alcanzar nuevos retos, sobre todo para la atracción de pacientes internacionales.

Conclusiones

1. La internacionalización de la sanidad española debe ser un proceso natural para un sector que, a pesar de enfrentarse a numerosas dificultades, presenta unos niveles de innovación tecnológica, excelentes resultados clínicos y eficacia que lo convierten en referencia mundial.
2. La consolidación del sector, los recortes en los conciertos públicos con las empresas privadas y el estancamiento de la demanda interna convierten a la internacionalización en una de sus mayores oportunidades de crecimiento y desarrollo.
3. Los niveles de internacionalización son mínimos y testimoniales. La escasa involucración de los agentes públicos no contribuye a elevar esos niveles. El despliegue de iniciativas de negocio y sobre todo de inversiones en otros países constituye el mayor reto para las empresas que intentan internacionalizarse.
4. Se requiere un mayor apoyo estructurado y sistemático de organismos oficiales que contribuya a minimizar los riesgos en el momento de invertir en el extranjero, aportando información relevante, contactos locales y asesoramiento continuado.
5. Existe una clara falta de colaboración entre las empresas del sector a la hora de generar sinergias y alianzas para optimizar la apuesta internacional.
6. Ausencia clara de concreción de una propuesta de valor clara y tangible para los mercados objetivos.
7. Falta de una generación de profesionales con el perfil adecuado para abordar este reto. Sobre todo, a nivel de conocimiento de idiomas extranjeros y de aproximación cultural a los pacientes internacionales.
8. No existe la prioridad de la internacionalización del sector en la agenda política. Se deberían crear canales de apoyo formales, grupos de trabajo o comités de expertos para impulsar desde los diferentes estamentos implicados, la internacionalización de la sanidad española.
9. Hay que aprovechar la consolidada internacionalización del sector de las TIC´s aplicadas a la sanidad, como palanca tractora para la venta del resto de productos/servicios del sector de la salud en España.
10. Habrá que poner el foco en la construcción de un nuevo paradigma, que situé a España a la cabeza en la atracción de pacientes internacionales crónicos y seniors, además de poner en valor la súper especialización médica, aprovechando siempre los nuevos canales de captación como las soluciones tecnológicas desarrolladas dentro del campo de la "e-Health".

- Macrogestión: cambiar leyes y/o procedimientos a nivel nacional:
  - Cambiar el paradigma, generar un nuevo modelo para internacionalizar la salud de España: 30%.
  - Necesidad de que exista un liderazgo público, contundente y decisivo para gestionar el cambio: 25%.
  - Definir mejor la propuesta de valor/país: 20%.
  - Incrementar el apoyo institucional: 15%.
- Mesogestión: regional (ninguna porque en esta área no aplica).
- Microgestión: se cambian procedimientos a nivel local de centros y servicios.
  - Mejorar la capacidad de implementación de las medidas en las empresas: 10%.
  - Trabajar más la cooperación pública-privada para mejorar la información y la comunicación entre empresas e instituciones: 10%.

**Sobre estas medidas habría un acuerdo de más de un 90% en todas.*

Línea Estratégica 11. INNOVACIÓN Y SOSTENIBILIDAD

SIEMENS

Coordinador: **Carlos Alberto Arenas**
Secretario: **Javier Guerrero Fonseca**

Compaginar la innovación con la sostenibilidad: un reto posible

Desde su creación, la Fundación Economía y Salud ha incidido en el hecho de que el Sistema de Salud es un bien social a preservar y mejorar, y precisamente una de las cualidades que más lo legitiman es que sea sostenible, ya que de ello depende que pueda ser universal y accesible.

Efectivamente,un sistema insostenible financieramente puede derivar en una pérdida de la universalidad y en una menor accesibilidad como obstáculos o frenos a la entrada en el sistema.

Los expertos que nos reunimos en el grupo 11 del II Foro de la Fundación Economía y Salud profundizamos en las medidas a aplicar para conseguir mantener la innovación y a la vez ser sostenibles.

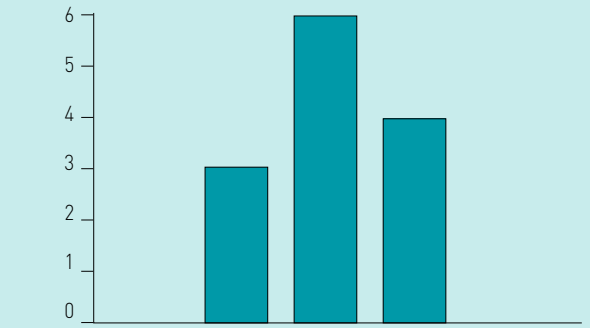
Innovación no debe ser sinónimo de un mayor coste. Muchas veces la innovación es hacer las cosas de manera diferente, más eficazmente a un menor coste, es decir, ser más eficientes, y otras veces la innovación permitirá mejorar la salud y la calidad de vida de las personas de tal manera que el mayor coste inicial esté justificado por dicha ganancia en salud, que repercutirá en mayor riqueza personal y social, y menores costes inmediatos y futuros para el sistema de salud, y también en otros aspectos, como menos bajas laborales, menos costes familiares, más generación de trabajo, etc.

Para enmarcar el tema se pasó una encuesta a los expertos que sirvió de guión para el trabajo y discusión del grupo.

La eficiencia global del sistema de salud español ha resistido durante la crisis, ya que los resultados en salud se han mantenido o mejorado. Sin embargo, se dejó de invertir en mejoras lo cual puede ser una descapitalización para el futuro. Ante el riesgo de bajada de la calidad hay que fomentar la austeridad sabia (aquella que consiste en hacer mejor las cosas para ganar más salud con los mismos recursos) y la innovación disruptiva (aquella que aporta un salto cualitativo y cuantitativo de valor en una mejora de salud concreta) que mejoran la sostenibilidad.

En cuanto a la encuesta y medidas se debatieron las siguientes:

¿Cree que hay margen para la bajada de precios de la farmacia?

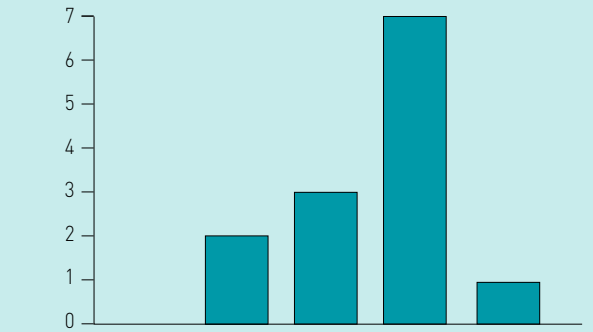


Escala	1 (Nada)	2	3	4	5 (Muchísimo)
Votos	0	3	6	4	0
Porcentaje	0	23	46,2	30,8	0

En este aspecto, los expertos consideraron que todavía hay recorrido pero medio bajo. En precio hay poco margen. En cuanto al consumo sí a través de una mejor uso de los medicamentos. El proceso de compra también es mejorable.

Se recordó que habrá una directiva europea que va a cambiar los procesos de compra de medicamento y tecnología. Se recomendó intentar intervenir en el proceso de desarrollo de los medicamentos a través de la investigación pública o la colaboración pública-privada para obtener un beneficio adicional. Se recomendó usar la compra por resultados y por valor, y a través de contratos de riesgo compartido.

¿Cree que hay margen para reducir el coste en material sanitario a través de centrales de compra?



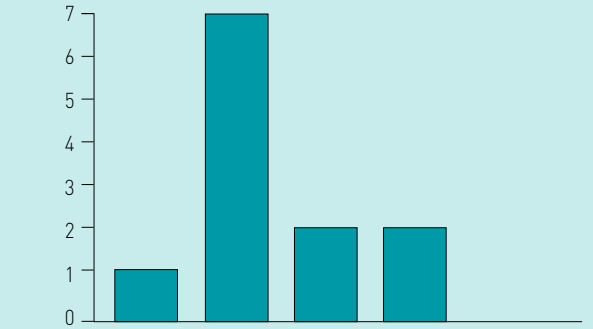
Escala	1 (Nada)	2	3	4	5 (Muchísimo)
Votos	0	2	3	7	1
Porcentaje	0	15,4	23,1	53,8	7,7

En este apartado consideran que hay más margen de mejora, pero se especifica que hay que pensar en el coste no en el precio.

Deben existir las centrales de compras. No son la panacea pero hay que hacer las compras por valor. Una buena compra en este apartado puede suponer el 3-5% de ahorro del capítulo II de gasto corriente.

La compra por volumen abarata el precio. Las administraciones deben reevaluar y valorar con frecuencia lo que entra en las centrales de compras, actualizando precios y mejorando su funcionamiento.

¿Cree que hay margen para reducir las plantillas en el sector salud?



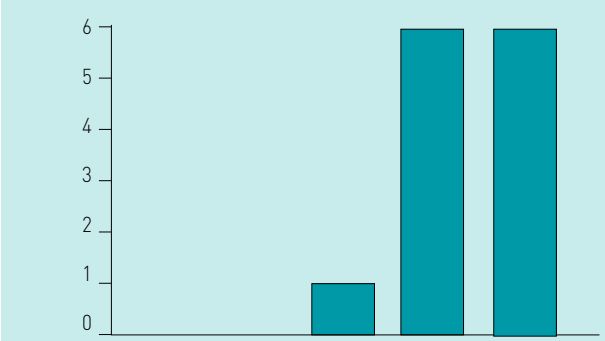
Escala	1 (Nada)	2	3	4	5 (Muchísimo)
Votos	1	7	2	2	0
Porcentaje	8,3	58,3	16,7	16,7	0

En este apartado parece que hay poco margen según los expertos. El gasto de personal es bajo en general por los salarios contenidos. En grandes hospitales sí puede haber exceso de plantilla o en sitios muy pequeños. Se apunta la necesidad de reordenar las plantillas, facilitando la movilidad a nivel territorial para mejorar las sinergias y la eficiencia. Tener de todo en todas partes origina excesos. También hay que controlar la creación del exceso de unidades funcionales hiperespecializadas. Hay desigualdades en las cargas de trabajo que se deberían analizar y corregir. Hay que reestructurar las plantillas en función de las necesidades asistenciales.

Todo el sistema está pensado para que el personal sepa cuanto antes dónde se va a quedar toda la vida. Es necesario flexibilizar el régimen estatutario para poder favorecer la movilidad funcional según las necesidades, y para establecer incentivos en función de la aportación del trabajador.

Hay que hacer una planificación estratégica de recursos humanos teniendo en cuenta las jubilaciones que van a darse en el futuro:

¿Cree que hay margen de mejora de la eficiencia energética en centros sanitarios?

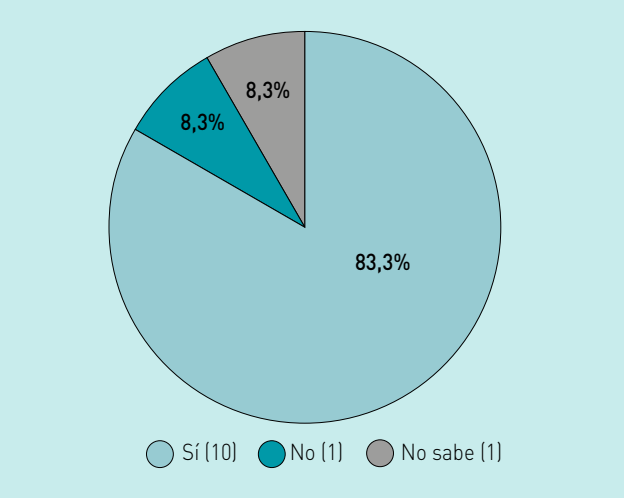


Escala	1 (Nada)	2	3	4	5 (Muchísimo)
Votos	0	0	1	6	6
Porcentaje	0	0	7,6	46,2	46,2

Aquí según los expertos hay mucho camino por recorrer, y la eficiencia energética va ser uno de los temas de los que oiremos hablar mucho. Se necesita una inversión inicial pero que se amortiza en poco tiempo. En muchas CCAAs hay planes de eficiencia energética que

se deben extender a todas. Fomentar la co-generación en hospitales y el uso de la energía solar. Hay que renegociar frecuentemente los contratos con compañías eléctricas para obtener ahorros aprovechando la liberalización del sector. Respecto a la capacidad de regulación energética del estado podría considerar el sector sanitario público como de especial protección con una tarifa más barata.

¿Cree que se deberían implantar estrategias claras de «no hacer» en los servicios y centros?

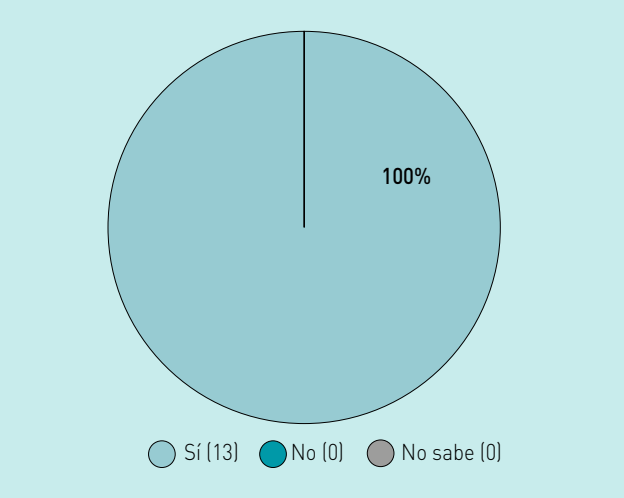


Las estrategias de "No hacer", es decir, reducir o eliminar lo superfluo de la actividad clínica, iniciativa del Ministerio de Sanidad, también deben ser potenciadas. Hay 135 recomendaciones de No hacer consensuadas por 48 sociedades científicas. Seguirlas no solo mejora la calidad sino también la seguridad del paciente y la sostenibilidad del sistema sanitario. Ya se han puesto en las webs de muchas sociedades científicos. Se están incorporando a los acuerdos de gestión vinculados a incentivos. Se ha publicado el Atlas de variaciones en la práctica médica, muy útil para la desinversión por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Es importante para mejorar el coste de oportunidad desinvertir en lo que no aporta valor. Mejora el principio de beneficencia y disminuye el de maleficencia.

La implementación debe de ser liderada a nivel de todas las CCAAs que lo traslade en cascada a los hospitales y centros de salud.

Es importante potenciar las direcciones asistenciales para hacer una gestión basada en la evidencia con datos. Se hace hincapié en que sehaga mejor difusión entre clínicos y gestores de los resultados de la medicina basada en la evidencia, y que las páginas sean más accesibles y atractivas, integradas en la historia clínica electrónica. Se recomienda que el Ministerio tenga un plan de difusión de la estrategia o hacer.

¿Cree que se deberían auditar las entradas en lista de espera quirúrgica si sobrepasan ampliamente la media por población en un servicio/facultativo?

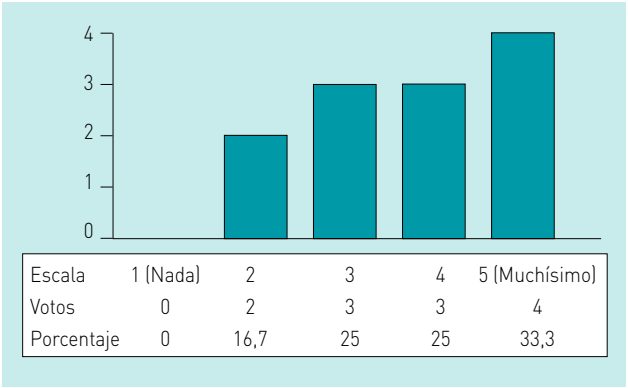


Este es un aspecto en el que todos los expertos están de acuerdo, probablemente la indicación de la entrada en listas de espera se evaluará y monitorizará más en el futuro, no con ánimo de evitar costes, sino tratando de que las intervenciones realmente sean necesarias y no produzcamos yatrogenia. Hay que recordar que según múltiples estudios la atención sanitaria está entre las cinco primeras causas de morbimortalidad y, en este sentido, indicaciones quirúrgicas no adecuadas son un factor de riesgo importante.

Las vías clínicas, protocolos, el audit médico y la segunda opinión cuando no coincidan con los criterios adecuados, pueden ser útiles en este aspecto. Se debe definir cuándo hacer una segunda opinión porque podría evitar muchas intervenciones innecesarias. Hay que monitorizar las tasas de entradas en lista de espera quirúrgica mes a mes para evitar desviaciones comparando entre distintas áreas similares y distintos servicios similares. Los criterios de inclusión en lista de espera deben ser

consensuados con las Sociedades Científicas. También los criterios de priorización en lista de espera quirúrgica.

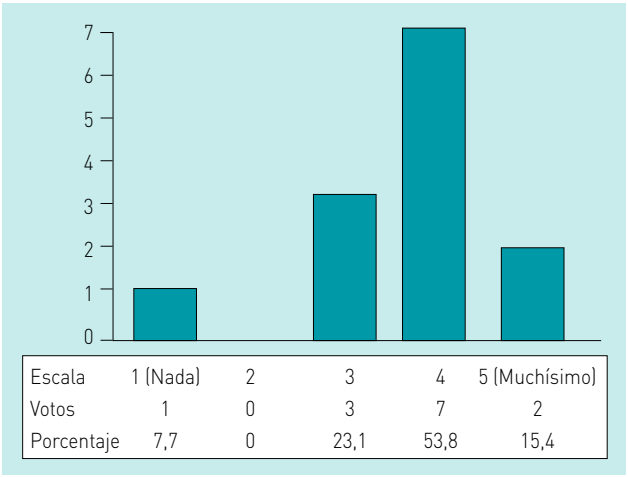
¿Cree que debería tenerse en cuenta el coste por año de vida ganado a la hora de poner tratamientos?



Escala	1 (Nada)	2	3	4	5 (Muchísimo)
Votos	0	2	3	3	4
Porcentaje	0	16,7	25	25	33,3

Este aspecto es polémico, aunque se tiende a pensar que hay que tenerlo en cuenta, algunos expertos consideran que poco. Se hizo el trabajo de valorar económicamente el umbral razonable para España con año de vida ganado con calidad que se consideró en unos 22.400 dólares. Nuestra cultura no acepta estos límites. También hay controversia metodológica sobre este tema. Existe consenso en no usar el AVAC para enfermedades raras. Hay que ser flexible. Es un elemento de discusión social.

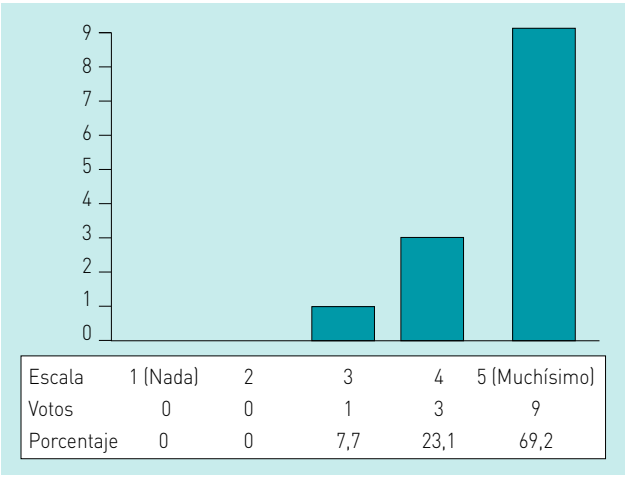
¿Cree que implantar la gestión clínica mejoraría la eficiencia de asignación en tratamientos y pruebas?



Escala	1 (Nada)	2	3	4	5 (Muchísimo)
Votos	1	0	3	7	2
Porcentaje	7,7	0	23,1	53,8	15,4

En este aspecto la mayoría de los expertos consideran que la gestión clínica mejoraría la eficiencia excepto alguna opinión escéptica a este respecto. Es difícil de implantar. No hay criterios consensuados y claros sobre cómo implantarla e incluso sobre qué es. Hay que hacer más clínica la gestión.

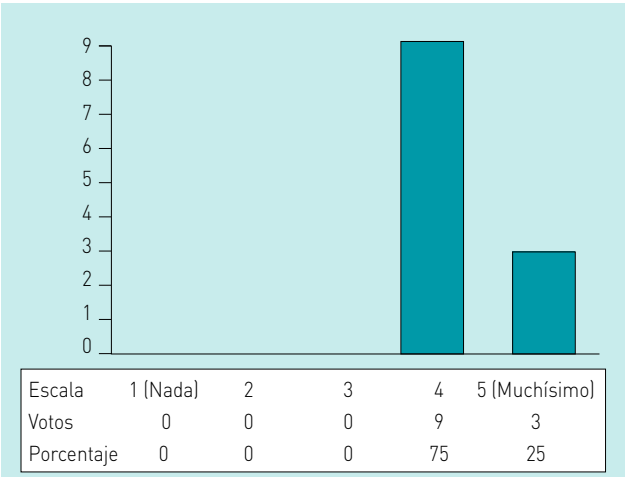
¿Cree que hay margen de mejora en la reducción de pruebas diagnósticas innecesarias?



Escala	1 (Nada)	2	3	4	5 (Muchísimo)
Votos	0	0	1	3	9
Porcentaje	0	0	7,7	23,1	69,2

Hay un consenso importante de que hay margen para reducir las pruebas innecesarias. Hay que incidir en las estrategias No hacer del Ministerio. Hay que priorizar las pruebas que pueden ser más eficientes y que pueden hacer que ahorremos en otras pruebas y tratamientos.

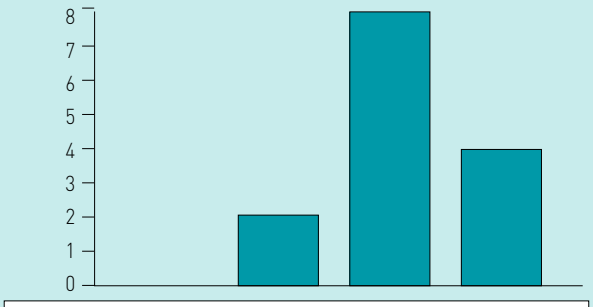
¿Implantar vías o trayectorias clínicas podría ayudar a mejorar la eficiencia?



Escala	1 (Nada)	2	3	4	5 (Muchísimo)
Votos	0	0	0	9	3
Porcentaje	0	0	0	75	25

En este aspecto el consenso es muy alto.

¿Cree que la aplicación de criterios de eficiencia clínica mejora la seguridad del paciente?



Escala	1 (Nada)	2	3	4 (Muchísimo)
Votos	0	2	8	4
Porcentaje	0	14,3	57,1	28,6

Según los expertos hay margen para mejorar la eficiencia y a la vez mejorar la calidad y seguridad del sistema.

Así podremos asegurar la innovación, ya que es importante tener un margen de capacidad económica para poder introducir la innovación que demuestre su coste/efectividad.

Resumen de las medidas propuestas

Medicamento

1. Intentar participar en el proceso de desarrollo de los medicamentos a través de la investigación pública o la colaboración pública-privada para obtener beneficios en la compra de los mismos.
2. Usar la compra de medicamentos por resultados y por valor.
3. Usar compra de medicamentos con contratos de riesgo compartido en fármacos caros.

Compras

4. Potenciar las centrales de compras, donde se deben reevaluar y valorar con frecuencia lo que entra en las centrales de compras, actualizando precios y mejorando su funcionamiento.

Recursos humanos

5. Dimensionar plantillas en función de carteras adaptadas a zonas básicas adaptadas a la realidad del área sanitaria demográfica de población.
6. Controlar la creación del exceso de unidades funcionales hiperespecializadas.
7. Flexibilizar el régimen estatutario para poder favorecer la movilidad funcional según las necesidades.
8. Flexibilizar el régimen estatutario para poder establecer incentivos en función de la aportación del trabajado.
9. Tener planes de eficiencia energética de centros sanitarios en todas las CCAAs.
10. Hay que hacer una planificación estratégica de recursos humanos teniendo en cuenta las jubilaciones que van a darse en el futuro.
11. Fomentar la cogeneración en hospitales y el uso de la energía solar.
12. Renegociar frecuentemente los contratos con compañías eléctricas para obtener ahorros aprovechando la liberalización del sector.
13. Se podría considerar el sector sanitario público como de especial protección con una tarifa eléctrica más barata.
14. Implantar las estrategias de "no hacer", es decir, reducir o eliminar lo superfluo de la actividad clínica (iniciativa del Ministerio de Sanidad) en todos los centros sanitarios, para lo cual es necesario difundirlas, actualizarlas e impulsar su cumplimiento por las autoridades sanitarias de todas las CCAAs.
15. Potenciar las direcciones asistenciales para hacer una gestión basada en la evidencia con datos.
16. Mejor difusión entre clínicos y gestores de los resultados de la medicina basada en la evidencia, que las recomendaciones sean más accesibles e integradas en la historia clínica electrónica.
17. Monitorizar y evaluar las entradas en listas de espera; se evaluará no con ánimo de evitar coste, sino tratando de que las intervenciones realmente sean necesarias y no produzcamos iatrogenia.
18. Monitorizar las tasas de entradas en lista de espera quirúrgica mes a mes para evitar desviaciones, comparando entre distintas áreas similares y distintos servicios similares.
19. Los criterios de inclusión en lista de espera de las principales patologías deben ser consensuados con las sociedades científicas.
20. Establecer unos criterios de priorización en lista de espera quirúrgica para toda las CCAAs consensuados con las sociedades científicas.

21. Hay que hacer más clínica la gestión.
22. Seguir desarrollando la gestión clínica para mejorar la eficiencia.
23. Priorizar las pruebas que pueden ser más eficientes, y que pueden hacer que ahorremos en otras pruebas y tratamientos.
24. Implantar vías o trayectorias clínicas para mejorar la eficiencia.
25. Aplicación de criterios de eficiencia clínica para mejorar la seguridad del paciente.

Respecto a las medidas, todas podrían ser cuantificables. Muchas no tienen costes extra.

Línea Estratégica 12. APORTACION DE LA INDUSTRIA A LA INNOVACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO

Coordinador: Antonio Burgueño Jerez

Reflexión de partida y preguntas iniciales

En la prestación del servicio sanitario y a lo largo del proceso asistencial, de manera más o menos visible, interviene lo que de manera genérica se conoce como "la industria", para referirse en definitiva a las compañías farmacéuticas y de tecnología sanitaria, de manera global.

Sin embargo, en realidad todo el sistema sanitario es en sí mismo una potente industria que presta servicios asistenciales a los ciudadanos o clientes, según el ámbito en el que estemos. Y en ella intervienen diferentes actores. Las empresas tecnológicas y farmacéuticas, cada vez menos divididas y separadas por líneas que se vienen desdibujando por alianzas y trabajo conjunto para colaborar en aportar al sector prestador. Más y mejores soluciones tanto en procesos logísticos, integración de procesos para una mayor colaboración en busca de eficiencias y por sí mismas aportar mayor valor añadido al paciente o cliente de manera directa.

El papel que juegan no es nuevo ni objeto del debate que estamos planteando, pues damos por hecho que lo tiene y mucho. El debate está en cómo se viene desarrollando este papel, como punto de partida de pararnos en los retos de futuro, de las medidas que se han de tomar para que el esfuerzo innovador que desde "la industria" sea absorbido y por tanto adoptado por el actor prestador de servicios asistenciales, en una visión de cadena integrada de procesos con diferentes actores.

Se plantearon diferentes cuestiones relativas a la pregunta principal: ¿Cuál es el papel de la industria ante los retos de la sostenibilidad del sistema sanitario?

- Tanto de forma indirecta, trabajando en la innovación de productos y procesos como integrando proyectos comunes.
- ¿Qué proyectos ya se vienen realizando tanto en el marco público como en el privado?
- ¿Cuáles son los requisitos necesarios que superen los frenos actuales?
- ¿Cuál es el valor añadido de sus proyectos?
- ¿Cómo afecta los modelos de compra pública innovadora a la transformación de la industria de proveedor a partner, así como el desarrollo de la responsabilidad social corporativa y las nuevas regulaciones sobre transparencia y relaciones éticas de la industria con el sistema?

Primeras conclusiones

El grupo de debate estructuró las medidas para aumentar la aportación de la industria en un marco estructurado en cinco ámbitos clave:

- Innovación.
- Financiación.
- Oportunidades en el marco normativo.
- Iniciativas desde la industria.
- Medición de resultados.

Ámbito de la innovación

Es necesario crear un órgano o agencia que acote el alcance del concepto innovación, y que lo haga objetivable y de manera conocida con antelación por todos, así como estableciendo criterios explícitos y transparentes. Si no se unifica el significado del concepto de innovación para todos y cada uno de los actores, no podrá avanzarse en la innovación por no hablarse de lo mismo. Se debe determinar, entre otras cosas, si se trata de innovación de producto, servicio o solución. El debate no es baladí, en tanto en cuanto permite la conversión de la inversión a gasto corriente, abriendo la puerta al desarrollo de diferentes modelos contables para el reconocimiento de soluciones que curan patologías crónicas.

Asimismo deberá diferenciarse entre innovación clínica, operativa y financiera.

Una vez definido y unificado el concepto deberán establecerse las acciones necesarias mediante las meto-

TABLA VIII. Frame work

INNOVACIÓN	FINANCIACIÓN	OPORTUNIDADES EN EL MARCO NORMATIVO	INICIATIVAS DESDE LA INDUSTRIA	MEDICIÓN DE RESULTADOS
Es necesario crear una agencia que acote el alcance del concepto innovación objetivable y conocida con antelación (¿Producto? ¿Servicio? ¿Solución?) ... Mediante consenso de todos los agentes decisores.... --- estableciendo criterios explícitos y transparenes ... diferenciando entre clínica, operatirva y financiera ... posibilitando establecer plazos, cuantías y necesidades	Acuerdos para generar modelos alternativos a nivel estatal, regional y entes prestadores	Definir. informar y formar a todos los agentes en el potencial máximo de la normativa de contratación pública	Análisis Big Data por agentes neutros y por especialidades	Determinar metodologías para medir los resultados de forma continuada y sostenible (análisis multicriterio y con valor social)
Pasar de producto con servicio conversión inversión a gasto corriente	Acercar de forma efectiva los procesos de financiación y de compra, tanto a nivel ministerial como de comunidades	Formación para la especialización: farmacéutico, hospital, enfermería...	Abrir la posibilidad de colaborar con hospitales con indicadores menos favorables para la mejora de los mismos	Tipos de resultados que se recomienda medir: económicos, en salud, etc.
Diferentes modelos contables para el reconocimiento de soluciones que curan patologías crónicas	Creación de fondos para inversiones de alto impacto (innovación disruptiva)	Canon de colaboración al conocimiento en concursos CPP	Colaboración en la gestación de enfermedades prevalentes y/o crónicas con alta presión social y con asociaciones de pacientes	Portal de evidencia económica de productos y proyectos realizados con medición de ROI (transparencia)
	Acuerdos de modelos de financiación ámbitos central-autonómico, provisor de servicios	Pagos por uso y otros modelos de riesgo compartido	Incentivar centros de excelencia hospitalaria-industria y/o hospital-atención primaria	
	Buscar mecanismos de financiación vía RSC para proyectos con ROI clínico-social	Regular la promoción de proyectos y colaboración en los mismos	Cátedras para unidades de gestión clínica o similar	
	Pago por uso de tecnología sanitaria con métricas consensuadas administración-industria		Incrementar el compromiso en la prevención	

dologías apropiadas para buscar el consenso de todos los agentes decisores en la evaluación de la situación de la innovación y en las estrategias de impulso de la misma. Posibilitando con ello establecer plazos, cuantías y necesidades.

Ámbito de la financiación

Hay que fomentar acuerdos para generar modelos alternativos de financiación a nivel estatal, regional y entes prestadores.

Asimismo es imprescindible acercar de forma efectiva los procesos de financiación y de compra, tanto a nivel ministerial como de comunidades. El objetivo es fomentar acordar modelos de financiación en los ámbitos central-autonómico-provisor de servicios.

Paralelamente se propone la creación de fondos para inversiones de alto impacto (innovación disruptiva).

De manera específica, se propone buscar mecanismos de financiación vía RSC para proyectos con ROI clínico-social.

Se propone fomentar el pago por uso de la tecnología sanitaria con métricas consensuadas administración-industria.

Ámbito del marco normativo

Los nuevos marcos normativos abren posibilidades para desarrollar lo expuesto en este documento. Pero para que eso sea una realidad es necesario definir, informar y formar a todos los agentes en el potencial máximo de la normativa de contratación pública.

Específicamente se propone formar para especializar a los profesionales sanitarios, especialmente a los farmacéuticos de hospital y a la enfermería como eje del proceso paciente.

TABLA VIII.

NIVEL	MEDIDAS
MACROGESTIÓN	Creación de órganos o agencia de innovación Acotación y alcance del concepto innovación Clasificación de la innovación entre clínica, operativa y financiera Consenso de los agentes decisores Fomentar acuerdos para generar modelos alternativos de financiación Acercar de forma efectiva los procesos de financiación y de compra Regular la promoción de proyectos y colaboración en los mismos, estableciendo un canon de pago por la colaboración al conocimiento en concursos CPP
MESOGESTIÓN	Acercar de forma efectiva los procesos de financiación y de compra Creación de fondos para inversiones de alto impacto Mecanismos de financiación via RSC para proyectos con ROI clínico-social (innovación disruptiva) Informar y formar a todos los agentes en el potencial máximo de la normativa de contratación pública Metodologías para medir los resultados de forma continuada y sostenible
MICROGESTIÓN	Fomentar el pago por uso de la tecnología sanitaria con métricas consensuadas administración-industria Formar para especializar a los profesionales sanitarios, especialmente a los farmacéuticos de hospital y la enfermería como eje del proceso paciente Fomentar los modelos de riesgo compartido Análisis de Big Data abordados por agentes neutros y por especialidades Colaboración con hospitales con indicadores menos favorables para la mejora de los mismos Colaboración en la gestión de enfermedades prevalentes y/o crónicas con alta presión social y con asociaciones de pacientes Incentivación de los centros de excelencia hospital-industria y/o hospital-atención primaria, así como las cátedras para unidades de gestión clínica o similar

Se propone regular la promoción de proyectos y colaboración en los mismos, estableciendo un canon de pago por la colaboración al conocimiento en concursos CPP.

Fomentar los modelos de riesgo compartido.

Ámbito de las iniciativas desde la industria

El Big Data es una gran oportunidad, pero los análisis que se realicen deben ser abordados por agentes neutros y por especialidades.

Es necesario abrir la posibilidad de colaborar con hospitales con indicadores menos favorables para la mejora de los mismos.

Se propone la colaboración en la gestión de enfermedades prevalentes y/o crónicas con alta presión social y con asociaciones de pacientes.

Debe de incentivarse los centros de excelencia hospital-industria y/o hospital-atención primaria, así como las cátedras para unidades de gestión clínica o similar.

Es imprescindible incrementar el compromiso en la prevención.

Ámbito de los resultados

Es necesario determinar metodologías para medir los resultados de forma continuada y sostenible (análisis multicriterio y con valor social) y publicarlos en un portal de evidencia económica de productos y proyectos realizados con medición de ROI (Transparencia) (Tabla VII).

Priorización de las medidas

Una vez las medidas se han clasificado entre macrogestión, mesogestión y microgestión, cada miembro del equipo priorizo las medidas siendo el orden elegido por consenso el reflejado en la Tabla VIII.

LAS 100 MEDIDAS

RESUMEN DE LAS PRINCIPALES MEDIDAS CONSENSUADAS

Medidas Asistenciales

1. Potenciar, difundir e implantar en los Servicios de Salud de las CCAAs, la Estrategia "No hacer" que lidera el Ministerio de Sanidad en la que participan 50 Sociedades Científicas y que define los procedimientos a eliminar de la asistencia sanitaria que no aportan valor según la evidencia científica disponible.
2. Potenciar, difundir e implantar las buenas prácticas del SNS recopiladas por el Ministerio de Sanidad.
3. Auditar y evaluar las entradas en lista de espera si sobrepasan una ratio poblacional media según un nivel consensuado, para valorar si se está haciendo adecuadamente la indicación.
4. Evaluar a los equipos de trabajo y centros sanitarios en función de resultados en salud y transparentar dicha información.
5. Monitorización de las variaciones en la práctica médica y seguimiento de las mismas con Audit clínico ante un nivel de desviación consensuado.
6. Evaluar el exceso de prescripción farmacoterapéutica, utilizando la conciliación farmacoterapéutica al alta y el Audit clínico y farmacológico en polimedicados.
7. Disponibilidad fácil a nivel asistencial para el clínico de la adecuación eficiencia y seguridad de los fármacos a través de la prescripción asistida por inteligencia artificial integrada en la historia clínica electrónica.
8. Seguir investigando y desarrollando la tecnología de biología sintética.
9. Redistribución de recursos: se debe establecer un esquema operativo de reinversión y se debe desinvertir en algunos centros para invertir en otros de referencia. Flexibilizar el régimen estatutario para poder favorecer la movilidad funcional según las necesidades.
10. Dimensionar plantillas en función de carteras adaptadas a zonas básicas adaptadas a la realidad del área sanitaria demográficamente de población. Controlar la creación del exceso de unidades funcionales hiperespecializadas.

Medidas de Evaluación

11. Centralización o coordinación estricta de las agencias de evaluación sanitaria diseminadas para hacer una priorización de las evaluaciones a realizar y un Plan Estratégico Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
12. Disponibilidad de los resultados de la evaluación de tecnologías sanitarias de manera fácil e integrada para el clínico en la historia clínica electrónica.
13. Disponibilidad de los resultados de la evaluación científica (medicina basada en pruebas o evidencia, por ejemplo, la base de datos Cochrane) accesible fácilmente por el clínico a través de la historia clínica electrónica.
14. La Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias debería hacer realmente las veces del NICE, y sus informes debieran ser vinculantes, y en dicha evaluación debe participar personal sanitario, expertos, sociedades científicas e incluso pacientes. Este dictamen vinculante ha de evitar las re-evaluaciones de los diferentes niveles (nacional-autonómico y local). Debe ser preceptiva a la autorización y difusión de la tecnología, estableciéndose reglas claras y explícitas.
15. Uso de indicadores con enfoque triple meta en los sistemas de información, gestión clínica vinculada a resultados. Se pueden asignar presupuestos de acuerdo a una política de recursos humanos que esté ligada a resultados (esto puede llevar a la desfuncionarización). Se puede disponer de indicadores precisos y válidos que faciliten la comparación entre los centros (por ejemplo, indicadores basados en la prescripción o en la implementación práctica de análisis de coste-utilidad con las desinversiones que suponen).

Medidas de integración asistencial

16. Extender el modelo de atención integrada por procesos únicos consiguiendo el continuo asistencial atención primaria-especializada más allá de la coordinación.

17. Que la información clínica sea integrada y esté accesible a todos los niveles incluido el sociosanitario. Implica interoperabilidad de los sistemas de información sociosanitaria, más allá de los puramente sanitarios.
18. Invertir en procesos que mejoren el nivel de ambulatorización y las rutas asistenciales como estrategias a potenciar.
19. Integración efectiva de estructuras, eliminando barreras y duplicidades entre la atención especializada, la atención primaria y los recursos sociales,
20. Atención Primaria debe liderar el proceso de ambulatorización y Atención Domiciliaria integrando en ella todos los recursos disponibles para garantizar una adecuada asistencia y establecer la mejor atención según nivel de complejidad.
21. Integrar bajo una única estructura organizativa los recursos de atención a domicilio que actualmente se encuentran en Atención Especializada, ámbito social, cuidadores y Atención Primaria para que los resultados sean sostenibles y coordinados, eliminando ineficiencias y barreras.
22. Establecer un nuevo modelo de convenio/contrato público que unifique y permita centralizar compras aplicando criterios de gran escala de tal manera que puedan beneficiarse Sanidad, Servicios Sociales y público en general bajo un único paraguas.

Medidas de gestión de la Información y Nuevas Tecnologías

23. Seguir desarrollando portales de salud de pacientes donde el ciudadano pueda acceder a toda su información asistencial y pueda gestionar aspectos de su asistencia como las citas e informes.
24. Debería crearse una oficina nacional para la interoperabilidad de la historia clínica electrónica responsable de elaborar la normativa, de incentivar la integración de los diferentes actores y de proveer de la certificación necesaria para regular el modelo y desarrollar un Plan Nacional de Interoperabilidad de la información sanitaria del ciudadano.
25. Establecer certificaciones de interoperabilidad de los sistemas de información sanitaria fomentando e incentivando el desarrollo de sistemas interoperables.
26. Liderazgo estratégico del Ministerio de Sanidad para la interoperabilidad de la información sanitaria de los pacientes y ciudadanos a través de la citada oficina y del Plan Estratégico de interoperabilidad. En este sentido, se debe asimismo fomentar el liderazgo estratégico en las organizaciones como palanca de transformación.
27. Fomentar la donación de datos entre administraciones para facilitar el desarrollo de un Big Data interoperable. Creación de biobancos de datos similares a los de órganos y muestras.
28. Desarrollo de investigación clínica y epidemiológica a través de sistemas de análisis inteligente de datos (Big Data, Advance Analytics, IA).
29. Uso del Big Data y otros sistemas de análisis inteligente de datos para ayuda a la toma de decisiones clínicas.
30. Uso del Big Data y otros sistemas de análisis inteligente de datos para ayuda a la toma de decisiones gestoras.
31. Desarrollo de gestión remota de pacientes crónicos. Uso de la telemedicina en función de la evidencia disponible y también en investigación para generar evidencia.
32. Seguir desarrollando tecnologías para la captación de datos de manera precisa que enriquezcan la cantidad de información disponible en los sistemas de Big Data y permitan la toma de decisión clínica de manera más segura.
33. Mejorar la forma de comunicación de los agentes tecnológicos, para generar y dirigir mensajes específicos a la población general, las administraciones y los grupos de inversión, que generen un círculo virtuoso de demanda de tecnología.

Medidas de Empoderamiento del Paciente y Promoción de Salud

34. Los portales de salud deben tener información comprensible de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, válida desde el punto de vista científico.
35. Que el ciudadano tengo sus datos de salud accesibles en la nube de manera segura y descargable a modo de

mochila de salud, incluyendo además de datos clínicos, sus preferencias, testamento vital y cualquier dato de interés para su bienestar.

36. Desarrollar "píldoras de información" para el ciudadano/paciente de manera que esté informado de manera permanente a través de la inteligencia artificial, de qué puede hacer para mejorar su salud en su proceso asistencial y vital, a través de canales accesibles y fáciles (Smartphone, redes sociales, etc.).
37. Desarrollo de recursos 2.0 para el ciudadano activo con su salud: mapa de recursos asistenciales y de promoción de salud disponible, actividades saludables, cursos, dietas, deporte, etc.
38. Transparentar la información de eficacia clínica y seguridad asistencial de los proveedores asistenciales, médicos y otros profesionales, equipos e instituciones.
39. Desarrollar la capacidad real del usuario/ciudadano para elegir proveedor de salud en base a la información disponible y transparentada.
40. Formación reglada a pacientes en autocuidados a través de guías e itinerarios formativos en autocuidados específicos.
41. Potenciar la promoción y prevención en Atención Primaria con programas específicos liderados por enfermería.
42. Puesta en marcha de grupos focales de pacientes en áreas sanitarias críticas (Urgencias, UCI, Cirugía, Oncología, etc).

Medidas de Integración Sociosanitaria

43. Fomentar una verdadera integración sociosanitaria; que el sistema de servicios sociales participe en la gestión del paciente social en el entorno sanitario y viceversa.
44. Concertación de Camas de cuidados medios sociosanitarios e integración en la red de uso público.
45. Concertación de cuidados ambulatorios sociosanitarios en régimen domiciliario, de hospital de día o de consulta ambulatoria para atención al paciente sociosanitario.
46. Planes para cuidar del cuidador, estableciendo ayudas al descanso y apoyo al cuidador principal de pacientes sociosanitarios dependientes.
47. Desarrollo de foros de encuentros de profesionales sociosanitarios como paso previo fomentando el conocimiento mutuo y el trabajo en equipo.
48. Rotaciones cruzadas de profesionales de servicios sociales y sanitarios en ámbitos distintos a los suyos, donde puedan aprender y compartir habilidades que lleven a la coordinación y/o integración.
49. Equipos médicos públicos con desplazamientos a residencias, responsables del plano "salud".
50. Médicos de residencias con capacidad de prescribir/recetar.
51. Apuesta medio y largo plazo por la integración sanitaria y social. Desarrollo de un Plan Estratégico Sociosanitario a nivel global liderado por un Ministerio Unificado de Sanidad y Asuntos Sociales o bien, si están separados, por ambos.
52. Historia sociosanitaria integrada informatizada, no solo clínica y sanitaria sino también social.
53. Humanizar la asistencia sociosanitaria mediante planes operativos que incluyan incentivos a la mejora de indicadores de humanización.
54. En los planes de estudio de pregrado y de postgrado de las profesiones sociosanitarias debe haber desarrollo específico de las competencias en comunicación y humanización, y evaluarlas.
55. Introducir la figura de gestión de casos para la mejora de la atención sociosanitaria.

Medidas Organizativas y Atención Domiciliaria

56. Desarrollo de organizaciones sanitarias líquidas que interactúan con el entorno social, los pacientes y los ciudadanos.
57. Definir una cartera de servicios común, con un mapa geográfico social y sanitario idéntico, e integrando en ella la atención domiciliaria.
58. Invertir en procesos que mejoren el nivel de ambulatorización y las rutas asistenciales como estrategias a potenciar.
59. Establecer estándares de atención centrada en la persona y mejorarlos a través del benchmarking.
60. Potenciar la enfermería como figura estratégica en este nuevo cambio de paradigma asistencial estableciéndose nuevos roles y rediseñando competencias.

61. Implementar las especialidades de enfermería.
62. Potenciar la enfermera de práctica avanzada en gestión de casos.
63. Establecer un cambio de rol en la consulta de Atención Primaria hacia la proactividad en lugar de la demanda.
64. Rediseño de agendas de atención primaria para incluir la atención domiciliaria como herramienta dentro de la estrategia de la atención a la cronicidad, como eje fundamental que permita anticipar riesgos y mejorar en salud.
65. Realizar unas intervenciones educativas y formativas en los profesionales para conseguir una adecuada sensibilización, formación y liderazgo clínico ante las nuevas necesidades de salud de la población relacionadas con la cronicidad, los cuidados, la comunicación, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
66. Desarrollo de la gestión clínica con criterios consensuados a nivel nacional para un mayor empoderamiento de los profesionales.

Medidas de benchmarking y seguridad del paciente

67. Creación de un sistema de benchmarking nacional no solo de CCAAs, (Plan Nacional de Benchmarking) para ello se podrían aprovechar los existentes privados e integrarlos en una estrategia de medición y mejora nacional, y de compartir buenas prácticas (por ejemplo, el proyecto top 20, el best in class, etc.).
68. Desarrollo e impulso de la estrategia nacional de seguridad del paciente con el benchmarking de indicadores de seguridad a nivel nacional.
69. Compartir a nivel nacional las buenas prácticas en seguridad del paciente que acredite el Ministerio de Sanidad.
70. Aprovechar e integrar iniciativas globales de seguridad desarrollas a nivel privado para implementarlas a nivel más global contribuyendo al benchmarking de seguridad del paciente a nivel nacional.
71. Potenciar y estandarizar el registro de efectos adversos difundiendo la cultura de seguridad entre todos los profesionales.
72. Desarrollo de escuelas de pacientes en todas las CCAAs donde los iguales interactúen y formen a otros pacientes.

Medidas de compras y gestión

73. Seguir avanzando en la estrategia de compras centralizadas para mejorar los precios por volumen.
74. Desarrollar grupos de trabajo para compras centralizadas de tecnología y prótesis para poder obtener de manera consensuada la mejor tecnología al mejor precio.
75. Hay que definir la innovación que aporta valor bajo criterios consensuados. Usar la compra de medicamentos por resultados y por valor.
76. Definir y establecer mecanismos de financiación extraordinaria para la innovación cara y para los casos de enfermedades raras con tratamientos caros.
77. Desarrollar los mecanismos de compra innovadora ante concursos complejos. Establecimiento de nuevas fórmulas de contratación de riesgo compartido de fármacos como el pago por resultados, o el pago poblacional con topes anuales.
78. Mejorar las condiciones regulatorias del uso de las nuevas tecnologías de la comunicación y los datos para facilitar la interoperabilidad.
79. Desarrollar e implantar planes de eficiencia energética en centros hospitalarios y sanitarios.
80. Favorecer la cogeneración energética mediante energías limpias (solar) en centros hospitalarios.
81. Renegociar frecuentemente los contratos con compañías eléctricas para obtener ahorros aprovechando la liberalización del sector. Se podría considerar el sector sanitario público como de especial protección con una tarifa eléctrica más barata.
82. Intentar participar en el proceso de desarrollo de los medicamentos a través de la investigación pública o la colaboración pública-privada para obtener beneficios en la compra de los mismos.
83. Se propone la creación de fondos para inversiones de alto impacto (innovación disruptiva).

Medidas de Incentivación a los profesionales

84. Diseño transparente de incentivos en el SNS alineado con la estrategia del mismo.

85. Desarrollo de Incentivos relacionados con objetivos que impliquen un resultado de ganancia neta de salud.
86. Implementar incentivos que supongan una diferenciación retributiva basada en la contribución de cada profesional a los resultados de la organización sanitaria.
87. La gestión clínica debe convertirse en una herramienta de la implementación de incentivos. Mediante el diseño transparente y participativo del modelo de incentivos.
88. Poner en marcha medidas de incentivación no económicas basadas en el establecimiento de estrategias y espacios de participación y cocreación con pacientes y profesionales. Establecimiento de objetivos SMART.
89. El sistema sanitario debe flexibilizarse con una adecuada movilidad de personas y capitales, estimulando la meritocracia y la competencia

Medidas de Buen gobierno y Transparencia

90. Aplicar principios de buen gobierno y transparencia a la gobernanza del sistema sanitario.
91. Los directivos sanitarios deben ser profesionales sanitarios acreditados y nombrados en función de méritos y proyectos.
92. La gestión sanitaria debe aparecer regulada en la ley de ordenación de las profesiones sanitarias.
93. La gestión sanitaria podría regularse a través de diplomas de acreditación o diplomas de acreditación avanzada. Acreditación de directivos de la salud con itinerarios formativos propios.
94. Volver a conceder autonomía de gestión a los centros sanitarios para poder desarrollar una gestión clínica más potente.
95. Debe de incentivarse los centros de excelencia hospital-industria y/o hospital-atención primaria, así como las cátedras para unidades de gestión clínica o similar.
96. Es necesario determinar metodologías para medir los resultados de forma continuada y sostenible (análisis multicriterio y con valor social) y publicarlos en un portal de evidencia económica de productos y proyectos realizados con medición de ROI (transparencia).

Medidas de internacionalización del Sector

97. Establecer una estrategia de internacionalización de nuestro sector salud basado en las ventajas competitivas que ofrecemos como país y sistema de salud.
98. Fomentar la marca España para el turismo de salud a través de una nueva estrategia que cambie el paradigma actual, conduciendo al país a una nueva dimensión para estar en la "liga" de los líderes.
99. Generar sinergias entre las diferentes medidas de internacionalización de sector salud en España para liderar un nuevo proceso a nivel global, que pase por un cambio disruptivo en el uso de la tecnología en una clara integración con la exportación integral de servicios y talento, para fomentar la promoción de España y de su sistema de salud.
100. Fomentar la internacionalización de nuestro sector salud exportando talento, know how, servicios y tecnología.

BIBLIOGRAFÍA

Acerete B, Stafford A, Stapelton P.Spanish healthcare public private partnerships: The 'Alzira model'Critical Perspectives on AccountingVol 22, 6, 2011, 533–549 Accesible en:http://dx.doi.org/10.1016/j.cpa.2011.06.004

Alvarez Arturo y Durán Antonio. Spain's hospital autonomy. Muddling Through the Economic Crisis – EuroHealth. Vol 19 Nº1. Abril 2013. Accesible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/186021/EuroHealth-v19-n1.pdf

Aranaz Andrés, Jesús Mª et al. Estudio Nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización 2005.Ministerio de Sanidad y Consumo de España 2006.

Arenas Díaz CA y Junta Directiva SEDISA. Declaración de Sedisa sobre las reformas en el Sistema nacional de Salud en España 2013. Revista SEDISA Siglo XXI, nº 28, febrero 2013. Accesible en: http://sedisasigloxxi.es/spip.php?mot30

Arenas Díaz CA, Herrera Molina E, Giménez Artes A. Evolucionando hacia un Modelo Sociosanitario de Salud - Iniciativas para avanzar en el recorrido. Fundación Economía y Salud (Noviembre 2013) Accesible en: http://www.redaccionmedica.com/contenido/images/InformeFundaci%C3%B3nEconom%C3%ADaySaludvNoviembre%281%29.pdf

Arenas Díaz CA. Gestion Clínica: ¿Moda o necesidad?. 2013. Redacción Médica. Accesible en: http://www.redaccionmedica.com/opinion/gestion-clinica-moda-o-necesidad-7194

Arenas Díaz Carlos Alberto. Eficiencia de las Concesiones Administrativas Sanitarias de la Comunidad Valenciana. Revista Sedisa Siglo XXI. 2013. Accesible en: http://sedisasigloxxi.es/spip.php?article373

Arenas Díaz, C A.Sostenibilidad del Sistema Sanitario en España.Sedisa Siglo XXI. Noviembre 2011. Accesible en: http://www.sedisasigloxxi.com/spip....

Arenas Díaz, Carlos Alberto. Aportación de internet y las redes sociales a la promoción de la salud. Sedida Siglo XXI nº 27. 2013. Accesible en: http://www.sedisa.net/documentos/article_a305.pdf

Arenas Díaz, Carlos Alberto. Copago, ticket moderador, ticket disuasorio, tasas y otras hierbas. Blog salud Social. 2011. http://www.saludsocial.blogspot.com/2011/03/normal-0-21-false-false-false.html

Arenas Díaz, Carlos Alberto. Déficit de las Comunidades Autónomas y gasto sanitario.Blog Salud Social 2011.(http://www.saludsocial.blogspot.com/2010/12/deficit-de-las-comunidades-autonomas-y.html

Arenas Díaz, Carlos Alberto; Mases Rosinés, Joel; López del Val, Alejandro. Financiación Sanitaria y Crisis Económica en España. Sedisa Siglo XXI nº 35. 2014. Accesible en: http://www.sedisasigloxxi.es/spip.php?article451

Artazcoz Lucía, Juan Oliva, Vicenta Escribá-Agüir y Óscar Zurriaga. Informe SESPAS 2010: La Salud Pública en la sociedad española: Hacia la salud en todas las políticas.Gaceta Sanitaria 2010 Vol.24 Núm. Supl.1

Beltran, Alejandro; Forn, Ramón; Garicano, Luis; Martínez, Maria del Mar; Vázquez, Pablo. Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario.MacKinsey&Company y Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA). 2009.

Bodie GD, Dutta MJ. Understanding health literacy for strategic health marketing: eHealth literacy, health disparities, and the digital divide. Health Mark Q. 2008;25(1-2):175-203.

Bundorf M Kate, Todd H Wagner, Sara J Singer, and Laurence C BakerWho Searches the Internet for Health Information?Health Serv Res. 2006 June; 41(3 Pt 1): 819–836.doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00510.x: PMC1713205

Burke Beckjord Ellen, Lila J Finney Rutten, Linda Squiers, Neeraj K Arora, Lindsey Volckmann, Richard P Moser, and Bradford W Hesse. Use of the Internet to Communicate with Health Care Providers in the United States: Estimates from the 2003 and 2005 Health Information National Trends Surveys (HINTS) J Med Internet Res. 2007 Jul-Sep; 9(3): e20.Published online 2007 July 12. PMC2047283 Accesible en http://www.jmir.org/2007/3/e20/

Cátedra FEDEA McKINSEY Informe. Impulsar un cambio posible en el Sistema Sanitario. 16 de noviembre de 2009.

Círculo de Sanidad. ¿QUÉ HACEMOS CON EL MODELO SANITARIO? La opinión de los expertos. 50 propuestas para el futuro - Marzo 2015 Accesible en: http://www.circulodelasanidad.com/Grupo/Documents.aspx

Coduras Martínez, Alicia et al. Gestión de tres procesos asistenciales según personalidad jurídica. Revista de la Sociedad Española de Directivos Sanitarios (SEDISA Siglo XXI). 2009.

Collins SK. Corporate social responsibility and the future health care manager. Health Care Manag (Frederick). 2010 Oct-Dec;29(4):339-45.

Consejo Asesor. Ministerio de Sanidad Comisión Permanente. Informe para la sostenibilidad del SNS - 11-junio-2013 Accesible en: http://www.riberasalud.com/ftp/biblio/31072013131110INFORME_SOSTENIBILIDAD.pdf

Consejo Económico y Social de España. Informe 01|2010. Desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social en el sistema sanitario. 2010.

Cooper Z, Gibbons S, Jones S, McGuire A. Does Competition Improve Public Hospitals' Efficiency? Evidence from a Quasi-Experiment in the English National Health Service.CEP Discussion Paper No 1125. February 2012. http://eprints.lse.ac.uk/42057/

Cornejo Ovalle M. MECANISMOS DE DISTRIBUCIÓN DEL SISTEMA DE PAGO CAPITATIVO: Revisión de algunas experiencias internacionales. TESINA Master en Salud Pública 2007-2008 Universidad Pompeu Fabra julio de 2008. Accesible en:http://www.consorci.org/accessos-directes/servei-destudis/documents-sepps/Marco%20Cornejo_2008_%20Mecanismos%20distribucion%20sistema%20pago%20-Master.pdf

Corrales Nevado A et al. Continuidad de cuidados, Innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS. 2012. Cáceres

Del Llano J, Ortún V, Martín JM, Gené J. Gestión Sanitaria: Innovaciones y desafíos. Ed. Masson 1998.

Deloitte y Pharmatalens . El sistema sanitario en España. Situación actual y perspectivas de futuro (Noviembre 2014) Accesible en: http://www.pharmatalents.es/assets/files/Estudio_Sector_Sanitario_Completo.pdf

Devisch I. Co-Responsibility: a New Horizon for Today's Health Care?Health Care Anal. 2011 May 25.

Duran Antonio, Saltman Richard B. Innovative strategies in governing public hospitals-EuroHealth. Vol 19 Nº1. Abril 2013. Accesible en:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/186021/EuroHealth-v19-n1.pdf

Elola J. Políticas Sanitarias y Gestión Sanitaria en España. XXVI Seminario Interdisciplinar de la Cátedra de Bioética. Universidad Pontificia de Comillas. 2012.

Europe Sees Mixed Results From Public-Private Partnerships For Building And Managing Health Care Facilities And Services. Health Aff January 2013 32:1. 146-154;

Fundación BBVA-Ivie - 4ª Edición Informe Fundacion BBVA-Ivie 2014. Crecimiento y competititivad . Diciembre 2014 . Accesible en: http://www.fbbva.es/TLFU/dat/Informe%20FBBVA-IVIE-2014_web.pdf

Fundación Economía y Salud. Evolucionando hacia un modelo Sociosanitario de Salud. Iniciativas para avanzar en el recorrido. 2013. Madrid.

Fundación Economía y Salud. La aportación Enfermera a la Sostenibilidad del Sistema Sanitario. Repercusión Económica de los Cuidados. 2015. Alicante.

Fundación Gaspar Casal. Gestion Clínica. 2011. Accesible en: http://www.fgcasal.org/publicaciones/GCAplicada%20a%20Unidades%20del%20Dolor.pdf

Giddens JF, Walsh M. Collaborating across the pond: the diffusion of virtual communities for nursing education.J Nurs Educ. 2010 Aug;49(8):449-54.

Gil, Vicente; Barrubés, Joan; Álvarez, Juan Carlos; Portella, Eduard. Sostenibilidad financiera del sistema sanitario: 10 medidas estructurales para afrontar las causas del crecimiento del gasto.Accesible en: http://www.antares-consulting.com/es_ES/main/detallepublicacion/Publicacion/2/apartado/C/idUnidad/4

Gonçalvez, P et al. Informe Cronos: Hacia el cambio de paradigma en la atención a pacientes crónicos. The Boston Consulting Group. 2014. Madrid

Guerrero Fernandez Mariano. El ciudadano y la salud. El paciente activo ante su salud. Monografía Ferrer (Mayo 2014 - - UCAM) Accesible en: http://www.riberasalud.com/ftp/biblio/16052014113952EL%20PACIENTE%20ACTIVO.pdf

Guerrero Fernández Mariano. Nuevas tendencias en marketing sanitario. La información en el paciente activo ante su salud. Catedra Roche-UCM de Diagnóstico e Innovación - Julio 2014 Accesible en: http://www.riberasalud.com/ftp/biblio/16072014125741E30.GUERRERO.PDF

Guerrero Fernández Mariano. Soc. Española Directivos Salud (SEDISA). Informe sobre la Profesionalización de los Directivos de la Salud. (Febrero 2013) Accesible en: http://www.riberasalud.com/ftp/biblio/12022013110751profesion.pdf

Healthmatters. The Beveridge Model. Accesible en: http://4.blogspot.com.es/2010/12/beveridge-model.html

IASIST Resultados Hospitales TOP 20 – 2011. Accesible en: http://www.iasist.com/files/TOP_20_2011_Resultados.pdf

IASIST. Evaluación de resultados de los Hospitales en España según su modelo de gestión. 2012. Accesible en: http://www.iasist.com/files/Modelos_gestion_0.pdf

IDIS.Informe IDIS - Sanidad Privada: Aportando Valor.Análisis de situación 2014 -Versión 1.0- Anexo: La colaboración público-privada en Sanidad (Noviembre 2014) Accesible en: http://www.fundacionidis.com/wp-content/informes/anexoidis_aportvalor2014_web.pdf

Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del SNS. 1991. Accesible en: http://es.scribd.com/doc/13394232/InformeAbril

Institute of Medicine (US), Roundtable on Environmental Health Sciences, Research, and Medicine. Global Environmental Health in the 21st Century: From Governmental Regulation to Corporate Social Responsibility: Workshop Summary. Washington (DC): National Academies Press (US); 2007. Accesible en http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53989/

Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España 2014. 2014. Madrid.

Instituto Nacional de Estadística. Proyección de la Población Española 2014-2064. 2014. Madrid.

Jacob J. Consumer access to health care information: its effect on the physician-patient relationship.Alaska Med. 2002 Oct-Dec;44(4):75-82.

Jaume Puig-Junoy. Gestión Clínica y Sanitaria. Proyecciones del gasto público en sanidad y dependencia: no sólo de demografía se alimenta el crecimiento del gasto. Volumen 8. Número 4. 2006. Barcelona.

Jeanne M. Gabriele, Tiffany M. Stewart, Alicia Sample, Allison B. Davis, Ray Allen, Corby K. Martin, Robert L. Newton, Jr, and Donald A. Williamson.Development of an Internet-Based Obesity Prevention Program for Children. J Diabetes Sci Technol. 2010 May; 4(3): 723–732. Published online 2010 May 1.Accesible en http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2901051/?tool=pmcentrez

Jiménez-Martín, Sergi; Oliva, Juan; Villaplana Prieto, Cristina, et al. Sanidad y dependencia; matrimonio o divorcio. Circulo de la Sanidad. 2011.

Jiménez-Pernett Jaime, Antont o Olry de Labry-Lima, Clara Bermúdez-Tamayo, Jose Francisco García-Gutiérrez, and Maria del Carmen Salcedo-Sánchez. Use of the internet as a source of health information by Spanish adolescents. BMC Med Inform Decis Mak. 2010; 10: 6.Published online 2010 January 29. Accesible en http://www.biomedcentral.com/1472-6947/10/6

Joumard, Isabelle; Hoeller, Meter; André, Christophe; Nicq, Chantal. Health Care Systems: Efficiency and Policy Settings. OECD 2010.

Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians.A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.

Ledo, Amparo. La deuda sanitaria de las autonomías asciende a 15.700 millones de euros. La Gaceta. Edición digital: 29-12-2012 Accesible en: http://www.intereconomia.com/noticias-gaceta/sociedad/deuda-sanitaria-autonomias-asciende-15700-millones-euros-20120222

Levy JA, Strombeck R. Health benefits and risks of the Internet.J Med Syst. 2002 Dec;26(6):495-510.

Ley 15/1997 sobre habilitación de nuevas formulas de gestión en el SNS. BOE num. 100, de 26 de de abril de 1997.

Lopez del Val. A. Arenas Díaz CA. Los actores del Sistema de Salud en España.Revista SEDISA Siglo XXI. Junio 2012. Accesible en: http://sedisasigloxxi.es/spip.php?article280

López i Casasnovas Guillem. Las cifras del gasto sanitario en su comparativa. Errores y omisiones.Gestión Clínica y Sanitaria, Vol.12, Núm.1, Primavera. Accesible en: http://www.upf.edu/pdi/cres/lopez_casasnovas/_pdf/GSC43.pdf

Lupiáñez-Villanueva Francisco.Internet, Salud y Sociedad. Análisis de los usos de Internet relacionados con la Salud en Catalunya. Tesis Doctoral.Universitat Oberta de Catalunya 2009. Accesible en : http://www.ictconsequences.net/uoc/pdf_tesis/tesis_flupianez.pdf

Mañez Miguel Angel. Influencia del Marketing en la seguridad del paciente.Ponencia en las Jornadas de Uso adecuado del medicamento. Plasencia (Caceres) - 10/11/2009.http://www.slideshare.net/manyez/marketing-social-y-seguridad-del-paciente-2487730

Mañez Miguel Angel. Us estrategit de la web 2.0 en el sector de la salut. Presentación en las Jornadas "Salud 2.0: La web 2.0 aplicada a la salud" celebradas en el Cibernarium(Barcelona) el 09/02/2012. http://www.slideshare.net/manyez/uso-estratgico-de-la-web-20-en-el-campo-de-la-salud

Marín Ferrer, Manuel; de Rosa Torner, Alberto. Nuevas formas de gestión sanitaria: "Modelo Alzira". Instituto de Estudios Económicos. 2007.

Martín Martín J J; López del Amo González M P.The sustainability of the Spanish National Health System.Ciênc. saúde coletiva vol.16 no.6 Rio de Janeiro June 2011.

Martínez López, José. Esperanza de Vida en las Comunidades Autónomas de España. Blog Apuntes para la Reflexión Sanitaria. Marzo 2012. Accesible en: http://reflexionsanitaria.blogspot.com.es/2012/03/esperanza-de-vida-en-las-comunidades.html

McClellan Mark with James Kent, Stephen Beales, Michael Macdonnell, Andrea Thoumi, Benedict Shuttleworth and Samuel Cohen. Accountable Care. Focosing accountability on the outcomes that matter Report of the Accountable Care Working Group 2013. World Innovation Summit for Health (WISH). Qatar. Diciembre 2013 Accesible en:http://www.wish-qatar.org/app/media/384

Meneu Ricard. Blog de la Revista GCyS. Gestión Clínica y Sanitaria. Accesible en: http://gcs-gestion-clinica-y-sanitaria.blogspot.com.es/

Miguélez-Chamorro, A, Ferrer-Arnedo, C. La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad. Volumen 24, Issue 1, January–February 2014, Pages 5–11. 2014. Madrid

Ministerio de Sanidad y Consumo. Marco estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. 2007. Madrid.

Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el sistema nacional de salud. 2012. Madrid.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Los Sistemas Sanitarios en los países de la UE (2014.) Accesible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/home.htm

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Portal estadístico del SNS. Accesible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/finGastoSanit.htm

Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2008: Comunidad Valenciana.Accesible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2008/ComunidadValencianaSNS2008.pdf

Mira JJ, Llinás G, Pérez-Jover V. Habits of Internet users and usefulness of websites in Spanish for health education.World Hosp Health Serv. 2008;44(1):30-5.

Mira Solves, José Joaquín; Llinás Santacreu, Gilberto; Lorenzo Martínez, Susana; Aibar Remón, Carlos. Uso de internet por médicos de primaria y hospitales y percepción de cómo influye en su relación con los pacientes.Atención Primaria. 2009 ;41:308-14. - vol.41 núm 06.

Montano BS, Garcia Carretero R, Varela Entrecanales M, Pozuelo PM. Integrating the hospital library with patient care, teaching and research: model and Web 2.0 tools to create a social and collaborative community of clinical research in a hospital setting.Health Info Libr J. 2010 Sep;27(3):217-26

NHS England and NHS Trust Development Authority. NHS Futures Summit Report. Transformative ideas for the future NHS: a call to action - Marzo 2014 Accesible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/301298/Final_Futures_Summit_Report_Feb_2014.pdf

Nicholson MS, Leask J. Lessons from an online debate about measles-mumps-rubella (MMR) immunization.Vaccine. 2011 Nov 7.

OCDE. Base de datos de la OCDE sobre la salud 2012. España en comparación. Briefing. Accesible en:http://www.oecd.org/spain/BriefingNoteESPANA2012inSpanish.pdf

OECD.StatExtracts.http://stats.oecd.org/

Or CK, Karsh BT. A systematic review of patient acceptance of consumer health information technology.J Am Med Inform Assoc. 2009 Jul-Aug;16(4):550-60. Epub 2009 Apr 23. http://jamia.bmj.com/content/16/4/550.long

Ortún V.30.000 euros por AVAC. Economía y salud nº 49. Enero 2004. Accesible en:http://www.econ.upf.edu/~ortun/publicacions/30000.pdf

Para Ignacio. Un nuevo Sistema Sanitario para España. La despolitización de la Sanidad . Editorial F. Bamberg - Septiembre 2014. Accesible en: http://www.riberasalud.com/ftp/biblio/25092014121414BIBLIO.pdf

Peiró S. Para salir del hoyo, lo primero es dejar de cavar. Aten Primaria. 2012. Accesible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.08.001

Pérez Cañellas, Elena. LAS AGENCIAS DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS EN ESPAÑA. Análisis de actividad y situación actual .Tesina Master en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios XX Edición. Fundación Gaspar Casal y Universidad Pompeu Fabra Director: Álvaro Hidalgo Vega. Febrero 2011.

Price Waterhouse Cooper -Shifting to accountable care: characteristics and capabilities (2014) Accesible en: http://www.pwc.co.uk/government-public-sector/healthcare/publications/shifting-to-accountable-care-characteristics-and-capabilities.jhtml

Price Waterhouse Cooper. Diez Temas Candentes de la Sanidad Española para 2013: para que la crisis económica no se transforme en una crisis de salud pública (Abril 2013) Accesible en: http://www.riberasalud.com/ftp/biblio/25042013144923pwc_i.pdf

PriceWaterhouseCooper. Diez temas candentes de la sanidad española. Dos agendas simultaneas: recortes y reformas. 2012. Accesible en: http://kc3.pwc.es/local/es/kc3/publicaciones.nsf/V1/A408DA7FDD4D09A3C12579E50032CD56/$FILE/temas-candentes-sanidad-2012-pwc.pdf

PriceWaterhouseCoopers. Diez temas Candentes de la Sanidad Española 2011. Accesible en: http://kc3.pwc.es/local/es/kc3/publicaciones.nsf/V1/C3E57115C101721DC125786200512BD5/$FILE/Informe%2010%20temas%20candentes%20Sanidad%202011_final.pdf

Proyecto somos Pacientes.http://www.somospacientes.com/

Puig Junoy J.El Euro sanitario Alemán.El País 10-12-2012. Accesible en:http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/12/10/actualidad/1355161633_187880.html

Puig-Junoy J. (2012). ¿Quién teme al copago? El papel de los precios en nuestras decisiones sanitarias. Barcelona: Libros del Lince.

Puig-Junoy J. La necessària responsabilitat financera individual en sanitat, Annals de Medicina, 2009, 92: 64-66. http://www.econ.upf.edu/~puig/publicacions/Any2009/deBAT_Puig-Junoy.pdf

Puig-Junoy, J. ¿Recortar o desinvertir?, Economía y Salud, Boletín de la AES, Diciembre 2011 nº 72. Accesible en: http://www.econ.upf.edu/~puig/publicacions/Any2011/AES2011.pdf

Redmond Nicole, Baer Heather J., Clark Cheryl R., Lipsitz Stuart, and Hicks LeRoi S. Sources of Health Information Related to Preventive Health Behaviors in a National Study. Am J Prev Med. 2010 June; 38(6): 620–627.e2. PMC2885154 Accesible en http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2885154/?tool=pmcentrez

Ricardo F Muñoz. Using Evidence-Based Internet Interventions to Reduce Health Disparities Worldwide. J Med Internet Res. 2010 Oct-Dec; 12(5): e60. Published online 2010 December 17. PMC3057307 Accesible en http://www.jmir.org/2010/5/e60/

Robbins, S. Los programas de pago variable en la práctica, en: Comportamiento organizacional. 10 Ed. Prentice Hall 2005.

Rodríguez M, Puig-Junoy J. Por qué no hay que temer el copago, Gaceta Sanitaria, 2011. 26(1):78-9. http://www.econ.upf.edu/~puig/publicacions/Any%202012/GS2012%20copago.pdf

Rubia Vila, Francisco J, et al. Libro blanco sobre el sistema sanitario español. Academia Europea de ciencias y Artes. 2011.

Ruiz Iglesias, Lola. Gestión del Desperdicio y sostenibilidad del sistema sanitario. Ponencia en PDF. Fundación Pfizer. http://www.fundacionpfizer.org/docs/pdf/catedra_pfizer/premio_pfizer_innovacion_excelencia/ponencias/Presentacion_Dra_Lola_Ruiz.pdf

Sergio Litewka, Visiting Scholar*. Telemedicina: un desafío para américa latina.Acta Bioeth. 2005; 11(2): 127–132. PMC3102535. Accesible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2005000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria.Propuesta de la SEFAP de los medicamentos a desfinanciar por el Sistema Nacional de Salud. Agosto 2012 http://www.sefap.org/media/upload/pdf/propuesta_sefap_a_desfinanciacion_de_medicamentos_editora_2_122_2.pdf

Sociedad Española de medicina interna. Encuesta Nacional de Pacientes Crónicos. DL M-20340-2014. 2014. Madrid

Sociedad Española de Oncología: Nota de prensa. 11-12-2003- Accesible en: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/salaprensa/notasprensa/2003/11Dic2003.pdf

Strasburger VC, Jordan AB, Donnerstein E. Health effects of media on children and adolescents.An Pediatr (Barc). 2005 Dec; 63(6):516-25.

Tapestry Networks. Lessons learned from innovative health system interventions that are improving care delivery across Europe Health System Sustainability Forum.[April 2013] Accesible en: http://www.tapestrynetworks.com/issues/healthcare/using-public-private-partnership.cfm#sthash.ap1VqjL3.dpuf

Tatum S. L. Informe de Internet en España y en el mundo. Estado actual de las redes sociales en España. Junio 2011. http://www.slideshare.net/comunicarinfo/internet-en-espaa-y-en-el-mundo-2011

The Dalton Review - Examining new options and opportunities for providers of NHS care (2014) Accesible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/384126/Dalton_Review.pdf

Varela Jordi. Avances en Gestión Clínica. Blog Accesible en: http://gestionclinicavarela.blogspot.com.es/

Vergés, Joaquim. La eficiencia comparativa Empresa Pública vs. Empresa Privada: Evidencia empírica.3ª edición.Universidad Autónoma de Barcelona.Sep 2014. Accesible en: http://ddd.uab.cat/pub/estudis/2014/123138/Eficiencia_comparativa_Empresa_Publica_vs_Privada_La_evidencia_empirica.pdf

Williams RL, McPherson L, Kong A, Skipper B, Weller N; PRIME Net clinicians. Internet-based training in a practice-based research network consortium: a report from the Primary Care Multiethnic Network (PRIME Net).J Am Board Fam Med. 2009 Jul-Aug;22(4):446-52.

Word Cancer Research Fund (WRCF), American Institute from Cancer Research. Continuous Update Proyect 2011. WRCF 2011. Accesible en: http://www.wcrf.org/PDFs/CUP_report_2011.pdf

World Economic Forum. The Global Competitiveness Report 2011-201. (http://www.weforum.org/issues/global-competitiveness, acceso enero 2012).

FOTOGRAFÍAS DEL EVENTO

100 EXPERTOS
10 EQUIPOS
1 OBJETIVO
E&S
ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN
FORO BIENAL
ECONOMÍA Y SALUD

19 Y 20 DE OCTUBRE DE 2016
MADRID. CÍRCULO DE BELLAS ARTES
100 EXPERTOS
10 EQUIPOS
1 OBJETIVO
E&S
ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN
FORO BIENAL
ECONOMÍA Y SALUD

ALEXION

Tanqueray Gin

E & S

ferrer

@feconomiaysalud

WWW.FUNDACIONECONOMIAYSALUD.ORG