

100 PERSPECTIVAS PARA MEJORAR EL FUTURO DEL SECTOR SALUD



**ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN**

I FORO FUNDACIÓN ECONOMÍA Y SALUD

100 PERSPECTIVAS PARA MEJORAR EL FUTURO DEL SECTOR SALUD

**ANÁLISIS Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS
PARA MEJORAR EL SISTEMA
SANITARIO ESPAÑOL**



**ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN**

ÍNDICE

- Autoría	pág 5
- Introducción	pág 8
- Metodología	pág 9
- Bloque 1. Innovación para las nuevas definiciones de la Salud y su gestión: Hacia la Salud del futuro	pág 14
- Grupo 1. Evaluación de los Resultados en Salud	pág 16
- Grupo 2. Integración Sociosanitaria	pág 21
- Grupo 3. Implicación del ciudadano en la salud y atención centrada en el paciente	pág 27
- Bloque 2. Mejora de la Eficiencia y la Sostenibilidad	pág 33
- Grupo 4. Mejora de la Eficiencia Organizativa	pág 37
- Grupo 5. Motivación de los Profesionales	pág 42
- Grupo 6. Atención al Paciente y Seguridad del Paciente	pág 47
- Grupo 7. Mejora de los Procesos y las Tecnologías	pág 53
- Bloque 3. Contribución de la inversión en salud al desarrollo social y económico	pág 60
- Grupo 8. Inversión en Salud	pág 62
- Grupo 9. Alianzas y sinergias del sector de la salud para promover el desarrollo	pág 69
- Grupo 10. Internacionalización del Sector Salud	pág 77
- Resultados Globales	pág 86
- Anexo 1. Matriz de Resultados	pág 91
- Bibliografía Recomendada	pág 98
- Expertos por grupos de trabajo	pág 104

AUTORÍA

Revisión general de contenidos e Introducción.

Alberto Giménez Artes.

Presidente de la Fundación Economía y salud.
Presidente del Grupo Casaverde y la Fundación Casaverde.
Presidente de Mediterranean Health Care.

Coordinador General de la obra, redactor del área de Resultados y Coordinador Bloque 2.

Carlos Alberto Arenas Díaz.

Gerente del Área IX de Salud de la Región de Murcia. Asesor científico de la Fundación Economía y Salud.
Vocal Junta Directiva Sociedad Española de Directivos de la Salud.

Metodología e Introducción y Coordinador del Bloque 3.

Baltasar Lobato Beleiro.

Accenture Managing Director Health Lead Spain, Portugal, Africa & Israel.

Introducción y Coordinador del Bloque 1.

Moderador y Redactor del Grupo 2.

Emilio Herrera Molina.

Presidente de NewHealth Foundation.

Matriz de Resultados, Redactor y Secretario del Grupo 7.

Antonio Burgueño Jerez.

Socio Director Enclaves Salud SL. Patrono Fundación Pro Humanismo y Eficiencia.

Moderador y redactor Grupo 1.

Javier Júdez.

Responsable Área Gestión del Conocimiento Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD)

Secretario y Redactor Grupo 2.

Juan Fontán Leunda.

Director de banca privada de Andbank

Moderador y Redactor Grupo 3.

Javier Rocafort Gil.

Director Médico de la Fundación Vianorte Laguna

Moderador y Redactor Grupo 4.

Diego López Llorente.

Presidente de la Asociación NUGESAN (Nueva Gestión Sanitaria). Consultant en SIGESA.

Secretario y Redactor Grupo 4.

Francisco Álvarez Rodríguez.

Director de Administración y Finanzas en SIGESA.

Moderador y Redactor Grupo 5.

Carlos Peña Laguna.

Director de Enfermería del Área de Salud IX de la Región de Murcia.

Secretario y Redactor Grupo 5.

Enrique Pérez Baos.

Vocal de la junta directiva de NUGESAN.

Moderadora y Redactora Grupo 6.

Guadalupe Pajares Carabajal.

Vicepresidenta de NUGESAN.

Secretario y Redactor Grupo 6.

Javier Guerrero Fonseca.

Vicesecretario de la junta directiva de NUGESAN. CEO en Laboris Consulting.

Moderador y Redactor Grupo 7.

Carlos Mur de Víu.

Director Gerente del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Moderador y Redactor Grupo 8.

Pablo Sánchez Cassinello.

Managing Director Accenture.

Secretario y Redactor Grupo 8.

José Rambla Lop.

Senior Consultant en Accenture.

Moderadora y Redactora Grupo 9.

Rebeca García Marciel.

Managing Director Digital Health Lead Accenture EALA

Secretario y Redactor grupo 9.

Ignacio Arnott.

Manager en Accenture

Moderador y Redactor Grupo 10.

Josep Carbó.

Health Management Lead Accenture for EALA

Secretaria y Redactora Grupo 10.

Covadonga Nayra Álvarez Fernández

Consultor de Accenture

Revisión general del texto.

Araceli Caro Martínez.

Economista de la salud

RESUMEN EJECUTIVO

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Fundación Economía y Salud tienen como principal misión fomentar estudios que contribuyan a la mejora del sector salud y sociosanitario en España, tratando de poner en valor el sector como uno de los motores económicos del país y uno de los principales pilares sobre los que se apoya una sociedad más segura, justa, productiva y feliz.

Bajo estas premisas la Fundación organizó un foro de trabajo donde invitó a más de 100 expertos del sector salud y sociosanitario, con el objetivo de elaborar un documento de consenso sobre el sector en España y como avanzar en la mejora del mismo.

MATERIAL Y MÉTODO

Más de 100 expertos se reunieron durante los días 30 y 31 de octubre en Madrid. Los expertos se asignaron a grupos de trabajo en función de sus áreas de conocimiento. Se establecieron 3 grandes áreas temáticas y 10 grupos de trabajo con la siguiente distribución.

A. Hacia la salud del futuro:

1. Identificación de los mejores indicadores de resultados en salud y estrategias para su mejora.
2. Identificación de los elementos clave de un modelo sociosanitario integrado: barreras y estrategia para su implantación.
3. Implicación del ciudadano en la salud y atención centrada en el paciente. Barreras y estrategia para su mejora.

B. Mejorar la Eficiencia y la Sostenibilidad:

4. Barreras y estrategias para mejorar la eficiencia organizativa.
5. Barreras y estrategias para motivar a los profesionales.
6. Barreras y estrategias para mejorar la atención al paciente y la seguridad del paciente.
7. Barreras y estrategias para mejorar los procesos y tecnologías en la atención sanitaria.

C. Contribución de la inversión en salud al desarrollo social y económico:

8. ¿Cuáles son las barreras actuales y las mejores estrategias para inversión en salud?
9. Alianzas y sinergias del sector de la salud para

promover el desarrollo. ¿Cuáles deberían ser y cómo promoverlas?

10. Principales barreras estratégicas para la internacionalización del sector salud.

Cada grupo tenía un moderador y un secretario. Mediante una técnica de grupo nominal modificada, la preguntas lanzadas al grupo se respondían por todos y el moderador resumía las respuestas más frecuentes en varias ideas fuerza o respuestas integradoras, que posteriormente eran votadas y ponderadas por los participantes del grupo.

RESULTADOS

En cada grupo se dieron respuestas claves que posteriormente fueron votadas, los resultados fueron enviados a los participantes de los grupos para su validación y comentarios.

CONCLUSIONES

Lo positivo de esta metodología es conseguir soluciones de consenso. Muchas de las medidas expuestas han sido ya solicitadas y pedidas por expertos y muchas organizaciones. Ahora el reto es convencer a los decisores políticos para muchas se puedan poner en marcha para lo cual la Fundación presentará el informe a nivel nacional y de CCAAs y seguirá trabajando en perfilar más concretamente cada una de las soluciones propuestas.

Top Doce medidas de consenso para mejorar el sistema sanitario español

Puesto	Medida	Ponderación
1	Empoderamiento y autocuidados 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 serv 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

EXECUTIVE SUMMARY

INTRODUCTION AND OBJECTIVES

The main mission of the Economy and Health Foundation is to promote studies that contribute to improving the health and social & healthcare sector in Spain, in an endeavor to capitalize on the sector as one of the country's economic drivers and one of the main pillars on which a safer, more just, productive and happier society is based.

According to these premises, the Foundation organized a work forum to which more than 100 experts in the health and social & healthcare sector were invited, with a view to preparing a consensus document on the sector in Spain and how to make progress in improving the sector.

MATERIAL AND METHOD

Over 100 experts met on October 30 and 31 in Madrid. The experts were assigned to work groups according to their expertise, and 3 major theme areas and 10 work groups were established, distributed as follows.

A. Towards the health of the future:

1. Identification of the best indicators of results in health and strategies to improve them.
2. Identification of the key elements of an integrated social & healthcare model: barriers to and strategy for their implementation.
3. Involvement of citizens in health and assistance focused on patients. Barriers to and strategy to improve it.

B. Improve Efficiency and Sustainability:

4. Barriers to and strategies to improve organizational efficiency.
5. Barriers to and strategies to motivate professionals.
6. Barriers to and strategies to improve patient assistance and safety.
7. Barriers to and strategies to improve processes and technologies in healthcare assistance.

C. Contribution of the investment in health to social and economic development:

8. What are the current barriers and the best strategies for investment in health?
9. Alliances and synergies in the health sector to pro-

mote development. What should they be and how should they be promoted?

10. Main strategic barriers for internationalization of the health sector.

Each group had a moderator and a secretary. By means of modified nominal group technique, the questions posed to the group were answered by all the members and the moderator summarized the most frequent answers in several core ideas or integrating responses that were subsequently voted on and weighted by those participating in the group.

RESULTS

In each group, there were key responses that were subsequently voted on. The results were sent to the members of the groups to be validated and commented on.

CONCLUSIONS

The positive aspect of this methodology is to achieve consensus solutions. Many of the measures put forward have already been applied for and requested by experts and many organizations. The challenge is now to convince political decision-makers that many of them can be implemented, to which end the Foundation will present the report nationally and to the Autonomous Communities and will continue to work on more specifically profiling each of the solutions proposed.

Top twelve agreed measures to improve the Spanish healthcare system

Position	Measure	Weighting
1	Patient and citizen empowerment and self-care	20
2	Exhaustive assessment of technologies and divestment	17
3	Flexibilization of management and legislative changes	16
4	Good governance and management. Transparency	15
5	Social & health integration and multidisciplinary work	14
6	Assessment of performance and incentives by results	13
7	Development of the new information technologies in health	12
8	Government agreement on health and social services and depolitization	11
9	Promote multidisciplinary assistance at home	9
10	Increase social & healthcare financing	8
11	Interoperability among the healthcare information systems	7
12	Benchmarking and internal competition in order to improve	7

INTRODUCCIÓN

La Fundación Economía y Salud cuenta con un doble objetivo: contribuir a la mejora y reordenación del sector de la salud con el fin de asegurar su sostenibilidad aumentando su eficiencia y calidad así como impulsar el conocimiento de este sector como estratégico en el fomento de la actividad económica.

Con esos objetivos más de 100 expertos en Economía y Salud se reunieron en Madrid los días 30 y 31 de octubre para debatir sobre el marco actual de la Sanidad Española y proponer medidas concretas para su óptimo desarrollo.

Se trataba de la primera vez que un número tan alto de especialistas se reunían en grupos de trabajo con metodología diseñada para elaborar y consensuar medidas posibles y aplicables para la mejora de la eficiencia en nuestro sistema sanitario.

La objetividad, coherencia y pragmatismo constituyen valores esenciales en la Fundación buscando, en el marco de un dialogo abierto y sin prejuicios, encontrar medidas concretas que puedan implantarse con la menor resistencia posible al ser consensuadas por una amplia mayoría, huyendo de medidas globalizadoras o totalizadoras que no gocen de un amplio acuerdo.

Desde la presentación del informe Abril de 1991 se viene hablando de forma reiterada de la necesidad de cambiar nuestro sistema sanitario para hacerlo más eficiente, pero la realidad es, que pasados más de 20 años, no terminamos de llevarlo a cabo.

Quizás algunas de las resistencias al cambio se producen como consecuencia de una falta de diálogo entre expertos con autoridad suficiente para impulsar medidas objetivamente necesarias en sí mismas para mejorar la salud de nuestros ciudadanos, dentro de la eficiencia necesaria que exigen los recursos de los que disponemos y más allá de intereses particulares y ajenos al interés general.

El documento que ahora les presentamos es fruto del trabajo llevado a cabo antes, durante y después de la celebración del Foro. Las coincidencias sobre el estado actual de la Sanidad Española en cada una de las áreas de trabajo, las barreras que impiden su óptimo desarrollo y las estrategias para superarlas han gozado de un amplio consenso y las encontraran en este documento.

El método empleado permite incorporar un Anexo que incluye, mediante la recopilación de aquellas estrategias en las que más han coincidido los expertos, un Top Ten de las medidas que más pueden impactar para conseguir la mejora de nuestro sistema de salud, concluyendo con 12 estrategias sobre las que es preciso centrar los esfuerzos para lograr los resultados que esperamos.

También acompañamos a este documento un cuadro recopilatorio de todas las barreras y estrategias para superarlas, consensuadas en las 10 áreas de trabajo, lo que facilita una visión general y sinérgica de la situación existente y de los diferentes caminos a seguir.

El presente documento es un punto de partida, un compromiso dinámico para avanzar en medidas más concretas en cada una de las estrategias que se señalan. No es su vocación, ni la de todos los que hemos participado en el mismo, la de llevar a cabo un ejercicio teórico sin más. Por el contrario pretende ser un instrumento activo y de referencia para ayudar a transformar la realidad de nuestro sistema de salud, incrementando su calidad y su eficiencia.

Desde esa posición seguiremos analizando el día a día; la evolución de nuestras propuestas; las acciones concretas a llevar a cabo en un dialogo permanente entre los expertos que han participado y entre ellos y los distintos responsables públicos y privados.

En octubre de 2016 volveremos a reunirnos en el II Foro para analizar nuevamente la realidad, contraponerla al documento que hoy presentamos y profundizar en las medidas por implantar, buscando su máxima concreción y efectividad. Mientras tanto podrán seguirnos en nuestra página web donde los expertos seguirán hablando y comentando sobre las cuestiones que se plantean en este documento.

En todo caso quiero agradecerles su interés por este documento a cada uno de sus lectores y muy especialmente a todos y cada uno de los coordinadores, moderadores, secretarios y expertos, cuya relación detallada de nombres se encuentran reseñados más adelante, por su trabajo apasionado y desinteresado por mejorar nuestra salud y nuestra economía. También a nuestros patrocinados que creen en este proyecto. Sin todos ellos no habría sido posible elaborar este documento.

METODOLOGÍA

El objetivo del I Foro de la Fundación Economía y Salud fue definir líneas estratégicas, que permitieran mejorar el futuro nuestro sistema sanitario, generadas a partir del consenso de un grupo heterogéneo formado por más de 100 de los profesionales más relevantes del momento en el ámbito de la salud y la economía.

Estas medidas debían, además, estar basadas en el “estado del arte a nivel internacional” y tener un enfoque eminentemente integrador.



ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN

Para cubrir este ambicioso objetivo se diseñó una Metodología basada en 10 principios y 3 etapas. Los principios fueron:

1. La elección de tres de las dimensiones más relevantes para el futuro de nuestra sanidad, que fueron concretadas por la comisión científica de la Fundación en varias reuniones de consenso, en tres bloques de trabajo:

- a. Innovación. Marco para las nuevas definiciones de la salud y su gestión. Hacia la salud del futuro.
- b. Mejora de la eficiencia y la sostenibilidad.
- c. Contribución de la inversión en salud al desarrollo social y económico.

2. El diseño y la adecuada formulación de las preguntas lanzadas a cada grupo de trabajo.

3. La cuidadosa selección de los 100 participantes para garantizar la adecuación y el nivel científico-técnico de las medidas.

4. La equilibrada representación de expertos en cada una de los grupos de trabajo, en lo que a talento se refiere, así como la distribución balanceada de especialistas en cada uno de los campos representados para la economía y la salud.

5. La disposición suficiente de tiempo para la reflexión individual y grupal que, a su vez, permitiera la adecuada recogida y síntesis de la información del grupo.

6. La necesidad de contextualizar la deliberación de los participantes con el estado del arte y la situación actual de nuestro sistema. Se planteó así la colaboración de expertos internacionales, políticos y gestores del ámbito de la salud y la economía con responsabilidades vigentes.

7. La utilización de técnicas grupales de consenso orientadas a obtener la información en un ajustado marco temporal: Técnica de Grupo Nominal.

8. La revisión de los resultados por los expertos del comité científico de la fundación para ordenarlos y tabularlos sin desvirtuar la opinión de los expertos.

9. La comunicación de los resultados y las líneas y difusión de las mismas de manera permanente, para su discusión, profundización y mejora en un foro virtual al que tendrán acceso todos los expertos participantes en el foro y de la fundación.

10. La definición de un modelo de seguimiento del nivel de implantación y el impacto efectivo de las líneas estratégicas definidas como más importantes en nuestro sistema sanitario.

Asimismo, 3 fases o etapas fueron empleadas en dar respuesta a los principios expuestos, como parte de la metodología diseñada:

ETAPA PRE-EVENTO

Los tres elementos claves en el desarrollo de esta Etapa fueron:

1. La definición de los aspectos más relevantes para el futuro de nuestra sanidad, que fueron agrupados en 3 bloques y que concretamos en 10 preguntas.

• **BLOQUE 1:** Innovación. Marco para las nuevas definiciones de la salud y su gestión. Hacia la salud del futuro.

G1: Cuáles son los mejores indicadores de resultados en salud, y estrategias para su implantación.

G2: Identificación de los elementos clave de un modelo sociosanitario integrado: barreras y estrategia para su implantación.

G3: Implicación del ciudadano en la salud y atención centrada en el paciente: barreras y estrategia para su mejora.

• **BLOQUE 2:** Mejora de la eficiencia y la sostenibilidad

G4: Barreras y estrategias para mejorar la eficiencia organizativa.

G5: Barreras y estrategias para motivar a los profesionales.

G6: Barreras y estrategias para mejorar la atención al paciente. Seguridad del paciente.

G7: Barreras y estrategias para mejorar los procesos y tecnologías en la atención sanitaria

• **BLOQUE 3:** Contribución de la inversión en salud al desarrollo social y económico.

G8: ¿Cuáles son las barreras actuales y las mejores estrategias para inversión en salud?

G9: Alianzas y sinergias del sector de la salud para promover el desarrollo. Cuáles deberían ser y cómo promoverlas.

G10: Principales barreras estratégicas para la internacionalización del sector salud.

2. Selección de los 100 participantes, con un mix adecuado de talento y experiencia en los campos de la salud y la economía tanto en ámbitos de gestión como de docencia, industria y ejercicio profesional, sin olvidar a representantes de la sociedad civil y las asociaciones de pacientes.

3. Asignación equilibrada de los ponentes a las mesas, en base a su área de experiencia e interés y a las necesidades de talento para responder a cada cuestión.

4. Se anticipó la pregunta a cada ponente con idea de que dispusieran de tiempo para documentar y reflexionar en torno a su área de trabajo.

Fases de la Etapa Pre-Evento

1 Definición de ámbito de análisis preguntas y bloques de trabajo

2 Selección y convocatoria de los ponentes

3 Asignación de equilibrada de ponentes a los grupos

4 Explicación de la dinámica de trabajo vía mail

5 Convocatoria y envío de la pregunta

ETAPA DEL EVENTO

La agenda del Evento se estructuró para, en un primer momento, contextualizar la jornada de trabajo a través de varias conferencias acerca del estado del arte y la situación actual de nuestro sistema sanitario. Para ello se contó con la colaboración de dos reconocidos expertos internacionales y las intervenciones de políticos y gestores del ámbito de la salud y la economía con responsabilidades vigentes:

- **Sintonizando con el estado del arte:**

1ª Conferencia (David Levy): Innovando en Salud. Nueva definición de la Salud: Hacia la Salud del futuro.

2ª Conferencia (Kip Webb): Mejora de la Eficiencia y la Sostenibilidad del Sistema.

- **Compartiendo la situación actual de nuestro sistema de salud:**

- a. Consejeros de Sanidad.
- b. Consejeros de Servicios Sociales.
- c. Representantes del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales.
- d. Representantes del área de la Economía.

Con la información trasladada a los profesionales expertos, en la etapa Pre-Evento y, una vez conocido el estado del arte y la situación

actual del sistema sanitario español, se dispuso la organización de los participantes a fin de dar comienzo la segunda parte de la jornada, los equipos o grupos de trabajo.

Para ello, la Técnica de Grupo Nominal fue la seleccionada por su idoneidad en la obtención de consenso en grupos heterogéneos de expertos y un ajustado marco temporal. Esta técnica consiste en plantear una pregunta concreta a un grupo, formado por entre 10 y 15 participantes que, tras una reflexión y transcripción de sus ideas en una ficha, disponen de un tiempo limitado de exposición. El papel del moderador consiste en ubicar las fichas en un panel, agregándolas en función de su afinidad o temática e incorporando un enunciado común a cada grupo de ideas. Finalmente, el equipo prioriza, mediante una votación individual, el peso de cada grupo de ideas, abriendo una discusión acerca de los resultados obtenidos. Toda la información puesta en común por los participantes durante el desarrollo de la metodología, es recopilada por un secretario, formando ésta parte, junto con el panel, de los resultados de la técnica.

Cada mesa realizó dos Técnicas de Grupo Nominal: primero para analizar y valorar las barreras en torno a la cuestión planteada y, segundo, para ofrecer una respuesta concreta a dichas barreras mediante la definición de líneas de actuación viables y su priorización.

Fases de la Técnica de Grupo Nominal



Primera TGN: Análisis y valoración de Barreras. Segunda TGN: Definición y priorización de líneas de actuación.

Se presentaron y pusieron en común los resultados preliminares de cada una de las mesas. Se agruparon las diferentes respuestas y se votaron para valorar la importancia que cada participante dio a la agrupación de respuestas

propuestas. Para cerrar esta etapa Las principales conclusiones fueron validadas por los participantes, previo paso a la siguiente etapa del evento.

ETAPA POST-EVENTO

Una vez analizados y redactados los resultados, se compartieron y validaron con los ponentes de cada mesa y se puso en marcha el plan de comunicación. Inicialmente compartiendo resultados con todos los participantes, para posteriormente publicar el documento de cara al sector salud y económico y al público en general.

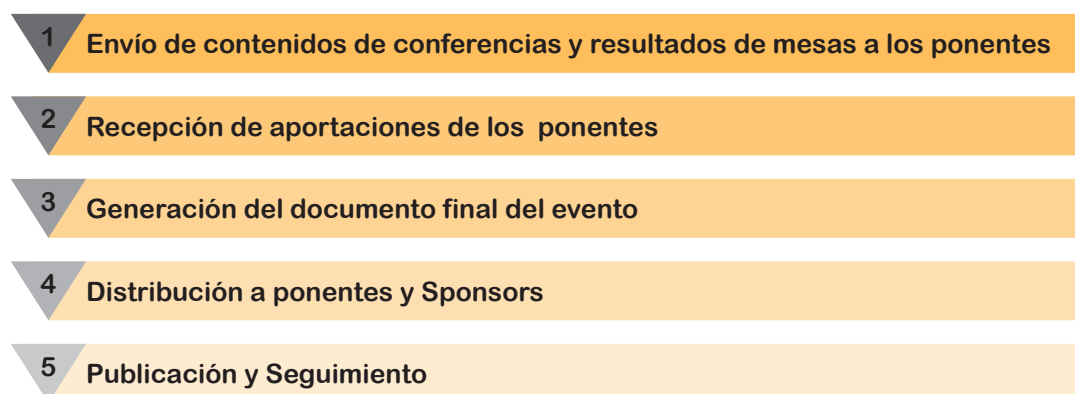
El presente documento forma parte de dicha estrategia.

CONVOCATORIA DEL 2º EVENTO E Y S

En siguientes fases está prevista la presentación de los resultados a los responsables po-

líticos y gestores, de cara a obtener su efectiva difusión y animar a la puesta en marcha y seguimiento de las acciones/medidas propuestas. Para ello, será definido un plan de trabajo que permita hacer un seguimiento del nivel de implementación e impacto efectivo de las medidas aplicadas en nuestro sistema sanitario. Se pondrá en marcha una plataforma web donde se publiquen los documentos resultantes y se invite a todos los expertos de los grupos de trabajo, a modo de foro de participación permanente, a debatir y seguir construyendo sobre la mejora del sistema de salud. La estructura preliminar mantendrá la composición inicial de 10 subforos, uno correspondiente a cada grupo de trabajo.

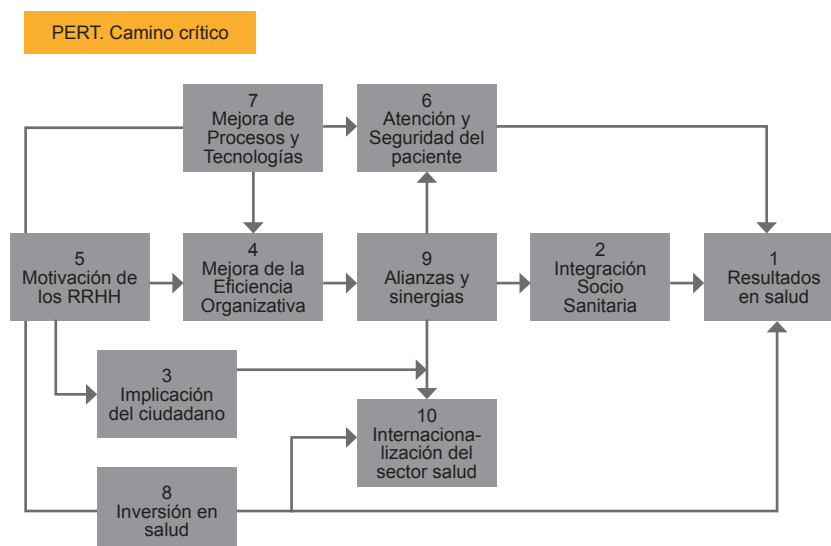
Fases de la Etapa Post-Evento



Pasos

1. Definición de los aspectos más relevantes (grupos de trabajo).
2. Concreción de las preguntas lanzadas a cada grupo de trabajo.
3. Selección de los expertos.
4. Distribución los expertos en los 10 grupos de trabajo.
5. Evento y Jornada de trabajo.
6. Concreción de las propuestas: Barreras y estrategias.
7. Trabajo de homogeneización de las propuestas.
8. Redacción documental.
9. Revisión de los resultados por los expertos.
10. Cuadros de propuestas clasificadas y unificadas.
11. PERT apoyo toma de decisiones.
12. Foro permanente on line.

Interrelaciones entre los grupos de trabajo



BLOQUE 1

**INNOVACIÓN PARA LAS
NUEVAS DEFINICIONES
DE LA SALUD Y SU
GESTIÓN: HACIA LA
SALUD DEL FUTURO**

Coordinador: Emilio Herrera Molina



**ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN**

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población y el incremento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, y de la dependencia que traen consigo, suponen un cambio de escenario frente a aquel en el que construimos nuestros sistemas sanitarios y de atención social. El cambio de las características de las personas a atender y de la suma de sus necesidades desde la perspectiva social sistémica (salud comunitaria), obliga a una importante modificación en los objetivos en sí de los sistemas de atención.

Tres hechos relevantes están marcando las orientaciones estratégicas para mejorar la salud de las poblaciones, tal y como se percibe desde los nuevos enfoques de la OMS, y dan una idea de la enorme dimensión que cobra la reorganización a acometer en los sistemas actuales:

1º) La nueva definición de la OMS del concepto Salud que cambia de **“la ausencia de enfermedad” como rasero a superar, al de mayor nivel de autonomía y bienestar alcanzable a conseguir**, durante el mayor tiempo posible, aún teniendo enfermedades que aún carecen de curación. Es decir, el objetivo pasaría a ser vivir el mejor estado saludable posible, evitando inicialmente adquirir enfermedades y en su caso, como ocurre en una alta, y creciente, proporción de la población, se trataría de no “padecer” o “sufrir” sus consecuencias. Por ello, cobrarían más importancia relativa que nunca el éxito en los procesos de rehabilitación frente a la lógica de la curación, y el enfoque comunitario y de los cuidados de larga duración, frente a la alta rotación de camas en centros destinados a la curación de eventos agudos.

2º) La importancia de la Atención Centrada en la Persona: el concepto global de salud enfocado hacia el bienestar y autonomía anteriormente mencionado sólo puede alcanzarse teniendo en cuenta la perspectiva de las personas y su vivencia (percepción global) de sus propias realidades con enfermedad y en relación con su entorno. Llevamos años hablando de la importancia de poner al ciudadano en el centro del sistema, sin hacerlo. Ahora habrá que hacerlo sin excusas, porque no hay solución paternalista capaz de aplacar unas necesidades que se desconocen. Es decir, la gestión de los servicios sanitarios y sociales será infructuosa, si no conocemos previamente las necesidades de las personas y de la ayuda que requieren (dentro de una lógica) para poder convivir de manera aceptable e independiente con su realidad. (WHO “Strategy on people-centered”).

3º) La atención holística de las necesidades de las personas, sólo será posible desde una atención multidisciplinar, intersectorial y coordinada. El hospitalocentrismo, la descoordinación entre niveles asistenciales y sectores, así como una oferta de servicios no unida a su rendimiento en resultados reales sobre la salud de la población, requiere un giro urgente. **La tendencia internacional hacia la Atención Integrada de servicios** (apoyada por las propias organizaciones internacionales: WHO Strategy on Integrated Health Services) instará a un modelo capaz de reorganizar los sistemas de provisión de servicios integrando los servicios sanitarios y sociales.

Nuestros sistemas actuales son rígidos y configurados en base a la oferta de servicios y no diseñados según las necesidades reales de las personas. Nuestros sistemas de información acumulan datos no analizados desde la perspectiva horizontal de las necesidades e los usuarios, y rinden evaluaciones en base a indicadores que se empeñan en mostrar la suma numérica de la actividad realizada, sin considerar los resultados en salud y menos aún orientados hacia la perspectiva de las enfermedades crónicas.

¿Cómo hacer que nuestro sistema sea lo suficientemente sensible como para identificar, entender y priorizar la atención basada en las necesidades de las personas? Desde este nuevo prisma ¿Cómo reorganizar nuestros sistemas para poder ofrecer paquetes integrados y unificados de servicios que coordinen de manera eficiente lo mejor de nuestros servicios sanitarios y sociales?; para saber dónde estamos desde esta nueva perspectiva ¿Cómo medir redefinimos los nuevos objetivos en función de la nueva definición de “salud”?; si ha cambiado el objetivo ¿cómo medir los resultados en salud de nuestros sistemas de atención integrados orientados hacia la cronicidad?

GRUPO 1:

EVALUACIÓN DE LOS

RESULTADOS EN SALUD

Moderador: Javier Júdez
Secretario: Daniel Vázquez

INTRODUCCIÓN Y ESTADO DE LA SITUACIÓN

“Cuando el Instituto de Medicina (IOM) definía las características que deben tener los sistemas sanitarios en su informe para cerrar la brecha de calidad y lo identificaba como seguro, efectivo, centrado en el paciente, oportuno, eficiente y equitativo, estaba señalando que las cuatro primeras de dichas características no son valorables sin medirse los resultados en salud” (Marín León y Romero Alonso, Investigación de resultados de salud. En: del Llano, Ortún, Raigada (eds.), Gestión clínica. Vías de avance. Madrid: Pirámide, 2004. p.449).

Como bien señala Ian McDowell en su clásico *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires* (Oxford: Oxford University Press, 2006. 3ª ed.), siempre habrá debate sobre cómo mejor medir la salud, cuáles son los mejores indicadores para hacerlo, y cómo medir los resultados en salud que obtenemos, favorables o adversos, en un individuo, en un colectivo o en una sociedad, derivados de la asistencia y atribuibles a la intervención del sistema sanitario (tecnologías, proveedores, procesos, relaciones).

Los indicadores que son necesarios en cada época histórica, son aquellos que se elijen deliberadamente para atender los problemas que reflejan preocupaciones sociales y valores fundamentales estimados. De este modo lo que nos resulta valioso, lo intentamos medir y, al mismo tiempo, cómo medimos y lo que medimos, contribuye a configurar lo que valoramos.

Desde hace tiempo existe una cierta y justificada insatisfacción por cómo se está midiendo la salud y los resultados de las intervenciones de los servicios de salud para mejorar ésta en los individuos y en la población. Asimismo, el propio concep-

to de salud y el de la organización de los servicios sanitarios está en revisión y se persigue su adecuación a los retos que afrontamos las sociedades ante la cronicidad, el envejecimiento y la necesidad de participación de los ciudadanos. Esto incluye la superación de mecanismos anquilosados, economicistas, de políticas de corto plazo y de descoordinación ineficiente y no equitativa, centrados en los profesionales y los gestores (no necesariamente en armonía) y desligados de las necesidades más reales de la ciudadanía cuando afronta individual o colectivamente situaciones de enfermedad o merma en la salud, la funcionalidad para desempeñarse como cada una quiera y pueda en su vida y afrontar o minimizar las limitaciones asociadas a la lotería genética, las vicisitudes de la vida, los propios comportamientos y elecciones o la mala fortuna.

Urge pues, clarificar las prioridades que debemos perseguir para asistir a individuos y poblaciones, con los recursos disponibles que deben ser gestionados de manera eficiente.

Asimismo, tenemos que afrontar la perentoria necesidad de identificar, generar, desarrollar y utilizar indicadores en las áreas y ámbitos que son relevantes para los retos que ya estamos afrontando y que serán abrumadores en un futuro cercano (cronicidad, envejecimiento, dependencia).

Es este reto sobre el que reflexionó y debatió el Grupo 1, sobre las áreas o campos que requieren el desarrollo de indicadores de resultados de los servicios socio-sanitarios.

RESULTADOS

A) Barreras:

En primer lugar detecto que no se tiene claro el objetivo: ¿cuál es la nueva perspectiva de salud a medir y para qué?.

También se puso de manifiesto la necesidad de profundizar en áreas relacionadas con la salud en las que habitualmente faltan indicadores:

- Falta de orientación a la Cronicidad. Falta de atención a grupos de riesgo, escaso desarrollo de la atención a la dependencia y discapacidad (7 votos).
- Falta de Transparencia no se comparten los datos de salud ni económicos. (6 votos).
- Falta de Accesibilidad a los datos. Difícil muchas veces. (5 votos).
- Dificultades de medición de la calidad, efectividad, eficiencia, seguridad, de las actividades del sistema sanitario (5 votos).
- Escaso conocimiento de los determinantes en salud, y su relación con la morbilidad y mortalidad.
- Dificultades para medir Sostenibilidad: indicadores de salud que unan efectividad y coste (3 votos).
- Dificultades para medir Corresponsabilidad del paciente: rol de paciente activo y autonomía. (3 votos).
- Problemas en medición de las actividades de Prevención (3 votos).

B) Estrategias para la mejora:

- Integración de los sistemas de información, que valoren tanto prestaciones como servicios y que se basen en tarjeta sanitaria, con código de identificación único e historia clínica única o interoperable (7 votos).
- Disminuir las interferencias políticas (tiempos muertos por periodos cercanos a la elecciones, tendencias partidistas o regionalistas) (5 votos).
- Es necesario profundizar y capacitar al sistema de salud, incluida la parte asistencial, en la metodología de evaluación en sí (4 votos).
- Definir y formalizar los indicadores básicos.
- Es conveniente segmentar tanto la población como las perspectivas desde las que medir.

DISCUSIÓN

El grupo atesoraba una riqueza de experiencias profesionales tanto en la gestión sanitaria en ámbitos públicos y privados, como en su procedencia geográfica, académica y/o investigadora, perspectiva social, sanitaria o socio-sanitaria. Desde esta pluralidad y riqueza, fue necesario realizar diversas rondas de intercambio para delimitar el foco de discusión en torno al amplio tema de la medición en salud y los indicadores de resultados de salud, especialmente teniendo en cuenta una perspectiva que de manera amplia todos somos conscientes que hay que abordar, que es la socio-sanitaria, pero que añade complejidad en sí misma (ámbito más amplio) y en cuanto al modo en el que se han organizado tradicionalmente lo social y lo sanitario, con muy distintos recursos, y un sistema más desarrollado (el sanitario) y otro más incipiente (el socio-sanitario).

En segundo lugar, el grupo expresaba una coincidencia básica en que el problema no era tanto de uso de los indicadores clásicos de salud, sino de la necesidad de desarrollar y utilizar de manera adecuada indicadores en áreas, campos o ámbitos que ayuden a monitorizar mejor los resultados de los servicios socio-sanitarios, no sólo que se prestan en la actualidad sino, sobre todo, que deben vertebrar una atención socio-sanitaria con futuro.

Por tanto, en claves “sistema de salud”, como barreras principales actuales, urge clarificar la perspectiva socio-sanitaria que debe adoptarse y que debe guiar el rediseño del sistema para afrontar los retos actuales y, de un modo más acuciante, futuros: cronicidad, accesibilidad, calidad, necesidad de transparencia y participación (corresponsabilidad), sostenibilidad y atención a la prevención. Conviene subrayar la coincidencia en el reto de la cronicidad, como elemento o característica de “lo que hay que afrontar”, atender y dar respuesta (el qué). Y, por otro lado, la convergencia en “el modo de afrontarlo” (el cómo), con transpa-

rencia y desde premisas obligadas de calidad. Llamó la atención, que siendo una realidad, ampliamente identificada como problemática, la sostenibilidad, a la hora de priorizar barreras ocupaba puestos menos destacados. El tema de la sostenibilidad sin duda es esencial en el sistema sanitario, pero no era el asunto nuclear en el grupo de trabajo. Se recogió en el debate pero su monitorización no formó parte, a criterio del grupo, de las variables prioritarias per se para la evaluación de los resultados en salud (obtuvo 3 votos), aunque se incluyeron elementos de sostenibilidad en los criterios de calidad (como son la eficiencia y la efectividad, que obtuvo 5 votos).

En cuanto al segundo bloque de reflexión, sobre las propuestas de mejora, había una coincidencia en que hay un proceso, más o menos estándar, para segmentar el área de atención (p.ej. la cronicidad), para identificar actividades/estados de salud, para definir indicadores (objetivos, medibles, coherentes, homogéneos, priorizables), para definir pasos e identificar barreras en la implementación y monitorización. Quién evalúa, a quién evalúa, con qué objetivo. Cuál es el producto a medir y cómo medirlo. Sin embargo, esta coincidencia lo es también para subrayar que hacen falta más expertos, más “expertise” y más uso de la gestión de las metodologías de evaluación de resultados en salud. Puede destacarse la fuerte coincidencia en mejorar elementos que tienen que ver con los “sistemas de información”, por un lado, no sólo como herramientas sino también como talento para usar, integrar e interpretar dicha información. Y la necesidad de disminuir las interferencias de la política, por otro. Urge implementar la historia clínica y social electrónica, un código de identificación único a nivel nacional en la tarjeta sanitaria y una herramienta de historia clínica integrable (en los ámbitos asistenciales socio-sanitarios), con el nivel de agregación de los elementos básicos adecuado (nacional).

CONCLUSIONES

1. Es preciso concretar a nivel de modelo útil para el sistema nacional de salud, desde una perspectiva socio-sanitaria, la visión que debe guiar el reto de las próximas décadas en torno a la cronicidad, el envejecimiento y la dependencia, sin olvidar el trasfondo de eficiente gestión de recursos que deben ser sostenibles.

2. Acompasada con esa visión renovada y de consenso para afrontar los retos, es preciso desarrollar indicadores que atiendan a esta nueva perspectiva sociosanitaria, más integrada, gestionados de un modo transparente, con exigencia de calidad y corresponsablemente.

3. Es crítico terminar de articular sistemas de información integrados, socio-sanitarios que tengan herramientas básicas que faciliten la equidad y la eficiencia: código de identificación único, historia clínica socio-sanitaria con ámbito nacional de integración. La necesidad de transparencia y la accesibilidad a la información son elementos clave.

4. Es necesario reducir las interferencias políticas para concentrar las energías y esfuerzos en la complejidad de la tarea que requiere de metodologías correctas, de corresponsabilidad de todos desde profesionales, ciudadanos, gestores y políticos.

GRUPO 2: INTEGRACIÓN SOCIO-SANITARIA

Moderador: Emilio Herrera Molina
Secretario: Juan Fontán



GRUPO
CASAVÉRDE

INTRODUCCIÓN Y ESTADO DE LA SITUACIÓN

“Mientras prosigue el eterno debate estéril de si coordinar ó integrar parcial o totalmente las organizaciones, la drástica realidad nos obliga a ofrecer soluciones a las necesidades reales de los usuarios. El proceso de transformación debe llevarnos a una realidad en la que dos sistemas actualmente interdependientes trabajen conjuntamente ofreciendo un producto final de mucho más valor que la simple suma de las partes” (Herrera, Actas de la Dependencia Noviembre 2014).

Mientras que a nivel internacional, las estrategias de Atención Integrada (Integrated Care) ocuparán las agendas de la mayor parte de países siguiendo las instancias de los organismos de referencia, España tras más de veinte años de debate entorno de la cuestión de la coordinación sociosanitaria, está actualmente en un momento institucionalmente maduro y orientado a la colaboración intersectorial, con un alto consenso técnico al respecto, con estrategias de atención a la cronicidad y documentos de trabajo (Libro Blanco de la Coordinación sociosanitaria en España, Publicaciones del Consejo Asesor, etc.) que así lo consideran, y con una dificultad de sostenibilidad de los sistemas sanitario y social por separado que requieren soluciones desde las alianzas de ambos sectores.

Como aclaraba Leutz en 1999, “Atención Integrada” e “Integración Sociosanitaria” son dos términos diferentes: el primero es la oferta conjunta, efectiva y eficiente a construir, mientras que el segundo hace referencia al proceso para conseguirlo (desde la colaboración, pasando por la coordinación, hasta llegar o no a la integración).

RESULTADOS

A) Barreras:

Hay elementos que dificultan el desarrollo de un modelo más integrado en la prestación de los servicios:

- **Falta visión común;** cultura de departamentos estanco: falta actitud y capacidad (“partiendo desde el más puro desconocimiento de los beneficios que pueden aportar lo unos para con los otros”) para poder vislumbrar un proyecto común, compartido, entre sanidad y servicios sociales, entre los propios niveles asistenciales dentro del mismo sector, y entre sector público y sector privado.
- **El Modelo Actual no lo facilita,** porque requiere una adaptación en términos de:
- **Gobernanza:** el modelo es extremadamente directivo, piramidal y poco dado a gobernanza matricial y compartida, a permitir que afloren propuestas. A esto se une cierto deterioro institucional.
- **Derechos:** hay una asimetría entre derechos sanitarios y sociales.
- **Financiación:** las diferentes fuentes de financiación y administración del gasto dificultan una gestión coordinada y una distribución que facilite la fluidez y la compensación presupuestaria (“presupuestos estanco”). Contribución dispar del esfuerzo económico que tiene que hacer el ciudadano en cada subsistema (sanitario o social): “gratuidad vs copago.
- **Prioridades dispares en sus fines asistenciales:** mayor importancia para atención de agudos (para lo que fue inicialmente diseñado) versus atención a crónicos (para lo que se requiere actualmente).
- **Faltan herramientas reales** de coordinación entre los subsistemas sanitario y social. Au-

sencia de sistemas de información y comunicación entre sectores.

- **Personas:** se requiere un cambio de la empatía de nuestras organizaciones hacia las necesidades sentidas por las personas. Nuestras organizaciones no están realmente orientadas a las necesidades que declaran las personas, sino a ofrecer los servicios de los que dispone.
- **Falta cultura real de Innovación y adaptación** del sistema a los cambios que se requieren. Falta actitud de cambio. (A veces motivada incluso por la falta inicial de conocimiento de la problemática real).
- **Población diana y límites.** De por sí la población a la que hemos de dar soluciones puede tener problemas de acceso a los sistemas, envejecimiento, dispersión rural.

B) Estrategias para la mejora:

Se requiere a futuro construir un sistema socio-sanitario con una visión integrada alrededor del núcleo de la persona.

Se necesita un modelo que comparta voluntad, diálogo, confianza y transparencia.

Se requieren medidas concretas Administrativas y de Derecho en las Políticas Públicas: se requiere un claro giro responsable hacia el buen gobierno que con liderazgo y actitud decidida promueva:

- Un Pacto de Estado para el desarrollo de un Modelo de Atención Integrada.
- Incrementar “la altura y dimensión” de los derechos de los Servicios sociales.
- Re-configurar una cartera de servicios que integre sus componentes desde los servicios sanitarios y sociales.

Se ha de potenciar la visión compartida y el énfasis en la visión comunitaria, tanto en la orientación real macro como en la mesogestión y la microgestión (la importancia de lo local).

Medidas respecto a la mejora del Modelo; camino y herramientas para el cambio:

1. Reestructuración:

- **Financiera:** financiación sanitaria y social capítativa con ajuste de riesgo por edad y morbilidad
- **Organizativa:** gestionando paquetes de servicios sociales y sanitario comunes adaptados a cada situación, en base a la coordinación de las instituciones y organizaciones proveedoras de servicios.
- **De Competencias:** centrales, autonómicas, locales, sanitarias y sociales.

2. Reorganización:

- Contar con todos los recursos existentes (públicos y privados).
- Reorganización de la gestión económica y financiera de recursos y servicios. Coste por proceso y contabilidad analítica.
- Cofinanciación de recursos desde los sectores sanitario y social.

3. Establecimiento y Rediseño de procesos integrados sanitarios y sociales.

4. Apuesta por Elementos de Coordinación que ayuden a catalizar los cambios:

- Institutos. Organismos integradores.
- **Foros:** Compartir y difundir experiencias.

- **Figuras de coordinación:** “Gestores de casos”.

5. Fortalecimiento de las Tecnologías de la Información y la comunicación:

- Sistemas de Información Integrados, transparentes y con rendición de cuentas. Capaces de generar conocimiento.
- Incorporación de innovación en las telecomunicaciones en la agenda habitual de relación entre sistema y usuarios.

DISCUSIÓN

Desde muy diferentes perspectivas y lugares de origen, hubo una clara confluencia en las barreras existentes y en los principios generales que deben orientar un modelo futuro organizativo que facilite una mejor atención integrada.

En el debate sobre las barreras actuales existentes, de manera especialmente relevante, de un total de sumatorio de votos de 58 puntos, el 53% de los mismos resaltaron la importancia de una falta de visión común y compartida, lo que unido a la existencia de un modelo actual que requiere numerosos cambios en sus diferentes elementos (21% votos) y a la falta de por sí de actitud de cambio (12% de los votos) completaron una mayoría del 86% de votos que sustentan la dificultades para cambiar el sistema actual. Esa falta de visión conjunta, débil actitud de cambio y la dificultad de cambiar un modelo actual no adaptado a lo que requerimos, vendría a descansar además sobre una visión poco empática del sistema hacia sus usuarios y sus necesidades reales (con el 14% de los votos).

Las barreras están identificadas y se requiere pasar de su definición a su superación, y de las declaraciones a los hechos. Somos fruto de una trayectoria histórica desde todos sus puntos de vista, y tanto los responsables de la gestión como los profesionales de ambos sistemas requieren una adaptación al nuevo contexto que requiere un trabajo decidido y la definición de una hoja de ruta que trabaje sobre su capacitación. Es decir, superar estas barreras y construir soluciones, requerirá un trabajo de liderazgo activo y de recapacitación de las personas que conforman los sistemas sanitario y social.

En el debate sobre las estrategias de mejora, de 52 puntos totales, el 38,4% (20) hicieron énfasis en la importancia del liderazgo hacia el cambio desde las propias políticas públi-

cas, el 44% (23) se centraron en identificar elementos de reestructuración y reorganización sobre, y con los que trabajar, para hacerlo efectivo en la gestión de los sistemas de atención, y el 17% hicieron referencia a la necesidad de abordar medidas de sensibilización y capacitación de los profesionales de la gestión y la atención, para poder ofrecer una atención integral que atienda a las necesidades reales de las personas.

Hay numerosas experiencias en toda España que suponen buenas muestras en los diferentes ámbitos y se están recogiendo diferentes iniciativas desde los Observatorios creados al efecto.

S

e aboga por unos principios comunes que flexibilicen la capacidad de adaptar localmente los servicios ofrecidos a las necesidades integrales de las personas, requiriéndose un equilibrio entre unos acuerdos generales para poder atender las necesidades básicas de las personas en todo el Estado, con la capacidad de construir soluciones capaces de responder a este nuevo escenario desde cada territorio.

El nuevo contexto de transformación serán fundamental asumir el cambio y para ello poner en valor el espíritu innovador, el consenso, la libertad, la flexibilidad, la evaluación y la transparencia.

Para poder llevar a cabo la gestión del cambio necesario, se requerirá estructuras y nuevos elementos organizativos específicamente dedicados, que alienten y refuercen las políticas de transformación hacia los fines perseguidos.

CONCLUSIONES

“Nuestra realidad ha cambiado, así como los objetivos para los que fueron inicialmente contruidos nuestros sistemas sanitario y social. Hemos de evolucionar nuestros servicios para poder ofrecer una atención integrado de servicios capaces de atender las nuevas necesidades de una población con alta prevalencia de enfermedades crónicas y dependencia.

1. Esto no surgirá por generación espontánea: hay que trabajar de manera activa creando soluciones que superen las muchas barreras identificadas, ya que nuestros sistemas sanitario y social no fueron contruidos para trabajar conjuntamente en un inicio
2. Existe un importante consenso técnico en el tipo de soluciones y medidas que abordar.
3. Las diferencias territoriales y de nivel de gestión, aconsejan un diferente énfasis en las mismas en función del contexto.

GRUPO 3:

IMPLICACIÓN DEL

CIUDADANO EN LA SALUD

Y ATENCIÓN CENTRADA

EN EL PACIENTE

Moderador: Javier Rocafort



**FRESENIUS
MEDICAL CARE**

**FRESENIUS
KABI**

caring for life

INTRODUCCIÓN Y ESTADO DE LA SITUACIÓN

Partiendo del nuevo concepto de salud abordado en el capítulo previo, en el que el objetivo es el de conseguir para cada ciudadano la mayor autonomía y bienestar posibles, y entendiendo que éstos dos valores están sujetos a condicionantes personales, y basados en la percepción individual de la propia salud, puede comprenderse la importancia que tienen los ciudadanos en la planificación y la gestión de la sanidad del futuro.

También es relevante el hecho de que estemos viviendo un cambio en la participación de las personas en la toma de sus propias decisiones en términos de salud y dependencia. La autonomía de las personas en la planificación de los cuidados es cada vez mayor y asistimos a un nuevo escenario en el que las intervenciones ocurren, en general, en la forma en la que los pacientes acuerdan con los profesionales sanitarios, o al menos en la forma aceptada por los pacientes entre las propuestas por los profesionales.

En este contexto, la información a los ciudadanos parece un elemento esencial previo a que éstos decidan individualmente como quieren gestionar su propia salud. Sin embargo, conocemos que todavía queda un largo camino por recorrer para que los pacientes dispongan de los datos necesarios para gestionar bien sus problemas de salud.

Pese a los esfuerzos realizados por cohesionar el sistema de salud, la variabilidad en la provisión sanitaria en España sigue siendo grande. Dado que las intervenciones sanitarias son diferentes en los distintos territorios, parece obvio que los ciudadanos han de acceder a la información necesaria sobre dichas diferencias, de forma que puedan optar por las que entiendan ellos como más apropiadas para resolver su problema actual de salud.

RESULTADOS

Una vez consultados los expertos, y aplicado el método de votación de barreras y propuestas, se han seleccionado las siguientes barreras y estrategias para la mejora.

A) Barreras:

- El modelo sanitario no es flexible (15 votos).

- Las organizaciones están más centradas en los profesionales y en sus propias estructuras que en el servicio a los pacientes. Los profesionales sanitarios están poco motivados por el interés del paciente. Por ejemplo, las personas mayores de 80 años siguen teniendo que acudir a sus centros de salud y hospitales para recibir atención.
- La prestación es homogénea pese a que las poblaciones y sus riesgos son diferentes

- Es evidente la falta de información útil y la falta de transparencia ante los ciudadanos (15 votos).

- Existen importantes barreras tecnológicas. La información no se realiza en la forma ni por los medios a los que los pacientes (muchos de ellos mayores) pueden acceder.
- La información no es útil para la toma de decisiones.
- Los consumidores no son conscientes de sus derechos.
- No se incentivan los hábitos ni los entornos saludables.
- Las encuestas son poco sensibles.

- No hay cultura de participación ni actitud adecuada entre los decisores (8 votos).

- El cambio cultural necesario es incómodo para los gestores y para los profesionales.
- Aunque hay foros de participación ciudadana, se les da poco peso.

- Está fallando la comunicación entre los pacientes y los profesionales (6 votos).

- El sistema sanitario no ha dado el suficiente valor (empoderamiento) a los pacientes.
- El lenguaje utilizado no fomenta la confianza

- Los ciudadanos carecen de formación sobre la prevención de su salud (5 votos).

- No se ha dado a conocer el concepto de salud, ni las formas de prevenirla. No se promueve adecuadamente en base a los determinantes de salud.
- Se trabaja con pacientes (enfermos a curar) y no con ciudadanos (sanos a conservar). Se desvincula a los ciudadanos del beneficio de conservar su salud.

B) Estrategias de mejora:

- Se precisa un cambio en el modelo organizativo (14 votos):

- Procede en primer lugar racionalizar y renovar la administración sanitaria, con profesionales preparados para la gestión, con más carga técnica y menos carga política.
- En esta nueva arquitectura habría que tener en cuenta la estratificación de la población según los diferentes grupos de riesgo.
- Se deben poner en valor los modelos de calidad y los centros de referencia y excelencia.
- El eje de la sostenibilidad tiene que cambiar para pivotar menos en el médico y más en los usuarios.

- Hay que cambiar hacia una mayor transparencia en la información (13 votos).

- Desde todos los niveles sanitarios (macro, meso y micro gestión) hacia los ciudadanos. La información debe ser obligatoria.

- Se debe informar también sobre la satisfacción de los ciudadanos en los diferentes servicios, y proporcionar feedback sobre resultados y acciones.

- Es necesaria la responsabilización del ciudadano en su propia salud (7 votos).

- Para ello se pueden implantar “generadores de salud” en personas, familias y empresas.
- Se debe facilitar (“gamificar, socializar”) la responsabilidad del usuario en su salud.
- Los pacientes y ciudadanos deben implicarse en la elaboración de guías de práctica clínica

- Hay que hacer un esfuerzo para mejorar la gestión del conocimiento (5 votos).

- Mediante la generación de una red de buenas prácticas.
- Generando evidencia sobre eficacia y coste-efectividad.
- A partir de estrategias ensayo-error correctamente evaluadas.

- Otras medidas que pueden tenerse en cuenta (1 voto).

- Hacer que la tecnología no suponga una limitación entre el médico y el paciente.
- Se necesita mejorar la formación de los ciudadanos en aspectos de salud.

DISCUSIÓN

Las barreras identificadas nos hacen ver un problema de estructura y otro de proceso, o dicho de otra forma, lo que falla es el fondo (el contenido y la utilidad de la información a los ciudadanos) y la forma (las vías de comunicación y participación, e incluso la actitud de los profesionales).

En cuanto al fondo, los participantes insistieron en la necesidad de que la Administración aporte información relevante y completa. Los ciudadanos necesitan conocer cuáles son los centros de excelencia, los que tienen las mejores prácticas y la mayor experiencia. Sólo de esa forma podrán optar a las opciones más razonables teniendo en cuenta la calidad esperada y la accesibilidad a las mismas. Posiblemente esto significará una reconfiguración de centros de referencia en determinadas materias, que irán siendo perfilados por los propios ciudadanos. Sería labor del Estado, de las Autonomías y de los observatorios seleccionar la mejor información.

Continuando con el contenido de los datos ofrecidos a los ciudadanos, el grupo ha hecho hincapié en la necesidad de responsabilizar al usuario sobre su propia salud, haciéndole partícipe de la importancia de la preservación y promoción de la misma, especialmente cuando el ciudadano está sano. Uno de los grandes retos es precisamente acceder a los ciudadanos sanos y conseguir intervenciones y hábitos saludables entre ellos.

Por último, en cuanto a la forma, parece claro que la fuente de información deberían ser los propios ciudadanos, que participarían en encuestas de salud claras y fiables.

Adicionalmente, los sistemas de evaluación deberían detectar las mejores prácticas y hacerlas visibles, marcando así el camino para quienes quieran aprovechar las buenas ideas. La forma en la que la información llega

a los ciudadanos requiere también un abordaje serio, aprovechando las nuevas tecnologías siempre y cuando sean facilitadoras y no supongan una barrera en la información.

CONCLUSIONES

1. El ciudadano debe de participar en la toma de decisiones sobre su propia salud y sobre la salud pública. Ello implica un esfuerzo en la mejora de la información que reciben los usuarios.
2. La información debe ser clara, útil y verdadera. Los canales de distribución han de ser accesibles y sencillos.
3. Es especialmente importante responsabilizar a los ciudadanos sobre la importancia de la promoción de la salud.
4. Los ciudadanos deben de participar en la elaboración de las guías de práctica clínica.
5. La Administración precisa una reconversión que la tecnifique, la despolitice y la oriente hacia los ciudadanos.

BLOQUE 2

MEJORA DE LA EFICIENCIA Y LA SOSTENIBILIDAD

Coordinador: Carlos Alberto Arenas



**ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN**

INTRODUCCIÓN

Las reformas organizativas de los sistemas de salud, entendidas como un proceso que tiene su origen en el análisis o diagnóstico de situación y cuyo resultado se traduce en la implementación de medidas, tienen en “la mejora de la eficiencia” su máximo exponente.

La eficiencia se define como la relación óptima entre los recursos invertidos y el resultado obtenido. Así, cuando la inversión en el sistema sanitario obtiene los máximos resultados, en términos de salud, podemos decir que somos eficientes desde el punto de vista económico. Si, con los recursos disponibles, ofrecemos la máxima calidad asistencial habíamos, además, de eficiencia técnica.

La eficiencia, al igual que la calidad, es un valor a maximizar, y sus indicadores pueden medirse comparativamente con los resultados obtenidos por otros sistemas u organizaciones sanitarias; su evaluación y mejora continua se hace básica para garantizar el avance de quienes tengan entre sus valores medir el coste de oportunidad de sus acciones y evitar el despilfarro.

La sostenibilidad puede definirse como la capacidad para mantenerse en el tiempo de manera solvente. Así, la eficiencia y sostenibilidad están claramente interrelacionadas, ya que implica maximizar la inversión y ser competitivo.

En el sector público, la relación de competitividad no se establece contra una empresa rival: supone una relación de mejora continua en el tiempo y la comparación de los resultados obtenidos con “iguales”. A esta relación se la conoce como benchmarking, y en salud cobra especial relevancia por cuanto permite conocer nuestra eficiencia y su evolución a lo largo del tiempo, así como su margen de mejora relativa al compararnos con otros si-

milares a nosotros.

En los últimos años se ha realizado especial hincapié en la mejora de la eficiencia del sistema de salud público en pro de garantizar su sostenibilidad, sobre todo en los países con un modelo de sistema nacional de salud financiado por impuestos. La asistencia sanitaria y la inversión en salud se convierte en la mayor partida de sus presupuestos públicos, haciendo necesario, por imperativo ético, garantizar que los recursos invertidos produzcan los máximos resultados en salud y equidad.

Multitud de estudios han demostrado la existencia de bolsas de ineficiencia, duplicidad e importante margen de mejora en la organización y gestión de la asistencia sanitaria. Es también necesario trabajar en disminuir las variaciones en la práctica clínica: el uso e indicación de pruebas diagnósticas y terapéuticas, el consumo de fármacos o la misma actividad quirúrgica pueden variar de manera importante entre profesionales sanitarios de la misma especialidad o entre centros. Variaciones que no están justificadas ni relacionadas con la mejora en los resultados en salud, y que, en ocasiones, no ayudan a desmantelar la errónea percepción que el ciudadano tiene sobre la “adecuada intervención clínica” (no más es mejor). La evidencia disponible muestra que los resultados en salud suelen ser mejores cuanto más conservador y menos intensiva es el uso de pruebas y tratamientos. Así, un exceso de pruebas invasivas está asociado con efectos adversos, como las infecciones nosocomiales, mayor probabilidad de falsos positivos diagnósticos y, por ende, tratamientos innecesarios no exentos de efectos secundarios o complicaciones. De hecho, diferentes publicaciones sobre efectos adversos de la asistencia sanitaria señalan que estos suponen una de las primeras causas mundiales de morbilidad y

mortalidad y son reflejo de la punta de un iceberg.

Ante estos hechos, e inmersos en una crisis financiera prolongada que tensiona a la baja los presupuestos públicos ante la disminución de ingresos, se hace necesario implantar en el sector público planes y políticas de mejora de la eficiencia de la atención sanitaria, tomando como base la medicina basada en la evidencia y la práctica clínica razonable o prudente. Dicha práctica ha de considerar el coste de oportunidad de nuestras intervenciones, sus resultados (incluidos los adversos) y su adecuación a las necesidades de salud de la población; maximizar salud minimizando el intervencionismo clínico.

Para ello se hace preciso también desinvertir en lo que no aporta salud o valor (sería lo que despilfarramos por una mala práctica clínica o una organización no adecuada) para poder así invertir en lo que haya demostrado eficiencia. De hecho, en los países occidentales las necesidades de inversión en salud tienden a crecer por múltiples factores intrínsecos a nuestra dinámica social (por lo que es necesario hacer hueco en los presupuestos eliminando lo que menos aporta); factores entre los que destacaría:

1. El envejecimiento poblacional, que se traduce en que la población llegue a edades avanzadas con mayor número de patologías crónicas. Cuidados sanitarios continuos y mayor uso de recursos y tecnologías sanitarias son la principal consecuencia.
2. Las continuas mejoras en tecnologías sanitarias genera una asistencia más tecnolozada y, a priori, más cara.
3. El creciente número de fármacos innovadores (biológicos, para enfermedades raras o huérfanas, terapia celular, etc.), que impli-

can una cuantiosa inversión para el sistema y para los que se hace necesario probar su mejor relación costeefectividad.

4. La demanda social hacia un aumento de la cartera de servicios, nuevas prestaciones sanitarias, y una presión por la universalización y gratuidad de todas las prestaciones.

5. La propia condición de la sanidad pública, entendida como instrumento de rédito político, que genera en determinados ciclos, la proliferación de infraestructuras de salud, en algunos casos innecesarias o cuestionables.

Se hace necesario pues, por imperativo ético ante el principio de justicia y equidad social, evaluar de manera exhaustiva la organización sanitaria, sus recursos y sus prácticas para priorizar las más eficientes y las de mejor coste de oportunidad; sin duda, seleccionar aquellas acciones eficientes, evitando lo que no aporta valor, generarán mejoras plausibles de salud.

Partiendo de estas premisas, se establecieron cuatro grupos de trabajo con la finalidad de abordar las principales parcelas en las que está implicada la eficiencia y la sostenibilidad.

El primer grupo trabajó aspectos relacionados con la eficiencia organizativa. La organización, como marco en el que nos movemos, induce dinámicas de gasto propias y diferenciadas según su grado de eficiencia y otras variables como la adecuación de su dimensión, la existencia de adecuados circuitos y espacios de trabajos, así como el diseño de flujos de información o el equilibrado reparto de las cargas de trabajo, entre otros. El diseño de la organización tiene una influencia directa en cómo se comporta ésta con los usuarios (clientes internos y externos) y tiene un reflejo directo en la satisfacción de los

misimos. Su mejora y propuestas de reforma ha sido invocada en múltiples estudios desde el Informe Abril, que ya proponía modificaciones importantes a la misma. Y este es un elemento clave, facilitador o limitador, de las medidas que se implementen en pro de la eficiencia: en la gestión clínica, políticas compras y contratación o políticas de personal.

Precisamente el siguiente grupo trato este último elemento clave, los profesionales sanitarios. La denominada relación de agencia que se produce en el sistema de salud entre los profesionales y el paciente (y también con la autoridad sanitaria que los contrata) ante la asimetría de información implica, además de la existencia del problema del riesgo moral, que el consumo de servicios tenga su origen en la decisión del médico, que puede recomendar un consumo ineficiente o excesivo de servicios sanitarios, a excepción de que el criterio ético médico prevaleciera sobre cualquier otro. Precisamente, la presencia del sector público en la provisión sanitaria permite suavizar este tipo de problemas. Por tanto, el profesional es clave en la mejora de la eficiencia y en la sostenibilidad del sistema, no solo porque la partida de recursos humanos supongan la de mayor cuantía presupuestaria del sistema sanitario (cercana al 50%), sino porque además, sus decisiones tienen una repercusión directa en el gasto sanitario (en términos de gasto farmacéutico, ingresos hospitalarios, pruebas diagnósticas /terapéuticas, etc.)

El tercer grupo abordó las mejoras de eficiencia relacionadas con la atención y seguridad del paciente, que supone apostar por una medicina más humanizada, menos intrusiva y más consensuada con el paciente (decisiones compartidas), con el objeto de minimizar los efectos adversos de la práctica clínica y mejorar la seguridad y con ello la salud global y satisfacción de los pacientes.

Por último, el cuarto grupo de trabajo abordó aquellos aspectos relacionados con la mejora de la eficiencia en los procesos y las tecnologías, aspectos también claves del funcionamiento global de un sistema de salud, cada vez más tecnológico y en el que los retos demográficos actuales requieren de una atención al paciente organizada en torno a procesos estándares y necesaria coordinación asistencial, inter e intra niveles.

GRUPO 4:

MEJORA DE LA EFICIENCIA ORGANIZATIVA

Moderador: Diego López
Secretario:: Francisco Álvarez

INTRODUCCIÓN Y ESTADO DE LA SITUACIÓN

La situación de la Sanidad española respecto a la eficiencia organizativa es de parálisis debido a una estructura burocratizada, con predominio de normativas, en algunos casos, obsoletas y en otros claramente ineficientes y que impiden la incorporación de nuevas técnicas de gestión que ya han dado resultados en otros sectores.

A pesar de los intentos de modernización del Sector Público, estos siempre se han encontrado con grandes resistencias al cambio motivadas principalmente por las visiones cortoplacistas que tienen aquellos que debían ponerlas en práctica.

En general se han intentado hacer las transformaciones a través de la incorporación de nuevos modelos de gestión pero estas transformaciones han ido fracasando, bien porque no se las ha dejado madurar introduciendo modelos diferentes y desechando los anteriores, bien porque la burocracia existente estaba totalmente en contra y las han homogenizado a lo existente. Se crearon Fundaciones que, poco a poco, se han transformado en Hospitales Públicos tradicionales asimilando a la plantilla a funcionarios o estatutarios y modificando sus formas de gestión hasta burocratizarlas al máximo. Las incorporaciones de nuevas fórmulas de Colaboración Público Privada se han enfrentado a la demagogia de la oposición en el lugar correspondiente. De forma que, salvo en Cataluña, están siendo muy criticadas.

La estructura de las plantillas a modo de personal funcionario y/o estatutario dificulta mucho la motivación del personal, negativa y positiva, y los propios directivos y gestores sanitarios se ven condicionados a centrar sus actuaciones con horizontes temporales paralelos a los períodos electorales, lo que implica una gestión con una visión, como ya se ha comentado, de muy corto plazo.

El sistema, a pesar de que continuamente predica que está orientado al paciente y ensalza la labor de sus trabajadores no lo demuestra y, más bien, actúa en sentido inverso.

Principalmente porque las organizaciones, en cualquiera de sus niveles, carecen de misión y visión.

RESULTADOS

Barreras más votadas

Temas como la falta de objetivos individuales y organizativos, el fomento del trabajo en equipo, la gestión basada en estrategias con plazos lógicos de maduración se plantearon y son los finalmente se plasmaron agrupados en el **Cuadro 1**.

Después de un amplio debate en el que se presentaron más de 15 de barreras. Se realizó una agrupación por grupos quedando las barreras definidas como sigue:

Cuadro 1

Barreras votadas	Puntos	%
Barreras burocráticas y legales	10	37
Falta de motivación	9	33
Sistema no enfocado al paciente	4	15
No existe misión / visión a largo plazo	4	15

Estrategias votadas

Una vez definidas las barreras se comenzó el debate en torno a aquellas estrategias que su implantación facilitaría la eliminación o superación de las barreras. Como en el caso anterior, cada participante fue proponiendo las que consideraba adecuadas y, una vez expuestos todos los argumentos, se procedió a agrupar en función de temática y se votaron. Los resultados de la votación pueden observarse en el **Cuadro 2**.

Cuadro 2

Estrategias votadas	Puntos	%
Cambio de modelo legislativo	12	46
Evaluación / Implantación de objetivos	8	30
Pago por resultados (Financiación)	3	12
Pacto de Estado	3	12

DISCUSIÓN

Se considera necesario mejorar la formación de los profesionales en todos sus niveles con la incorporación de técnicas ya testeadas en otros sectores. Incorporar gestores profesionales que hayan tenido una formación diferente a la que ahora se valora en el sector. Hay que introducir profesionales de la eficiencia, de la gestión, así como procesos de optimización de costes en otras áreas como la logística.

Se hablo de la necesidad de fomentar la transparencia, en especial, del coste y gasto que supone la Sanidad. También se debatió sobre la necesidad transmitir información al paciente sobre resultados en salud. No es necesariamente una buena decisión la transmisión de datos de coste por proceso al paciente, no obstante si puede ser una herramienta motivadora este conocimiento entre los diferentes profesionales del área.

En general hay el consenso de que Los resultados clínicos en España son buenos aunque no está clara su sostenibilidad.

La interoperabilidad entre la historias clínicas e información que hay registrada del paciente se constituye como un pivote para la eliminación de barreras y de ineficiencias del sistema.

CONCLUSIONES

1. Nos encontramos con un sistema sanitario fuertemente burocrático con grandes problemas de gestión, entre los que se encuentran unos objetivos atomizados y que la toma de decisiones no se basa en el paciente, que debería ser el centro del sistema y que no siempre lo es.
2. Cada nivel carece de incentivos, positivos y negativos, para tener una senda de mejora continua.
3. La visión administrativa de los responsables, con plazos temporales inferiores a cuatro años, impide la realización proyectos que tengan continuidad a largo plazo.
4. La resistencia al cambio de las organizaciones y profesionales que la integran hace que la incorporación de medidas dinamizadoras sea muy compleja y lenta.
5. No existe una formación moderna en el área de gestión de la Salud, donde se incorporen visiones de otros sectores que ayuden a su actualización.
6. Es necesario transmitir a la clase política la necesidad de un pacto de Estado que evite la utilización de la Sanidad como un arma de desgaste del rival, o como un pozo de obtención de votos sin visiones estratégicas, que posibiliten mantener una sanidad de calidad y sostenible.

GRUPO 5:

MOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES

Moderador: Carlos Peña Laguna
Secretario: Enrique Pérez Baos

newhealth
foundation



>
accenture



sedisa

sociedad
española de
directivos
de la salud

INTRODUCCIÓN Y ESTADO DE LA SITUACIÓN

Nos encontramos ante un escenario de cambio de ciclo en el sector sanitario. Los modelos de gestión de las estructuras sanitarias permanecen en la mayoría de los casos bajo fórmulas basadas en hechos normativos no adaptados a la situación actual. Dentro de las estrategias que persiguen la excelencia del capital humano en las organizaciones, este capítulo prioriza las que se focalizan en conseguir que estén correctamente motivados para hacer frente a situaciones de exigencia que nos permitan aumentar la eficiencia de nuestros servicios sanitarios.

Es evidente que es necesario un pacto general que permita cambiar las estructuras y formas de gestionar la sanidad. En la actualidad la realidad social, científica y política ha cambiado y sin embargo todavía estamos sujetos a un marco legal que en la mayoría de los casos fue diseñado para dar respuesta a situaciones anteriores a la que nos encontramos hoy. Parece estar claro que para poder avanzar a escenarios nuevos la sociedad tiene que establecer el consenso necesario que permita consolidar estos hitos.

Políticos, industria, profesionales y sociedades deberán sentarse para garantizar el desarrollo de un nuevo escenario común que afronte los nuevos retos a los que nos enfrentamos y que nos permitan estar preparados para escenarios futuros todavía más exigentes.

La gestión del cambio debe realizarse desde estructuras más horizontales y lideradas por profesionales preparados, formados y con la motivación necesaria para emprender. La voz y la opinión del profesional es muy importante. En este sentido, desde el sector profesional se reclama mayor autonomía, responsabi-

lidad y participación en la toma de decisiones que afectan a la gestión de sus centros. Las herramientas de evaluación del desempeño, basadas en sistemas de información robustos, asegurarán el éxito, además de aumentar la motivación intrínseca de los trabajadores en base a sistemas de reconocimiento e incentivación. Para ello se debe ahondar en pactos que permitan superar las rigideces actuales en el marco normativo laboral.

El gestor tiene que estar preparado para afrontar el cambio y para ello es vital profesionalizar los puestos directivos y garantizar la participación de todos los profesionales. En este sentido el grupo de trabajo ha identificado tanto las barreras como las estrategias para motivar a los profesionales. Todas ellas han emanado desde una perspectiva de la salud, independientemente de su carácter público o privado.

RESULTADOS

Barreras

Las principales barreras, que dificultan la motivación de los profesionales, que se identificaron y priorizaron por el grupo de trabajo son las siguientes:

- 1) **Falta de participación e implicación en las situaciones que determinarán los resultados. 7 votos (30,5%).**
- 2) **La falta de formación específica de los profesionales en la gestión de los recursos. 5 votos (21,7%).**
- 3) **La rigidez del sistema que impide desarrollar estrategias motivacionales. 5 votos (21,7%).**
- 4) **La inexistencia de un sistema de evaluación del desempeño. 4 votos (17,4%).**
- 5) **Desconocimiento de los objetivos de la organización. 2 votos (8,7%).**

Estrategias

En base al escenario definido por las barreras anteriores, se identificaron y priorizaron las siguientes estrategias para conseguir aumentar la motivación de los profesionales:

- 1) **Necesidad de un pacto político que garantice una despolitización de la función directiva. 11 votos (47,9%).**
- 2) **Dotar a los profesionales de más autonomía, participación y responsabilidad. 4 votos (17,4%).**
- 3) **Implementar sistemas de información y evaluación del desempeño que incorporen medidas de reconocimiento. 4 votos (17,4%).**

- 4) **Incrementar los niveles de profesionalización en la gestión del sector socio-sanitario. 3 votos (13%).**
- 5) **Implicación de todos los niveles profesionales en la consecución de los objetivos de la organización. 1 voto (4,3%).**

DISCUSIÓN

Si los profesionales no intervienen en los procesos que definirán las tareas, objetivos y la calidad de los resultados, no desarrollarán actitudes de pertenencia, alejando su implicación y motivación de la organización.

Además, existe la percepción por parte de los profesionales acerca de no recibir formación específica en gestión de recursos y del liderazgo. Esto provoca que el afrontamiento de las situaciones reales no sea efectivo, contribuyendo a generar errores tanto en la gestión de los recursos como del capital humano de las organizaciones.

Existe un acuerdo general en el grupo de trabajo en señalar que falta una profesionalización de los gestores sanitarios. Se hace estratégico y profundamente necesario el abandonar la provisión de dichos puestos de otra manera que no sea la estrictamente profesional. Es prioritario establecer criterios de capacidad y mérito como competencias necesarias para poder profesionalizar adecuadamente los puestos gestores en los sistemas sanitarios.

El actual sistema es rígido y nos impide incentivar positivamente para individualizar los resultados y empoderar al profesional en la toma de decisiones que afectan a la gestión de sus servicios y centros.

Existen muchos factores que afectan negativamente en la motivación de los profesionales.

Un ejemplo de ello es mantener sistemas retributivos en los que se abonan las mismas cantidades a los profesionales independientemente de su desempeño y actividad. A este factor si le sumamos la rigidez en las condiciones laborales desligadas de la consecución de objetivos e incentivos provocan una falta de motivación profesional de la salud.

Existe desconfianza en los gestores sanitarios y los profesionales por una falta de comunicación y liderazgo efectivo. Las estructuras de poder y autoridad en la organización se orientan con una falta de horizontalidad muy marcada.

Para concluir, el déficit en la comunicación entre los diferentes estamentos de la organización deriva en el desconocimiento de los trabajadores de los objetivos generales y específicos que marcarán los resultados.

CONCLUSIONES

1. Aumentar la motivación de los profesionales es un activo estratégico en la cartera de cualquier organización sanitaria que aspire a alcanzar niveles de innovación, resultados en salud de sus ciudadanos y eficiencia en su gestión.
2. Aún queda mucho trabajo por hacer para conseguir organizaciones horizontales en las que los profesionales que las integran puedan tomar decisiones sobre la gestión directa de sus centros y servicios.
3. Para alcanzar todos los hitos propuestos es necesario un pacto general que permita establecer gestores profesionales en las organizaciones sanitarias. Mediante estos profesionales y alcanzando pactos a nivel normativo y laboral, se podrán alcanzar mayores cuotas de autogestión en las organizaciones, empoderando a los profesionales y haciéndolos partícipes de los resultados.
4. 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.
5. Una vez conseguidos todos estos hitos es importante recuperar la confianza en los gestores, profesionalizando la provisión de sus puestos y aumentando su perfil comunicador y participativo con toda la organización.

GRUPO 6:

ATENCIÓN AL PACIENTE Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Moderador: Guadalupe Pajares Carabajal
Secretario: Javier Guerrero Fonseca

AMGEN®

INTRODUCCIÓN Y ESTADO DE LA SITUACIÓN

La seguridad del paciente es un claro objetivo de los Sistemas Sanitarios. Cada día una enorme cantidad de personas son tratadas y atendidas por profesionales sanitarios altamente cualificados. El avance en tecnología y conocimiento ha creado un sistema de salud de una enorme complejidad.

En toda esta compleja actividad, el potencial de riesgo es alto y en ocasiones, un accidente imprevisto e inesperado causa algún daño o complicación al paciente como consecuencia directa de la asistencia sanitaria. Se cometerán errores con independencia de la dedicación y profesionalidad del personal. Este efecto es generalizado y puede tener consecuencias emocionales y físicas de mucho impacto para los pacientes y sus familias.

Cuando los pacientes se desplazan entre los sectores de atención primaria y hospitalaria, se incrementa el potencial de problemas de seguridad.

También para el personal involucrado, los incidentes pueden ser decepcionantes y frustrantes. Por último, considerar que los incidentes de seguridad también pueden incurrir en importantes costes por litigios y tratamientos extra.

RESULTADOS

Barreras:

1. Barreras del sistema:

Limitación de recursos y ausencia de controles de calidad de la actividad asistencial.

La actual estructura organizativa limita las posibilidades de mejora.

Existe un concepto punitivo de los errores que se comenten, creándose, por tanto, un bloqueo al ponerse de manifiesto.

Ausencia de evaluación a lo largo de la carrera profesional sobre habilidades en atención y seguridad del paciente.

En el sistema español la industria no se ve como “partner”.

Masificación y baja eficiencia de la actividad asistencial, de los profesionales clínicos y administrativos.

Asignación presupuestaria heredada y sistemas de retribución no alineados con el objetivo de excelencia asistencial.

Ausencia de iniciativas integrales que fomenten y evalúen el uso de las nuevas tecnologías en la consecución de la excelencia. Falta de incorporación de herramientas que ayuden a consolidar la cultura de seguridad.

2- Barreras personales:

- Ausencia de incentivación alineada con los objetivos de seguridad asistencial y excelencia.
- Acomodación y falta de formación continua y reciclaje de los profesionales.
- Falta de formación y cultura en habilidades de captación y fidelización de los pacientes.
- Pérdida de valores humanos, como primer elemento del trato al paciente.

- Existencia de una gran dificultad para la incorporación de cultura y estrategias de seguridad por parte de los profesionales sanitarios.

Estrategias:

1. Hacer más patentes la presencia de los valores humanos en la actividad sanitaria.
2. Destacar el valor y la actitud de servicio hacia los demás.
3. Reposicionamiento de los valores humanos en la actividad sanitaria y en la sociedad.
4. Generar cultura de formación, protocolización y seguimiento en la actividad de todo el personal implicado en el cuidado del paciente.
5. Insistir en la inclusión de medidas de calidad sobre la seguridad y atención de excelencia como objetivo a conseguir, al mismo nivel que la formación técnica y en su evaluación continuada.
6. Incentivación adecuada evaluando resultados, a través de la consecución de objetivos, en formación y resultado de encuestas.
7. Sistemas de notificación de efectos adversos que ayuden y apoyen al profesional, evitando la penalización o castigo y normalizando el registro por parte de los profesionales de los errores. En vez de penalizar el registro, recompensar los cambios de tendencia, aprender de los errores y tomar acciones correctivas y preventivas que influyan positivamente en la consecución de los objetivos de calidad.

8. Incorporar al paciente en el seguimiento de su proceso asistencial, darle visibilidad en su plan de cuidados, del avance y resultados intermedios.
9. Tratamiento domiciliario y multidisciplinar con el paciente y su entorno.
10. Educación y adiestramiento del paciente en auto-cuidados, evitar compartimentos asistenciales.
11. Conseguir maximizar la participación del paciente, convirtiéndose este en el auditor de su propio proceso y en un miembro activo de su proceso de cuidados y del proceso de comunicación con el equipo de profesionales que interviene en su salud.
12. Sistemas informáticos mentores para el paciente y sus familiares, que ofrezcan acceso a un entorno de información centrado en su estado de salud, explicando los beneficios, riesgos y posibilidades terapéuticas, y le proporcione herramientas para gestionar su historia clínica además de poder comunicarse con los profesionales.
13. Elección informada del tratamiento entre alternativas terapéuticas por parte del paciente.
14. Optimizar la formación y educación del paciente y/o cuidador en la enfermedad, fomentar el auto-cuidado y corresponsabilidad en el tratamiento.
15. Generar sistemas validados de competitividad entre las diversas instituciones sanitarias, en la consecución de dichos objetivos.

DISCUSIÓN

Un sistema sostenible debe basarse en la atención centrada en el paciente, donde la seguridad es un aspecto clave, estableciendo acciones conjuntas y coordinadas sobre individuos y sociedad, profesionales sanitarios, directivos, políticas sanitarias nacionales, regionales y hospitalarias.

La necesidad de incorporar y usar de manera rutinaria sistemas de medición, seguimiento, actualización de políticas y guías de prevención y buenas prácticas es imperativa.

Se enuncio también como muy importante el fomento de la transparencia con la publicación de resultados de la asistencia.

La accesibilidad transparente a dichos resultados tanto para profesionales como para familiares y pacientes., será clave para que el sistema gane legitimidad y mejorar la decisión informada del paciente.

Se remarco la necesidad de integrar los mejores resultados en calidad y tener gran capacidad resolutive desde el nivel asistencial hasta el gerencial.

Disminuir la variabilidad de procedimientos y de resultados de la atención sanitaria analizándola de manera comparativa entre diversos sistemas y niveles asistenciales También se destaco la necesidad de definir las medidas estándares de calidad y seguridad por procesos clínicos clave.

Es importante identificar a través del benchmarking la incentivación económica posible por objetivos concretos de calidad cumplidos Por último recordar monitorizar de manera permanente los procesos de atención para asegurar que se cumplan los protocolos y buenas prácticas y se intervenga a tiempo en caso de desviaciones o riesgos.

CONCLUSIONES

1. Hay que apostar por sistema de libre elección, ofreciendo los resultados obtenidos en las más exigentes auditorias en calidad, en cada una de las instituciones sanitarias.
2. La Formación Continuada en la mejora de seguridad y calidad asistencial es básica a realizar desde las instituciones y dirigida a los profesionales y pacientes.
3. Haya que crear sistemas potentes de incentivación, alineados con los objetivos perseguidos.
4. Hay que ser capaces de ofrecer lo más humano de nosotros, sirviendo a los que más nos necesitan, en un entorno altamente cualificado y adaptado a las necesidades de los pacientes.

GRUPO 7:

MEJORA DE LOS PROCESOS Y LAS TECNOLOGÍAS

Moderador: Carlos Mur de VÍu
Secretario:: Antonio Burgueño Jerez

The logo for biogen idec is located at the bottom of the page. It features the text "biogen idec" in a blue, lowercase, sans-serif font. The text is enclosed within a thin, light blue rectangular border that has a small notch on the right side. A registered trademark symbol (®) is positioned to the right of the text.

biogen idec®

INTRODUCCIÓN Y ESTADO DE LA SITUACIÓN

La tecnología médica condiciona y moldea la práctica profesional, la propia organización y, por ende, los procesos asistenciales.

Las limitaciones, ineficiencias y deficiencias en la incorporación de nuevas tecnologías a nuestra sanidad proceden de tres causas:

- Limitaciones del conocimiento sobre coste-efectividad y eficiencia (o no) de su incorporación (según el ámbito), bien por una evaluación insuficiente (concepto y uso de evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) no está extendido), bien por problemas de difusión y aplicabilidad de los resultados de dichas evaluaciones.
- Problemas con las decisiones de incorporación, de tipo institucional (las reglas del juego de la cadena de decisión, la regulación) y de incentivos (heterogeneidad y arbitrariedad en la incorporación de tecnologías).
- Problemas / deficiencias con la incorporación a la práctica clínica de las novedades que hayan demostrado su relación coste-efectiva. La mayor parte de las nuevas tecnologías son propulsores del gasto sanitario, a corto y a largo plazo, a través de mecanismos diversos. La principal característica es la obsolescencia, más acusada en el sector público por ser una de las partidas donde más han incidido los recortes presupuestarios.

Los países con financiación impositiva de la sanidad son difusores más lentos, aunque es más fácil adoptar nuevas tecnologías que deshacer posiciones, desinvertiendo en tecnologías que han dejado de ser coste-efectivas. Por ello la ETS debe estar dirigida no sólo a las nuevas tecnologías, sino a las ya incorporadas en la práctica clínica.

El interés de la industria está girando hacia la

prevención, entendida de forma sui generis, en el marco de una nueva medicina individualizada. El diagnóstico de preenfermedades entra a formar parte del arsenal de la tecnología sanitaria, lo cual es una oportunidad para la prevención de la enfermedad, pero también una amenaza de medicalización social. La frontera entre diagnóstico y tratamiento se está desdibujando, como por ejemplo con la aplicación de procedimientos de alta resolución como las endoscopias o los cateterismos cardíacos, que permiten diagnosticar y tratar a la vez.

Las especialidades de alto perfil tecnológico son más demandadas por los candidatos MIR. Se produce la denominada “fascinación tecnológica” por los profesionales sanitarios, más acusada en determinados especialidades. No ayudan para ello los Sistemas retributivos que no incentivan el uso eficiente de las guías de práctica clínica (protocolos o estándares de procesos), ni la implementación eficiente de las nuevas tecnologías. Los procedimientos administrativos, relacionados con la compra y adquisición de tecnologías sanitarias, son otro obstáculo.

Los incentivos derivados del prestigio científico por la adopción precoz de nuevas tecnologías a los profesionales generalmente tienden a favorecer los tratamientos y pruebas más caros. Una vez instalado el equipo, las decisiones sobre cómo y con quién usarlo son discrecionales y están descentralizadas en los profesionales sanitarios.

La variabilidad de la práctica clínica es un elemento que determina la heterogeneidad en la introducción de tecnologías y disparidad en los resultados asistenciales.

La percepción de la gestión por procesos, por parte de los profesionales, es todavía algo negativa: se vivencia más como una imposi-

RESULTADOS

ción de los equipos directivos que como una herramienta verdaderamente útil en su trabajo asistencial.

Existe descoordinación y falta de integración con procesos de otros sectores clave (socio-sanitarios, educativos...). La coordinación intersectorial es aún una asignatura pendiente en la mayoría de los procesos asistenciales. Respecto a la ETS hay Descentralización de la evaluación. Atomización de las evaluaciones y los resultados falta estandarización metodológica en la elaboración de protocolos y estándares metodológicos, guías práctica clínica, etc. Así como falta de consenso sobre el coste de oportunidad que podemos asumir para la introducción de nuevas tecnologías.

Las decisiones de financiación pública de nuevas tecnologías se toman atomizada y descoordinadamente por las 17 CCAA, sin noción alguna de pertenencia a un Sistema Nacional de Salud. Los hospitales del SNS siguen siendo, además, puerta de entrada significativa en la adopción de nuevas tecnologías.

Hay una Excesiva división de competencias y descoordinación a nivel público en:

- Autorización.
- Fijación del precio.
- Condiciones de la financiación.
- Guías, evaluaciones protocolos.
- Aplicación en la práctica clínica.

Las nuevas tecnologías, bien evaluadas y aprobadas, pueden ser objeto de una deficitaria implementación en la práctica clínica, por falta de adherencia de los pacientes y de los médicos a las guías, entre otras causas. La aplicación puede desbordar los límites de las indicaciones.

La regulación influye en el proceso de adopción y difusión de tecnologías. Mediante in-

centivos en los sistemas de pago a los hospitales se ralentiza o acelera no solo la difusión, sino el propio proceso de creación. Una revisión reciente sobre el proceso de adopción de innovaciones tecnológicas en los hospitales concluye que prácticamente todos los estudios señalan como muy importantes los atributos organizacionales como determinantes de las decisiones de adopción.

La falta de Interoperabilidad en las historias clínicas electrónicas y otros canales de información asistenciales es otro de los obstáculos a superar para mejorar los procesos asistenciales sobre todo en sus aspectos de continuidad asistencial.

RESULTADOS

Barreras:

- **Financieras.** La crisis económica ha hecho que el capítulo de inversiones sea uno de los que más ha disminuido. En muchos centros el que más.
- **Estructurales.** La mayoría de los centros de gestión directa tienen dificultades para una gestión ágil y operativa de las inversiones.
- **Organizativas.** El sistema, sobre todo el público, es rígido y piramidal con inercias importantes para realizar cambios estratégicos en procesos y tecnologías de manera ágil y rápida.
- **Resistencia al cambio en los profesionales y en la propia administración.** Importancia de factor humano ante el cambio.
- **Sistemas de información no integrados,** que impiden una gestión del proceso de manera continuada pues no se entienden entre algunos servicios.
- **Hay miedo a la transparencia,** lo que origina no compartir información.
- **Desconocimiento de los propios procesos** por los profesionales.
- **Falta de cohesión entre gestores y profesionales sanitarios** que dificultan su desarrollo.
- **Barreras de desarrollo:** descoordinación entre desarrolladores y clientes, así como excesiva fragmentación en comunidades con planteamientos organizativos dispares que impiden economías de escala en el desarrollo.
- **Cortoplacismo clásico en la gestión al**

estar ligada, muchas veces, al calendario político.

- **No se remunera** ni se incentiva a los profesionales según resultados en salud.

Estrategias: procesos:

- **Participación de ciudadanos y profesionales en el diseño de procesos.**
- **Fomento de la cultura de valor al paciente** desde la visión procesopaciente.
- **Orientación de los diseños organizativos,** basados en proceso-paciente (Itinerario salud).
- **Desarrollo de procesos que integran** la tecnología a disposición del paciente.
- **Cambio de modelo retributivo,** basado en resultados de salud y no en actividad.
- **Incremento de las competencias de los equipos de decisión** para una efectiva organización y gestión por procesos.
- **Apuesta por la integración funcional y organizativa** dentro de la institución. Fomento de la coordinación de todos los agentes.
- **Interoperabilidad de procesos,** historia clínica, tarjeta sanitaria...
- **Estandarización de creación, gestión y métodos** de evaluación de los procesos. Creación de una Agencia independiente.
- **Criterios de evaluación para la desinversiones de tecnologías** ineficientes u obsoletas a realizar.
- **Vincular pacientes y resultados de salud.**

- **Inversiones priorización por idoneidad** más que por oportunidad.
- **Alinear las necesidades y visiones** de médicos, pacientes, gestores (decisores), industria, política...

Estrategias: tecnologías:

- **En el ámbito de la legislación/normativa:** una necesaria evolución del derecho administrativo a las nuevas realidades de compras, contratación y logística en pro de agilidad y eficiencia.
- **Desarrollo de Planes de apoyo y mejora del sector público.** Madurar y potenciar la colaboración público-privada.
- **Fomento de propuestas** desde la industria que pasen del “yo te ayudo” al “yo lo hago”.
- **Apuesta, por parte de la Administración Pública,** por considerar ciertas nuevas tecnologías como nuevos servicios y remunerarlos como tal: por ejemplo, la telemedicina.
- **Innovación en gestión e innovación** organizativa para posibilitar la innovación tecnológica.
- **Incorporación de estrategias de compras públicas** no basadas sólo en precio, sino también es aspectos estratégicos para la organización.
- **Planificación estratégica e integral de la tecnología.**

DISCUSIÓN

La mejora de los procesos y las tecnologías de la información, deben ser evaluadas. Si se apuesta por un modelo de gestión por procesos, y además integrado sociosanitariamente, las tecnologías de la información y la comunicación deben probar su eficiencia y efectividad en el marco de este modelo de atención.

Uno de los retos pendientes de los sistemas sanitarios es la integración de los procesos de salud y, consecuentemente, la integración de los sistemas llamados sociales y sanitarios.

Hay que avanzar hacia el proceso-paciente con una visión integral huyendo de dibujos organizativos reduccionistas que tan solo miran un servicio concreto. Supone un cambio cultural que debe ser gestionado. Ese esfuerzo va a llevar hacia una necesario interoperabilidad de los sistemas tecnológicos y aún más a una unificación de los mismos que permitan el objetivo de gestionar la salud.

El reto no es fácil, pues ese cambio cultural hay que acompañarlo paralelamente por cambios organizativos que incluyen, entre otras cuestiones, cambios en los modelos retributivos, pues actualmente se paga por hacer cosas y no por trabajar hacia la mejora de salud de los ciudadanos, incluso antes de ser pacientes.

En el caso de los pacientes crónicos, la gestión por procesos en más que necesaria y la medida de los resultados deben apostar por una atención de calidad. Incorporando incentivos ligados a la personalización de la atención y la mejora de la calidad de vida de los pacientes

Este cambio es complejo en un marco de contratación pública que tiene las competencias muy divididas entre los que autorizan la compra, los que fijan el precio, los que financian y los que finalmente aplican la práctica clínica.

En cuanto a la tecnología diagnóstica y terapéutica, es necesario trabajar hacia una planificación estratégica e integral que establezca un marco racional de la adopción de la innovación y, sobre todo, como punto prioritario, hacer una gestión de la tecnología existente que frene, o al menos atenúe, el progresivo proceso de obsolescencia que viene acusándose por haber sido una partida castigada por los presupuestos en épocas de ajustes, por mayor escasez financiera de lo que viene siendo habitual.

Aun así, los capítulos presupuestarios destinados al mantenimiento de la inversión siguen siendo considerables y, en ocasiones, ineficientes desde el punto de vista del mantenimiento de obsolescencia tecnológica.

CONCLUSIONES

1. Sigue imperando la fascinación por la tecnología en el sector sanitario y la sufren profesionales y población en general.
2. No hay directrices clara de hacia dónde vamos con criterios de coste-eficiencia o coste-oportunidad. Como existen en otros servicios de salud al incorporar tecnologías y procesos. La fragmentación del sistema sanitario en España en un multi-sistema Autonómico no ayuda a conseguir un consenso en la introducción de las tecnologías, e incluso en consensos sobre cartera de servicios a financiar.
3. La eficiencia de todos los procesos y tecnologías debería ser probada antes de introducirse en el sistema de prestaciones públicas.
4. Es necesario el cambio hacia la integración del modelo sanitario y social.
5. Las estrategias de éxito han de partir de una visión amplia e integrada del concepto de tecnología.
6. Hay un exceso de iniciativas tipo “proyecto piloto” que, en una fase posterior, no comparten la información ni son evaluadas adecuadamente como nuevas experiencias extrapolables a otros contextos y realidades.
7. Hay que buscar los elementos de motivación para mejora de los procesos y tecnologías del propio sistema.
8. Es imprescindible avanzar en las organizaciones sanitarias públicas en la gestión del cambio.

BLOQUE 3

CONTRIBUCIÓN DE LA INVERSIÓN EN SALUD AL DESARROLLO SOCIAL Y ECONÓMICO

Coordinador: Baltasar Lobato Beleiro



**ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN**

INTRODUCCIÓN

La calidad en términos de resultados en salud y la macro-eficiencia de nuestro sistema sanitario es referente a nivel internacional. Pero cuando evaluamos una inversión en sanidad, no solo hemos de contemplar la sostenibilidad de nuestro modelo desde la perspectiva de la salud de las personas y del gasto que ello implica, tenemos también que contemplar la sanidad en términos de empleo, competitividad e imagen; y valorar la aportación a la innovación, al conocimiento, a la tecnología y a nuestro tejido empresarial.

Desde esta perspectiva la sanidad no es gasto, es inversión.

La Salud es considerada como una de las principales palancas para el desarrollo social y económico de un estado. La provisión de servicios de Salud y el tejido industrial que rodea a la Salud representan ya más del 7% del PIB en España, siendo uno de los principales motores de nuestra economía, aún sin tener en consideración el resto de actividades e industrias que dependen en gran medida del sector Salud.

Por ello, consideramos que la Salud es una de las esferas de la sociedad más atractivas para invertir tanto desde la Administración Pública como desde el Sector Privado. El retorno social y económico que genera la inversión en Salud, cuando esta se hace bajo criterios de eficacia y eficiencia, justifica con creces los esfuerzos y recursos que la sociedad dedica a este sector.

Sin embargo, hay un consenso generalizado en que existen aún muchas oportunidades de inversión que no se concretan o exploran, pese a los beneficios esperados de las mismas y/o los resultados positivos alcanzados en otros países en contextos similares.

Con el objetivo de identificar las barreras que

dificultan este cambio de paradigma: “Salud como inversión”; configuramos unos equipos multidisciplinares de expertos, con representación de pacientes, clínicos, políticos y gestores del ámbito de la salud y la economía. Pusimos en común con este equipo la situación de partida y el estado del arte, con colaboración de expertos internacionales, y realizamos una discusión estructurada para identificar las principales barreras y definir actuaciones concretas y priorizadas que nos permitiesen salvarlas.

La dificultad para la valoración de la rentabilidad en términos económicos y de salud, los condicionantes ideológicos, sociales y administrativos para una efectiva colaboración público-privada, las restricciones presupuestarias, la escasa integración del ámbito social con el sanitario y las rigideces en la gestión pública constituyen las principales barreras a la “inversión” en sanidad.

La generación de conocimiento compartido por ciudadanos, administraciones y profesionales, la flexibilización de las herramientas de gestión, la creación de una “alianza social” entre todos los actores del sistema, y una efectiva integración social y sanitaria son elementos clave para salvar dichas barreras.

Un elemento añadido a todo ello, es la transformación digital de las organizaciones y personas, que permiten la difuminación de las fronteras de lo físico y lo virtual, la utilización masiva de dispositivos móviles que conectan a los individuos con un acceso en tiempo real a la base mundial de conocimientos. Ello ha sentado las bases de las organizaciones, profesionales y pacientes “3.0”.

La innovación y la generación de cultura de emprendimiento y de internacionalización de nuestro “producto sanitario” con propuestas de valor claras al mercado y con el adecuado soporte institucional constituyen las vías para capitalizar en términos económicos dicha inversión.

GRUPO 8:

INVERSIÓN EN SALUD

Moderador: Pablo Sánchez Cassinello
Secretario: José Rambla

Baxter

INTRODUCCIÓN Y ESTADO DE LA SITUACIÓN

En la actualidad, la Salud es considerada sin ningún tipo de discusión como una de las principales palancas para el desarrollo social y económico de la sociedad.

Desde el punto de vista social, a lo largo de la historia, se observa que la Salud de la población ha sido uno de los factores determinantes para la evolución y desarrollo de la sociedad civil. El bienestar de la población, es condición necesaria, y en algunos casos suficiente, para que se produzcan avances que permitan incrementar la calidad de vida de los ciudadanos que integran dicha sociedad (transformaciones industriales, nuevas estructuras políticas,...).

Asimismo, la provisión de servicios de Salud (pública o privada) y el tejido industrial que rodea a la Salud representan ya más del 7% del PIB en España. Los recursos y esfuerzos dedicados a la gestión y prestación de servicios sociosanitarios (capital humano, infraestructuras, y tecnologías) constituyen uno de los principales motores de la economía en España, aún sin tener en consideración el resto de actividades e industrias que dependen en gran medida del sector Salud.

A estos dos factores (la Salud como palanca social y económica), hay que añadir que el sector Salud se caracteriza por su continua evolución e innovación, acentuada si cabe en los últimos años por:

- **La revolución científico:** tecnológica que se está produciendo en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades (por ejemplo en el campo de la genética).
- **La evolución de los modelos de gestión** (por ejemplo en la utilización de modelos predictivos orientados a la planificación eficiente y eficaz).

- **Creciente protagonismo de los ciudadanos en la gestión diaria de su Salud** (acceso a información sanitaria, gestión de los autocuidados...).

En este contexto, es posible afirmar que la Salud es sin duda una de las esferas de la sociedad más atractivas para invertir tanto desde la Administración Pública como desde el sector privado. El retorno social y económico que genera la inversión en Salud, cuando esta se hace bajo criterios de eficacia y eficiencia, justifica con creces los esfuerzos y recursos que la sociedad dedica a este sector.

Sin embargo, y sin menospreciar la inversión en Salud que actualmente se realiza en España (pública o privada), hay un consenso generalizado en que existen aún muchas oportunidades de inversión que no se concretan o exploran, pese a los beneficios esperados de las mismas y/o los resultados positivos alcanzados en otros países en contextos similares.

Ante esta situación, las preguntas son obligadas ¿Cuáles son las barreras que impiden o limitan la inversión en Salud pese a los beneficios que aporta a la sociedad? ¿Qué estrategias son las más adecuadas para fomentar la inversión en Salud y vencer las barreras existentes?

RESULTADOS

Barreras:

Las principales barreras para la inversión en Salud identificadas a lo largo de las sesiones de trabajo, y clasificadas por importancia y relevancia según el grupo de trabajo, han sido las siguientes:

Descripción	%Votos
Dificultad para la valoración y para determinación de rentabilidad en términos de salud o de servicio de determinadas inversiones.	20%
Existencia de limitaciones ideológicas, sociales y administrativas a la colaboración público-privada.	13,3%
Restricciones presupuestarias y de gestión.	13,3%
Falta de utilización de los recursos socio-sanitarios y falta de un marco claro y estable para las inversiones en servicios sociales.	11,1%
Contexto político y modelo de competencias en sanidad.	11,1%
Otras: - Falta de difusión, comunicación y explicación de los modelos y políticas de colaboración público-privada. - Modelo / estructura del sistema. - Falta de visión estratégica en el sector socio-sanitario. - Rigidez de las administraciones públicas. - Falta de información y de corresponsabilidad en otros ámbitos. - Retorno de la inversión mal enfocado / utilizado.	31,1%
Total	100%

Estrategias:

A partir de las barreras identificadas, las principales estrategias para la inversión en Salud identificadas a lo largo de las sesiones de trabajo, y clasificadas por importancia y relevancia según el grupo de trabajo, han sido las siguientes:

Descripción	%Votos
Aportar conocimiento y criterio a los ciudadanos, administraciones y profesionales sanitarios.	17%
Flexibilizar las herramientas de gestión.	14,9%
Priorizar a partir de parámetros consensuados para medir y evaluar la inversión.	12,7%
Flexibilización del modelo de recursos humanos.	12,7%
Otras: - Coordinación socio-sanitaria bajo un marco normativo claro y estable. - Mejora de la gobernanza de las estructuras de gestión. - Políticas transversales de inversión en salud. - Transparencia en la medición de resultados. - Planificación a medio/largo y coordinación interterritorial. - Innovar en tecnologías que garanticen eficacia y eficiencia. - Implantar modelos participativos (público-privado). - Acercar el gasto social y población ocupada a la media europea. - Priorizar y gestionar los recursos actuales.	42,5%
Total	100%

DISCUSIÓN

1. Barreras

Dificultad para la valoración y rentabilidad en términos de salud o de servicio de determinadas inversiones.

No existe consenso ni uniformidad en la valoración y priorización de las inversiones en salud en términos de los beneficios que genera en la salud de los ciudadanos o pacientes o el servicio que reciben.

Sin embargo, las inversiones en infraestructuras (como la adquisición de tecnología, la construcción de nuevas instalaciones) o en la ampliación de la cartera de servicios, gozan de la aprobación de la Administración y la Sociedad, sin necesidad de una estimación previa del impacto en la salud de la población y la calidad del servicio.

En este contexto, la falta de evaluación previa de las inversiones bajo criterios comunes y aceptados, dificulta la inversión en iniciativas cuyo impacto sea menos visible a corto plazo, pero que sin embargo tiene un impacto más positivo en la eficiencia del sistema o la salud de la población, tanto ante la ciudadanía como ante la propia administración y partidos políticos.

Entre otros, dos son los motivos que favorecen la falta de consenso en la valoración y priorización de las inversiones en salud:

2. Dificultad para correlacionar el incremento del gasto con mejoras objetivas de salud o de servicio, por falta de herramientas de medición de resultados o de transparencia en los datos (cuando los hay).

3. No hay una agenda política ligada a objetivos de coste-efectividad.

Existencia de limitaciones ideológicas, sociales y administrativas a la colaboración público-privada

La inversión en salud canalizada a través de la colaboración público – privada, independientemente de las limitaciones administrativas y burocráticas que tenga, sufre un fuerte rechazo ideológico desde la sociedad civil, fomentado desde los propios profesionales de la salud y secundado en ocasiones por la Administración Pública y/o grupos políticos con el objetivo de buscar la paz social y/o maximizar sus intereses en el ámbito sanitario.

Restricciones presupuestarias y de gestión

Las restricciones presupuestarias que impone la crisis económica actual son una clara barrera a la inversión; barrera que se acentúa por la ausencia de una gestión eficiente de la capacidad de inversión disponible en el contexto actual.

Falta de utilización de los recursos socio-sanitarios y falta de un marco claro y estable para las inversiones en servicios sociales

En un contexto de crisis económica y por lo tanto falta de recursos, la no utilización de los servicios sociales para la atención de episodios no agudos y continuados en el tiempo como corresponde a las fases estables de pacientes crónicos es una oportunidad desaprovechada y una barrera a la inversión en este sector.

Un incremento de colaboración socio sanitaria con los servicios sociales tomando un rol más importante permitiría disminuir los costes de determinadas hospitalizaciones leves y por tanto permitiría una mayor inversión en la parte sanitaria.

En cuanto a la inversión en servicios sociales, se considera que falta un marco jurídico claro y estable a nivel normativo. Actualmente, la inexistencia de este marco supone un riesgo tanto a la inversión en este ámbito por parte de las empresas proveedoras como para la elaboración de ofertas de servicios por parte de la administración.

Contexto político y modelo de competencias en sanidad

El modelo de competencias en salud en la que las CCAA tienen transferidas las competencias produce que haya un alto nivel de heterogeneidad entre los servicios de salud. La existencia de factores regulatorios y políticas autonómicas diferentes, crean un clima complejo para las inversiones.

A esto, se une la incertidumbre que genera para el inversor los cambios vinculados a los ciclos políticos, que pueden provocar cambios en las políticas sanitarias y sociales cada cuatro años.

Estrategias

Aportar conocimiento y criterio a los ciudadanos, administraciones y profesionales sanitarios

Tal y como se ha mencionado anteriormente, existen corrientes ideológicas y sociales contrarias a la colaboración público-privada en el ámbito sanitario, que tienen un reflejo importante en la opinión pública y en la profesión médica.

El grupo considera que la falta de transparencia en los datos y una pobre comunicación de los modelos de colaboración a implantar son motivos importantes de que exista esta situación en la opinión pública.

Se considera por tanto que para favorecer la inversión es necesario generar un clima de debate basado en datos y alejado del populismo, siendo el primer paso informar y comunicar de manera clara a los ciudadanos y a los profesionales de la salud:

4. Cuáles son las ventajas e inconvenientes de los modelos propuestos.
5. Cuáles son los objetivos en términos de salud que se persiguen.
6. Cuáles van a ser las herramientas de evaluación de los resultados.

En paralelo, la inversión en políticas activas de corresponsabilidad y empoderamiento de los pacientes aportará un mayor conocimiento a los ciudadanos y les permitirá valorar esta información adecuadamente.

Flexibilizar las herramientas de gestión

Es una impresión generalizada en el grupo que los recursos disponibles, incluso en el momento de restricción presupuestaria en el que vivimos, podrían ser utilizados de mejor manera con una mejor gestión de los mismos.

No se considera que los problemas de gestión sean debidos a una falta de formación de los gestores, sino al hecho de que carecen de herramientas de gestión adecuadas en la administración pública, que sí se les ofrecen cuando pasan a la empresa privada.

Por tanto, es necesario que se produzcan cambios legislativos para flexibilizar los modelos y las herramientas de gestión de los gestores sanitarios públicos, así como que se produzca una separación real entre política y gestión.

Priorizar a partir de parámetros consensuados para medir y evaluar la inversión

La toma de decisiones de cara a la inversión en salud debe basarse en criterios de coste y efectividad en salud. Para ello, se deben consensuar esos criterios de manera previa de tal forma que sea posible tanto hacer previsiones a priori (estudios de retorno de la inversión) como mediciones de la efectividad de las inversiones a posteriori.

Un ejemplo claro de utilización de criterios consensuados son los modelos de colaboración/inversión con riesgo compartido, en la que tanto un proveedor de servicios como un contratante asumen parte del riesgo, uno al condicionar su cobro a la obtención de determinados resultados y otro al arriesgar una cantidad o esfuerzo fijo para iniciar la colaboración.

Flexibilización del modelo de recursos humanos

Se considera que el gasto en recursos humanos supone un porcentaje muy alto del presupuesto de una organización sanitaria y que este gasto podría ser reducido mediante una flexibilización del modelo de recursos humanos, posibilitando de esa manera la inversión en otros ámbitos.

CONCLUSIONES

La inversión en Salud en España, concentrada en la Administración Pública y con la inevitable influencia de ésta en la inversión realizada desde el sector privado, se caracteriza en gran medida por la inversión realizada bajo criterios políticos o con gran impacto en la opinión pública (adquisición de tecnología, construcción de nuevas instalaciones, ampliación de la cartera de servicios), adoleciendo de un criterio uniforme de valoración y priorización de las mismas.

La ausencia de correlación entre inversión y objetivos de salud como principio de priorización de las inversiones, se ampara y justifica en la mayor parte de las ocasiones en limitaciones ideológicas, administrativas, y burocráticas, siendo estas últimas especialmente relevantes en el marco de la colaboración público – privada.

En paralelo, las ineficiencias del actual modelo de provisión de servicios de salud, cuyo máximo exponente es la escasa integración sociosanitaria (sin un marco normativo estable en servicios sociales), limitan la posibilidad de incrementar la inversión actual a través de la implantación de modelos de prestación más eficientes y sin necesidad de incrementar las partidas presupuestarias.

Por último, el modelo competencial en España, con un alto nivel de heterogeneidad en políticas sanitarias y marco normativo, crean un escenario complejo para abordar inversiones supracomunitarias desde el sector privado.

En este contexto, y al margen del contexto económico actual que acentúa la situación descrita, las estrategias para invertir este escenario se concentran en cuatro ejes de actuación:

1. Mejorar la comunicación.

Incrementar la transparencia en cuanto a las implicaciones y resultados de las inversiones, y una comunicación abierta e imparcial de los modelos

de inversión y colaboración existentes, se presentan como dos de las principales estrategias para favorecer la inversión en Salud. Aportar conocimiento a los ciudadanos, administraciones y profesionales es imprescindible para generar un clima de debate basado en datos y alejado del populismo, siendo el primer paso informar y comunicar de manera clara a los ciudadanos y a los profesionales de la salud.

En paralelo, la inversión en políticas activas de corresponsabilidad y empoderamiento de los pacientes aportará un mayor conocimiento a los ciudadanos y les permitirá valorar esta información adecuadamente.

2. Flexibilizar el marco normativo

Es necesario que se produzcan cambios legislativos para flexibilizar los modelos y las herramientas de gestión de los gestores sanitarios públicos, así como que se produzca una separación real entre política y gestión.

3. Implantar criterios de priorización y evaluación

La toma de decisiones de cara a la inversión en salud debe basarse en criterios de coste y efectividad en salud. Para ello, se deben consensuar esos criterios de manera previa de tal forma que sea posible tanto hacer previsiones a priori (estudios de retorno de la inversión) como mediciones de la efectividad de las inversiones a posteriori.

4. Flexibilizar el modelo de Recursos Humanos

La flexibilización del modelo de recursos humanos, porcentaje muy alto del presupuesto de una organización sanitaria, posibilitaría la inversión en otros ámbitos.

GRUPO 9:

**ALIANZAS Y SINERGIAS
DEL SECTOR DE LA
SALUD PARA PROMOVER
EL DESARROLLO**

Moderador: Rebeca García
Secretario: Ignacio Arnott



INTRODUCCIÓN Y ESTADO DE LA SITUACIÓN

En el contexto sanitario y económico actual, las necesidades del sistema sanitario son crecientes: el nivel de gasto va en aumento, la exigencia de servicios y prestaciones por parte de los pacientes, que además en muchos casos también son clientes, es cada vez mayor. Ante esta situación, las cuentas sencillamente no salen y el sistema camina al borde del colapso.

Deteniéndonos en el caso específico de crónicos y mayores, aunque existen otros colectivos importantes de analizar, es determinante la proyección de cifras del INE para el 2020 que cuantifica que las personas mayores de 65 años pasarán del 17% al 20% y que el porcentaje de enfermos crónicos subirá a un 78%, lo que puede hacer inviable la sostenibilidad del modelo actual.

Esto sucede en un momento en el que las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) han irrumpido en otros sectores de manera disruptiva, permitiendo la personalización de servicios prestados y una mejor gestión de los recursos.

Como telón de fondo, la irrupción Digital está marcando de manera irreversible los hábitos de consumo y la manera de relacionarse de los individuos en las sociedades, con dos tendencias paralelas que no son necesariamente equitativas o uniformes en todos los sectores:

- La primera es la disrupción Digital en la Salud:

El paciente como consumidor. Existe un aumento generalizado de la conciencia del consumidor de poder alcanzar altos estándares de calidad y personalización en los servicios. Los consumidores han dejado de tener un rol pasivo; buscan lo que desean, comparan las opciones disponibles y eligen, y el sector de la salud no está exento de este comporta-

miento.

Esta transformación Digital ha sentado las bases de un nuevo perfil de paciente.

El paciente 3.0 es un consumidor altamente informado, socialmente conectado, no siempre preocupado por la seguridad de los datos que pone a disposición de otros, y altamente exigente en el servicio.

Este perfil tecnológico de los pacientes españoles se refuerza con el hecho de que tan solo un 24 % se siente ajeno a la revolución digital y reconoce adoptar los cambios de forma más lenta. El liderazgo e involucración del consumidor español en el mundo digital viene en gran medida promovido por la alta penetración de dispositivos avanzados, como smartphones (84 % de penetración) u ordenadores personales (93 %), así como por un mayor interés por la mayoría de servicios digitales relacionados con la salud y otros sectores como la automoción y la navegabilidad, el hogar, la seguridad...

- La segunda es la propia transformación

Digital de las organizaciones y los avances en ciencia y tecnología, que permiten la difuminación de las fronteras de lo físico y lo virtual, la extensión de la fuerza laboral, la utilización masiva de dispositivos móviles que conectan a los individuos, el uso exponencial de aplicaciones en terminales inteligentes y el acceso en tiempo real a la base mundial de conocimientos desorganizada pero potente que es Internet.

A esta transformación en sistemas de información se añade ahora un nuevo contexto competitivo con la entrada progresiva de nuevos actores de otros sectores que, hasta ahora, nada tenían que ver con el concepto tradicional de salud. De manera lenta, los ac-

tores involucrados en el sector de la salud comienzan y deben organizarse para garantizar un futuro orden, en el que no cabe duda que tendrán un hueco otros actores como Apple, Google o Nike.

La unión de esta necesidad creciente de recursos, la mayor exigencia por parte de los pacientes en los servicios recibidos y la evolución tecnológica en la que estamos inmersos incita a establecer alianzas y buscar sinergias que nos lleven a nuevas formas de pensar, trabajar y entender el sector de la salud.

Con esta búsqueda de alianzas y sinergias en el sector de la salud no sólo se persigue ser más eficiente en cuanto al gasto, también se busca una forma alcanzar nuevas vías de desarrollo, ofreciendo un servicio más integral en atención a las personas.

En este contexto, el grupo ha trabajado sobre las siguientes preguntas ¿Cuáles serán las alianzas y sinergias que promuevan el desarrollo del sector salud? **¿Cómo se pueden promover estas alianzas?**

RESULTADOS

Tras un intenso debate y exposición de ideas, ante la pregunta ¿Cuáles serán las alianzas y sinergias que promuevan el desarrollo del sector salud?, se consolidaron las propuestas realizadas en varios grandes grupos:

- **Integración social y sanitaria** (incluyendo a todos los actores existentes).

- **Alianza con los ciudadanos** (empoderamiento y responsabilidad, educación y cumplimiento terapéutico).

- **Alianza a nivel central** (vertebrar un modelo único y rol del ministerio)

- **Convergencia de tecnologías en el sector de la salud.**

- **Innovación e investigación.**

- **Otras de menor calado**

A continuación se recogen los resultados de las sesiones de trabajo, clasificados por importancia y relevancia para el grupo:

Descripción	% Votos
Alianza con los ciudadanos.	18%
Innovación e investigación.	17%
Integración social y sanitaria.	14%
Alianza a nivel central.	11%
Convergencia de tecnologías.	10%
Otras (5 propuestas).	30%
Total	100%

De las que se han seleccionado las siguientes ideas como principales:

- Innovación, investigación y tecnología (fusión de dos ideas) (27% votos).
- Alianza con los ciudadanos (18% votos).
- Integración social y sanitaria (14% votos).

En este sentido, a partir de estas propuestas, durante la segunda sesión se identificaron los

siguientes mecanismos para promover estas medidas:

- **Propuesta transversal y de aplicación a los tres ámbitos seleccionados:**

- Pacto Gobierno-Sociedad por un nuevo reparto de responsabilidades – 8% votos:

- **Gobiernos:** como garantes, regulación y grandes proyectos.

- **Sociedad:** que asume más riesgo y responsabilidad.

- **Innovación, investigación y tecnología:**

- Puesta en valor de los actores que impulsan la innovación tecnológica (debe ser probada y evaluada) – 14% votos.
- Creación de una historia clínica-social del ciudadano (a nivel registro y proceso) – 12% votos.
- Establecimiento de un marco de acuerdo que contemple educación, emprendeduría e innovación - 10% votos.
- Convergencia tecnológica para una atención socio-sanitaria integral y centrada en la persona en su entorno habitual – 10% votos.
- Crear “el” evento de Salud nacional para fomentar la innovación, visibilidad y generar negocio – 8% votos.
- Iniciativas de compra pública innovadora (público privada, PPP / CPI).
- Viabilidad presupuestaria, garantizar presupuestos suficientes y estables tanto en el sector público como privado.
- Afianzar el rol del gobierno como garante y financiador del bienestar como valor para el ciudadano.
- Fomentar la existencia/unión de programas de gobierno orientados a la investigación socio-sanitaria con foco en la persona.
- Apoyo en las TIC para fomentar conectar/ llegar a los ciudadanos

- Alianza con los ciudadanos:

- Mejorar el flujo de información al paciente de una forma suficiente, clara y cercana al paciente. Fomentar pacientes más autónomos y “empoderados” con el apoyo del profesional y de los cuidadores – 8% votos.
- Intensificar la labor pedagógica y de prevención en Atención Primaria – 8% votos.
- Conectar proactiva y eficazmente con los ciudadanos.
- Cercanía con asociaciones de pacientes. Potenciar la función educativa, divulgativa y de información a los pacientes.
- Corresponsabilidad de “otros” en el cuidado de la salud o Identificar la representación de los ciudadanos.

- Integración social y sanitaria:

- Integración a todos los niveles del proceso, visión única.
- Integración dependencia presupuestaria, manteniendo coordinación a nivel organizativo y de proceso.
- Marco regulatorio para la definición de un modelo de integración sociosanitario considerando marco legislativo, recursos, procesos...
- Involucrar al sector privado y organizaciones científicas.

Asimismo, dentro de este epígrafe se incluyen otras medidas de un marcado carácter TIC (ya reflejadas en el punto correspondiente) **que se enumeran a continuación:**

- Creación de una historia clínica-social del ciudadano (a nivel registro y proceso) – 10% votos.
- Convergencia tecnológica para una atención socio-sanitaria integral y centrada en la persona en su entorno habitual – 8% votos.
- Apoyo en las TIC para fomentar conectar/ llegar a los ciudadanos.

DISCUSIÓN

La temática planteada en el grupo, debido a lo abierto de las preguntas formuladas y la falta de sesgo hacia un tipo de iniciativas u otras dio lugar a debatir sin más limitaciones que las autoimpuestas por los propios participantes.

El foco de la discusión se centró en aquellos sectores que, a día de hoy, ya están muy relacionados con la salud y/o que son percibidos como cercanos. Durante las diferentes sesiones de trabajo se generó un intenso debate para alcanzar finalmente un elevado grado de acuerdo en las grandes líneas de actuación.

La tecnología fue una de las ideas nombradas con mayor recurrencia a lo largo de ambas sesiones. Todos los participantes coincidieron en su especial relevancia, condición necesaria y palanca facilitadora a la hora de establecer alianzas y sinergias, lo que muestra la clara influencia del momento de disrupción tecnológica que vivimos, en el que las TIC se asocian a ideas como evolución y desarrollo.

En este sentido, se recogieron ideas interesantes en torno a esta categoría:

- **Visibilidad a innovadores, emprendedores y startups.**
- **Aceleradores de la innovación a nivel industrial, universitario y de mercado.**
- **Investigación y actividad científica (ej: biomedicina).**
- **Alianzas fundaciones privadas, industria y organizaciones sanitarias** que soporten la investigación, implicando a toda la cadena de valor en busca de soluciones Win- Win.
- **Coordinación, evaluación, priorización y financiación.**
- **Fomentar las nuevas tecnologías y las**

sinergias entre sector público y privado.

Alianzas entre gobierno e industria, permitiendo un registro digital y completo de información que se pueda compartir.

- Seguridad de la información.

Por otro lado, la integración social y sanitaria, dos mundos que tradicionalmente han seguido caminos separados, adquiere un papel fundamental en el futuro desarrollo del sector. A menudo, las necesidades de los colectivos sanitarios y sociales no están cubiertas bajo un prisma integral, sino que son gestionadas de manera independiente por diferentes organismos, creando con ello un modelo de atención ineficiente. Por tanto, el establecimiento de alianzas y acciones preventivas, bajo una visión integrada y continua, permitirían retardar los procesos de empeoramiento físico y social, lo que facilitaría un impacto positivo en la viabilidad del sistema desde un punto de vista asistencial y económico.

Aquí encontramos, en los subjetivo, posturas diversas y distintos grados de fanatismo: desde los que defienden la unión como el fin de todos los males (de calidad percibida por el paciente, eficacia en los servicios prestados y eficiencia económica) hasta los más escépticos, que no creen que tales organizaciones consolidadas y de solera sepan, fuera del papel, ceder espacios en pro del bien común. Las discusiones conceptuales suelen comenzar con la provocación y con frecuencia devienen en bizantinas: basta confrontar, en un mismo individuo, los papeles y las intervenciones de los servicios sociales y sanitarios para descubrir que a menudo se solapan, dejan espacios importantes sin cubrir y/o son altamente incoherentes en su conjunto.

Finalmente, se alcanzó un consenso acerca de la importancia del establecimiento de alianzas con los propios ciudadanos y su entorno (cuidadores, asociaciones...). Como parte de

la ya citada transformación digital del paciente, se discutió sobre la necesidad de buscar nuevas formas de responsabilizar al paciente de su propio estado de salud.

Empoderamiento del paciente apoyándose en la tecnología para mejorar, entre otros, la adherencia y cumplimiento terapéutico o fomentar, a todos los niveles, la educación y prevención desde edad temprana.

CONCLUSIONES

En un contexto de necesidades crecientes de provisión de servicios de salud –como consecuencia de un perfil demográfico cambiante y los avances en la medicina y en la atención sanitarias-, existe una necesidad urgente de entender la nueva gama de expectativas de los miembros de la sociedad, que utilizan tecnologías de manera habitual y satisfactoria en otros sectores y cuyas expectativas como consumidores aumentan de manera significativa. Parece claro que el futuro apoyo a la salud debe ser integral y personalizado para cada individuo, frente a los actuales paquetes de servicios estándar de proveedores autónomos.

En los últimos años, aunque el ecosistema sanitario ha tratado de centrarse en el paciente, incluyendo asimismo el ámbito social y los cuidadores informales, la experiencia sanitaria del paciente se construye sobre actos sanitarios puntuales, no existe una coordinación global en todos los ámbitos.

El paciente debe ocupar realmente el corazón del sistema, para lo que resulta crítico establecer una fuerte alianza con los pacientes. La manera de construir sobre el paciente es alcanzando, previamente, un profundo conocimiento de sus necesidades, tanto las expresadas de forma explícita como aquellas que el paciente no expresa directamente.

Esto implica romper con la forma tradicional de trabajar, fomentar el empowerment del paciente, generar un nuevo entorno del paciente en el que el acceso, organización y provisión del servicio esté totalmente ligado a la “user experience” e incluya otros factores como la educación, lo social, la red de cuidadores informales del paciente, investigación, etc...).

Al contrario que otros sectores, en los que las alianzas entre empresas e industrias son cada vez mayores y más frecuentes, el de la

salud todavía no se ha adaptado a este nuevo entorno de consumerismo y disrupción tecnológica. En este sentido, la llegada al sector de nuevos actores como Apple, Nike, Adidas, Google... es un hecho y la búsqueda de alianzas y sinergias con ellos fundamental para el desarrollo futuro del sector.

Para poder desarrollarse en este nuevo entorno de disrupción, existen diferentes palancas que pueden ayudar en la coordinación y el acceso a los servicios:

1. Necesidad de Integración social y sanitaria (incluyendo a todos los actores existentes).
2. Necesidad de Alianza con los ciudadanos (empoderamiento y responsabilidad, educación y cumplimiento terapéutico).
3. Necesidad de vertebrar un modelo único de salud (rol del MSSSI y las regiones).
4. Necesidad de Convergencia de tecnologías (de la información y biomédicas) en el sector de la salud.
5. Necesidad de potenciar y apoyar la Innovación e investigación.

GRUPO 10:

INTERNACIONALIZACIÓN DEL SECTOR SALUD

Moderador: Josep Carbó
Secretario:: Nayra Álvarez



INTRODUCCIÓN Y ESTADO DE LA SITUACIÓN

El sector sanitario español dispone de una merecida reputación como uno de los más innovadores y avanzados en el mundo desarrollado. El nuestro es uno de los sistemas sanitarios de mayor cobertura y a pesar de los aspectos todavía por mejorar, también es uno de los más exitosos desde una perspectiva de resultados clínicos y uno de los más eficientes desde una perspectiva organizativa y de gestión de los costes.

A la sombra de este sistema sanitario de éxito, todo el ecosistema del sector de la salud ha crecido con unos niveles de innovación y excelencia a la par de lo exigido por la madurez del propio sistema. Así, hoy en día disponemos de un sector que destaca a nivel global en ámbitos tan diversos como el propio modelo de prestación de servicios, la gestión tanto clínica como administrativa, las técnicas clínicas, el desarrollo de equipamientos y tecnologías o la investigación el desarrollo y la innovación.

Existen numerosas pruebas de este posicionamiento de la sanidad española como puntera y de referencia entre los sistemas sanitarios de todo el mundo. Entre ellas, el creciente atractivo que nuestro país genera en los entre 30 y 50 millones de personas que se estima que en 2013 se desplazaron fuera de sus países para recibir tratamientos médicos, dando origen a un sector que se estima que facturará más de 500 millones de euros en 2015.

Por otra parte, la industria farmacéutica en España se sigue consolidando como potente plataformas de exportación concentrando ya más del 70% de las exportaciones de la industria farmacéutica en Europa. También cabe considerar el caso de las empresas de biotecnología, más del 80% de las cuales ya tiene actividad a nivel internacional.

Sin embargo, el sector sanitario aún no está a

la altura de los niveles de internacionalización que caracterizan a otros sectores de la economía española como son el sector bancario, la moda, las infraestructuras, los recursos naturales, las telecomunicaciones o las energías renovables.

Si bien las empresas de tecnología médica, las biotecnológicas o las farmacéuticas se encuentran más avanzadas en este aspecto, otros players de máxima relevancia como las aseguradoras o las prestadoras de servicios aún se encuentran, por lo general, en fases muy iniciales del proceso de internacionalización entendido tanto como la exportación de servicios a terceros países como desde la perspectiva de la atracción de clientes internacionales para la prestación de servicios en el interior de nuestra fronteras.

Características intrínsecas de la industria como los aspectos regulatorios locales y la predominancia de agentes públicos no contribuyen a la creación de modelos de negocio globales fácilmente transferibles a otros mercados y modelos sanitarios.

Sin embargo, siendo ciertos, estos factores no son suficientes para justificar el aparente desequilibrio que existe entre el gran prestigio y potencial del sector y su presencia en el panorama sanitario mundial. Se impone pues la necesidad de un debate profundo y desde diferentes perspectivas de las diferentes barreras y potenciales soluciones para acelerar la internacionalización del sector salud español.

RESULTADOS

El grupo de trabajo ha identificado que el proceso de internacionalización requiere la evolución en una serie de etapas en las cuales aparecen barreras y dificultades de diversa índole. En particular se han identificado las siguientes etapas o fases:

Innovación.

Necesidad de generar soluciones innovadoras que tengan el valor para ser internacionalizadas.

Conciencia de valor (cultura).

Estructurar una propuesta de valor clara y tangible en torno al producto o servicio innovador desarrollado y desarrollar la cultura y las habilidades necesarias para su comercialización en un contexto internacional

Foco y alineamiento.

Identificación sistemática de las oportunidades de negocio y de los mercados de mayor potencial

Paquetizar una propuesta de valor.

Paquetizar e industrializar las soluciones desarrolladas

Barreras burocráticas.

Superar los obstáculos administrativos y aprovechar las ayudas disponibles

Delivery o ejecución.

Capacidad para la implantación de los modelos de negocio en otros países (o en España con clientes extranjeros) distribuyendo los productos o prestando los servicios

Barreras

Bajo este paradigma, las principales barreras para la internacionalización del sector salud identificadas y priorizadas por el equipo de trabajo fueron las siguientes:

Descripción	%Votos
Delivery o Ejecución	40%
Existencia de limitaciones ideológicas, sociales y administrativas a la colaboración público-privada.	13,3%
Conciencia de Valor y Cultura	33%
Paquetizar una Propuesta de Valor	13%
Foco y Alineamiento	6%
Innovación	4%
Barreras Burocráticas	4%
Total	100%

Estrategias

A la vista de los resultados anteriores, el grupo de trabajo focalizó el debate en las estrategias para superar las barreras relacionadas con los dos ámbitos que recibieron un mayor porcentaje de votos (73% en total): Delivery o Ejecución (40%) y Conciencia de Valor y Cultura (33%).

En el apartado de Delivery o Ejecución, las principales estrategias para superar las barreras a la internacionalización en este ámbito priorizadas por el grupo de trabajo fueron las siguientes:

Descripción	%Votos
Formación. Recursos humanos. • Formación del personal en el exterior. Es necesario formar a los recursos para compensar la falta de experiencia del sector. • Para compensar la falta de experiencia podría formarse a los equipos médicos en centros sanitarios fuera de nuestras fronteras. Es una forma de ampliar los conocimientos y habilidades y se reducen las barreras culturales. • Planes de formación específicos. • Contratación de managers con experiencia multicultural. • Contratación de profesionales sanitarios con experiencia multicultural.	35%
Colaboración y Agrupación • Agrupación con competidores y colaboradores. Se consigue una mayor representación. Más “fuerza” y por lo tanto mayor apoyo del gobierno. • Asociaciones empresariales. • Colaboración entre empresas del mismo sector: best practices, benchmarking. • Alianza con otros sectores con mayor experiencia como pueden ser el turismo o la construcción. • Conocer y compartir estrategias de éxito con otros sectores con mayor experiencia.	31%
Mayor apoyo del gobierno • Creación de organismos que apoyen y tutelen los proyectos de internacionalización. • Apoyo del gobierno. Mayor confianza. • Inclusión de la internacionalización del sector salud en la agenda del gobierno central (ejemplo: Tourespaña, ICEX). • Elaboración conjunta de planes de marketing. Colaboración público – privada.	25%
Abordar el Mercado • Realización de planes de actuación conjuntos, consensuados y concretos. Acordes a los recursos y al mercado. • Búsqueda de socios locales en el mercado objetivo (para la internacionalización). • Encontrar un socio (en el mercado objetivo) que entienda el valor de la oferta y la sepa vender.	9%
Total	100%

En cuanto a la Conciencia de Valor y Cultura las principales estrategias propuestas por los miembros del grupo de trabajo fueron las siguientes:

Descripción	%Votos
Conocer el mercado a través de la generación, recopilación y explotación de datos, información, estadísticas (visión externa). • Realizar un estudio externo que permita conocer a nuestros competidores y las oportunidades del mercado (países). • La información es valor. • Generación, recopilación y explotación de datos, información y estadísticas que nos permitan conocer el mercado. • Realización de Benchmarking. El objetivo es conocer el mercado para poder adaptar tu oferta a las necesidades del mismo. • Búsqueda y contratación de profesionales en origen (con experiencia en el mercado objetivo). • Realización de planes de comunicación interna: datos de demanda, datos de oferta, oportunidades.	36%
¿Cuál es mi oferta? Propuesta de valor (visión interna) • Hacer un estudio interno que permita conocer en qué tenemos valor, en qué somos mejores, en qué somos competitivos y cómo podemos mejorar. • Búsqueda activa de oportunidades de mercado.	33%
Historias de éxito (aprender). • Imitación de otros modelos de éxito. • Conocer, replicar las best practices: historias de éxito.	31%
Total	100%

DISCUSIÓN

El debate del grupo de trabajo se ha estructurado alrededor de las diferentes etapas del proceso de internacionalización, empezando por la generación de conceptos (productos y servicios) innovadores y acabando por la implantación de dichos conceptos en un contexto internacional, ya sea en otros mercados o en el territorio nacional pero con clientes y pacientes internacionales.

Innovación (4% de los votos)

En opinión de los miembros del equipo de trabajo esta etapa no constituye un obstáculo relevante en el proceso de internacionalización. El reto no se encuentra en la existencia de productos y servicios innovadores lo que se atribuye a que la proximidad al paciente y a la práctica clínica unida al nivel de los profesionales del sector garantiza una cosecha satisfactoria de innovación sanitaria

Conciencia de Valor y Cultura (33% de los votos)

Este ámbito constituye uno de los dos principales retos para la internacionalización.

Aspectos como disponer de un buen conocimiento del mercado y de los competidores (visión externa) así como los aspectos que diferencian nuestra oferta de las de los competidores (visión interna) resultan clave para la toma de decisiones de gestión. De esta forma se minimiza el riesgo de invertir recursos en procesos de internacionalización de productos y servicios que a pesar de ser válidas en un contexto local puedan tener una portación de valor poco clara o tangible y por lo tanto condenas a fracasar. Articular canales para mejorar el acceso a información se erige en el debate como la principal estrategia para superar este obstáculo prioritario. Se propone la articulación y formalización de canales públicos y privados así como del

intercambio de casos de éxito con otros players del sector.

Foco y Alineamiento (6% de los votos)

En este ámbito se ha debatido la necesidad de centrar los esfuerzos en aquellas ideas y mercados en los que la aportación de valor es máxima. Se trata de un esfuerzo que se debe a realizar tanto por parte de cada una de las empresas como a nivel sectorial para conformar un catálogo de oferta de servicios y productos coherente para el mercado objetivo y maximizar el retorno de los esfuerzos. En definitiva, de evitar que ‘todos vayan a todo’ y fomentar la especialización y la complementariedad tanto en la oferta como en el abordaje de los diferentes mercados y clientes.

Paquetizar una Propuesta de Valor (13% de los votos)

Convertir la innovación en un producto replicable y con una aportación de valor clara y tangible para el cliente internacional se encuentra entre las 3 principales barreras a la internacionalización, aunque lejos de las dos primeras. Las principales dificultades que surgen en esta fase del proceso están relacionadas con la adecuación de la propuesta de valor a las singularidades y necesidades de cada mercado como consecuencia de la falta de información de estos que ya se ha debatido en el apartado de Conciencia de Valor y Cultura.

Barreras Burocráticas (4% de los votos)

Gran parte del debate del grupo ha girado en torno a las dificultades burocráticas y especialmente al poco apoyo recibido desde instituciones y organismos públicos. Sin embargo, en el debate se manifiesta un claro escepticismo sobre las posibilidades reales

de eliminar este tipo de barreras en el corto o medio plazo. Esto justifica que a la hora de cuantificar la importancia de esta barrera, el grupo de trabajo apenas la priorice y su posición en el ranking de las principales barreras no se corresponda con su importancia y con las necesidades reales de cambio y mejora en este aspecto.

Delivery o Ejecución (40% de los votos)

El principal reto en el proceso de la internacionalización es la dificultad de llevar las ideas al terreno de la realidad en los diferentes mercados y/o con los clientes internacionales en España. En este aspecto la discusión del grupo se centra en tres aspectos fundamentales:

1. Perfiles profesionales.

La falta de profesionales con el perfil adecuado, que combine capacidad de gestión, conocimiento del sector, carácter emprendedor y capacidad de trabajar en entornos internacionales (idioma, cultura, normativas,...) constituye con diferencia el principal reto.

La formación de los profesionales del sector y la apertura a la entrada de profesionales de otros sectores pero con mayor experiencia internacional y carácter emprendedor se apuntan como las principales estrategias para abordar este reto.

2. Apoyo Institucional

El apoyo institucional (gobiernos y otros organismos) en el momento del aterrizaje en los nuevos mercados se considera como absolutamente crítico y prioritario. El papel de embajadas, cámaras de comercio, gobiernos regionales,... resulta de vital importancia para conocer los aspectos operativos clave a la hora de implantar negocios fuera de nuestras fronteras. La colaboración público-privada y la importancia de que la internacionalización

tenga una máxima prioridad en la agenda del sector también se identifican como estrategias para mejorar el nivel de apoyo institucional.

3. Colaboración

A falta de apoyo institucional, la colaboración entre players del sector ya presentes en los mercados internacionales se erige como otra de las alternativas para superar los obstáculos que se presentan en la fase de Delivery o Ejecución. De hecho, la Colaboración se considera por parte del grupo de trabajo como una estrategia más eficiente que la mejora del apoyo institucional (31% de votos contra 25%).

CONCLUSIONES

1. La internacionalización del sector salud español es una evolución natural para un sector que, a pesar de sus retos aún por resolver, presenta unos niveles de innovación, resultados clínicos y eficacia que lo convierten en referencia mundial.

La madurez del sector y el estancamiento de la demanda interna convierten a la internacionalización en una de sus mayores oportunidades de crecimiento y desarrollo.

2. Sin embargo, los niveles de internacionalización del sector aún distan de los alcanzados por otros muchos sectores industriales. La alta involucración de los agentes públicos y el carácter eminentemente local del sector no contribuyen a elevar esos niveles. La oportunidad, no obstante, sigue siendo irrenunciable.

3. El despliegue de iniciativas de negocio en otros países o con clientes extranjeros constituye el mayor reto para las organizaciones que intentan internacionalizarse. Y lo es, principalmente debido a tres factores.

A. En primer lugar, la falta de profesionales que combinen todas las cualidades necesarias para expandir negocios internacionalmente. Capacidad de gestión, espíritu emprendedor, conocimiento del sector, experiencia en proyectos internacionales (incluyendo el dominio de idiomas) y disponibilidad para la expatriación, son un conjunto de habilidades extremadamente difíciles de encontrar de forma combinada, tanto por lo incipiente del proceso como por la falta de incentivos.

B. En segundo lugar, se echa de menos el apoyo estructurado y sistemático de organismos oficiales que contribuyan a minimizar los riesgos en el momento del desembarco de los negocios, aportando

información relevante, contactos locales y asesoramiento continuado. En este ámbito, sin embargo, cabe destacar el reciente lanzamiento de iniciativas muy concretas y que demuestran una apuesta clara por apoyar la internacionalización del sector y en especial el posicionamiento de España como un destino de turismo sanitario. Entre estas, las siguientes:

- Aportación de la EOI y de la Secretaria de Estado de Turismo de 2,7 millones de euros para desarrollar en los próximos 2 años acciones de promoción de turismo de salud.
- Designación por parte de Turespaña de un ejecutivo para coordinar y desarrollar todas las acciones de promoción del turismo sanitario en España.
- Incorporación del turismo de salud dentro de la Estrategia de Crecimiento Integral de España en la reunión de noviembre del G20.

C. Por último la, hasta cierto punto comprensible, falta de colaboración entre empresas del sector dificulta aún más que se comparta información valiosa para todos.

4. Más allá de este principal escollo que se presenta en el momento de la ejecución de los proyectos el siguiente gran reto en el proceso de internacionalización se encuentra en la fase de concreción de una propuesta de valor clara y tangible para el mercado objetivo.

5. En este aspecto la principal carencia identificada es la falta de conocimiento de los mercados y de sus necesidades reales ya sea por falta de información o por falta de una sistemática de análisis adecuada. Sin este conocimiento tan fundamental resulta especialmente complicado poder evaluar la

aportación real de valor del producto o servicio a ofrecer a dichos mercados.

6. Así pues, en los dos aspectos identificados como barreras principales a la internacionalización aparecen retos relacionados con el apoyo de los organismos públicos y gobiernos y, sobre todo, con la falta de una generación de profesionales con el perfil adecuado para abordar este reto.

7. La priorización de la internacionalización del sector en la agenda de los organismos públicos responsables (Ministerios de Sanidad, Economía o Industria, Cámaras de Comercio, Consulados,...) debe traducirse en la constitución de canales de apoyo formales y fácilmente accesibles, así como de políticas de incentivación a las empresas del sector con vocación internacional.

8. En lo relativo a los profesionales con perfiles adecuados, el reto pasa por abrir las puertas a profesionales de otros sectores con amplia experiencia en este tipo de procesos y que puedan compensar su eventual falta de conocimiento del sector sanitario. Para ello, sin embargo, será necesario poner de relevancia el atractivo del sector para estos profesionales, como medio para atraerlo e incentivar su trasvase desde sus sectores de origen.

RESULTADOS GLOBALES



ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN

MATRIZ DE RESULTADOS

*Las barreras y medidas que han salido reflejadas en todos los grupos de trabajos y reflejadas extensamente en cada capítulo del libro se han agrupado en una matriz de resultados (**Anexo 1**), donde además de enumerarse, se pueden observar las coincidencias y repeticiones de las medidas (estrategias) y las barreras en los distintos grupos.*

Con esta matriz podemos observar de un rápido vistazo, cuales sería aquellas medidas que más se han nombrado y las barreras que aparecen con más frecuencia, y que, por tanto, su implementación o eliminación, según el caso, puede suponer mejoras a más niveles.

Doce estrategias a implantar para la mejora global del sistema de sociosanitario en España

Si hacemos un ejercicio de recopilación de las medidas más citadas y ponderadas podemos hacer un ranking de las medidas que más pueden impactar en la mejora del sistema sanitario en España.

Para ello se han contabilizado y ordenado las estrategias más nombradas en cada uno de los grupos de trabajo, agrupando también algunas de ellas de alta relación sinérgica y similaridad. Por último se tuvo en cuenta la ponderación que cada estrategia recibió en su grupo de trabajo a la hora de hacer este ranking de medidas que, de implementarse, más podrían contribuir a mejorar el sector salud por su transversalidad.

Así pues entre las estrategias más citadas y valoradas se relacionan a continuación las doce primeras ordenadas por importancia:

1. Incorporar al paciente en el diseño y seguimiento de su proceso asistencial, junto con la educación y adiestramiento del paciente en autocuidados y la responsa-

bilización del ciudadano en su salud es ponderada con 20 puntos.

Llama la atención como medidas que supone empoderar al ciudadano y desarrollar más las estrategias educativas y formativas del mismo se erija como las más importantes para mejorar el sistema de salud, sin embargo, coincide ampliamente con otros informes de expertos y llama la atención que en este año el 19º Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria haya tenido como lema los Ciudadanos y los Servicios Sanitarios. Es un aspecto emergente del sistema sanitario claramente a potenciar.

2. Evaluación de tecnologías en base a la idoneidad y el coste de oportunidad de las mismas así como la estandarización de las **evaluaciones por agencias independientes y criterios para desinvertir** en lo que no aporta valor ha sido ponderado en conjunto con 17 puntos.

Esta medida también es muy reclamada por expertos y se erige en segunda posición del ranking. Se ha demandado ampliamente la constitución de una gran Agencia Evaluadora de nuevas tecnologías, tratamientos y pruebas diagnósticas de manera que sus dictámenes sean vinculantes a nivel del SNS. Actualmente hay 8 agencias de evaluación en las CCAAs, que están intentando coordinarse entre si, mediante la Subdirección General de Calidad y Cohesión del SNS y hacer un trabajo colaborativo como Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones, sin embargo su trabajo es poco conocido aún por los clínicos y sus decisiones no son vinculantes lo que le resta mucha potencia para ordenar las prestaciones sanitarias en el SNS.

3. El aumento de la flexibilidad en la gestión, con cambios legislativos para adaptarla a los nuevos tiempos, y flexibilidad en las políticas de recursos humanos ha sido ponderada con 16 puntos.

Esta medida también ha sido ampliamente solicitada y debatida por los expertos y estudiosos del sistema de salud, desde la publicación del Informe Abril y se han ensayado nuevas formulas de gestión sanitaria en algunas CCAAs, y a nivel nacional, con diversas iniciativas, aunque la mayoría limitadas, y algunas de ellas se han revertido una vez estaban funcionando por la presión homogeneizadora del sistema que hace la función pública en las CCAAs y las organizaciones sindicales, que tienen entre sus objetivos el mantenimiento de las estructuras y servicios de dependencia directa pública, bajo el paraguas del derecho administrativo público y con personal estatutario o funcionario. Entre las iniciativas que se revirtieron están las fundaciones públicas hospitalarias en Galicia, Baleares y Murcia, manteniéndose aun en Madrid. También se mantienen experiencias interesantes como las empresas sanitarias públicas en Andalucía y las Concesiones Administrativas en la Comunidad Valenciana y Madrid.

4. Buen gobierno de las organizaciones sanitaria y buena gestión por valores y con transparencia han sido ponderada con 15 puntos.

Esta medida es otra de las emergentes debido a que la sociedad actual reclama una gestión de los servicios públicos más transparente, participativa y eficiente. Es un imperativo actual de la gestión pública. Por otra parte en el sector salud se atesoran grades valores relacionados con la misión del sector y seguidos por gran parte de los profesionales, que son mucho más proclives a moverse por valores que por otros objetivos.

5. La Integración Sociosanitaria o la coordinación muy estrecha de ambos mundos que están tan imbricados, junto con el **trabajo en equipo mutidisciplinar** se pondera como estrategia de mejora necesaria con 14 puntos.

En quinto lugar se erige esta medida que tiene también un cierto recorrido y que ha ido ampliando su importancia conforme ha aumentado la esperanza de vida y los problemas crónicos de salud. Las fronteras entre la atención puramente sanitaria y la social se diluye a determinadas edades y con ciertas patologías invalidantes. Sin embargo debido a la estructura muy administrativa y prefijada de ambos subsistemas la interrelación entre ambos es escasa, viviendo frecuentemente de espaldas lo que hace muy flaco favor a las necesidades presentes y futuras de nuestros ciudadano que requerirán la integración de ambos subsistemas para ser adecuadamente tratados. Hay que señalar en que es una de las medidas más complicadas de implantar puesto que requiere un gran cambio de cultura organizacional así como importantes cambios legislativos y estructurales.

6. La evaluación del desempeño, el pago según resultados de salud y el uso de medidas de reconocimiento profesional según cumplimiento de objetivos se ha ponderado con 13 puntos.

Esta es otra de las medidas más clásicas que se ha venido reivindicando de manera insistente por expertos y gestores desde hace muchos años. La salarización de los profesionales sanitarios públicos se ha hecho en líneas generales en base a criterios de uniformidad e igualdad independientemente del rendimiento o la carga de trabajo y se ha discriminado algo positivamente sólo la antigüedad en el puesto. De hecho la carrera profesional implantada en muchas CCAAs ha supuesto

incrementos salariales por pura antigüedad. El pago en base a resultados de salud no se ha ensayado de manera individual. Es más frecuente el salario o el pago por acto en determinadas condiciones: jornadas extras para reducir demoras o en la medicina privada. Sin embargo a nivel de instituciones puede considerarse que el pago capitolativo en función de la población asignada incentiva mantener lo más sana posible a la población. Respecto al pago por cumplimiento de objetivos es mucho más frecuente como incremento del salario y supone un porcentaje más importante en asalariados laborales y en la medicina privada que en estatutarios de la sanidad pública, donde el porcentaje es ínfimo cuando existe. Ese igualitarismo en el trabajo independiente de la productividad y la implicación es sumamente desmotivante para muchos, e incentiva a la bajada de la productividad.

7. La introducción de las nuevas tecnologías de la información, como la telemedicina, como apoyo y nuevos servicios así como la **innovación en la gestión de las tecnologías** se pondera con 12 puntos.

Esta medida está siendo muy citada desde hace algunos años debido a la revolución de las tecnologías de la información y la comunicación. Se está avanzando más en el desarrollo de esta medida que en otras, ya que no supone un enfrentamiento disruptivo con el status quo organizativo y político-administrativo del sistema. Así en todas las CCAAs se está implantando o se ha implantado ya, la historia clínica electrónica y la receta electrónica. También se están poniendo en marcha proyectos pilotos de telemedicina y uso de otras tecnologías aplicadas a la salud.

8. Pacto de estado sobre la salud y los servicios sociales con reducción de la interferencia política en la planificación y gestión de los servicios. Con esta medida ten-

dríamos impacto de mejora en casi todas las líneas estratégicas de los grupos de trabajo. Ponderada con 11 puntos.

Esta estrategia se viene pidiendo desde hace unos años tras comprobar que la sanidad se ha convertido en gran medida en un arma arrojadiza política que se utiliza en la lucha electoral. Este hecho provoca varios problemas como que la planificación de nuevas infraestructuras se haga más en función de criterios de relumbrón que de necesidad, primando por tanto la inversión en la construcción de nuevos hospitales y compra de alta tecnología, que es lo que vende ante la opinión pública, en contra de programas educativos de promoción de la salud o de fomento de la integración sociosanitaria y la atención primaria, que son menos lucidos y visibles ante la opinión pública, pero que sin embargo pueden contribuir a ganar mucha más salud al disminuir la carga de enfermedad y mejorar la calidad de vida.

Otros efectos adversos de la excesiva politización del sistema de salud es la opacidad en su gestión y en sus resultados, para evitar el desgaste político, así como la politización de los cuadros directivos en detrimento de la profesionalización, y el cese o mantenimiento de los mismos en función de criterios políticos y no de resultados. Un pacto de estado sobre la sanidad y la gestión de la misma podría evitar muchos de estos problemas, y el lanzamiento de un mensaje unitario técnico, sin demagogias, a la población para mejorar su educación sanitaria.

9. La atención domiciliaria multidisciplinar se pondera con 9 puntos y es citado en muchos de los grupos de trabajo como estrategia a potenciar.

Esta medida es muy interesante y supone la superación del hospitalocentrismo que preconizan muchos expertos. Llevamos varias décadas

disminuyendo la estancia media hospitalaria y externalizando procesos que antes necesitaban ingreso hospitalario. Ejemplo de ello es el espectacular incremento de la cirugía sin ingreso y los procesos resueltos en hospitales de día. La atención a domicilio también aumenta día a día evitando ingresos de pacientes. Especialmente interesante es en la atención a los pacientes crónicos y a los sociosanitarios, así como en los cuidados paliativos. Aún así los expertos consideran que debe crecer más y con una perspectiva integradora de los aspectos sociosanitarios.

10. La mejora de la financiación con suficiencia financiera y el aumento del gasto destinado a la parte social de la ecuación sociosanitaria ha sido ponderada con 8 puntos.

La crisis económica ha supuesto una disminución de los presupuestos dedicados a sanidad y al sector sociosanitario a pesar de que en relación a nuestra riqueza nacional el gasto estaba ajustado. Durante la época de bonanza económica el gasto sanitario se incrementó mucho y creció por encima del PIB, sin embargo la mayoría de las veces no el gasto era mayor que el presupuesto, lo que ha provocado grandes déficit en el sector, retrasos en los pagos e incremento del déficit público.

Los presupuestos destinados a sanidad deben ser realistas. Por otra parte históricamente el sector social ha sido subfinanciado y la crisis ha impedido su crecimiento.

11. Como medida también destacada queda en onceavo puesto la **interoperabilidad de los sistemas de información sanitario** en todo el territorio nacional con una ponderación de 7 puntos.

El desarrollo de la historia clínica electrónica en muchas CCAAs ha puesto de manifiesto la descoordinación del sistema nacional de sa-

lud que se ha convertido en 17 subsistemas autonómicos, en el que cada uno ha tenido criterio distintos a la hora del desarrollo de los sistemas de información, de manera que los sistemas no se hablan entre sí y es difícil compartir la información clínica entre las CCAAs. Se necesita un liderazgo más activo del papel coordinador y ordenador del Ministerio de Sanidad en estos asuntos y a futuro se vislumbra como imprescindible la interoperabilidad de los sistemas de información en todo el SNS.

12. El fomento del benchmarking o competencia interna entre centros e instituciones de manera que se pueda mejorar y aprender de los mejores ha sido nombrada también ha sido ponderado con 7 puntos.

Esta medida también es de las que clásicamente se ha venido realizando en el SNS, sin embargo en la actualidad está sometida a dificultades operativas debido a la citada fragmentación del SNS en sistemas autonómicos, que no comparten su información entre sí. Aunque hay un conjunto mínimo básico de datos al alta definido para el SNS y todos los centros codifican su actividad asistencial, al igual que hay unos indicadores básicos que es obligado compartir. Para llevar a cabo esta medida el Ministerio debería asumir el papel de coordinador y establecer comparativas, públicas y transparentes.

ANEXO 1



ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN

1. BARRERAS (DEFICIENCIAS)

1.1. Político administrativas

	Resultados en salud	Integración Socio Sanitaria	Implicación del ciudadano	Mejora de la Eficiencia Organizativa	Motivación de los RRHH	Atención y Seguridad del paciente	Mejora de Procesos y Tecnologías	Inversión en Salud	Alianzas y sinergias	Internacionalización del sector salud
Transparencia	x									
Accesibilidad	x	x								
División público-privado		x								
Económico /financieras							x	x		
Rigidez		x		x				x		x
Insuficiencia financiera		x				x				
Cortoplacismo							x			
Marco para las inversiones								x		
Valoración de la rentabilidad inversión en términos de salud o de servicio								x		
Cohesión							x	x		
Modelo de competencias								x		
Modelo / estructura del sistema								x		
Derechos asimétricos sanitarios sociales		x								
Relaciones con la industria						x	x			

1.2. Barreras de gestión

	Resultados en salud	Integración Socio Sanitaria	Implicación del ciudadano	Mejora de la Eficiencia Organizativa	Motivación de los RRHH	Atención y Seguridad del paciente	Mejora de Procesos y Tecnologías	Inversión en Salud	Alianzas y sinergias	Internacionalización del sector salud
Propuesta de Valor										x
Cortoplacismo							x			
Visión estratégica compartida		x		x				x		x
Comunicación Interna	x	x	x		x		x	x		
Calidad asistencial (estrategias, controles)	x					x				
Procesos discontinuos							x			
Aplicación modelos de cronicidad	x									
No orientación a la prevención										
Comunicación Externa/pacientes			x					x		
Orientación al paciente		x	x	x						

1.3. Barreras Organizativas

	Resultados en salud	Integración Socio Sanitaria	Implicación del ciudadano	Mejora de la Eficiencia Organizativa	Motivación de los RRHH	Atención y Seguridad del paciente	Mejora de Procesos y Tecnologías	Inversión en Salud	Alianzas y sinergias	Internacionalización del sector salud
Sistemas de información no integrados	x	x					x			
Barreras uso y aplicación tecnología							x			
Modelo de Análisis de Retorno de la inversión tecnología							x	x		
Gestión de la Innovación										x
Deshumanización		x				x				
Miedo a la transparencia							x			
Ausencia cultura de seguridad						x				
Modelo de dirección		x					x			
No participación /acomodación		x	x			x	x	x		
Conciencia de Valor							x			x
Corresponsabilidad								x		

1.4. Barreras Recursos Humanos

	Resultados en salud	Integración Socio Sanitaria	Implicación del ciudadano	Mejora de la Eficiencia Organizativa	Motivación de los RRHH	Atención y Seguridad del paciente	Mejora de Procesos y Tecnologías	Inversión en Salud	Alianzas y sinergias	Internacionalización del sector salud
Evaluación del desempeño				x		x				
Modelo Retributivo						x	x			
Formación					x	x				
Motivación				x						
Participación activa					x					
Liderazgo		x								
Gestión del cambio						x				

1.5. Barreras Sociales/pacientes

	Resultados en salud	Integración Socio Sanitaria	Implicación del ciudadano	Mejora de la Eficiencia Organizativa	Motivación de los RRHH	Atención y Seguridad del paciente	Mejora de Procesos y Tecnologías	Inversión en Salud	Alianzas y sinergias	Internacionalización del sector salud
Limitaciones ideológicas colaboración público-privada								x		
Corresponsabilidad del paciente	x									
Insuficiente formación del paciente			x							

2. ESTRATEGIAS

2.1. Político administrativas

	Resultados en salud	Integración Socio Sanitaria	Implicación del ciudadano	Mejora de la Eficiencia Organizativa	Motivación de los RRHH	Atención y Seguridad del paciente	Mejora de Procesos y Tecnologías	Inversión en Salud	Alianzas y sinergias	Internacionalización del sector salud
Pacto de Estado		x		x	x				x	x
Reducción interferencias políticas	x				x					
Estrategias de compra públicas							x			
Planificación a medio/largo								x		
Iniciativa desde la industria							x			
Coordinación	x	x		x			x		x	x
Competitividad Interna						x				
Colaboración y Agrupación/ alianzas										x
Colaboración público – privada.							x	x		x
Innovación e investigación.									x	
Integración social y sanitaria									x	
Alinear las visiones stakeholders		x					x			

2.2. Estrategias jurídicas

	Resultados en salud	Integración Socio Sanitaria	Implicación del ciudadano	Mejora de la Eficiencia Organizativa	Motivación de los RRHH	Atención y Seguridad del paciente	Mejora de Procesos y Tecnologías	Inversión en Salud	Alianzas y sinergias	Internacionalización del sector salud
Derechos de los Servicios sociales.		x								
Evolucionar el derecho administrativo a las nuevas realidades				x			x	x		

2.3. Estrategias organizativas

	Resultados en salud	Integración Socio Sanitaria	Implicación del ciudadano	Mejora de la Eficiencia Organizativa	Motivación de los RRHH	Atención y Seguridad del paciente	Mejora de Procesos y Tecnologías	Inversión en Salud	Alianzas y sinergias	Internacionalización del sector salud
Evolución del modelo organizativo hacia el proceso paciente		x	x				x			
Flexibilizar la gestión								x		
Reorganización de recursos		x								
Integración funcional y organizativa							x			
Integración de procesos		x					x			
Participación de ciudadanos en el diseño de procesos							x			
Desarrollo de la cartera de servicios		x								
Mejora de la gobernanza de las estructuras de gestión							x	x		
Gestión por objetivos				x						
Mayor transparencia			x							
Implicación profesionales					x		x			
Priorizar y gestionar los recursos actuales								x		

2.4. Estrategias financieras

	Resultados en salud	Integración Socio Sanitaria	Implicación del ciudadano	Mejora de la Eficiencia Organizativa	Motivación de los RRHH	Atención y Seguridad del paciente	Mejora de Procesos y Tecnologías	Inversión en Salud	Alianzas y sinergias	Internacionalización del sector salud
Reestructuración Financiera		x								
Reorganización de la gestión económica		x								
Cofinanciación de recursos		x								
Políticas transversales de inversión en salud								x		
Inversiones priorización por idoneidad más que por oportunidad							x			
Priorizar a partir de parámetros consensuados para medir y evaluar la inversión								x		
Acercar el gasto social y población ocupada a la media europea								x		

2.5. Estrategias Recursos Humanos

	Resultados en salud	Integración Socio Sanitaria	Implicación del ciudadano	Mejora de la Eficiencia Organizativa	Motivación de los RRHH	Atención y Seguridad del paciente	Mejora de Procesos y Tecnologías	Inversión en Salud	Alianzas y sinergias	Internacionalización del sector salud
Responsable con liderazgo y actitud decidida		x								
Reestructuración de competencias y formación. Gestión del conocimiento		x	x		x			x		x
Trabajo en equipo (multidisciplinarios)		x								
Flexibilización del modelo de recursos humanos								x		
Modelo retributivo basado en resultados de salud				x		x	x			
Profesionales con más autonomía, participación y responsabilidad					x					
Evaluación del desempeño					x					
Medidas de reconocimiento					x					

2.6. Estrategias culturales

	Resultados en salud	Integración Socio Sanitaria	Implicación del ciudadano	Mejora de la Eficiencia Organizativa	Motivación de los RRHH	Atención y Seguridad del paciente	Mejora de Procesos y Tecnologías	Inversión en Salud	Alianzas y sinergias	Internacionalización del sector salud
Visión integrada		x								
Actitud de servicio hacia los demás						x				
Cultura de apoyo al profesional						x				
Humanización						x				
Cultura de formación, protocolización y seguimiento en la actividad						x				
Medidas de cultura de calidad sobre la seguridad y atención de excelencia						x				
Responsabilización del ciudadano en su propia salud			x							

2.7. Estrategias culturales

	Resultados en salud	Integración Socio Sanitaria	Implicación del ciudadano	Mejora de la Eficiencia Organizativa	Motivación de los RRHH	Atención y Seguridad del paciente	Mejora de Procesos y Tecnologías	Inversión en Salud	Alianzas y sinergias	Internacionalización del sector salud
Integración e interoperabilidad sistemas de información	x	x					x		x	
Tecnologías como la telemedicina como nuevos servicios		x					x			
Estandarización: agencia independiente							x			
Criterios de evaluación de las desinversiones de tecnologías							x			
Innovación en gestión. Organizativa y tecnológica							x	x		
Planificación estratégica e integral de la tecnología							x			

2.8. Estrategias Orientación al paciente

	Resultados en salud	Integración Socio Sanitaria	Implicación del ciudadano	Mejora de la Eficiencia Organizativa	Motivación de los RRHH	Atención y Seguridad del paciente	Mejora de Procesos y Tecnologías	Inversión en Salud	Alianzas y sinergias	Internacionalización del sector salud
Sistemas informáticos mentores para el paciente y sus familiares						x				
Educación y adiestramiento del paciente en auto-cuidados						x		x		
Estudios de mercado						x				x
Propuesta de valor										x
Alianza con los ciudadanos						x			x	
Vincular pacientes y resultados de salud						x	x			
Incorporar al paciente en el seguimiento de su proceso asistencial						x				
Tratamiento domiciliario y multidisciplinar						x				

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA



**ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN**

1. Acerete B, Stafford A, Stapelton P. Spanish healthcare public private partnerships: The 'Alzira model' Critical Perspectives on Accounting Vol 22, 6, 2011, 533–549 Accesible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpa.2011.06.004>
2. 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
3. Aranaz Andrés, Jesús Mª et al. Estudio Nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo de España 2006.
4. 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>
5. 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%ADaSaludvNoviembre%281%29.pdf>
6. Arenas Díaz CA. Gestion Clínica: ¿Moda o necesidad?. 2013. Redacción Médica. Accesible en: <http://www.redaccionmedica.com/opinion/gestion-clinica-moda-o-necesidad-7194>
7. 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>
8. Arenas Díaz, C A. Sostenibilidad del Sistema Sanitario en España. Sedisa Siglo XXI. Noviembre 2011. Accesible en: <http://www.sedisasigloxxi.com/spip...>
9. Arenas Díaz, Carlos Alberto. Aportación de internet y las redes sociales a la promoción de la salud. Sedisa Siglo XXI nº 27. 2013. Accesible en: http://www.sedisa.net/documentos/article_a305.pdf
10. 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>
11. 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-lascomunidades-autonomas-y.html>)
12. 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>
13. 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
14. 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.
15. 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.
16. Bundorf M Kate, Todd H Wagner, Sara J Singer, and Laurence C Baker Who 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
17. Burke Beckjord Ellen, Lila J Finney Rutten, Linda Squiers, Neeraj K Arora, Lindsey Volkmann, 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/>
18. Cátedra FEDEA McKINSEY Informe. Impulsar un cambio posible en el Sistema Sanitario. 16 de noviembre de 2009.
19. 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.circulodelasani-dad.com/Grupo/Documents.aspx>
20. 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.
21. Collins SK. Corporate social responsibility and the future health care manager. Health Care Manag (Frederick). 2010 Oct-Dec;29(4):339-45.
22. Consejo Asesor. Ministerio de Sanidad Comisión Permanente. Informe para la sostenibilidad del SNS - 11-junio-2013 Accesible en: http://www.riberasalud.com/ftp/biblio/31072013131110IN-FORME_SOSTENIBILIDAD.pdf

23. Consejo Económico y Social de España. Informe 01|2010. Desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social en el sistema sanitario. 2010.
24. 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/>
25. 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/documentssepps/Marco%20Cornejo_2008_%20Mecanismos%20distribucion%20sistema%20pago%200-Master.pdf
26. Del Llano J, Ortún V, Martín JM, Gené J. Gestión Sanitaria: Innovaciones y desafíos. Ed. Masson 1998.
27. Deloitte y Pharmatalents . 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
28. Devisch I. Co-Responsibility: a New Horizon for Today's Health Care? Health Care Anal. 2011 May 25.
29. 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
30. Elola J. Políticas Sanitarias y Gestión Sanitaria en España. XXVI Seminario Interdisciplinar de la Cátedra de Bioética. Universidad Pontificia de Comillas. 2012.
31. 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;
32. Fundación BBVA-Ivie - 4ª Edición Informe Fundación BBVA-Ivie 2014. Crecimiento y competitividad . Diciembre 2014 . Accesible en: http://www.fbbva.es/TLFU/dat/Informe%20FBBVA-IVIE-2014_web.pdf
33. Fundación Gaspar Casal. Gestión Clínica. 2011. Accesible en: <http://www.fgcasal.org/publicaciones/GCAplicada%20a%20Unidades%20del%20Dolor.pdf>
34. 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.
35. 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.antaesconsulting.com/es_ES/main/detallepublicacion/Publicacion/2/apartado/C/idUnidad/4
36. 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>
37. 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>
38. 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>
39. Healthmatters. The Beveridge Model. Accesible en: <http://4.blogspot.com.es/2010/12/beveridge-model.html>
40. IASIST Resultados Hospitales TOP 20 – 2011. Accesible en: http://www.iasist.com/files/TOP_20_2011_Resultados.pdf
41. 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
42. Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del SNS. 1991. Accesible en: <http://es.scribd.com/doc/13394232/InformeAbril>
43. 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/wpcontent/informes/anexoidis_aportvalor2014_web.pdf
44. 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/>

45. Jacob J. Consumer access to health care information: its effect on the physician-patient relationship. *Alaska Med.* 2002 Oct-Dec;44(4):75-82.
46. 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>
47. Jiménez-Martín, Sergi; Oliva, Juan; Villaplana Prieto, Cristina, et al. Sanidad y dependencia; matrimonio o divorcio. *Circulo de la Sanidad.* 2011.
48. 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>
49. Joumard, Isabelle; Hoeller, Meter; André, Christophe; Nicq, Chantal. *Health Care Systems: Efficiency and Policy Settings.* OECD 2010.
50. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.
51. 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-autonomiasasciende-15700-millones-euros-20120222>
52. Levy JA, Strombeck R. Health benefits and risks of the Internet. *J Med Syst.* 2002 Dec;26(6):495-510.
53. Ley 15/1997 sobre habilitación de nuevas formulas de gestión en el SNS. *BOE num. 100,* de 26 de de abril de 1997.
54. 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>
55. 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
56. 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
57. 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>
58. 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>
59. Marín Ferrer, Manuel; de Rosa Torner, Alberto. Nuevas formas de gestión sanitaria: “Modelo Alzira”. Instituto de Estudios Económicos. 2007.
60. 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.*
61. 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-lascomunidades.html>
62. McClellan Mark with James Kent, Stephen Beales, Michael Macdonnell, Andrea Thoumi, Benedict Shuttleworth and Samuel Cohen. Accountable Care. Focusing 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.wishqatar.org/app/media/384>
63. Meneu Ricard. Blog de la Revista GCyS. Gestión Clínica y Sanitaria. Accesible en: <http://gcs-gestion-clinica-y-sanitaria.blogspot.com.es/>
64. 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/hom e.htm>
65. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Portal estadístico del SNS. Accesible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/finGastoSanit.htm>

66. 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>
67. 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.
68. 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.
69. 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
70. 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
71. Nicholson MS, Leask J. Lessons from an online debate about measles-mumps-rubella (MMR) immunization. *Vaccine.* 2011 Nov 7.
72. OCDE. Base de datos de la OCDE sobre la salud 2012. España en comparación. Briefing. Accesible en: <http://www.oecd.org/spain/BriefingNoteESPANA2012inSpanish.pdf>
73. OECD.StatExtracts. <http://stats.oecd.org/>
74. 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>
75. 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>
76. 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>
77. 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>
78. 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.
79. Price Waterhouse Cooper -Shifting to accountable care: characteristics and capabilities (2014) Accesible en: <http://www.pwc.co.uk/government-publicsector/healthcare/publications/shifting-to-accountable-care-characteristics-andcapabilities.jhtml>
80. 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
81. 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/A408DA7FDD4D09A-3C12579E50032CD56/\\$FILE/temas-candentes-sanidad-2012-pwc.pdf](http://kc3.pwc.es/local/es/kc3/publicaciones.nsf/V1/A408DA7FDD4D09A-3C12579E50032CD56/$FILE/temas-candentes-sanidad-2012-pwc.pdf)
82. PriceWaterhouseCoopers. Diez temas Candentes de la Sanidad Española 2011. Accesible en: [http://kc3.pwc.es/local/es/kc3/publicaciones.nsf/V1/C3E57115C101721DC125786200512BD5/\\$FILE/Informe%2010%20temas%20candentes%20Sanidad%202011_final.pdf](http://kc3.pwc.es/local/es/kc3/publicaciones.nsf/V1/C3E57115C101721DC125786200512BD5/$FILE/Informe%2010%20temas%20candentes%20Sanidad%202011_final.pdf)
83. Proyecto somos Pacientes. <http://www.somos-pacientes.com/>
84. 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
85. Puig-Junoy J. (2012). ¿Quién teme al copago? El papel de los precios en nuestras decisiones sanitarias. Barcelona: Libros del Lince.
86. 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
87. 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>
88. 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>
89. 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/>
 90. Robbins, S. Los programas de pago variable en la práctica, en: Comportamiento organizacional. 10 Ed. Prentice Hall 2005.
 91. 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>
 92. Rubia Vila, Francisco J, et al. Libro blanco sobre el sistema sanitario español. Academia Europea de ciencias y Artes. 2011.
 93. 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
 94. 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
 95. 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
 96. 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>
 97. Strasburger VC, Jordan AB, Donnerstein E. Health effects of media on children and adolescents. An Pediatr (Barc). 2005 Dec; 63(6):516-25.
 98. 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-publicprivate-partnership.cfm#sthash.ap1VqjL3.dpuf>
 99. 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-es-paa-y-en-el-mundo-2011>
 100. 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
 101. Varela Jordi. Avances en Gestión Clínica. Blog Accesible en: <http://gestionclinicavarela.blogspot.com.es/>
 102. 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
 103. Williams RL, McPherson L, Kong A, Skipper B, Weller N; PRIME Net clinicians. Internetbased 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.
 104. 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
 105. World Economic Forum. The Global Competitiveness Report 2011-201. (<http://www.weforum.org/issues/global-competitiveness>, acceso enero 2012).

LISTADO DE EXPERTOS POR GRUPOS DE TRABAJO



**ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN**

BLOQUE 1:

Innovación. Marco para las nuevas definiciones de la salud y su gestión. Hacia la salud del futuro.

Coordinador: **Emilio Herrera Molina**.

Grupo 1: Cuáles son los mejores indicadores de resultados en salud, y estrategias para su implantación.

Javier Júdez Moderador.

Responsable Área Gestión del Conocimiento en Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD).

Concha Serrano Colmenero

Directora Value, Access & Policy en AMGEN.

Fidel Campoy Domene

Consultor Sanitario. Ex Consejero Delegado de DKW PreviaSa.

Jesús Prieto Vara

Country Sales Manager en Siemens Healthcare.

José Luís Arias

National KAM Manager en Bristol-Myers Squibb.

Juan E. del Llano-Señarís

Director de la Fundación Gaspar Casal. Presidente de la Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Lourdes Bermejo García

Vicepresidenta de la Sociedad de Geriatria y Gerontología de Cantabria "Gregorio Marañón".

Manuel Escolano Puig

Secretario Autonómico de Autonomía Personal y Dependencia de la Comunidad Valenciana.

Mariano Guerrero Fernández

Director de Planificación y Proyectos de Ribera Salud Grupo. Secretario General de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA).

Pere Soley Bach

Director Gerente del Instituto Catalán de Salud ICS.

Ricardo Hueso Abancens

Director de Atención Primaria del Departamento de Alicante – Hospital General.

Salvador Peiró

Jefe del área de Investigación en Servicios de Salud de FISABIO.

Grupo 2: Identificación de los elementos clave de un modelo socio-sanitario integrado: barreras y estrategia para su implantación.

Emilio Herrera Molina

Moderador. Presidente Fundación NewHealth
Juan Fontán

Secretario: Director de la Banca Privada de Andbank.

Albert Ledesma i Castellort

Director del Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria. Generalitat de Catalunya.

José Alberto Echevarría García

Presidente de Federación Española de Dependencia.

Alejandro López del Val

Decano de Ciencias de la Salud Universidad de San Jorge. Zaragoza.

Arturo Álvarez Rosete

Director Observatorio de Modelos Integrados en Salud. Fundación NewHealth.

Carmen Isolina Egea

Directora Fundación Quirón.

Cesar Antón Beltrán

Director General del IMSERSO.

Francisco Javier Chacón

Subdirector de Gestión Sociosanitaria del SES.

Ignacio Fernández-Cid

Presidente del Grupo Casablanca.

Juan Antonio Martínez Carrillo

Coordinador Responsable de la aplicación y desarrollo de la figura socio-sanitaria en la Región de Murcia.

Juan Oliva

Economista de la salud, Universidad Castilla La Mancha.

María Teresa Rodríguez

Directora de las Residencias Tus Mayores.

Miguel Ángel Vargas

Asesor de Federación Española de Dependencia.

Milagros Marcos Ortega

Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León.

Pablo Cobo Gálvez

Experto en Gerontología. Director de la Revista Actas de la Dependencia. Ex Subdirector General de Planificación, Ordenación y Evaluación. IMSERSO.

Rubén Otero Álvarez

Director-Gerente del grupo Calidad en Dependencia.

Grupo 3: Implicación del ciudadano en la salud y atención centrada en el paciente: barreras y estrategia para su mejora.

Javier Rocafort Gil

Moderador. Director Médico en Fundación Vianorte Laguna.

Francisco Hernansanz Iglesias

Subdirector de la Cátedra UPF-SEMG de Medicina de Familia y Economía de la Salud Médico General, UGAP Nord, Sabadell, ICS.

Jorge Navarro Pérez

Director del Observatorio de Enfermedades Crónicas de la SEMFYC.

Josep María Espinalt

Director General de Alexion.

Juan Dancausa Roa

Subdirector General de Medycsa. Presidente de ANEPA.

Juan Beltrán Garrido

Subdirector General de Actividad Asistencial. DGAS. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

Mayte Sancho

Directora científica de la Fundación Matía-Ingema.

Pilar Rodríguez Rodríguez

Presidenta Fundación Pilares para la Autonomía Personal. Vicepresidenta de Gerontología de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.

Eduardo Vigil Martín

Chief Medical Information Officer Everis Health.

BLOQUE 2:

Mejora de la eficiencia y la sostenibilidad.

Coordinador. **Carlos Alberto Arenas Díaz.**

Grupo 4: Barreras y estrategias para mejorar la eficiencia organizativa.

Diego López Llorente

Moderador. Director Comercial de Sigesa.

Francisco Álvarez Rodríguez

Secretario. Director de Administración y Finanzas en SIGESA.

Ángel Puente Ortés

Presidente del Círculo de Sanidad.

Cesar Remón

Director de la Unidad de Gestión Clínica de Nefrología de la provincia de Cádiz.

Joaquín García Guerrero

Director Gerente del Servicio Extremeño de Salud.

José María Piqué

Director General Hospital Clinic Barcelona.

Juan Jorge González Armengol

Presidente de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES).

Julián Pérez Gil Ex

Director General de Servicio Vasco de Salud OSA-KIDES.

Luís Rosado Bretón

Jefe de Servicio de Medicina Intensiva Hospital General Universitario de Alicante. Ex Conseller de Sanitat Comunidad Valenciana.

Miguel Ángel Asenjo Sebastián

Profesor Emerito de la Universidad de Barcelona.

Natalia Yankovic

Profesora Adjunta IESE Business School

Raimón Belenes

Director General Adjunto del Grupo IDC Salud.

Ricardo Herranz Quintana

Director Gerente del Hospital Gregorio Marañón de Madrid.

Grupo 5: Barreras y estrategias para motivar a los profesionales.

Carlos Peña

Moderador. Director de Enfermería Área IX de Salud de Murcia.

Enrique Pérez Baos

Secretario. Vocal junta directiva de NUGESAN.

Alfonso Pérez de los Santos

CEO de Human Overall.

Ana Isabel Lima

Presidenta del Consejo General del Trabajo Social.

Ana Sánchez Fernández

Ex Viceconsejera de Asistencia Sanitaria de Madrid.

Francisco Server

Director Médico de Ibermutuamur.

Isabel Tovar García

Doctora en Medicina Coach Gestión Sanitaria.

Javier Lázaro Lorente

Director General de Recursos Humanos de la Sanidad de la Comunidad Valenciana.

Jesús Sanz Villorejo

Presidente de la Asociación de Directivos de Enfermería ANDE.

José Félix Quintero

Comisionado de la Conselleria de Sanitat en el Departamento de Salud de Denia.

Juan José Rodríguez Sendín

Presidente de la Organización Médica Colegial.

Miriam Fernández de la Mela

Gerente de la Residencia de Mayores La Plaza S.L.

Sergio Blasco Perepérez

Ex Director Gerente del Hospital General Universitario de Valencia.

Sonia Fernández-Durán Thiebaut

Directora General del Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social.

Tomás Toranzo Cepeda

Vicesecretario General de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos.

Grupo 6: Barreras y estrategias para mejorar la atención al paciente. Seguridad del paciente.

Guadalupe Pajares Carabajal

Moderadora. Vicepresidenta de NUGESAN (Nueva Gestión Sanitaria).

Javier Guerrero Fonseca

Secretario. CEO en Laboris Consulting.

Ana Canalejo

Special Projects Manager en Baxter.

Blanca de Castro

Gerente HC Marbella International Hospital.

Carmen Pantoja Zarza

Directora Gerente del Hospital Universitario Infanta Leonor y Virgen de la Torre.

David Asín

Homecare Business Manager en Linde Healthcare.

Emilio Bascuñana

Gerente del Departamento de Salud de Orihuela.

Jesús Galván Romo

Viceconsejero de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla La Mancha.

Jesús María Fernández

Director Internacional de Oracle.

Juan Antonio Marqués

Gerente del Departamento de Salud Marina Baixa de Alicante. Presidente de la Agrupación territorial de SEDISA en la Comunidad Valenciana.

Juan Fernández Ortega

Director of Client Operations, Spain & Portugal en Cerner Corporation.

María Tormo Domínguez

Directora de Planificación y Desarrollo de ASISA.

Mario Prieto

Jefe del Servicio de Nefrología de la provincia de León.

Paloma González García

Health Economics Manager Market Access BMS.

Grupo 7: Barreras y estrategias para mejorar los procesos y tecnologías en la atención sanitaria.

Carlos Mur de Vía

Moderador. Director Gerente del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Antonio Burgueño Pérez

Secretario. Socio Director de Enclave Salud.

Araceli Caro

Economista de la Salud. Técnica de Proyectos Área de Gestión de Servicios y Profesionales de la Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Enrique Varela Couceiro

Presidente Fundación Tecnología Social.

Ignacio Hernández Medrano

Co-director general de la fundación Ramón y Cajal (IRYCIS).

José María Pino Morales

Director General Asistencia Sanitaria SACYL, Castilla y León.

Juan José Rubio

Ex Director Gerente del Servicio Navarro de Salud.

Julio Mayol Martínez

Prof. Titular de Cirugía, Co-director Madrid-MIT Mvision Consortium, Director Unidad de Innovación IdISSC, MIT Affiliate.

Manuel Huerta Almendro

Director Gerente de la Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir. Sevilla.

Manuel Villalón

Presidente de la Sociedad Andaluza de Business Ángel.

Mercedes Franco

Directora Marketing y Desarrollo de Negocio Healthcare Iberia en Linde Healthcare.

Miguel Ángel Montero

Coordinador e-Salud en AMETIC, Director Estrategia Sanidad en IECISA.

Pedro Gómez Pajuelo

Coordinador de Programas. Secretaria General del Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

BLOQUE 3:

Contribución de la inversión en salud al desarrollo social y económico.

Coordinador: **Baltasar Lobato Beleiro.**

Grupo 8: ¿Cuáles son las barreras actuales y las mejores estrategias para la inversión en salud?

Pablo Sánchez Cassinello

Moderador. Director Accenture Sanidad José Rambla Secretario. Consultor Accenture Sanidad.

Ángel Rodríguez Castedo

Director Adjunto de Promoción y Análisis de Proyectos Sepides. Grupo SEPI.

Carlos Colilla

Socio Director de Triari Developments.

Francisco Soriano Cano

Gerente del Departamento de Salud Alicante-San Juan.

José Luis Temes Montes

Director de Mestesa Asesoría Sanitaria.

Juan López Ibor

Presidente Consejo de Administración Clínica López Ibor.

Laura Pellisé

Directora / Senior Research Fellow en Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES-UPF).

Roberto Ferrandiz Gomis

Director Consultoría Proyecsalud.

Roser Fernández i Alegre

Secretària General de Salut. GENCAT.

Fco. Xavier Pintó Cuenca

Presidente Ejecutivo de Y: J Group.

Grupo 9: Alianzas y sinergias del sector de la salud para promover el desarrollo. Cuáles deberían ser y cómo promoverlas.

Rebeca García

Moderador. Managing Director Health Lead Accenture EALA.

Ignacio Arnott González-Tova

Secretario. Manager Accenture Sanidad.

Adolfo Tamames

CEO en Grupo NEAT.

Carlos De La Orden

Director General Hospital Sear.

Carmen González Madrid

Presidenta Ejecutiva Fundación Salud 2000.

Cristina Rodríguez Porrero-Miret

EX Directora del CEAPAT, Centro estatal de referencia en Ayudas Técnicas y Autonomía Personal.

Itziar Escudero

Partner en Insights in Life Sciences.

José Antonio Gutiérrez

Presidente en Instituto DRECE de Estudios Bio-médicos. Consejero Honorífico de la Fundación Lilly.

José M^a López Bourio

Presidente AGESTIC, Director NOVA-INNOVA.

José Miguel Marín

Presidente de ADEMUR.

Juan Carlos Álvarez-Ruiz

Vocal Asesor del Departamento de Políticas Sociales del Gabinete de la Presidencia del Gobierno.

Juan José Güemes Chairman

Entrepreneurship & Innovation Center IE Business School. Ex Consejero Sanidad de Madrid.

Roser Artal Rocafort

Asesora Externa en Accenture.

Grupo 10: ¿Cuáles son las barreras actuales y las mejores estrategias para inversión en salud?

Josep Carbó

Moderador. Responsable Health Management Accenture.

Nayra Álvarez

Secretaria. Consultora Funcional y Procesos HNA Servicios Corporativos.

Albert Tarrats Oliva

Consejero Delegado de Gesaworld.

Carlos Rus Palacios

Gerente de la Federación Nacional de Clínicas Privadas.

Iñigo Valcaneras

Presidente del Clúster Español de Turismo de Salud.

Jesús Contreras

Director de Desarrollo FED.

Manuel Muñoz

Director IVI Alicante e IVI Elche.

Ricardo Arias Duval

Vicepresidente Senior de Fresenius Medical Care.

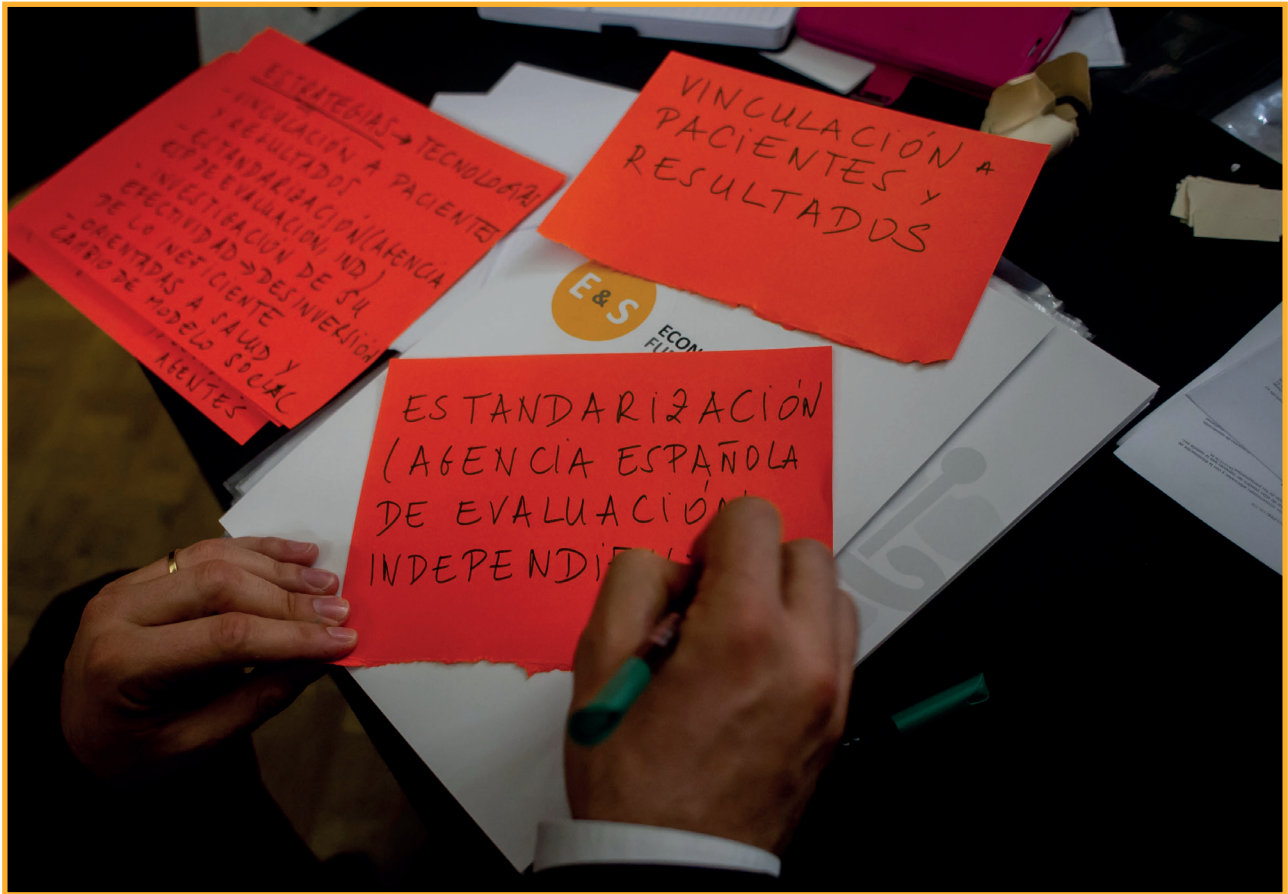
Valentina Miccinilli

Business Development Manager en Istituto Helvético Sanders.











PATROCINADORES PREMIUM:

AMGEN[®]

Baxter

biogen idec[®]

GRUPO
CASAVERTDE

ferrer

FRESENIUS

NOVARTIS
PHARMACEUTICALS

Otsuka

Roche

PATROCINADORES:

ANDBANK /
Private Bankers


Bristol-Myers Squibb

Linde

SIEMENS

COLABORADORES:

ALEXION

 Gebro Pharma

janssen



**ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN**