

COLABORADORES



AUTORES

En el análisis y valoración de la información obtenida en el contexto de este proyecto, así como en la elaboración de las valoraciones y recomendaciones de este informe han colaborado los siguientes profesionales del comité científico de la Fundación Economía y Salud:

Carlos Arenas (coordinador general y corresponsable área 1)

Médico especialista en salud pública y medicina preventiva. Experto en gestión y planificación sanitaria. Gerente del área de salud IX de la Región de Murcia. Fue gerente de varios hospitales públicos. Vicepresidente de FES.

Alberto González (coordinador de áreas)

Doctor por la UEM, MBA, Máster en gestión de centros y servicios de salud, master en investigación en ciencias sociosanitarias, licenciado en ADE, Experto en Alta Dirección por IESE, enfermero. Miembro del comité científico de FES.

Amalia Franco (corresponsable área 1)

Médica especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Experta en Calidad asistencial y gestión sanitaria, ha desempeñado distintos puestos directivos en el ámbito de atención primaria y hospital tanto rurales como urbanos. Actualmente coordinadora de calidad e innovación del Área Sanitaria V del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Miembro del comité científico de FES.

Alicia Negrón (corresponsable áreas 2 y 6)

Enfermera Especialista en Atención Familiar y Comunitaria vía EIR. Máster Oficial en Bioética, Máster en Alta Dirección de Empresas especialidad en Gestión Sanitaria y Máster en Dirección y Administración de Empresas Especialidad en Gestión Sanitaria. Técnico de Apoyo a la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid. Miembro del comité científico de FES.

Carlos Peña (corresponsable áreas 2 y 6)

Subdirector de Enfermería de Atención Primaria de la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real. Máster en Dirección y Gestión de Enfermería por la Universidad Europea de Madrid. Miembro del comité científico de FES.

Ignacio Arnott (corresponsable área 3)

Ingeniero de Telecomunicación por la Universidad Politécnica de Madrid y Executive Master in Business Administration (EMBA) por la Escuela de negocios IESE (Universidad de Navarra). Programa de transformación digital en The Valley Digital business school. Experto en sistemas TIC y salud por la Universidad Oberta de Cataluña. Miembro del comité científico de FES.

Sergio García Vicente (corresponsable área 3)

Dr. en Medicina por la Universidad de Valencia, especialista en medicina familiar y comunitaria. Quince años como gerente de hospitales privados y públicos. En la actualidad, médico documentalista del Hospital Clínico Universitario de Valencia y docente en el área de Ciencias de la Salud de la Universidad Europea de Valencia. Miembro del comité científico de FES.

Ignacio del Arco (corresponsable áreas 4 y 5)

Doctor en Ciencias Biológicas por la Universidad Complutense de Madrid, especialista en innovación. Colaborador del grupo de investigación PSINET (psicología, salud & internet). Miembro del Comité Científico de FES.

José Ignacio Nieto (corresponsable áreas 4 y 5)

Experto en política y estrategia sanitaria. Ex Consejero de Salud y Servicios Sociales de la Rioja, Director General de Función Pública. Miembro del comité científico de FES.

Jorge de Vicente (corresponsable áreas 7 y 8)

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid). Profesor y responsable docente en la Universidad Internacional de la Rioja (UNIR). Doctor en Ciencias de la Salud por la Universidad de Alcalá. Experto en Adecuación de la Práctica Clínica. Miembro del comité científico de FES.

José Luis Gutiérrez (corresponsable áreas 7 y 11)

Diplomado en Enfermería. Máster en Gestión de Centros y Servicios de Salud, Máster en Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud, Experto Universitario en Gestión de Cuidados y Experto Universitario en Bioética. Profesor Asociado del Área de Gestión Sanitaria de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Ha desempeñado puestos de gerente de hospital, área integrada y gerencia de atención primaria. Miembro del comité científico de FES.

Javier Guerrero (corresponsable área 9)

PhD Ciencias de la Salud, MBA Executive Gestión Sector Salud, Msc PRL, Ingeniero Industrial. Especialista en Servicio de prevención de riesgos laborales del SESCAM. Auditor ISO 9001 acreditado por CQI - IRCA. Auditor del Sistema de Prevención de Riesgos Laborales acreditado por la Dirección General de Trabajo, Formación y Seguridad Laboral de la JCCM. Docente posgrado UNIR. Miembro del comité científico de FES.

Miguel Ángel Mañez (corresponsable áreas 9 y 10)

Economista. Desempeño de puestos directivos en organizaciones sanitarias públicas. Profesor de la facultad de ciencias de la salud de la UNIR. Imparte formación en Instituto de Empresa, Escuela Nacional de Sanidad. Escuela andaluza de salud pública y Fundación Gaspar Casal. Miembro del comité científico de FES.

Silvia Pérez (corresponsable área 11)

Diplomada Universitaria en Enfermería por la Universidad de León. Master oficial en Dirección de Empresas por la Universitat Oberta de Catalunya (UOC), Master oficial en Investigación en Ciencias Sociosanitarias por la Universidad de León, Master en Dirección de los Recursos Humanos en la Empresa y Master en Gestión de Servicios de Enfermería por la UNED. Miembro del comité científico de FES.

Luis Fernández (corresponsable área 10)

Licenciado en Ciencias Económicas por la Universidad Autónoma de Madrid (UAM). Director de Gestión Económica del Servicio Riojano de Salud. Diploma en el Curso Superior de Instituciones Sanitarias por la UAM. Miembro del comité científico de FES.

Jesús Aranaz (corresponsable área 8)

Jefe de servicio de medicina preventiva y salud pública del hospital Ramón y Cajal. Colaborador de la organización panamericana de la salud y de la alianza mundial por la seguridad del paciente de la OMS. Investigador del Instituto Ramón y Cajal de Investigación sanitaria. Miembro del comité científico de FES.



ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS..... | 06 |
| METODOLOGÍA DE TRABAJO | 08 |
| ÍNDICE FES2022: | |
| MEDIA NACIONAL..... | 15 |
| POR ÁREAS..... | 17 |
| MEDIDAS CON MAYOR O MENOR GRADO DE DESARROLLO..... | 22 |
| ANÁLISIS POR ÁREAS..... | 23 |
| ANÁLISIS DE MEDIDAS CON MAYOR Y MENOR GRADO DE DESARROLLO | 104 |
| RECOMENDACIONES GENERALES..... | 117 |



INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Fundación Economía y Salud tiene como uno de sus objetivos analizar y contribuir a mejorar el sector salud en España.

Uno de sus proyectos fue hacer un diagnóstico completo del sector. Y no sólo hacer el diagnóstico, sino proponer líneas estratégicas, áreas de trabajo y medidas concretas para su mejora consensuadas de forma amplia. Este objetivo se cumplió gracias al trabajo de más de 300 expertos y dos reuniones bienales, además de diversas jornadas anuales.

Como consecuencia de cada uno de los dos primeros foros bienales se publicaron dos libros fundamentales para entender el sector salud en España y conocer sus oportunidades de mejora.



El primero, “100 perspectivas para mejorar el futuro del sector salud” analizaba el Sistema de Salud Español y proponía las grandes líneas estratégicas de mejora por donde debería avanzar el mismo. Estas estrategias están basadas en el estado del arte a nivel nacional e internacional y tienen un enfoque eminentemente integrador.

El segundo, “100 medidas que mejoran el sector salud”, deriva del desarrollo de esas grandes líneas estratégicas, y merced a la siguiente reunión de consenso “II Foro” de la Fundación Economía y Salud. Este segundo libro es una profundización del análisis realizado en el primer libro concretado en medidas derivadas de las líneas estratégicas del libro anterior. Gracias a este último trabajo, que salió a la luz en 2018, tenemos más de 100 medidas concretas de consenso para mejorar el sector salud en España. Desde entonces, la Fundación Economía y Salud ha trabajado, entre otras cosas, en trasladar dichas medidas a indicadores, trabajo que fue suspendido por la Pandemia del COVID-19, puesto que ésta modificó en cierta forma la situación de partida del estudio en muchos aspectos, lo que hizo imprescindible actualizar las medidas a la luz de la situación nueva creada antes de concretar las medidas en indicadores en los que trabajar.

Como consecuencia de lo anterior, se revisó el libro “100 medidas que mejoran el sector salud” por más de 50 expertos y el comité científico de la Fundación Economía y Salud. Fruto de esta revisión dio lugar en el año 2020 al libro “106 medidas que mejoran el sector salud en España tras la pandemia COVID-19”, el cual ya refleja la relación de medidas según el panorama dentro de la situación actual. Con estas medidas actualizadas ya definidas y consensuadas, el siguiente objetivo de la Fundación Economía y Salud fue el de medir el desarrollo y el grado de implantación de estas medidas en cada uno de los Servicios de Salud del territorio nacional. Ésta es la razón de ser del actual proyecto, a través del cual realizamos un diagnóstico objetivo para la mejora de la gestión de un Servicio de Salud.

Partiendo de estos libros, expertos participantes en las anteriores ediciones de este proyecto trasladan las medidas publicadas en el último de los libros a un cuestionario de autoevaluación con el objetivo de, a través de preguntas claves dicotómicas de contestación sí o no, se pudiera hacer una aproximación al grado de cumplimiento de cada medida propuesta. Este primer cuestionario de autoevaluación se envió a los servicios de salud de cada una de las 17 CCAA de nuestro país para su respuesta, posterior análisis y puntuación. Tras el análisis de estos cuestionarios sobre el grado y desarrollo de implementación de las medidas por parte de las distintas CCAA participantes, se elaboró un informe autonómico confidencial que se envió a cada una de ellas. En diciembre de 2021, se publicó el informe de medias nacional “Informe de medias nacional año 2021” con el resultado del grado de implementación de estas medidas a nivel nacional. De esta forma, se pretende apoyar a los diferentes Servicios de Salud en su mejora continua de la calidad y eficiencia, así como al Sistema Nacional de Salud español en un avance en la mejora de su calidad y eficiencia y en el incremento de la transparencia y la credibilidad de la acción pública, mediante la creación de una herramienta que ayude a evaluar los desarrollos que se vienen realizando y, sobre todo, orienten en la toma de decisiones para la formulación de políticas, planes, programas y proyectos, así como el seguimiento de las mismas.

En esta ocasión, y mediante la publicación del presente documento “Informe de medias nacional año 2022”, se pretende dar seguimiento al trabajo realizado y continuar la labor de diagnóstico e implementación de medidas para la mejora del sistema sanitario.

En conclusión, y a modo de resumen, este proyecto está principalmente orientado en la macrogestión, y concretamente pretende servir de guía y apoyo al Sistema Sanitario, en general, y a los distintos Servicios de Salud, en particular, en su afán de mejora continua, tanto en calidad y resultados, como en eficiencia. Se persigue conseguir una guía de toma de decisiones que facilite el camino al decisor, y le ayude a medir su realidad y resultados, primando la objetividad y la profesionalidad, partiendo de una definición y concreción de los retos del sistema explicitados en el libro “106 medidas que mejoran el sector de la salud en España tras la pandemia de COVID-19”.

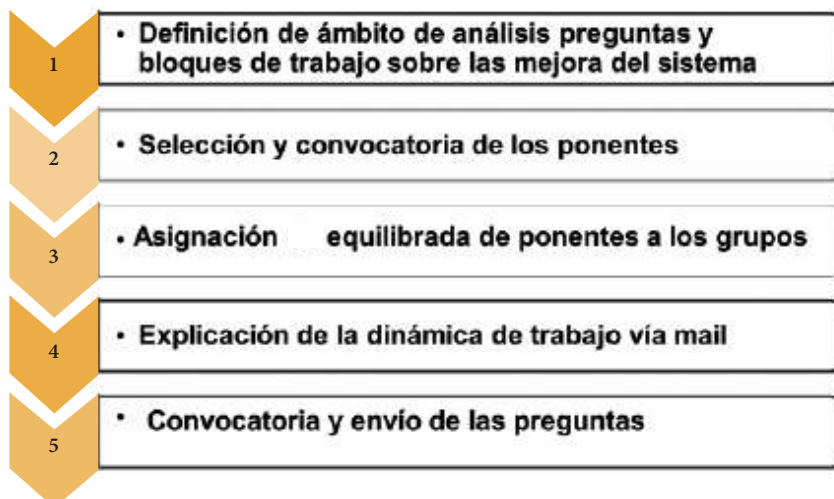
METODOLOGÍA DE TRABAJO

El Comité Científico de la Fundación Economía y Salud compuesto por más de 30 expertos en distintos ámbitos de sistema de salud, trasladó a un cuestionario las diferentes medidas para la mejora del sistema de Salud que nuestra Fundación Publicó en 2020 a través del libro “106 medidas que mejoran el sector salud tras la pandemia de COVID 19”.

La metodología de trabajo se basa en el trabajo previo realizado por los expertos involucrados en este Proyecto desde la publicación de los libros “100 perspectivas para mejorar el futuro del sector salud”, “100 medidas que mejoran el sector salud” y “106 medidas que mejoran el sector salud tras la pandemia de COVID 19”, a través del cual se definían los grandes objetivos de trabajo y se identificaban las áreas de análisis y evaluación del sistema de salud.

A continuación se describe la metodología de trabajo empleada para la publicación de los dos libros anteriormente descritos, lo que nos permitirá entender cómo hemos llegado hasta aquí y la metodología de trabajo empleada en esta edición del proyecto:

Foro “100 perspectivas para mejorar el futuro del sector salud”



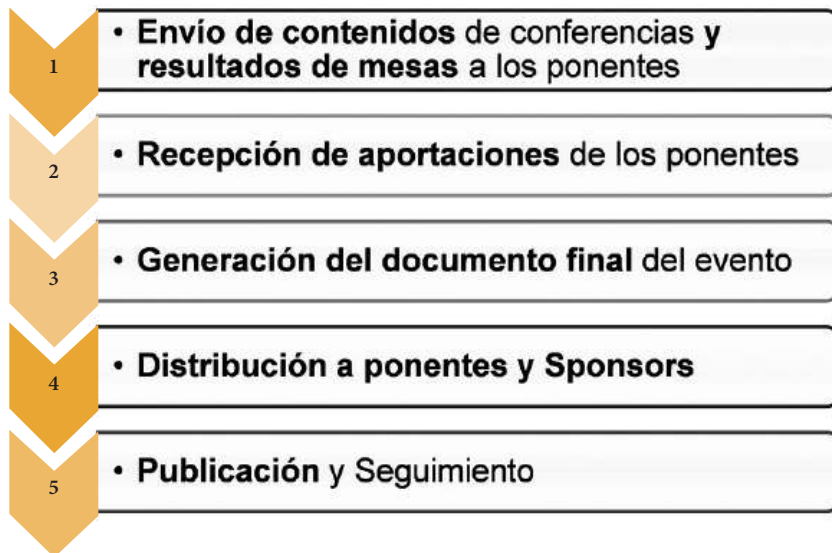
Este primer foro se desarrolló durante dos días en octubre de 2014. Con carácter previo a la celebración del foro, se trasladó información a los profesionales expertos seleccionados durante una etapa previa de trabajo y, una vez conocido el estado del arte y la situación actual del sistema sanitario español, se organizaron estos expertos por grupos de trabajo de entre 10 y 15 participantes. A través de la técnica de Grupo Nominal (TGN) se plantearon preguntas que, tras una reflexión y transcripción de sus ideas, puestas en común, generando ideas o propuestas. Finalmente, cada grupo de trabajo aceptaba y priorizaba, por consenso, las conclusiones y recomendaciones de su grupo.

Cada grupo de trabajo realizó dos técnicas de Grupo Nominal:

- Primera “Análisis y valoración de barreras y problemas” en torno a la cuestión planteada relativa al servicio de salud;
- Segunda “Definición y priorización de líneas de actuación” para dar respuesta concreta a las barreras mediante la definición de líneas de actuación viables y su priorización.



Una vez analizados y redactados los resultados obtenidos, fruto del trabajo realizado en la fase previa, se compartieron y validaron éstos con los ponentes de cada mesa, y se puso en marcha un plan de comunicación, a través del cual se compartían los resultados con todos los participantes, para posteriormente publicar el libro, como documento de consenso.



CONVOCATORIA DEL 2º EVENTO E Y S

Es de interés recalcar que, en función de las veces que fueron citadas y ponderadas las líneas estratégicas de mejora en cada grupo de trabajo, se definieron, de manera consensuada, las siguientes grandes líneas estratégicas como las principales líneas de mejora del sistema de salud:

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

Foro “100 medidas que mejoran el sector salud”

El objetivo de este foro pasaba por profundizar en las grandes líneas estratégicas consensuadas previamente para sacar de ellas medidas y objetivos más concretos.

La metodología seguida fue muy similar a la del anterior foro. Se seleccionaron 140 expertos distribuidos en 12 grupos de trabajo, cada uno de ellos dirigido por un coordinador de la Fundación Economía y Salud. El día 28 de octubre de 2017 se reunieron estos 140 expertos con el objetivo de extraer y priorizar las medidas de mejora en base al trabajo previo de formularios y encuestas sobre las líneas de acción priorizadas en el primer foro.

Los 12 grupos de trabajo fueron los siguientes:

1. Innovación y Sostenibilidad;
2. Integración Sociosanitaria y Humanización.
3. Atención centrada en las personas.
4. Potenciar la atención domiciliaria multidisciplinar.
5. Evaluación del desempeño e incentivos por resultados.
6. Flexibilización de la gestión. Cambios legislativos, buen gobierno y transparencia.
7. Benchmarking y competencia interna para mejorar.
8. Evaluación exhaustiva de las tecnologías y desinversión.
9. La aportación de la industria a la innovación y sostenibilidad.
10. Las nuevas tecnologías como palanca de inversión en salud.
11. Interoperabilidad entre los sistemas de información sanitarios.
12. Internacionalización del sector.

De todas las medidas que propusieron los 140 expertos en sus grupos de trabajo se seleccionaron las de mayor consenso eliminando las medidas polémicas y sin consenso. Estas 100 medidas tienen un carácter más ejecutivo que las del primer Foro, y pueden ser de aplicación más inmediata, de cara a mejorar y hacer más sostenible el sector de la salud.

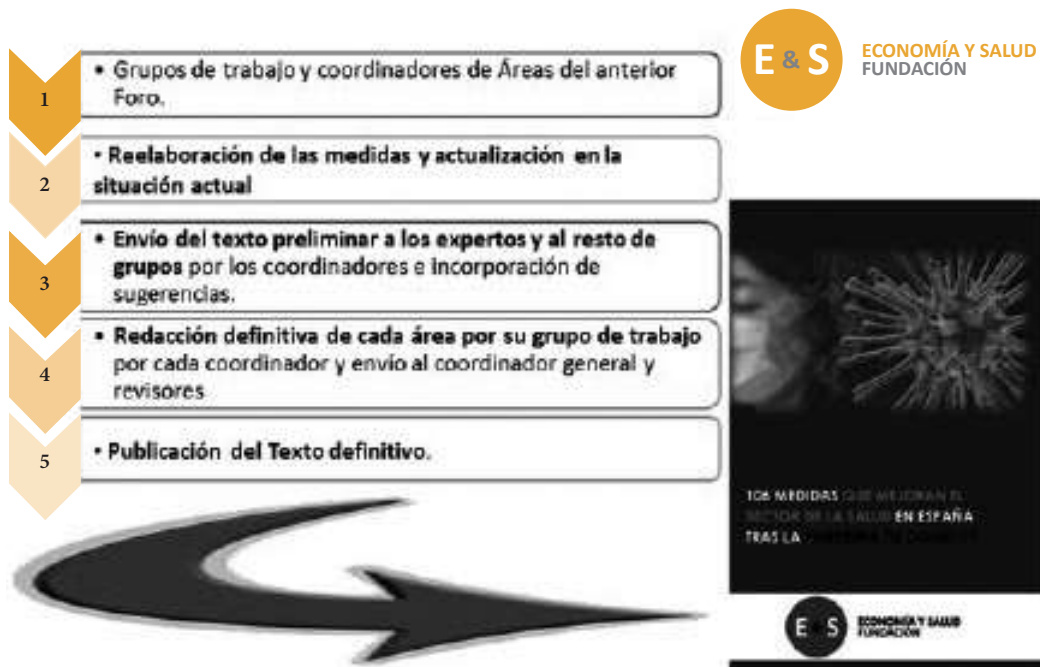


Foro “106 medidas que mejoran el sector salud tras la pandemia de COVID 19”

El objetivo de este foro fue el de actualizar las medidas a la luz de la situación nueva creada por la pandemia. En este caso, el trabajo fue realizado por los coordinadores de los grupos de trabajo participantes en el segundo Foro junto con el coordinador General y un grupo de más de 50 expertos convocados por la Fundación Economía y Salud.

Se hizo una revisión exhaustiva y, como consecuencia, se modificaron algunas medidas, se eliminaron otras y se añadieron nuevas, todo ello fruto del consenso entre los expertos participantes. El resultado de este trabajo fue una actualización del marco de medidas para poder abordar así la mejora del sector de la salud partiendo de la situación del momento, lo que lo hace a éste, un trabajo imprescindible para políticos que tengan responsabilidad de mejorar el sector, así como planificadores, gestores sanitarios e incluso mandos intermedios y personal de base, ya que, cada uno en su ámbito, puede y debe mejorar el sector salud donde trabaja.

La metodología de trabajo se expone a continuación:



Foro FES 2020 “Estudio para la mejora y eficiencia del sector salud”

La metodología de trabajo se basó en el diseño y la construcción de indicadores basados en las 106 medidas publicadas en el libro “106 medidas que mejoran el sector de la salud en España tras la pandemia COVID 19”. Partiendo de esa base, se elaboraron 9 subíndices y un índice sintético que los agrupaba a todos, que reflejaba la media del cumplimiento de las medidas recogidas en el cuestionario de autoevaluación teniendo en cuenta las respuestas a las mismas de acuerdo con las ponderaciones asignadas a cada una de las medidas por parte de los expertos de la Fundación Economía y Salud. Se elaboraron informes autonómicos confidenciales que se enviaron a las Comunidades Autónomas participantes, y el informe de medias nacional que se publicó en el foro. El índice FES 2020 arrojó un resultado global medio de 6,33.

Foro FES 2022 “Estudio para la mejora y eficiencia del sector salud”

El Índice FES 2022 se ha simplificado respecto al índice FES 2020 en cuanto a su elaboración con el objetivo de hacerlo más lógico, directo y comprensible para el sector. Para ello, se revisó el cuestionario de autoevaluación, se modificó la redacción de algunas medidas para hacerlas más directas e inequívocas, se añadieron preguntas a muchas de las medidas para conocer más exhaustivamente el cumplimiento de cada una de ellas, y se modificó el sistema de ponderación de cada medida, teniendo en cuenta las preguntas integradas en la misma y su contribución al cumplimiento de la medida.

El cuestionario de autoevaluación para el año 2022 consta de 92 apartados, y 308 preguntas. Estos apartados, coincidentes con medidas, puntúan 32 de ellos 1,5 puntos, 43 1 punto y 17 0,5 puntos. La suma de las puntuaciones obtenidas en cada uno de ellos sería el Índice FES de cada Comunidad Autónoma y la media sería el Índice FES Nacional.

En total, el cumplimiento completo de las medidas reflejadas en el cuestionario sumaría 100 puntos. Este sería el Índice FES 2022 del cual se publica la media nacional y del que cada Comunidad Autónoma tendrá su dato exacto sabiendo si está por encima o por debajo de la media de las Comunidades Autónomas, teniendo así una aproximación global a la calidad de su servicio de salud en función a la implementación de las medidas de consenso y también la comparación con la media nacional.

The background is a grayscale, high-key photograph of a doctor's hands. One hand is holding a stethoscope, which is placed over a world map. The map shows various countries with small icons, possibly representing different health systems or regions. The overall tone is professional and medical.

ÍNDICE FES2022

MEDIA NACIONAL



El Índice FES 2022 muestra el estado en el que se encuentra el Sistema Nacional de Salud partiendo de la valoración objetiva de los datos proporcionados por las Comunidades Autónomas participantes. Junto a la valoración directa del índice FES2022, para una mejor comprensión y mayor facilidad de comparación, las puntuaciones del Índice FES 2022 se han convertido en base 10 y así las utilizamos a continuación.

7,38 (sobre 10) es un buen dato y confirma que el Sistema Nacional de Salud español, constituido por los Servicios de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas, desempeña, en general, bien su trabajo y cumple con los objetivos que tiene de atender con buena calidad a las personas.

El valor del Índice FES2022 refleja la puntuación global del desarrollo de las medidas en el conjunto nacional. Este número es superior al Índice FES 2020 debido, en parte, a la distinta metodología del cuestionario y a las mejoras que se van haciendo en cada uno de los sistemas de salud mediante el cumplimiento de un mayor número de medidas.

En el mes de abril de 2022 se remitió invitación de participación a las 17 Comunidades Autónomas del Estado Español. Se ha recibido respuesta por parte de 11 de las 17 Comunidades Autónomas, siendo coincidente con las comunidades que participaron dando respuesta al primer cuestionario del Índice FES.

Estas 11 Comunidades Autónomas representan un porcentaje cercano al 65%, y aunque su peso sea notable de cara a la elaboración de un índice de medias nacional, los expertos participantes en los informes concluyen que aún es necesario impulsar la cultura de evaluación y benchmarking entre las Comunidades Autónomas como instrumento válido para orientar acciones dirigidas a mejorar sus resultados.

En este sentido, los expertos también señalan que los problemas internos de cada Comunidad Autónoma y de coordinación con otras y con el resto del Estado Español, serían los responsables de ineficiencias y falta de colaboración en el análisis de los datos propios, además de la falta de interés en contrastar los mismos con el resto de las Comunidades Autónomas como forma de mejorar sus servicios de atención a los ciudadanos.

POR ÁREAS

| | | |
|--|------|------------------------------------|
| ÁREA 1. MEDIDAS ASISTENCIALES | 8,46 | área con mayor grado de desarrollo |
| ÁREA 2. ATENCIÓN PRIMARIA E INTEGRACIÓN ASISTENCIAL | 7.76 | |
| ÁREA 3. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS | 7.60 | |
| ÁREA 4. PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE | 8.15 | |
| ÁREA 5. ATENCIÓN Y COORDINACIÓN SOCIAL Y SANITARIA | 6.58 | |
| ÁREA 6. ORGANIZATIVAS Y ATENCIÓN A DOMICILIO | 7.89 | |
| ÁREA 7. EVALUACIÓN Y BENCHMARKING | 6.98 | |
| ÁREA 8. SEGURIDAD DEL PACIENTE | 7.19 | |
| ÁREA 9. CAPITAL HUMANO E INCENTIVACIÓN PROFESIONAL | 6.50 | área con menor grado de desarrollo |
| ÁREA 10. COMPRAS Y GESTIÓN | 7.13 | |
| ÁREA 11. BUEN GOBIERNO Y TRANSPARENCIA | 6.97 | |

| | | |
|---|--------------|--------------------------------------|
| ÁREA 1. MEDIDAS ASISTENCIALES | 8.46 | |
| Medida 1. Sobre las estrategias no hacer, recomendaciones de las distintas sociedades científicas... | 9.32 | |
| Medida 2. Buenas prácticas del Servicio de Salud y asistenciales | 8.82 | |
| Medida 3. Recuperar el nivel de resolución (actividad) | 9.36 | |
| Medida 4. Atención basada en valor: Resultados como base de toma de decisiones | 8.23 | |
| Medida 5. Acciones para disminuir la variabilidad injustificada de la práctica clínica | 9.36 | |
| Medida 9. Servicios de referencia y funcionamiento en red | 10.00 | medida con mayor grado de desarrollo |
| Medida 10. Decisiones compartidas con los pacientes | 4.73 | |
| Medida 14. Atención centrada en las personas | 8.18 | |
| <hr/> | | |
| ÁREA 2. ATENCIÓN PRIMARIA E INTEGRACIÓN ASISTENCIAL | 7.76 | |
| Medida 12. Continuidad asistencial garantizada | 7.05 | |
| Medida 15. Grado de ambulatorización de los procesos | 8.59 | |
| Medida 16. Estratificación poblacional de pacientes de riesgo y complejos | 9.32 | |
| Medida 21. Protocolo de crisis epidemiológica | 8.55 | |
| Medida 22. Vigilancia epidemiológica en Atención Primaria | 8.36 | |
| Medida 42. Cuidar al cuidador | 8.09 | |
| Medida 45. Interlocutor único en Atención Primaria para cada centro de atención sociosanitario | 7.27 | |
| Medida 47. Plan estratégico sociosanitario | 4.55 | |
| <hr/> | | |
| ÁREA 3. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS | 7.60 | |
| Medida 18. Acceso a historia Clínica en centros con atención sociosanitaria | 5.09 | |
| Medida 25. Alcance y contenido de la información compartida con el ciudadano | 7.27 | |
| Medida 26. Captura de información clínica automatizada | 6.64 | |
| Medida 27. Ciberseguridad | 9.82 | |
| Medida 28. Canales de Comunicación Bidireccionales entre proveedores sanitarios y con ciudadanos | 8.00 | |
| Medida 31. Medidas de gobierno y calidad del dato | 9.55 | |
| Medida 32 Modelos analíticos para la gestión del servicio de salud, mediante big data, inteligencia artificial o desarrollo de algoritmos | 8.27 | |
| Medida 32.1. Modelos analíticos para Vigilancia epidemiológica | 8.82 | |
| Medida 33. Sistemas de información flexibles | 6.36 | |

| | | |
|--|-------------|--------------------------------------|
| ÁREA 4. PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE | 8.15 | |
| Medida 34. Portal de la salud accesible | 7.27 | |
| Medida 35. Historia de salud interoperable e interactiva | 9.27 | |
| Medida 36. Portal Educación y promoción de la salud | 6.82 | |
| Medida 37. Colaboración Sector Salud y Sector Educativo | 8.27 | |
| Medida 38. Perspectiva biopsicosocial en atención clínica | 7.55 | |
| Medida 49. Plan de humanización | 7.91 | |
| Medida 50. Competencias en comunicación | 7.27 | |
| Medida 75. Escuela de pacientes | 10 | medida con mayor grado de desarrollo |
| ÁREA 5. ATENCIÓN Y COORDINACIÓN SOCIAL Y SANITARIA | 6.58 | |
| Medida 23. Capacidad de los centros con atención sociosanitaria ante epidemias o pandemias | 8.55 | |
| Medida 39. Atención sanitaria y social coordinada e Integrada | 8.09 | |
| Medida 40. Camas de cuidados medios | 8.27 | |
| Medida 43-44. Fomentar trabajo en equipo de profesionales sociales y sanitarios | 5.82 | |
| Medida 46. Equipos sanitarios en residencias con capacidad de prescripción | 5.91 | |
| Medida 48. Historia clínica socio sanitaria | 3.45 | |
| Medida 51. Figura de gestión de casos | 6.27 | |
| Medida 52. Vigilancia epidemiológica en residencias | 8.09 | |
| Medida 81. Seguimiento Buenas prácticas en centros sociales para una gestión preventiva | 4.82 | |
| ÁREA 6. ATENCIÓN A DOMICILIO | 7.89 | |
| Medida 41. Fomentar Atención social y sanitaria no presencial, domiciliaria y ambulatoria | 8.91 | |
| Medida 53. Organizaciones sanitarias líquidas (interacción con el entorno social y pacientes) | 3.18 | medida con menor grado de desarrollo |
| Medida 54. Consolidar la atención domiciliaria integrada | 9.00 | |
| Medida 55. Ampliar el ámbito de actuación domiciliaria en función de las diferentes modalidades ambulatorias | 8.82 | |
| Medidas 56-59. Herramientas para la mejora de la atención a domicilio | 6.18 | |
| Medida 56 y 60. Sistematizar la atención domiciliaria | 8.18 | |
| Medida 61. Mapa competencial | 5.27 | |
| Medida 62. Cuidados paliativos en el domicilio | 9.82 | |
| ÁREA 7. EVALUACIÓN Y BENCHMARKING | 6.98 | |
| Medida 63. Coordinación con agencias de evaluación sanitaria | 6.82 | |
| Medida 64. Disponibilidad de resultados evaluaciones tecnológicas | 4.55 | |
| Medida 65. Disponibilidad de los resultados de la evaluación científica | 8.64 | |
| Medida 67. Indicadores triple meta en el servicio de salud | 7.64 | |
| Medida 70. Evaluación Impacto económico en sanidad de epidemias/pandemias y factores de riesgo | 3.45 | |
| Medida 71. Medición del Impacto de las Intervenciones en Salud en el ámbito social, económico y medioambiental | 5.45 | |
| Medida 91. Potenciar la Evaluación Tecnológica | 7.27 | |
| Medida 94. Condiciones regulatorias del uso nuevas tecnologías | 9.64 | |

ÁREA 8. SEGURIDAD DEL PACIENTE **7.19**

| | |
|--|------|
| Medida 6. Conciliación farmacéutica | 8.59 |
| Medida 72. Impulso estrategia de seguridad del paciente | 8.82 |
| Medida 73. Buenas prácticas en seguridad del paciente | 6.27 |
| Medida 74. Gestión de Eventos adversos | 8.82 |
| Medida 76. Evaluación de riesgos de las nuevas tecnologías | 5.09 |
| Medida 82. Acreditaciones de calidad relacionadas con seguridad del paciente | 4.09 |
| Medida 92. Reservas estratégicas de productos esenciales | 5.91 |
| Medida 97. Gestión medioambiental integral | 7.45 |

ÁREA 9. CAPITAL HUMANO E INCENTIVACIÓN PROFESIONAL **6.50**

| | |
|--|------|
| Medida 13. Movilidad asistencial en función de necesidades asistenciales | 7.73 |
| Medida 78. Conciliación familiar del profesional sanitario | 6.64 |
| Medida 79. Prevención riesgos laborales | 9.64 |
| Medida 77. Afrontamiento del malestar emocional profesional | 8.18 |
| Medida 83. Incentivos alineados con la estrategia | 4.55 |
| Medida 84. Liderazgo participativo y comprometido | 3.82 |
| Medida 85. Incentivos vinculados a resultados | 6.45 |
| Medida 86. Clima laboral positivo | 6.18 |
| Medida 87. Incentivación no económica | 5.18 |
| Medida 88. Meritocracia y Evaluación periódica de competencias | 6.27 |

ÁREA 10. COMPRAS Y GESTIÓN **7.13**

| | |
|--|------|
| Medida 80. Desarrollo Sector Industrial para fabricación de equipos de protección individual | 5.27 |
| Medida 89. Estrategia Compras Centralizadas | 7.73 |
| Medida 90. Grupos de trabajo específicos para compras centralizadas | 8.55 |
| Medida 93. Mecanismos de compra innovadora ante compra compleja | 8.18 |
| Medida 95. Planes de eficiencia energética | 5.09 |
| Medida 96. Catálogo de proveedores y productos nivel CCAA | 9.09 |
| Medida 98. Proceso de desarrollo y compra de los medicamentos | 7.27 |
| Medida 99. Fondos de inversión alto impacto | 3.64 |

ÁREA 11. BUEN GOBIERNO Y TRANSPARENCIA **6.97**

| | |
|---|------|
| Medida 24. Reserva estratégica equipos bioseguridad | 7.27 |
| Medida 11. Gestión Clínica | 6.14 |
| Medida 100. Directivos sanitarios acreditados en función de méritos | 4.91 |
| Medida 102. Autonomía de gestión Centros Sanitarios | 5.45 |
| Medida 103. Observatorio de resultados en el Servicio de Salud | 6.91 |
| Medida 104. Plan de salud actualizado en contingencias frente a epidemias | 7.27 |
| Medida 105. Plan estratégico del servicio de salud con medidas de pandemias, epidemias y emergencias sanitarias | 7.27 |
| Medida 106. Portal transparencia en Salud Pública para prevención, epidemias, protocolos y resultados en salud | 9.73 |

MEDIDAS CON MAYOR Y MENOR GRADO DE DESARROLLO: 10 MEDIDAS CON MAYOR GRADO DE DESARROLLO

| | |
|--|-------|
| Medida 9. Servicios de referencia y funcionamiento en red | 10.00 |
| Medida 75. Escuela de pacientes | 10.00 |
| Medida 27. Ciberseguridad | 9.82 |
| Medida 62. Cuidados paliativos en el domicilio | 9.82 |
| Medida 106. Portal transparencia en salud pública para prevención, epidemias, protocolos y resultados en salud | 9.73 |
| Medida 79. Prevención riesgos laborales | 9.64 |
| Medida 94. Condiciones regulatorias del uso de nuevas tecnologías | 9.64 |
| Medida 31. Medidas de gobierno y calidad del dato | 9.55 |
| Medida 3. Recuperar el nivel de resolución (actividad) | 9.36 |
| Medida 5. Acciones para disminuir la variabilidad injustificada de la práctica clínica | 9.36 |

MEDIDAS CON MAYOR Y MENOR GRADO DE DESARROLLO: 10 MEDIDAS CON MENOR GRADO DE DESARROLLO

| | |
|--|------|
| Medida 53. Organizaciones sanitarias líquidas (interacción con el entorno social y pacientes) | 3.18 |
| Medida 70. Evaluación impacto económico en sanidad de epidemias / pandemias y factores de riesgo | 3.45 |
| Medida 48. Historia clínica socio sanitaria | 3.45 |
| Medida 99. Fondos de inversión alto impacto | 3.64 |
| Medida 84. Liderazgo participativo y comprometido | 3.82 |
| Medida 82. Acreditaciones de calidad relacionadas con seguridad del paciente | 4.09 |
| Medida 64. Disponibilidad de resultados evaluaciones tecnológicas | 4.55 |
| Medida 83. Incentivos alineados con la estrategia | 4.55 |
| Medida 47. Plan estratégico sociosanitario | 4.55 |
| Medida 10. Decisiones compartidas con los pacientes | 4.73 |



ANÁLISIS POR ÁREAS

ÁREA 1. MEDIDAS ASISTENCIALES

1. Descripción e importancia del área

El producto de una organización sanitaria es la prestación de servicios sanitarios. Es por ello que la asistencia sanitaria es el pilar sobre el que se sustenta el Sistema Nacional de Salud, su eficiencia y forma de prestar esta asistencia determinarán la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios del mismo. La prestación de la asistencia sanitaria debe integrar en la actualidad estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Un servicio de salud debe ser considerado tanto por su capacidad de respuesta ante la enfermedad a través de la asistencia sanitaria como por su capacidad para mantener a la población en el mejor estado de salud posible.

A la vista de lo anterior, la puntuación asignada a este área “Medidas asistenciales generales” es de un total de 8 puntos sobre el total de 100 puntos de los que consta el Índice FES. A este respecto, téngase en cuenta que existen otras áreas que engloban el Índice FES (como, por ejemplo, las correspondientes a la atención primaria y domiciliaria, entre otras) en las que hay también presencia de medidas asistenciales, lo que explica, en parte, que el peso de este área 1 corresponda a un 8% del total del índice.

A continuación, se describen aquellos conceptos que se encuentran englobados en el área “Medidas asistenciales generales” que pretende ser un termómetro del nivel de calidad de la asistencia sanitaria que se presta en nuestro país:

ÁREA 1. MEDIDAS ASISTENCIALES GENERALES

Medida 1. Sobre las estrategias no hacer, recomendaciones de las distintas sociedades científicas, etc.

Medida 2. Buenas prácticas del Servicio de Salud y asistenciales

Medida 3. Recuperar el nivel de resolución (actividad)

Medida 4. Atención basada en valor: Resultados como base de toma de decisiones

Medida 5. Acciones para Disminuir la variabilidad injustificada de la práctica clínica

Medida 9. Servicios de referencia y funcionamiento en red

Medida 10. Decisiones compartidas con los pacientes

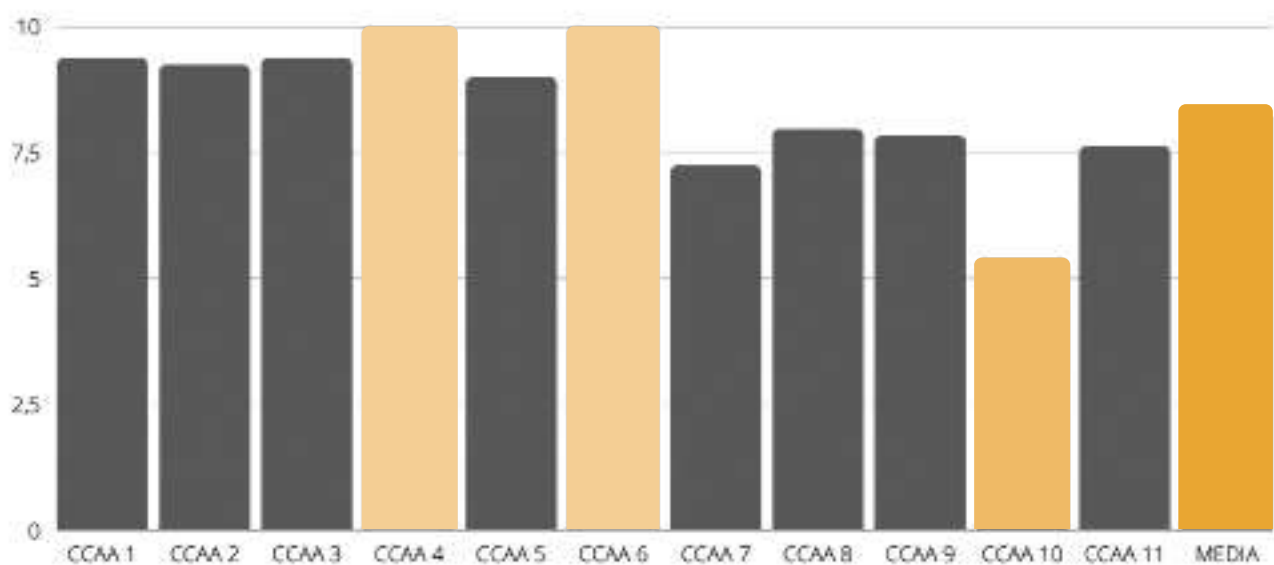
Medida 14. Atención centrada en las personas

Cabe resaltar asimismo que entre todas las medidas que engloban esta área, las que más peso tienen son la medida 1 relativa a la potenciación de las estrategias no hacer, ya que su implementación repercute en una asistencia más eficaz, eficiente y segura para el paciente, y la medida 4 relativa a la asistencia sanitaria basada en valor, puesto que ésta es la guía definitiva para orientar nuestras acciones asistenciales debiendo tender los servicios de salud a medir los resultados en salud de sus actuaciones y procesos asistenciales, entre otros.

2. Situación del área en el Sistema Nacional de Salud y su relación con la media nacional

2.1 Valoración

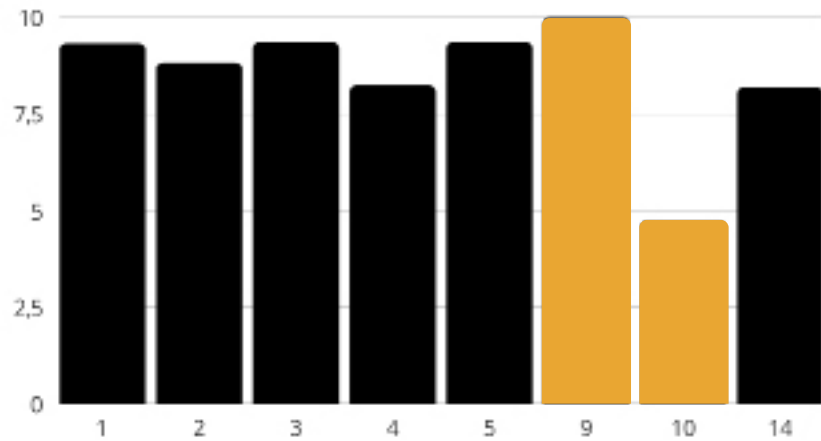
La media nacional de este área ha alcanzado una puntuación de 8,46 sobre 10. La puntuación más baja para una Comunidad Autónoma ha sido de 5,38 y la más alta de 10. De los datos declarados, podemos extraer la conclusión de que las medidas incluidas en este bloque se cumplen por los servicios de salud de las Comunidades Autónomas participantes.



De las once Comunidades Autónomas participantes, cinco de ellas se encuentran por debajo de la media, si bien sólo una de las comunidades ha reportado una puntuación inferior a 7, siendo 5,38 la puntuación más baja. Las cinco comunidades por encima de la media han reportado puntuaciones de 9 o 10 puntos, lo que significa que este es un área donde la mayoría de las comunidades participantes refieren estar trabajando en la actualidad.

Las medidas específicas que conforman esta área se reflejan en el siguiente gráfico:

8.46



La medida de este área con mayor grado de cumplimiento ha sido la medida 9, relativa a la existencia de un modelo de servicios de referencia y un funcionamiento en red, la cual ha sido declarada como cumplida por el 100% de las comunidades encuestadas (si bien es necesario tener en cuenta que esta medida viene reflejada en el cuestionario por solo una pregunta: “Existe un modelo de servicios de atención de referencia, especialmente en patologías poco frecuentes que requieren una dotación específica de recursos y una organización diferenciada, en el Servicio de Salud”).

Las medidas que alcanzan un alto nivel de cumplimiento reportado por las Comunidades Autónomas participantes son:

- Medida 3: Recuperación del nivel de resolución post Covid (puntuación media: 9,36). Es lógico que esta medida sea ampliamente implementada porque era absolutamente necesaria para seguir prestando un servicio de calidad. En esta medida se destacan aspectos para mejorar la actividad y también para bajar las demoras, que siempre son uno de los caballos de batalla de los servicios públicos de salud. Para la legitimidad social de los Servicios de Salud el desarrollo de esta medida es fundamental.

- Medida 5: Acciones para disminuir la variabilidad injustificada de la práctica clínica (puntuación media 9,36). Este es un campo de trabajo común de los servicios de salud y que ya lleva cierta trayectoria temporal desde que en los años 90 se empezaron a difundir estudios sobre este tema en España, como el clásico Atlas de Variaciones en la Práctica Clínica en España, y que reportó información útil e impactante sobre esta variabilidad. Esta medida está muy relacionada con la eficiencia del sistema y, por lo tanto, con su sostenibilidad. Una asistencia sanitaria sostenible es el verdadero reto al que se enfrentan las sociedades del bienestar de Europa. Monitorizar esta variabilidad y tratar de unificar las prácticas, primando las más eficientes con evidencia científica, es un camino clave para mantener la sostenibilidad del sistema de salud;
- Medida 1: Sobre estrategias no hacer, recomendaciones de las distintas sociedades científicas (puntuación media: 9.32). Igual que en el caso anterior, pero desarrollada como corriente posteriormente en la primera década del año 2000, es una medida que coincide mucho con el aumento de la eficiencia y la seguridad del paciente, lo que supone también una mejora de la sostenibilidad del sistema de salud, de su aceptabilidad y legitimación.

En menor medida que las anteriores, pero con una puntuación alta encontramos las medidas 2, 4 y 14.

- La medida 2, que alcanza una puntuación de 8,82, relativa al desarrollo de buenas prácticas también es una buena noticia para el Sistema Nacional de Salud. Esta puntuación pone de manifiesto que estamos tratando de fomentar las mejores prácticas clínicas para el paciente lo que impacta mucho en la mejora de la calidad asistencial y normalmente también en la mejora de la eficiencia. En los últimos años el Ministerio de Sanidad ha hecho un trabajo importante de selección y divulgación de las buenas prácticas en el Servicio Nacional de Salud, que ha calado en los gestores del sistema y también en los clínicos, pues este es un concepto bastante entendible por los clínicos para cambiar sus prácticas y hacerlas más eficaces.
- La medida 4, que alcanza una puntuación de 8,23, sobre la atención basada en valor y gestión en base a resultados de salud es reportada con un amplio nivel de cumplimiento por las Comunidades Autónomas participantes. Esta autovaloración refleja que, efectivamente, los servicios de salud están trabajando en obtener cada vez más valor de sus acciones y la cultura de mejorar los resultados en salud ha calado entre gestores y clínico.

Aunque la mayoría de las Comunidades Autónomas participantes han respondido positivamente, creemos que el desarrollo de la atención basada en valor está aún en un estado muy embrionario en el Sistema Nacional de Salud y la medición de resultados también, ya que estamos acostumbrados a medir en base a procesos y número de los mismos, y no tanto en resultados que, además en el sector salud son complicados de medir, y puede tener varias dimensiones y escalas de medidas, muy distintas entre sí.

La medida 14 de atención centrada en la persona también es reportada como de alto cumplimiento por las Comunidades Autónomas. Esta medida era testada por una pregunta del autocuestionario que tiene la siguiente formulación: ¿Hay un plan institucional en el servicio de salud para fomentar la atención centrada en las personas?

Sorprende que esta medida haya alcanzado una puntuación de 8,18. Es decir, 9 de 11 Comunidades Autónoma puntúan positivamente. En este caso, la mayoría reportan no que tengan un plan en concreto de atención a las personas, pero sí que la atención centrada en las personas está en otros planes y documentos vigentes como los de humanización o el plan estratégico. En este caso se ha considerado positivo puesto que existe la intención y se pretende conseguir una atención centrada en la persona.

En el lado contrario, la medida con menor grado de cumplimiento reportado por las comunidades participantes ha sido la medida 10, relativa a la puesta en marcha de modelos de decisiones compartidas con los pacientes cuya puntuación media ha sido de 4,7. Implantar modelos de decisiones compartidas resulta complicado dadas las dificultades de encontrar o diseñar herramientas que faciliten la comunicación profesional sanitario-paciente en términos comprensibles para éste y la cultura paternalista aun imperante entre profesionales y pacientes.

2.2. Recomendaciones.

En general, las Comunidades Autónomas están trabajando para mejorar la asistencia sanitaria tras la pandemia, sobre todo para paliar las demoras que se produjeron durante la misma. Estos planes deben de continuar vigentes y actualizándose para seguir aumentando la resolución de los sistemas autonómicos de salud.

Otro aspecto en el que hay que trabajar a diario es la disminución de la variabilidad de la práctica clínica a través de la evidencia científica disponible potenciando sobre todos las medidas de no hacer, que deben aparecer como objetivos en los acuerdos de gestión. En la historia clínica informatizada es necesario introducir alertas a los profesionales relacionadas con las prácticas innecesarias y recomendaciones en cuanto a intervenciones de dudosa efectividad y seguridad.

Se recomienda también el impulso de las buenas prácticas clínicas y asistenciales a través de reconocimientos a estas buenas prácticas en los servicios de salud, impulsando la extensión de las mismas en los diferentes centros y creando una base de datos sobre las mismas que ayude a su difusión y réplica en otros servicios e instituciones. Las buenas prácticas además de mejorar la calidad asistencial que se presta, constituyen un estímulo para los profesionales pues sentirán reconocida su labor.

En el apartado de atención basada en valor queda aún mucho camino por recorrer. Es necesario cada vez más medir el resultado de nuestras intervenciones basándonos en el valor que aporta para los pacientes y la sociedad. Los esfuerzos realizados por las comunidades autónomas son loables pero su desarrollo es irregular. El concepto de atención basada en valor no

es muy conocido aún entre los profesionales que, por otra parte, no puede definirse correctamente sin la participación de los pacientes y lo que para ellos representa valor. Quizá sería interesante establecer un plan nacional liderado por el Ministerio de Salud para el desarrollo de la atención basada en valor y su difusión entre los profesionales.

Las medidas sobre los servicios de referencia y el trabajo en red tienen una vertiente de colaboración entre centros sanitarios que va más allá de los servicios de referencia que están implantados en todas las comunidades autónomas, y que se vislumbra como necesaria por la escasez de especialistas y la dificultad para captar profesionales en los hospitales comarcales y centros de salud alejados de las capitales de provincia y grandes núcleos poblacionales.

Es necesario el trabajo en red entre los hospitales metropolitanos y los periféricos para atender las necesidades reales de éstos, estableciendo que, en primera instancia, se desplace el profesional más que los pacientes, lo que supondrá un cambio cultural importante pero necesario frente a las perspectivas de déficit de especialistas en los próximos años.

En cuanto a las medidas que han obtenido menos puntuación; recomendamos reforzar la atención centrada en los pacientes a través de la creación de programas institucionales que tengan muy en cuenta la experiencia de los pacientes y el fomento de las decisiones compartidas, no solo por el cumplimiento de la legalidad que supone la firma de los consentimientos informados, sino con el objetivo de diseñar e incorporar herramientas que permitan ofertar a los usuarios, pacientes o familiares (si esto último fuese necesario por el tipo de paciente) diferentes planes de acción para el abordaje de su enfermedad o proceso asistencial. Esto implica la necesidad de impulsar un cambio de cultura en los profesionales y también en los pacientes, para que el diálogo de los profesionales con los pacientes sobre las diferentes opciones diagnósticas y terapéuticas sea fluido y, habitual, en la toma de decisiones clínicas.

ÁREA 2. ATENCIÓN PRIMARIA E INTEGRACIÓN ASISTENCIAL

1. Descripción e importancia del área

Hace décadas que conocemos la importancia de la Atención Primaria y de la Integración Asistencial. Sin embargo, los últimos años nos han demostrado de la manera más extrema la importancia de las mismas en todas sus vertientes: Salud Comunitaria, análisis epidemiológico y toma de decisiones basándose en el diagnóstico poblacional de la salud física y de los recursos disponibles a todos los niveles sociales y sanitarios, la existencia, fortaleza y debilidades de las redes sociales físicas y virtuales, así como la necesidad de una coordinación entre todos los niveles de gobierno y de atención.

La Atención Primaria es el pilar fundamental para lograr el derecho a la protección de la salud de toda la población. Es a su vez una pieza clave para lograr el estado de bienestar al que aspiramos como nación. Esto es así, porque la Atención Primaria garantiza, de manera holística e integrada, una atención en equidad que pivote en conceptos salutogénicos capaz de hacer que la población aumente cada vez más sus niveles de salud mediante la promoción de la salud en todas las esferas de las que se dota la atención comunitaria, así como la prevención de la enfermedad a todos los niveles, primaria, secundaria, terciaria, muchas veces en el propio domicilio de los ciudadanos, y sin olvidar la prevención cuaternaria, tan importante para la salud de los individuos y la economía del sistema sanitario.

Es imprescindible mencionar el carácter integrador de la Atención Primaria, como eje vertebrador del Sistema Nacional de Salud, que gestiona los flujos de atención de los siguientes niveles, bien dando respuesta a las necesidades de atención sin necesidad de derivar o activar otros niveles, cuando es una Atención Primaria fuerte y con capacidad de resolución, bien agrandando las listas de esperas hospitalarias y aumentando las demandas de atención urgente extrahospitalaria cuando Atención Primaria no se desarrolla en todo su potencial.

Existe un amplio consenso sobre la necesidad de reorientar el sistema sanitario, aunque esta necesidad de fortalecer e invertir en la mejora de la Atención Primaria es ya un imperativo. Las altas tasas de envejecimiento poblacional, las enfermedades crónicas con personas pluripatólogicas complejas, las desigualdades sociales y los altos niveles de dependencia presentes, y la perspectiva futura, nos emplazan al urgente requerimiento de que sea Atención Primaria la que se haga cargo de estas exigencias demográficas para evitar el colapso de todo el sistema.

Para ello, es imprescindible dotar, no solo de los medios científico-técnicos, sino de los recursos pertinentes para el desempeño, un nuevo estilo de organización capaz de hacer funcionar

un engranaje tan complejo como fundamental, y potenciar el aspecto comunitario en toda su magnitud y potencial mediante la participación activa de la comunidad en el empoderamiento activo de su propia salud.

Respecto al análisis de las medidas asignadas a esta área 2 “Atención Primaria e Integración Asistencial”, la ponderación asignada a esta área “Atención Primaria e Integración Asistencial” es de un total de 8,5 puntos sobre el total de 100 puntos de los que consta el Índice FES. Sin embargo, esta área no es ajena al resto de áreas que integran la totalidad del índice. Es más, son básicas y fundamentales la mayoría de ellas para conseguir una Atención Primaria resolutiva y con capacidad de integración asistencial, y viceversa. Es preciso una Atención Primaria sólida capaz de nutrir de información las bases de datos y reducir el impacto de la enfermedad para una gestión óptima de la salud y del resto de recursos, especialmente el hospitalario.

Las medidas priorizadas en el área 2 “Atención Primaria e Integración Asistencial” son las siguientes:

ÁREA 2. ATENCIÓN PRIMARIA E INTEGRACIÓN ASISTENCIAL

Medida 12. Continuidad asistencial garantizada

Medida 15. Grado de ambulatorización de los procesos

Medida 16. Estratificación poblacional de pacientes de riesgo y complejos

Medida 21. Protocolo de crisis epidemiológica

Medida 22. Vigilancia epidemiológica en Atención Primaria

Medida 42. Cuidar al cuidador

Medida 45. Interlocutor único en Atención Primaria para cada centro de atención sociosanitario

Medida 47. Plan estratégico sociosanitario

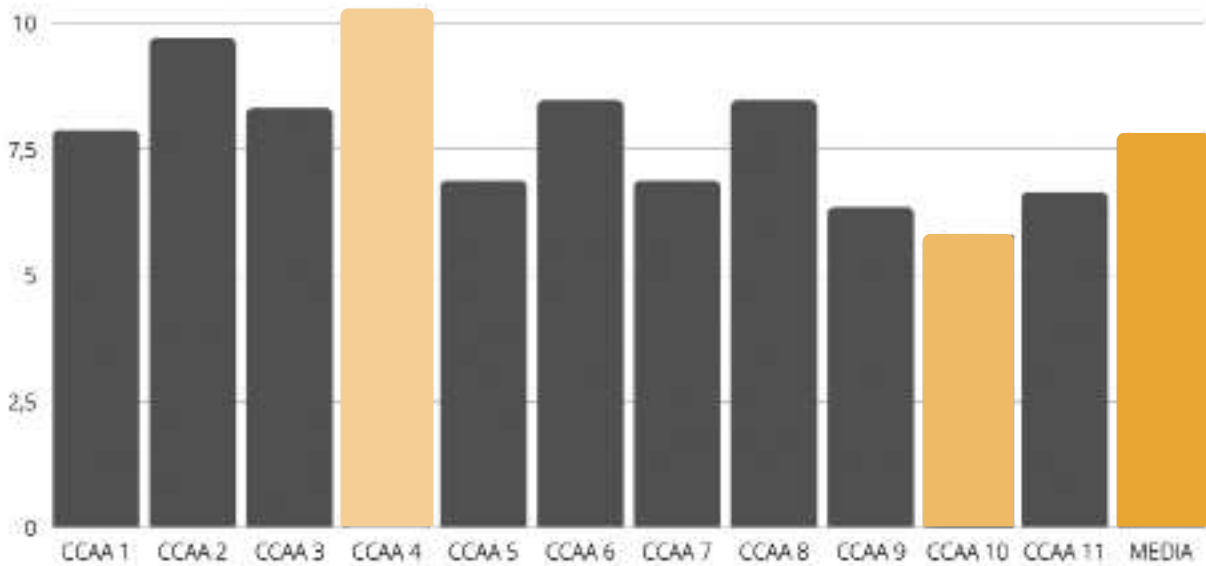
2 Situación del área en el Sistema Nacional de Salud y su relación con la media nacional

2.1 valoración

La Atención Primaria y la Integración Asistencial surgen como aspectos principales sobre los que pivota la economía sanitaria y la salud de toda la población.

A nivel nacional, esta área ha obtenido una puntuación de un 7,76 (sobre 10), reflejándose la distribución de las puntuaciones particulares de cada Comunidad Autónoma de la siguiente manera:

Como se observa en el gráfico al final de este apartado, la medida que mayor valor ha conse-



guido aportar al Índice FES es la medida 16 “Estratificación poblacional de pacientes de riesgo y complejos” con una calificación cercana la 10 (cumplimiento total), sobre el total de servicios de salud analizados. Esto significa que los servicios de salud han implementado prácticamente toda la estratificación poblacional por riesgo en atención primaria, lo cual hace que tengamos una mejor valoración de la carga asistencial que puede tener cada cupo de pacientes asignados a los profesionales y distribuir mejor los recursos a emplear, además de prever la demanda asistencial y el nivel de morbilidad que tendrán nuestros pacientes.

La medida 15 “Grado de ambulatorización de los procesos” ha quedado en segundo lugar en cumplimiento con una puntuación cercana al 9 sobre 10. Este resultado significa que los procesos asistenciales están en gran medida ambulatorizados, lo cual es una gran noticia ya que es la mejor opción asistencial para el paciente que combina eficiencia y comodidad para el mismo. Esta medida incluía varias dimensiones, entre ellas el seguimiento de la gestión de los procesos a pacientes crónicos.

La medida 21 “Protocolo de crisis epidemiológica”, ha conseguido también una puntuación alta (de más de

8), junto con la medida 22 “Vigilancia epidemiológica en Atención Primaria”. Es de apreciar los esfuerzos en esta área en atención primaria que ha sabido adaptarse a la situación creada por la pandemia, que ha hecho que se elaboren protocolos para crisis epidemiológicas similares en la mayoría de los servicios de salud y que la vigilancia epidemiológica en atención primaria sea también un hecho en casi todos los servicios de salud encuestados con recursos humanos en atención primaria dedicados a vigilancia epidemiológica.

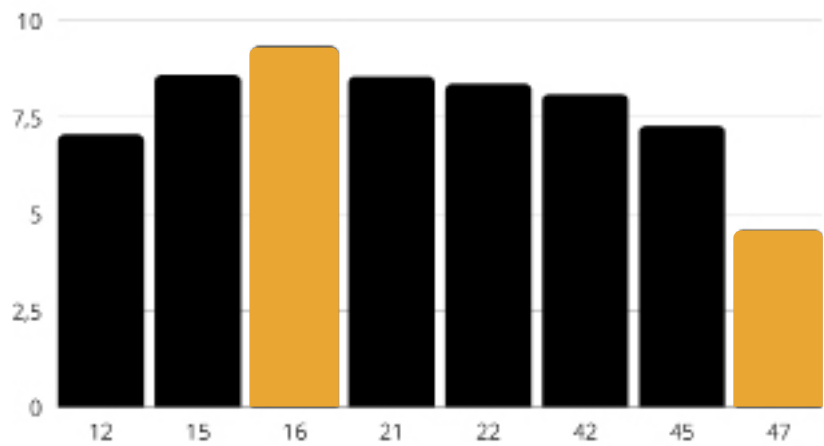
La medida 42 “Cuidar al cuidador”, también queda bien situada con más de 8 puntos sobre 10. Esto es una buena noticia ya que significa que los servicios de salud se están preocupando por la salud mental y física de los cuidadores de personas más enfermas y dependientes. Esta sensibilidad es especialmente importante en una sociedad en la que en gran medida el envejecimiento poblacional hace que cada vez esta situación sea más frecuente y supone un reto muy importante para los enfermos y las familias de los mismos. La medida en el cuestionario de autoevaluación indagaba sobre si en el servicio de salud hay programas de actuación para dar descanso a los cuidadores en casos de pacientes dependientes, sociosanitarios o con patologías crónicas y si se han establecido protocolos para la detección de la claudicación del cuidador del paciente enfermo crónico, dependiente o sociosanitario.

Con algo de margen de mejora pero con buen nivel, superior a 7, queda la medida 45 referida a tener un interlocutor único en Atención Primaria para cada centro de atención sociosanitario, que también valora si hay protocolos y procedimientos de trabajo con los centros sociosanitarios por parte los Equipos de Atención Primaria, y la medida 12 sobre la garantía de continuidad asistencial que mide si existen mapas de procesos asistenciales integrados y homogeneizados, si existe normativa y/o protocolos para la gestión integrada y continua de procesos asistenciales entre la atención primaria y atención especializada, y si se ajusta y orienta la cartera de servicios en función de la continuidad asistencial entre otros aspectos.

Queda patente, sin embargo, la necesidad de trabajar más en la medida 47 “Plan estratégico sociosanitario”, que es la única medida que queda por debajo de 5, lo que significa que en los planes estratégicos de los servicios de salud en algunos casos no existen o si existen no se incorporan aspectos sociosanitarios a los mismos.

En este Índice FES 2022 se puede apreciar la importancia que los servicios de salud otorgan a su Atención Primaria e Integración Asistencial, siendo las calificaciones en su mayoría por encima del 7. Al observar los datos declarados por las Comunidades Autónomas, se pone de manifiesto la percepción de necesidad, y el impulso coordinado y alineado de todo el Sistema Nacional de Salud siguiendo los planes nacionales estratégicos y de acción para la mejora de la Atención Primaria.

7.76



2. Recomendaciones.

A la luz de los datos reflejados por las distintas comunidades, podemos apreciar cómo las estrategias desarrolladas en Atención Primaria impactan de lleno sobre el resto de áreas en gestión sanitaria. El caso de la Estratificación de Pacientes con una puntuación total de 9.32 es un ejemplo paradigmático. Esta línea de actuación implica una mejoría en la gestión de los recursos y el uso y destino de los mismos, y así se ha valorado por los servicios de salud.

Atención Primaria es el servicio que dota de equidad a la población por excelencia. Es decir, es aquel capaz de proporcionar las herramientas a los individuos para llegar a similares cotas de salud a pesar de la inequidad inicial, siendo conscientes de su punto de partida y dificultades. Esto, se trabaja con cada individuo y población según sus necesidades, mediante la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la rehabilitación a todas las esferas, social, psíquica y física, siempre con un enfoque salutogénico sobre los determinantes de salud y en línea con la Agenda 2030 y los Objetivos del Desarrollo Sostenible. Por esto, a pesar de la calificación alcanzada, se hace imprescindible seguir en esta línea, mejorando el indicador y avanzando hacia una Salud integral e integrada en todas las políticas.

La Integración Social no puede encallarse en la continuidad entre niveles asistenciales. Es preciso, como siguiente paso, desarrollar una integración real en la que la salud de las comunidades sea fundamental

como forma de mejorar la economía y el desarrollo social. Para ello, deben diseñarse estrategias según la estratificación, no solo por riesgo debido a enfermedad, sino por el riesgo que los determinantes sociales de esa persona producen sobre su enfermedad. Es avanzar en el concepto de integración y estratificación, lejos del concepto reduccionista biologicista y paternalista. No se trata de seguir medicando la enfermedad, sino de dotar a los individuos de las herramientas para mantener y mejorar su estado de salud.

Además, Atención Primaria consigue aunar equipos con múltiples y muy variadas profesiones y formaciones unidos por objetivos comunes. Esto, ha permitido que se desarrollasen protocolos de crisis y vigilancia epidemiológica más que notables. Sin embargo, es preciso nuevamente implementar los determinantes sociales en esta vigilancia epidemiológica. Situaciones como la pobreza o los factores estresantes ambientales, son fundamentales a la hora de valorar las nuevas crisis epidemiológicas que se avecinan, como las de salud mental, sobrecarga por enfermedades crónicas desde la infancia, obesidad, sedentarismo etc. deben abordarse de manera integral real.

Por último, es necesario unir ese desarrollo sobresaliente a nivel biológico nuevamente con la parte sociosanitaria. Existe un amplio margen de mejora en el diseño de los planes estratégicos sociosanitarios. En este sentido, y teniendo en cuenta los apartados anteriores, recomendamos la integración de todos los procesos e individuos en sus comunidades, desaconsejando encarecidamente la presencia de clusters poblacionales, incluidos los centros residenciales.

Las personas, independientemente de su edad o condición, son eminentemente sociales. Precisan de un marco estimulante de vida a nuestro alrededor. También aquellas personas que necesitan de cuidados de soporte o de especial atención debido a situaciones de dependencia. A su vez, la sociedad debe acercarse a las situaciones de enfermedad, limitaciones y diversidad sensorial y las situaciones del final de la vida, como forma de madurar, máxime en una sociedad que avanza hacia tan grandes cotas de envejecimiento poblacional.

Por ello, recomendamos que los planes estratégicos sociosanitarios no sean considerados como meros intercambios de información informática sobre el estado biológico de los individuos entre niveles sanitarios, sino con amplitud de miras hacia una sociedad madura y diversa, con una Atención Primaria enfocada en la Salud Comunitaria y poblacional, capaz de integrar a todos los individuos de manera más saludable y con la mayor capacidad productiva posible, aceptando que todos los individuos tienen valores positivos que aportar al resto de la sociedad.

Dentro de estos planes estratégicos sociosanitarios, además de la mencionada integración de datos y procesos sanitarios y sociales entre niveles, recomendamos un verdadero plan estratégico mediante la integración de grupos aislados inicialmente como, por ejemplo, mediante las visitas de escolares a centros sociosanitarios, potenciación del voluntariado entre colectivos e individuos, actividades comunes intergeneracionales de actividad física, cultura o manualidades etc. potenciando una verdadera integración pivotante sobre la capacidad salutogénica de la Atención Primaria o Comunitaria.

ÁREA 3. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

1. Descripción e importancia del área

En pleno siglo XXI, viviendo la era de las nuevas tecnologías y del poder de la información, el sector de la salud no es ajeno a esta evolución y tampoco puede permitirse el lujo de permanecer aislado de la profunda transformación digital y tecnológica que ya es una realidad en otros muchos ámbitos de nuestras vidas.

Llevamos ya un buen tiempo, lustros realmente, hablando de la necesidad de hacer una gestión eficaz e inteligente de la ingente cantidad de datos (clínicos y no clínicos) que generan cada segundo del día las diferentes organizaciones sanitarias, ya sean de naturaleza pública o privada y de carácter local, regional o nacional.

La gestión de la información y las nuevas tecnologías tiene un impacto cada vez mayor a la hora de prestar servicios asistenciales a las personas, desde diferentes puntos de vista: las organizaciones sanitarias, los profesionales, los propios usuarios y pacientes e incluso, los proveedores.

En este sentido, si ponemos el foco en las organizaciones (gestores) y los profesionales, la realidad cotidiana es que seguimos enfrentándonos a unas necesidades de información que o no pueden ser atendidas automáticamente o, aunque se tenga esa información, suele haber barreras difíciles de sortear. Por ejemplo, exceso de indicadores de actividad, información agregada no desglosada, atemporales (al menos dos años en el caso de la gestión pública desde que se genera hasta que se publica) y con ello, sin plena transparencia.

Asimismo, la organización territorial de España con 17 Comunidades Autónomas y 2 ciudades autónomas es una fuente más de complejidad. Para dar respuesta a necesidades similares, incluso dentro de una misma región, son múltiples los sistemas de registro e información y soluciones tecnológicas existentes. Además, hay todavía una gran falta de consenso en diferentes aspectos como qué y cómo comunicar resultados en salud, lo que reduce la transparencia y dificulta alcanzar una interoperabilidad real.

Es por ello que para intentar disponer de una visión lo más amplia posible de esta cuestión, esta área “3” se centra en el acceso a la historia clínica más allá de los propios centros sanitarios (como los sociosanitarios), qué información real se comparte con la ciudadanía (y, no solo, con usuarios – pacientes), cómo se captura y gestiona la información, qué medidas de seguridad y confidencialidad se han tomado o cómo se establece la comunicación entre los proveedores asistenciales (a nivel macro y meso según los niveles de gestión sanitaria) y la propia ciudadanía.

Se estudian también aspectos como la calidad de la información recogida y su gobernanza, así como innovaciones (ya no tanto) realmente implantadas en la gestión de cada servicio de salud a nivel de Big Data, Inteligencia Artificial (I.A.) o algoritmos de analítica predictiva aplicados a Epidemiología y Salud Pública y, por último, la flexibilidad de los sistemas de información implantados.

Cabe destacar que hoy en día la tecnología y la información ha calado muy hondo en muchos aspectos de nuestras vidas. Lo digital es totalmente transversal y esta situación tiene también un claro reflejo en el Índice FES ya que, del total de 106 medidas que lo forman, hay al menos otras 13 medidas que, sin estar contabilizadas dentro del área 3, están directamente relacionadas con los temas enumerados anteriormente. En la siguiente tabla se muestran las 9 medidas que componen el área 3 del Índice FES:

ÁREA 3. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

Medida 18. Acceso a historia Clínica.

Medida 25. Alcance y contenido de la información compartida con el ciudadano.

Medida 26. Captura de información clínica automatizada.

Medida 27. Ciberseguridad.

Medida 28. Canales de Comunicación Bidireccionales entre proveedores sanitarios y con ciudadanos.

Medida 31. Medidas de gobierno y calidad del dato.

Medida 32. Modelos analíticos para la gestión del servicio de salud, mediante big data, inteligencia artificial o desarrollo de algoritmos.

Medida 32.1. Modelos analíticos para Vigilancia epidemiológica.

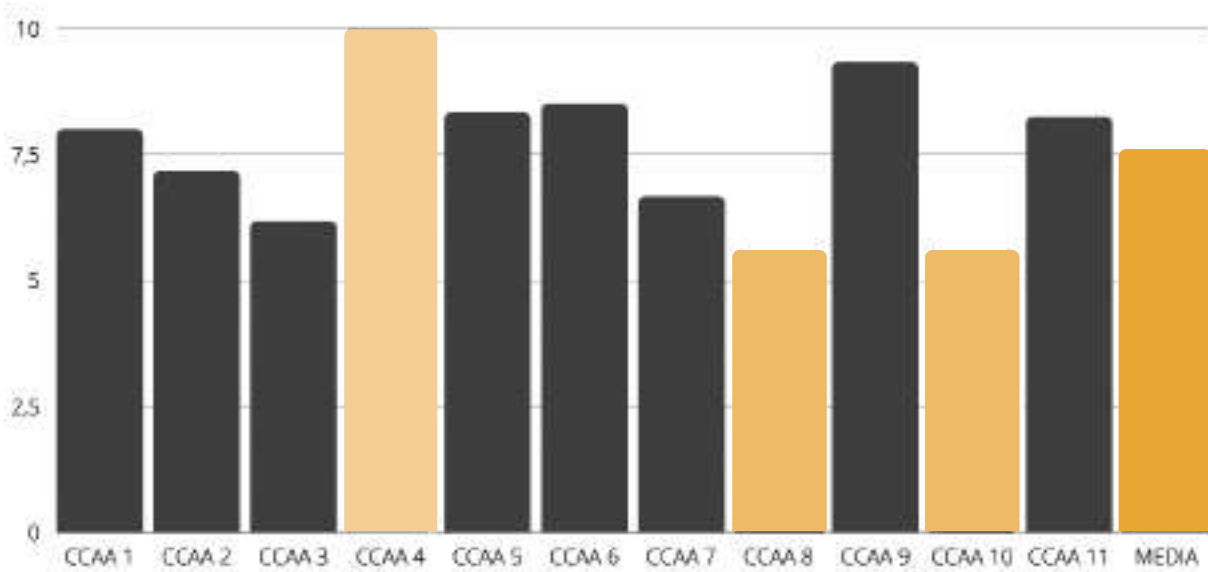
Medida 33. Sistemas de información flexibles.

Cabe resaltar asimismo que entre todas las medidas que engloban esta área, el peso relativo de cada una de ellas a la hora de calcular el valor del área es bastante uniforme. Destacan sobre el resto de medidas aquellas relacionadas con inteligencia artificial, los modelos analíticos avanzados y el acceso a la información clínica por parte de profesionales y pacientes.

2. Situación del área en el Sistema Nacional de Salud y su relación con la media nacional

2.1 Valoración

La media nacional de esta área ha alcanzado una puntuación de 7,60 sobre 10. Los valores medios más bajo y altos han sido 5,09 y 9,82, respectivamente.



De los datos declarados podemos extraer la conclusión de que las medidas incluidas en este bloque se cumplirían en gran medida por los servicios de salud de las Comunidades Autónomas participantes.

Si centramos el análisis sobre las diferentes medidas que componen el subíndice, los resultados del estudio muestran que existen un alto nivel de variabilidad respecto de la media en cuanto a los resultados obtenidos tras el análisis de los datos facilitados por cada una de las Comunidades Autónomas que han participado en el estudio.

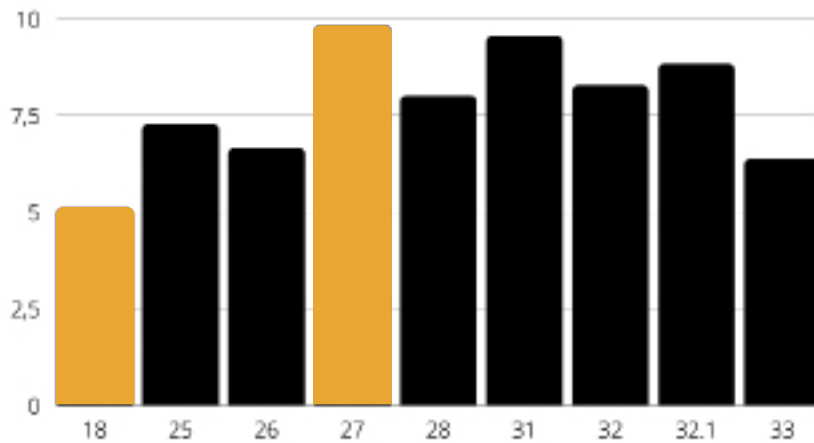
Respecto al grado de cumplimiento de las medidas:

- La medida 27: “Ciberseguridad” es la que ha tenido la menor variabilidad y el mayor nivel de implantación, siendo el cumplimiento medio del 97,5%. Todas las CCAA cuentan con sus propios planes de Ciberseguridad y siguen protocolos de análisis y actuación ante vulnerabilidades.
- La medida 31 también supera un 90% de cumplimiento, y es la referida a las medidas de calidad de los datos. Por lo tanto, en estos aspectos técnicos los servicios de Salud se centran para tener los datos más fiables posible.
- Con buena puntuación alrededor del 80% quedan las medidas 32 y la 28. Esto significa que se han desarrollado modelos analíticos para la gestión del servicio de salud, mediante big data, inteligencia artificial o desarrollo de algoritmos y también para la vigilancia epidemiológica. También que existen canales de comunicación bidireccionales entre prestadores sanitarios y ciudadanos, sobre todo con los pacientes. La pandemia de Covid 19 ha supuesto un importante desarrollo de la atención no presencial, tanto telefónica como on line, lo cual es positivo, y todos los servicios de salud están tratando de aprovechar y potenciar.
- La medida 25 alcanza un cumplimiento de un 70% y es la relativa al alcance de la información compartida con los ciudadanos que cada vez es mayor. Esto es una excelente señal de que el derecho a la transparencia y la necesidad de compartir la información con el ciudadano se va cumpliendo así como el acceso de los ciudadanos a su información clínica de manera ágil y rápida.
- Con margen de mejora y un cumplimiento de alrededor del 60% han quedado la medida 26 “captura de la información clínica automatizada”, que debe potenciarse para conseguir mayor fiabilidad en los datos evitando la transcripción humana sujeta a más errores, y la medida 33 “Sistemas de información flexibles”, donde la variabilidad de resultados entre Comunidades Autónomas es, además, elevada.

Este tema es importante ya que los servicios de salud han hecho desarrollos tecnológicos en historia clínica electrónica que a veces no tienen la suficiente flexibilidad y hacen que incorporar módulos o nuevas funcionalidades o la comunicación con otras aplicaciones sea realmente complicada. Esto debe de cambiar con la implementación de arquitecturas cada vez más flexibles. Nuestro entorno es muy dinámico y demandante, las necesidades de los pacientes y profesionales evolucionan con gran rapidez, pero, aunque la tecnología está preparada para dar respuesta a dichas necesidades, en el ámbito de la sanidad todavía tenemos mucho que trabajar para aumentar la flexibilidad, agilidad y capacidad de adaptación de los sistemas de información.

La medida menos desarrollada han sido la 18 “Acceso a historia clínica sociosanitaria”. Medidas similares ha sido comentadas en áreas anteriores. Está claro que en la historia clínica aún no se contemplan apartados sociales suficientes y que la historia social no está integrada con la clínica. Avanzar en esta línea y de la interconexión de ambas historias es fundamental para tener mejor información, mejor investigación y tener una atención más integral.

7.60



2.2 Recomendaciones

A la vista de los datos declarados, nuestras recomendaciones generales aplicables al conjunto de las Comunidades Autónomas centran los esfuerzos de mejora en trazar las acciones correspondientes, en cuanto a la interoperabilidad y la accesibilidad entre las historias clínicas del servicio de salud y las de atención sociosanitaria, la existencia de sistemas de información flexibles y la capacidad de capturar información clínica de manera automatizada y su análisis y edición posterior.

Actuar sobre estos tres pilares con acciones de mejora continua contribuirá a reforzar la atención al paciente y a las propias organizaciones sanitarias. En este sentido, el acceso a la historia clínica en centros de atención sociosanitaria es, desde hace años y con carácter general, una asignatura pendiente sobre la que las Comunidades Autónomas están trabajando. Se trata esta de una recomendación para apoyar la continuidad asistencial, tanto para profesionales médicos como para enfermeras, a desarrollar siempre bajo el amparo de las medidas correctas de ciberseguridad, confidencialidad y protección de datos.

Los sistemas de información en otros sectores de actividad e industrias están, por lo general, muy avanzados. La diferencia en el ritmo de avance y la reducida capacidad de adaptación a las nuevas necesidades actúa, en muchas ocasiones, como un lastre para el sistema sanitario. Esto es un hecho que, no siempre, se debe a una limitación tecnológica siendo muy relevante el factor organizativo y de prioridades estratégicas. Un claro reflejo de esta necesidad de avanzar en la mejora de la flexibilidad y capacidad de adaptación ágil de los sistemas es la puntuación obtenida en la medida 26 “Captura de información clínica automatizada”.

Sobre las demás medidas incluidas en la serie de esta área de gestión de la información y nuevas tecnologías, se pueden considerar en general como fortalezas para las que mantener la mejora continua como camino de la excelencia.

Del análisis de los datos recopilados de las Comunidades Autónomas participantes en el estudio, queda claro que existe una elevada sensibilidad por la ciberseguridad. Esto es algo compartido a nivel nacional y, aunque partimos de una muy buena posición, es un indicador en el que hay que estar siempre alerta y los esfuerzos con la organización y los profesionales deben ser continuos.

Se ha marcado como positivo, además, que en el buen gobierno y calidad del dato los servicios de salud cuentan, por lo general, con un plan de acción. Sus objetivos deben potenciarse y actualizarse para mejorar la extracción y calidad de los datos, desde su mismo registro. Esta es una medida de vital importancia puesto que constituye la base que, posteriormente, permite desarrollar proyectos de analítica avanzada y/o proporcionar a los profesionales, herramientas de soporte a su actividad con información útil y adecuada a sus necesidades.

Si los datos no son adecuados (correctos) da igual lo buenos que sean los modelos que utilizemos, cualquier conclusión y acción realizada basándonos en dichos datos será equivocada.

ÁREA 4. PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE

1. Descripción e importancia del área

En los modelos de atención verdaderamente centrados en las personas, uno de los objetivos principales es facilitar la interacción entre pacientes, sus cuidadores y profesionales de la salud a través de procesos efectivos para mejorar los resultados en salud, promover la autonomía personal y la vida independiente.

Poniendo el foco en las personas, y no tanto en las enfermedades, las actividades de promoción de la salud y las de prevención de enfermedades recobran cada día más importancia como un pilar fundamental para el éxito en el diseño, organización y prestación de servicios de asistencia sanitaria.

En un contexto de conexión y acceso global a la información, a herramientas y aplicaciones de la salud digital, y con un escenario post-pandemia, los servicios de atención deben trabajar para reforzar el empoderamiento de la ciudadanía (y también de sus propios profesionales), desarrollando sus capacidades individuales y las motivaciones para participar de forma más activa en la toma de decisiones sobre salud, fomentar los hábitos de vida saludables, y aprovechar al máximo los recursos de promoción de la salud, los de prevención de la enfermedad y los relacionados con los cuidados.

Las medidas relacionadas con esta área son una muestra del carácter transversal de las acciones asociadas al empoderamiento de los pacientes y de su importancia para mejorar la salud pública. Para la valoración del área se han tenido en cuenta las siguientes medidas:

ÁREA 4. Promoción de la salud, prevención de la enfermedad y empoderamiento del paciente

Medida 34. Portal de la salud accesible

Medida 35. Historia de salud interoperable e interactiva

Medida 36. Portal educación y promoción de la salud

Medida 37. Colaboración Sector Salud y Sector Educativo

Medida 38. Perspectiva biopsicosocial en atención clínica

Medida 49. Plan de humanización

Medida 50. Competencias en comunicación

Medida 75. Escuela de pacientes

Este conjunto de medidas relacionadas con el área de “Promoción de la salud, prevención de la enfermedad y empoderamiento del paciente” tiene una puntuación máxima de 9 sobre el total de 100 puntos de los que consta el Índice FES.

Cabe destacar que entre todas las medidas englobadas, las que más peso tienen son la medida 37, relativa a la colaboración del sector salud y el sector educativo (como vía efectiva para mejorar el nivel de alfabetización para la salud necesaria para el empoderamiento de los pacientes); la medida 50, relacionada con la formación y la evaluación de las competencias en comunicación (como elemento de base en las nuevas formas de relación médico-paciente); y la medida 75, relacionada con las escuelas de pacientes (como uno de los entornos naturales para las actividades de promoción y prevención).

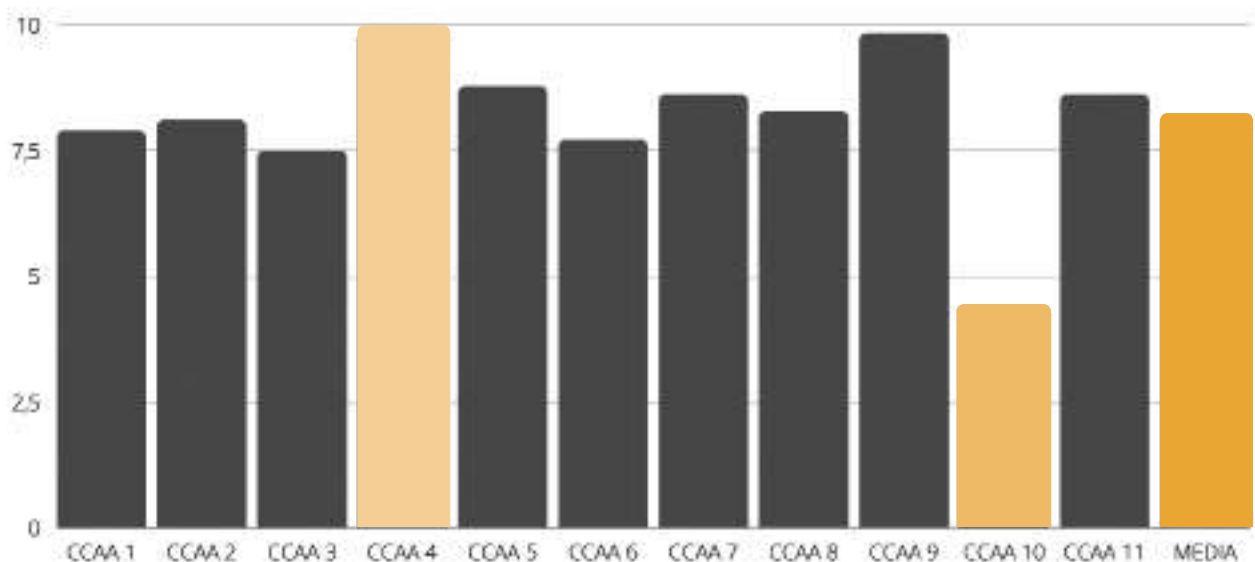
Con un peso también importante en la valoración, las medidas 34, 35 y 36, se relacionan con el empoderamiento en el contexto de la salud digital, como vía de acceso e interacción con la información adecuada y necesaria en los procesos de atención, incluyendo los de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. En este grupo se incluye también la medida 49, plan de humanización, muy relacionada con el giro necesario en los servicios clínicos para poner a las personas y sus necesidades y preferencias en el centro de los modelos de atención.

Por último, la medida 38, incorporación de la perspectiva biopsicosocial en las intervenciones clínicas, se relaciona con una orientación hacia protocolos de atención integral, que tengan en cuenta también la salud social, afectiva y la gestión emocional en los procedimientos de actuación. Aunque tiene un peso menor que las anteriores en la valoración, es fundamental desarrollar esta perspectiva en la práctica clínica, sobre todo en el contexto de las enfermedades crónicas, potenciando la labor de los equipos de enfermería y de las escuelas de pacientes.

2. Situación del área en el Sistema Nacional de Salud y su relación con la media nacional

2.1 Valoración

La media nacional de esta área ha alcanzado una puntuación de 8,15 sobre 10. La puntuación más baja para una Comunidad Autónoma ha sido de 4,38 y la más alta de 10. De los datos declarados podemos extraer la conclusión de que las medidas incluidas en este bloque se cumplen de forma bastante satisfactoria por los servicios de salud de las Comunidades Autónomas participantes, aunque no en todas.



La medida de esta área con mayor grado de cumplimiento, un 100%, ha sido la 75, relativa a la Escuela de Pacientes, que ha sido declarada como cumplida en todas las comunidades encuestadas. Es decir, en todas ellas existe una escuela de salud y vías institucionales establecidas de colaboración con las asociaciones de pacientes. Aunque existan escuelas de pacientes en todas las CCAA encuestadas, creemos que en general es muy importante apoyar su desarrollo para reforzar su actividad y visibilidad.

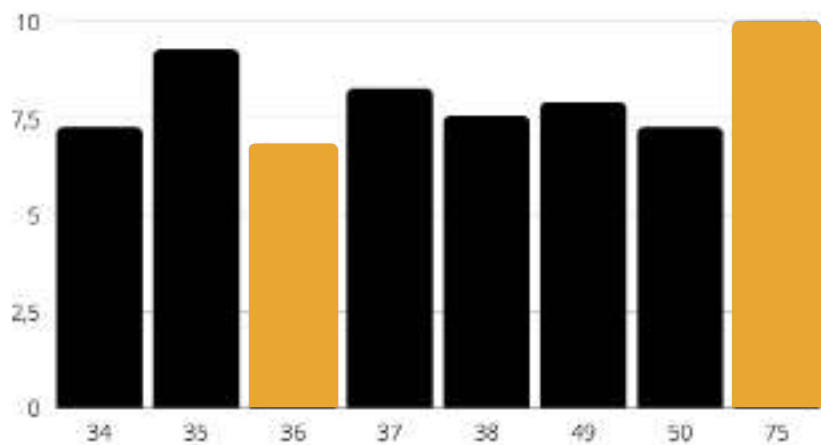
Cabe resaltar, según declaran en el autocuestionario las Comunidades Autónomas participantes, el cumplimiento casi total de la medida 35, (más del 90% de cumplimiento) relacionada con la historia de salud interoperable e interactiva, lo que significa que existe un gran avance en el uso por los Servicios de Salud de historias clínicas electrónicas, en la interoperabilidad con los sistemas de otras Comunidades y en la accesibilidad online de la información clínica personal para los usuarios. Sin embargo en la práctica aún existen dificultades relacionadas con la interoperabilidad y con la integración de las diferentes herramientas y funcionalidades, por lo que es fundamental seguir trabajando en ello.

Otras medidas con alto grado de cumplimiento son:

- Medida 37 con un poco más del 80% de cumplimiento, relativa a la colaboración del sector salud con el educativo, lo cual es una buena noticia, ya que significa que las CCAA están sensibilizadas sobre esta necesidad de colaboración en educación para la salud y promoción de la salud, que deben estar mucho más presente en las escuelas, a todos los niveles educativos, con programas adaptados a las diferentes edades y estratos sociales.
- Medida 49, casi con el 80% de cumplimiento, que se refiere a la existencia de un Plan de Humanización en el Servicio de Salud, o aspectos relacionados con la humanización de la asistencia recogidos en otros planes como el de Salud o el Estratégico, o incluso si hay indicadores de humanización en los acuerdos de gestión. Este resultado es bueno, ya que significa que los gestores de los Servicios de Salud están sensibilizados con este tema. Sin embargo, el cansancio en los profesionales originado por la pandemia del COVID 19 y otros factores, hacen que se tenga que poner especial foco en conseguir mantener y elevar el nivel de humanización de la asistencia, y ello pasa por la colaboración de los profesionales.
- La medida 38 relativa a la perspectiva biopsiosocial en la atención clínica también alcanza un grado de cumplimiento del 75%, lo cual es muy positivo porque esta perspectiva debería ser la que primase en la atención sanitaria. Efectivamente, el resultado incide en que esa es la percepción general de los gestores y su traslado a la clínica cotidiana debe fomentarse.
- La medida 34, con algo más del 70% de cumplimiento, supone la implantación de un portal de salud para el ciudadano donde se puede acceder a sus datos de historia clínica y gestionar las citas y otras acciones del sistema, demuestra que es una prestación, ya considerada básica, que se va a implantando poco a poco en las CCAA.
- La medida 50 alcanza también el mismo cumplimiento que la anterior y se refiere a las competencias en comunicación de los profesionales; aspecto básico para conseguir una mejor relación usuario-profesional y por ende una mayor efectividad de la práctica asistencial. La cifra reportada es positiva y demuestra que las CCAA también trabajan este aspecto que, a pesar de todo, debe constituirse y evaluarse

La medida con menor grado de cumplimiento ha sido la 36, relativa al portal de educación y promoción de la salud con una media de 68%. A pesar de que prácticamente en la mayoría de las Comunidades disponen de portales con una amplia variedad en el catálogo de actividades y recursos para la educación y promoción de la salud, todavía queda trabajo por hacer en la forma de hacerlos accesibles y facilitar su uso por la ciudadanía.

8.15



2.2 Recomendaciones

A la vista de los datos declarados, nuestras recomendaciones generales aplicables en esta área al conjunto de las Comunidades Autónomas irían orientadas hacia la puesta en valor de los recursos, iniciativas y programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tanto de los existentes como de otros nuevos, a través de los diferentes canales y herramientas de la salud digital, fomentando su accesibilidad, facilitando su uso, y empleando todo su potencial para facilitar la información necesaria en función de las necesidades de las personas.

Es necesario seguir mejorando las prestaciones disponibles en los portales de salud, de forma que las personas usuarias puedan acceder de manera fácil a toda la información que necesitan conocer sobre su estado de salud y su evolución a lo largo del tiempo y del continuo asistencial, incorporando opciones para poder también descargar esa información y compartirla con los diferentes profesionales que les atienden.

También resultaría de utilidad la integración en los portales de salud de recursos y consejos personalizados sobre prevención, promoción y cuidados en función del estado de salud y las necesidades individuales en cada momento, incorporando funciones de interactividad que añadan valor real a toda la información sobre salud recogida en estos sistemas.

Sería también recomendable seguir trabajando en la interoperabilidad de la historia de salud entre los diferentes sistemas regionales e incluso a nivel Europeo, con mecanismos que faciliten el acceso a la información necesaria para los profesionales independientemente de la ubicación del punto de atención.

Todo ello sin perder la perspectiva biopsicosocial en la atención clínica, poniendo a las personas como verdadero centro en los procesos de atención y cuidados, usando las tecnologías de forma que permitan facilitar la interacción de los pacientes y sus familiares con los profesionales de la salud y con los servicios de asistencia, potenciando la atención integral y continuada, especialmente en colectivos desfavorecidos y personas con discapacidad.

Todo lo anterior está en relación también con los planes de humanización en la atención sanitaria, que deben guiar los procesos para que los modelos de atención contribuyan a mejorar la experiencia de los pacientes y facilitar que las tecnologías digitales se conviertan en herramientas de inclusión para no dejar a nadie atrás. Por eso es también importante a la hora de diseñar estos planes, tener en cuenta las necesidades específicas de determinados grupos de personas por su condición o por su rol en los cuidados en el ámbito familiar.

En este sentido, hay que hacer hincapié en la importancia de continuar trabajando también para desarrollar y evaluar las competencias de comunicación en los profesionales de la salud, con fórmulas orientadas hacia la adquisición de conocimientos e instrumentos prácticos que faciliten las relaciones e interacciones con los pacientes en función de sus necesidades y habilidades, y promoviendo el uso de las herramientas de salud digital para poner en valor los recursos disponibles sobre educación, promoción de la salud y

prevención.

El empoderamiento de los pacientes es la resultante de un proceso continuo de alfabetización para la salud, por lo que resulta esencial seguir potenciando la colaboración activa con el sector educativo en la definición de fórmulas innovadoras para la promoción de la salud y del bienestar mental, sobre todo entre los más jóvenes, fomentando su interés, sus conocimientos, y su motivación por usar la información y los recursos disponibles para llevar hábitos de vida saludable o para cuidar su salud y la de las personas de su entorno.

Las escuelas de pacientes serán sin duda un recurso de gran valor en todos estos procesos, y por tanto se les anima a continuar fortaleciendo y ampliando su actividad como agentes activos en la educación para la salud de la ciudadanía.

ÁREA 5. ATENCIÓN Y COORDINACIÓN SOCIAL Y SANITARIA

1. Descripción e importancia del área

La atención sociosanitaria, tal y como la define el artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, “comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales, para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”; así mismo establece que la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes.

El futuro inmediato de la garantía y sostenibilidad del sistema sanitario y del sistema social, tiene un pilar básico en la atención sociosanitaria, por la eficiencia que debe suponer junto a la mejora de la calidad de los servicios en ambos sistemas, y la garantía de la mejor atención a cada persona en la situación que le toca vivir. Esto no será posible sin la adecuada coordinación de los servicios sanitarios y de los servicios sociales.

Parece necesario aclarar que habida cuenta que la utilización del término y concepto de socio-sanitario no está suficientemente homogeneizada en el ámbito nacional, y por extensión, en las Comunidades Autónomas, la denominación dada a algunas de las medidas y más aún de las preguntas en que se desglosan, puede dar lugar a algún equívoco, pues en ocasiones hubiera sido mejor y técnicamente más correcto, sustituir el término “socio-sanitario”, por los de “social y sanitario”. Todo ello se ha tenido en cuenta a la hora de hacer este informe.

En base a todo lo anterior, la puntuación asignada a esta área “Atención y coordinación social y sanitaria” es de un total de 11,50 puntos sobre el total de 100 puntos de los que consta el índice FES. Es el Área con la segunda mayor puntuación asignada, sólo superada por la que se refiere al capital humano, y con ese peso en nuestro índice, refleja la importancia que se le atribuye y la necesidad que existe de avanzar en su implantación y desarrollo, mediante la indispensable coordinación del sistema sanitario y del sistema de los servicios sociales.

A continuación, se describen las medidas que se encuentran incluidas en el área “Atención y coordinación social y sanitaria” que pretende ser un termómetro del nivel de implantación y desarrollo de la atención sociosanitaria en nuestro país:

ÁREA 5. MEDIDAS DE ATENCION Y COORDINACION SOCIAL Y SANITARIA

Medida 23. Capacidad de los Centros Sociosanitarios ante epidemias o pandemias

Medida 39. Atención sanitaria y social coordinada e Integrada

Medida 40. Camas de cuidados medios

Medida 43-44. Fomentar trabajo en equipo de profesionales sociales y sanitarios

Medida 46. Equipos sanitarios en residencias con capacidad de prescripción

Medida 48. Historia clínica socio sanitaria

Medida 51. Figura de gestión de casos

Medida 52. Vigilancia epidemiológica en residencias

Medida 81. Seguimiento Buenas prácticas en centros sociales para una gestión preventiva

Cabe resaltar asimismo que entre las nueve medidas que engloban esta área, cinco tienen una valoración de 1,5 puntos cada una (la 39, la 43-44, la 46, la 52 y la 81), tienen que ver con la coordinación de la atención sanitaria y social, el trabajo en equipo, la capacidad de prescripción de los equipos sanitarios, y la vigilancia epidemiológica y la gestión preventiva en las residencias y centros sociales. Las otras cuatro medidas se le asigna 1 punto a cada una, y se refieren a capacidad de los centros ante pandemias, los denominados cuidados medios, la importantísima historia clínica y social o la figura de la gestión de casos. Se quiere resaltar la importancia de las 9 medidas evaluadas y no es fácil determinar cuál es la más importante o cual la menos.

No obstante, hay que señalar que la medida 46 sobre capacidad de prescripción no se puede entender sin el acceso a la historia clínica y sin que existan profesionales sanitarios en las residencias.

Como se señala en diversos momentos, la coordinación entre los centros sociales y sanitaria es imprescindible y tampoco es posible si no se trabaja en equipo por los profesionales de los dos sistemas.

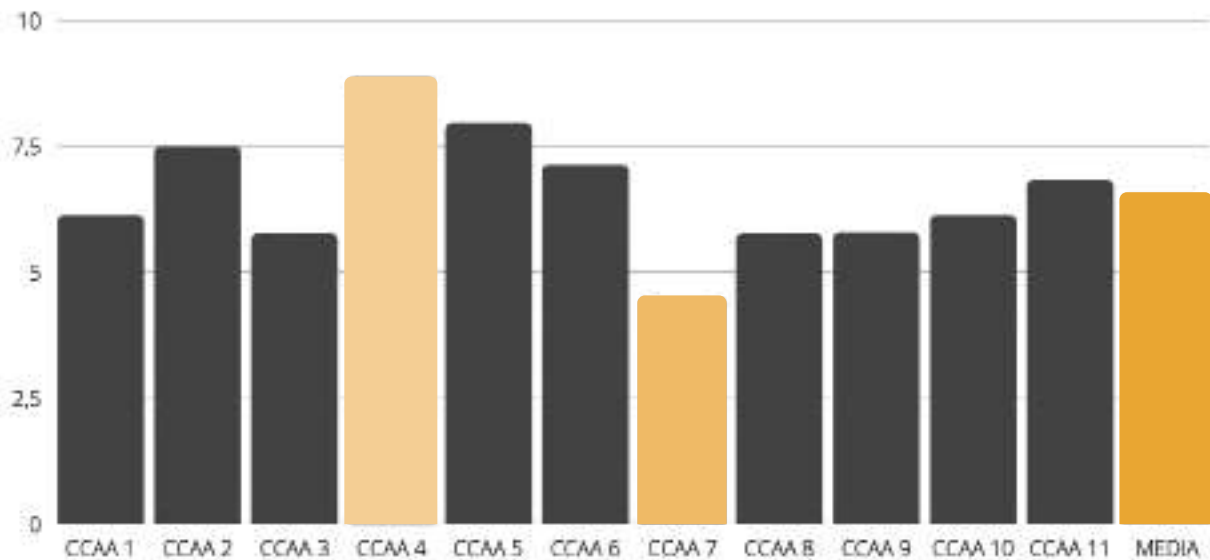
2. Situación del área en el Sistema Nacional de Salud y su relación con la media nacional

2.1 Valoración

La media nacional de esta Área 5 “Atención y coordinación social y sanitaria” ha alcanzado una puntuación de 6,58 sobre 10. La puntuación más baja para una Comunidad Autónoma ha sido de 4,50 y la más alta de 8,87.

De los datos declarados se puede extraer la conclusión de que las medidas incluidas en esta área preocupan cada vez más a los servicios de salud y a los servicios sociales de las Comunidades Autónomas participantes y que se van poniendo los medios, y se van adoptando las medidas, que son necesarias para cumplirlas. A la vez se aprecia la necesidad de una mayor coordinación y comunicación entre esos servicios de sanidad y los servicios sociales.

No obstante, es necesario señalar que 6 de las 11 Comunidades participantes quedan por debajo de la media nacional en esta área, pero sólo una queda por debajo del 5, y posiblemente haya sido por la forma de contestar al cuestionario. También se ha de destacar que cuatro quedan por encima del 7, todo ello como puede observarse a continuación.

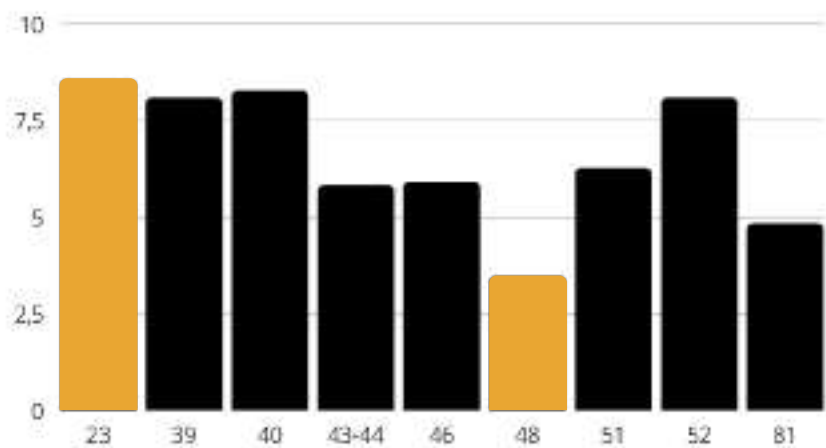


La medida de esta área con mayor grado de cumplimiento ha sido la 23 relativa a la capacidad de los centros sanitarios ante epidemias o pandemias, la cual ha sido declarada como cumplida por 7 de las 11 comunidades autoevaluadas. Las otras cuatro comunidades han obtenido 5 o más puntos. A continuación han quedado la medida 40 sobre camas de cuidados intermedios y empatadas la 39 sobre atención sanitaria y social coordinada e integrada y la 52 sobre vigilancia epidemiológica en residencias.

Las medidas con menor grado de cumplimiento han sido la 48 y la 81 correspondientes a la historia clínica sociosanitaria y al seguimiento de buenas prácticas en centros sociales para una gestión preventiva, que en los dos casos han quedado por debajo de 5 puntos sobre 10.

En este cuadro se representa la media nacional de cada medida en base 10 obtenida en esta área 5.

6.58



2.2 Recomendaciones

Aunque los datos declarados, generan en esta área un mapa donde se aprecia una abrumadora mayoría de respuestas afirmativas, la puntuación media obtenida, como ya se ha indicado, ha alcanzado un 6,58, y la puntuación más alta obtenida por una Comunidad de un 8,87.

Dentro de las recomendaciones generales aplicables al conjunto de las Comunidades Autónomas, la primera de todas va orientada a la necesidad de aumentar la coordinación entre el sistema sanitario y el sistema de los servicios sociales, tanto desde el punto de vista institucional como fundamentalmente desde la perspectiva de los profesionales. Deben establecerse mecanismos, procedimientos y órganos que faciliten y fomenten esa coordinación, y tal y como se ha indicado, debe serlo tanto desde el punto de vista institucional, como de forma especial entre los profesionales afectados de ambos sistemas.

En la medida 39 sobre "Atención sanitaria y social coordinada e integrada", la mayoría de las preguntas son contestadas afirmativamente por todas las Comunidades Autónomas, salvo la pregunta que se refiere a mapa o definición de procesos integrados. Realmente lo que se necesita es coordinación, y así lo corroboran las respuestas a las otras tres preguntas sobre protocolos conjuntos (10 respuestas afirmativas) estructuras compartidas (10 respuestas afirmativas) y planes institucionales para la coordinación (9 respuestas afirmativas).

Estos resultados nos podrían hacer pensar en un panorama de gran coordinación social y sanitaria, pero la realidad no es esa. Hace falta trabajar mucho para que esa coordinación sea efectiva, y esa debe ser la orientación que nos guíe. Se ve incluso cuando se señala que no se responde a alguna pregunta porque es competencia de otra Consejería.

Cuando se analiza la coordinación entre profesionales, que si cabe es todavía más importante que la anterior, lo que se tiene en cuenta en la medida 43-44, bajo la óptica del trabajo en equipo de los profesionales sociales y sanitarios, entonces las preguntas con respuesta negativa o no contestadas aumentan considerablemente llegando hasta una tercera parte.

Es necesaria una coordinación real a nivel institucional, creando los órganos técnicos o del tipo que se consideren necesarios, pero sobre todo es necesaria una coordinación entre los profesionales de ambos sistemas, que haga efectiva la atención adecuada de cada persona acorde a sus circunstancias. No debe ser nunca un inconveniente o un obstáculo, la pertenencia a un sistema o a otro, lo importante es el desarrollo de sus capacidades profesionales para garantizar la continuidad asistencial, en el mejor entorno posible y cerca de la persona, y con un carácter de globalidad para cada uno, siempre en base a sus necesidades personales y particulares, y con el objetivo de asegurarle la atención sanitaria y social que requiere en cada momento.

La medida 48 tiene dos preguntas que se refieren a dos cuestiones que, aunque parezcan relacionadas, creemos que deben analizarse por separado. La primera es sobre una historia integrada a la que prácticamente todas las Comunidades contestan negativamente. La segunda pregunta sobre una historia clínica que contemple algunos apartados sobre aspectos sociales de la persona. Esta consigue 9 respuestas afirmativas.

Lo que parece realmente importante y se recomienda como imprescindible, es disponer de una historia social y de una historia de salud, en ambos casos electrónicas, que sean accesibles desde los dos sistemas y por los profesionales de ambos. Se debe seguir por tanto trabajando para alcanzar una historia social digital, que permita en algún momento la integración con la historia de salud también digital, como herramienta imprescindible para planificar y prestar una atención sociosanitaria adecuada a las necesidades de cada persona que la precise y con los medios y posibilidades de que dispone cada Comunidad Autónoma.

De una u otra forma se aprecia que en la mayoría de las Comunidades existen profesionales sanitarios que atienden en los centros sociales, medida 46. Esto es algo muy importante y que debe ser aprovechado, con independencia de la procedencia de estos profesionales, es decir ya sea del propio sistema sanitario o ya sean del sistema de los servicios sociales. Sin ninguna duda que esto es una clara muestra de la capacidad de coordinación y de formar equipos de trabajo entre los profesionales, que debe estar presente en todas las Administraciones.

Lo anterior debe ir unido a la posibilidad de consultar la historia clínica electrónica de los residentes y usuarios, en los centros de servicios sociales donde se les atiende. Esta cuestión hoy en día no debe suponer un problema técnico, ya que está resuelto ampliamente en muchas Comunidades y por tanto debería extenderse a todos los centros de servicios sociales y a todos sus usuarios para lograr una adecuada continuidad asistencial.

Si existiese la posibilidad de consultar la historia clínica, lo que a su vez supone la existencia de un profesional sanitario que puede hacerlo, estaría resuelta la posibilidad de la prescripción desde el propio centro. Esto parece otra de las cuestiones que merecen ser recomendadas para ponerlas en práctica, ya que sin duda es una herramienta que facilita y garantiza el control de los pacientes, usuarios de los centros sociales, generalmente polimedicados, lo que a la vez que garantiza la seguridad y el control sanitario de los mismos, e incide muy positivamente en la reducción del gasto farmacéutico, que suele ser muy elevado en este tipo de pacientes.

La existencia de gestores de casos, que pueden proceder desde el sistema sanitario pero también de los servicios sociales, aunque puedan tener otra denominación pero con el mismo objetivo, o la implantación en mayor número de camas de cuidados medios, o como quiera que se puedan denominar en cada caso, así como la atención en el domicilio, en las distintas modalidades, especialidades, técnicas o aspectos en que es posible, y provenientes de los dos sistemas, van a resultar imprescindibles para que la atención sociosanitaria alcance los niveles que son no solo deseables, sino necesarios.

Por otro lado, y a la vista de la experiencia adquirida con la epidemia del COVID-19, es necesaria una actuación, dirigida especialmente por los servicios de Salud Pública, para que los centros de servicios sociales y su personal específico, en colaboración con los sanitarios se encuentren preparados y capacitados para atender a sus residentes y usuarios en general ante cualquier caso de epidemias o pandemias, así como para colaborar en la vigilancia epidemiológica y en la gestión preventiva de las mismas.

Por último y ante la utilización del término sociosanitario, a lo que ya nos hemos referido en un momento anterior, resultaría muy positivo y esclarecedor que se lograra un lenguaje común y una homogeneización de los conceptos y la definición del término sociosanitario. Además, aportaría seguridad jurídica, de la que en el momento actual se carece, a lo hora de utilizarlo en muchos casos.

ÁREA 6. ORGANIZATIVAS Y ATENCIÓN A DOMICILIO

1. Descripción e importancia del área

La Atención Domiciliaria supone un cambio de paradigma respecto a los modelos de atención tradicionales, más centrados en estructuras físicamente determinadas, tales como el hospital y el centro de salud, entre otras, para alcanzar un visión mucho más holística y humanizada, que se pone al servicio del ciudadano en un ambiente mucho más personal, libre e independiente.

Como modelo de atención trasciende a una conceptualización simple que se centre exclusivamente en identificarla como una herramienta de la atención tradicional para, sin embargo, erigirse como un cambio de mentalidad en el que las palabras integral e integrada trasciendan de los modelos más clásicos. En este sentido, integramos en la Atención Domiciliaria todos los aspectos que vienen asociados una atención proactiva, tales como la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad, pero también la gestión programada de la enfermedad en el domicilio y no exclusivamente a demanda, en procesos de agudización o de reagudización. Tampoco podemos dejar al margen la atención no presencial.

Por otra parte, entendemos este tipo de atención como integral, pues no exclusivamente se centra en aspectos puramente biomédicos sino que tiene en cuenta las esferas sociales, las creencias de las personas, buscando, además de mejorar la atención, incrementar la calidad de vida de las personas. En este sentido, tiene en cuenta a las personas desde una perspectiva biopsicosocial y no puramente biomédica, como hasta ahora.

El concepto clásico de domicilio conocido como “la vivienda del individuo” ha cambiado y la atención domiciliaria con él. Cada vez se evidencia más la necesidad de contar con una verdadera red asistencial que englobe cualquiera de tan dispares situaciones por las que pasa una persona durante el transcurso de su vida, analizando como se transforman y evolucionan sus necesidades en el ámbito de lo social y de lo sanitario.

Por eso, es obvio y se hace evidente la necesidad de hacer converger todos los sistemas para verdaderamente ponerlos al servicio del ciudadano, obviando los niveles clásicos de atención. En este sentido la Atención Domiciliaria, en el siglo XXI, reaparece como una revolución en cuanto como debemos entender los cuidados y la asistencia, comprendiendo, esta vez sí, que la verdadera atención humanizada es la que menos interfiere con la voluntad de vida de las personas. En el domicilio, esto es posible.

El domicilio es el medio habitual de las personas y es el ambiente que puede garantizar su independencia y un entorno seguro. Es el lugar donde han vivido sus experiencias vitales, es un ambiente de confianza, ideal para tomar decisiones, no despersonalizado y se encuentra lejos del paternalismo que existe en el medio hospitalario. Es el lugar donde la mayoría de las personas prefieren estar el mayor tiempo posible.

Médicos, enfermeras, trabajadores sociales, farmacéuticos, además de todo el elenco de diferentes profesionales, son algunas de las categorías que acompañan al paciente en su proceso de salud y enfermedad. No podemos obviar que el 90% de la atención domiciliaria la realiza actualmente la enfermería, la cual se encuentra, nuevamente, en un proceso de gran transformación con la llegada de enfermeras y enfermeros especialistas en enfermería familiar y comunitaria. Es un gran reto, para los sistemas sanitarios, el aprovechar esta gran oportunidad de cambio para incrementar y potenciar la atención domiciliaria multidisciplinar.

Los recursos hospitalarios, en especial los días de estancia en los centros de agudos, son de los elementos más costosos para los sistemas sanitarios. A través de cambios de modelo, basados en la potenciación del domicilio, ya existen experiencias, en otros países, donde se ha logrado disminuir un 25% los costes mediante modelos aplicados de atención domiciliaria (Buurtzorg de los Países Bajos) o llevando los servicios de Atención Médica Primaria al Hogar (HBPC USA) donde también se ha conseguido rebajar otro 24% los costes del cuidado integral. Es decir, es eficiente.

La aparición de nuevas tecnologías al servicio de la sanidad y de los cuidados, los nuevos perfiles de profesionales y de ciudadanos, incluido el paciente experto y las redes de ayuda/asociaciones, ponen de manifiesto que una parte importante de las herramientas para abordar la salud y la enfermedad han cambiado.

Respecto al análisis de las medidas asignadas a esta área 6 “Atención Domiciliaria”, la puntuación asignada a esta área “atención Domiciliaria” es de un total de 8,5 puntos sobre el total de 100 puntos de los que consta el Índice FES. Al tratarse de un área transversal, téngase en cuenta que existen otras áreas que engloban el índice FES en las que hay también presencia de medidas que potencien la Atención Domiciliaria, lo que explica, en parte, que el peso de esta área 6 corresponda a un 8,5% del total del índice.

Las medidas que se engloban en el área 6 “Atención Domiciliaria” son las siguientes: **ÁREA 6. ATENCIÓN A DOMICILIO**

Medida 41. Fomentar Atención social y sanitaria no presencial, domiciliaria y ambulatoria

Medida 53. Organizaciones sanitarias líquidas (interacción con el entorno social y pacientes)

Medida 54. Consolidar la atención domiciliaria integrada

Medida 55. Ampliar el ámbito de actuación domiciliaria en función de las diferentes modalidades ambulatorias

Medidas 56-59. Herramientas para la mejora de la atención a domicilio

Medida 56 y 60. Sistematizar la atención domiciliaria

Medida 61. Mapa competencial

Medida 62. Cuidados paliativos en el domicilio

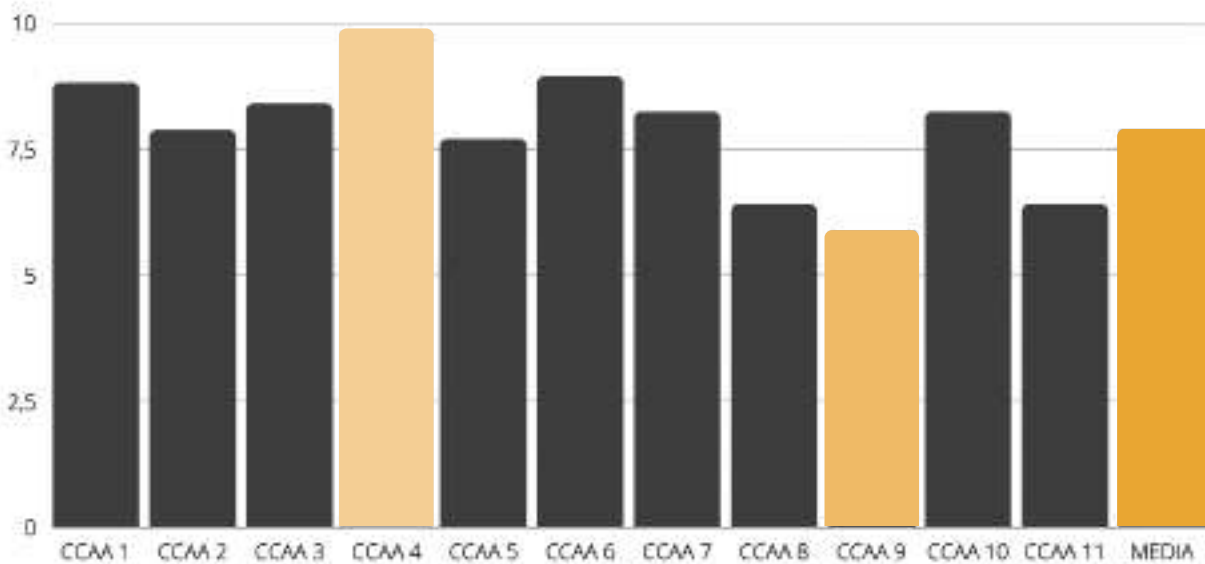
Desde la Fundación Economía y Salud, trabajamos propiciando entornos de desarrollo que permitan mejorar el Sector Salud en España. Desde el Primer Foro de “Perspectivas para Mejorar el Sector Salud en España”, tras realizar una agrupación de todas las propuestas de los más de 100 expertos, se obtuvo un Top 10 en las que ya aparece la necesidad de Potenciar la Atención Domiciliaria Multidisciplinar. A lo largo de los siguientes desarrollos, en los que se enumeraron las Medidas para mejorar el Sector Salud y el desarrollo de los indicadores para alcanzar el índice FES, la Atención Domiciliaria siempre ha tenido una posición nuclear en el planteamiento y es por lo que, estratégicamente, permanece como un área independiente, no siendo integrada en otras.

Realizando un análisis, respecto a los aspectos más concretos en los que esta área contribuye al Índice FES, las medidas que aportan mayor peso, al área 6, corresponden a la medida 41 “Fomentar la Atención Social y Sanitaria no presencial, domiciliaria y ambulatoria”, las medidas 56 y 60 “Sistematizar la Atención Domiciliaria” y los “Cuidados Paliativos en Domicilio”. Por el contrario adquieren menos peso, no siendo por ello menos importantes, las medidas 56-59 “herramientas para la mejora de la atención a domicilio” y la 61 “Papa competencial”, estando en la media el resto.

2. Situación del área en el Sistema Nacional de Salud y su relación con la media nacional

2.1 Valoración

A nivel nacional, el desarrollo de esta área, respecto a las 11 Comunidades Autónomas que participan, ha sido de un 7,89 (sobre 10), quedando la distribución de la siguiente manera:



En general, el desarrollo del área de “Atención Domiciliaria” ha sido notable, con bastantes Comunidades Autónomas obteniendo puntuaciones por encima del 7 y solamente tres de ellas con una puntuación inferior. Esto indica, de los datos declarados, que las Comunidades Autónomas están trabajando ampliamente en desarrollar las medidas para mejorar la Atención Domiciliaria y alineadas con la importancia estratégica que esta área confiere al Índice FES de las Comunidades Autónomas.

Como podemos observar en el gráfico al final de este apartado, respecto al desarrollo de las medidas que conforman el diseño del área 6, las más puntuadas han sido la 62 “Cuidados paliativos en el domicilio” y la 54 “Consolidar la atención domiciliaria integrada” y las menos desarrolladas han sido la 53 “Organizaciones sanitarias líquidas (interacción con el entorno social y pacientes)” y la 61 “Mapa competencial”.

La medida 62 “Cuidados paliativos a domicilio” con una puntuación de 9,8 es significativa de la extensión casi general de este recurso en los servicios de salud de las Comunidades Autónomas y, por tanto, en el Sistema Nacional de Salud. Esta prestación es básica, ya que los cuidados paliativos deben hacerse en el domicilio del paciente y también se debe fomentar la muerte digna en domicilio por muchos motivos: humanidad, calidad, eficiencia, intimidad, respeto, etc. El que esté consolidada es una gran noticia para los pacientes y usuarios.

En segundo lugar en grado de cumplimiento se situaría la medida 54 “Consolidar la atención domiciliaria integrada”, que nos habla también de un desarrollo muy alto en los servicios de salud de esta prestación a través de atención primaria de salud, con una perspectiva integradora y salutogénica.

La puntuación de 8,91 en la medida de “Fomentar Atención social y sanitaria no presencial, domiciliaria y ambulatoria” es también una gran noticia, ya que significa que los servicios de salud no descuidan en la atención domiciliaria la atención social y, por tanto, dan una prestación mucho más integral que la basada en un simple enfoque asistencial.

También ha puntuado muy alto con 8,82 la Medida 55 referida a “Ampliar el ámbito de actuación domiciliaria en función de las diferentes modalidades ambulatorias”, esto significa que se atiende a las personas en su entorno vital, que no siempre es el domicilio, ya que pueden estar institucionalizados en una residencia. Esta capacidad de acción en Residencias y otros centros, como pueden ser casas de acogida y centros de día, es también un hecho muy positivo que habla de la buena capacidad de respuesta de la atención domicilio en nuestro país.

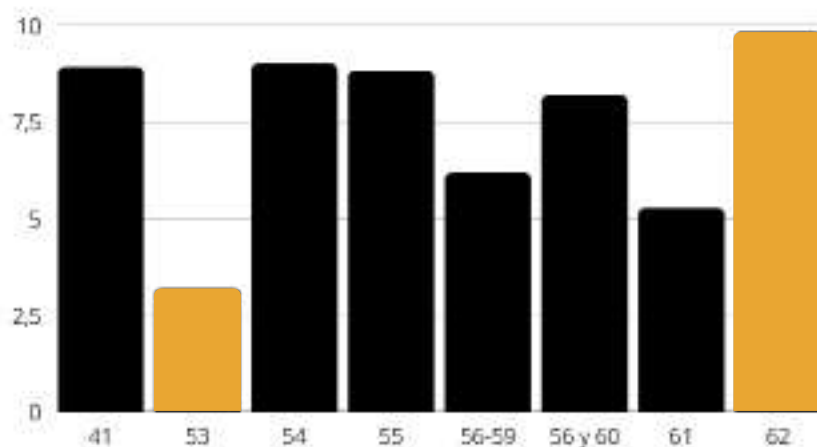
Las medidas 56 y 60 referentes a “Sistematizar la atención domiciliaria”, también alcanzan un gran grado de desarrollo con 8,18 puntos. Se trata de conocer si la atención a domicilio alcanzaba también los ámbitos de cuidados, medios, rehabilitación, salud mental y si se hace también promoción de la salud en la atención a domicilio. El resultado positivo habla de que efectivamente nuestra atención a domicilio abarca en gran medida estos aspectos, lo cual es un buen dato.

Entre las medidas con amplio margen de mejora tendríamos las Medidas 56-59 “Herramientas para la mejora de la atención a domicilio”, que se refieren a si está funcionando la enfermería de gestión de casos en la atención a domicilio en todo el servicio de salud. En este caso la puntuación se queda en solo 6,18. Es evidente que la gestión de casos por parte de los servicios de salud es incompleta y necesita extenderse más.

La medida 61 de Mapa competencial ha quedado con una puntuación baja de 5,27 y se refiere a si hay formaciones en competencias específicas para los profesionales, lo cual afecta también a las competencias en atención a domicilio. En general es una medida a reforzar.

Destaca especialmente el bajo desarrollo de la medida 53 “Organizaciones sanitarias líquidas (interacción con el entorno social y pacientes)”, lo cual es una potencial área de mejora para siguientes intervenciones puesto que implica el trascender de los niveles clásicos asistenciales y avanzar hacia una organización líquida y de trabajo en red. Las medidas con mayor trayectoria están ampliamente desarrolladas en muchas de ellas, tales como los cuidados paliativos domiciliarios o una atención domiciliaria integrada. La pandemia COVID ha impulsado el desarrollo de estrategias de atención no presencial, manifestándose con unos buenos datos en este informe, respecto a la información recibida por las Comunidades Autónomas.

7.89



2.2 Recomendaciones.

Nuestras recomendaciones deben entenderse como un proceso de cambio multifactorial y no como condicionantes o propuestas aisladas las unas de las otras. Nuestra recomendación es la de intervenir en los procesos de manera simultánea, a través de la co-temporalidad desde varias líneas de mejora, mediante metodología ágil y en red, con actuaciones breves y concretas, factibles y sensibles a la realidad. Todas estas recomendaciones tienen en cuenta la importancia a la hora de personalizar estas medidas en nuestra realidad local, claves del éxito.

A nivel general, nuestras recomendaciones pasan por continuar trabajando en un modelo que evolucione, desde el actual hospitalocentrismo, hacia una conceptualización de la vida centrada en el domicilio de la persona, junto con su familia y en su comunidad, permaneciendo el máximo tiempo posible en él y, para ello, transformando nuestros modelos de atención mediante estrategias que potencien la no presencialidad, la teleasistencia y la atención a domicilio proactiva y eficaz. Para ello tenemos una oportunidad muy importante con los profesionales de enfermería, con un amplio margen de mejorar a través del desarrollo de un mapa competencial que les impulse hacia los retos del contexto actual y de los cambios sociodemográficos que se avecinan, hacia los que ya estamos avanzando y tenemos la necesidad de ir convergiendo.

En el documento de las 106 medidas, que mejoran el sector salud tras la pandemia COVID, ya pusimos de manifiesto la gran disrupción que supone la llegada de los Enfermeros/as especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria al ámbito de la Atención Primaria, sin obviar el resto de las especialidades de enfermería, con un nivel de competencias avanzadas respecto a los modelos más tradicionales. Es una oportunidad clara para convertirlos en impulsores y que sirvan como agentes del cambio.

Estamos en un momento clave en el que existe una ventana de oportunidad para emprender cambios en esta línea, basados en el co-liderazgo dentro de los equipos y alejados de la concepción clásica piramidal. Una atención más transversal precisa de liderazgos también más transversales. En este sentido, lo recomendamos.

Para realizar una transformación eficaz, una vez definido el escenario de llegada, se deberán implementar itinerarios formativos concretos y tangibles que permitan adquirir y compartir el conocimiento, de tal manera que nos orientemos hacia el éxito y el hacer. La provisión de los recursos humanos necesarios debe entenderse no como el fin último sino como una mirada que tenga en cuenta criterios de salud basados en valor: efectividad, eficiencia y en las personas (PREMs y PROMs). Especialmente a través de un proceso de desinversión y reinversión en las prácticas que más valor aportan.

Trabajar en esta línea en Atención Primaria puede liberar unidades valiosas de tiempo necesarias para reinvertir en otras acciones, como es la Atención Domiciliaria que, en este sentido, es un modelo de atención basado en valor. Incluir a las asociaciones de pacientes, paciente experto, grupos de ayuda mutua y demás elementos de la red comunitaria pueden ser de una elevada utilidad.

El trabajo en red es otra de las oportunidades a desarrollar en el ámbito de la atención domiciliaria desde dos puntos de vista. La primera es la que tiene que ver con las relaciones que se dan entre los profesionales, porque se permite establecer modelos colaborativos en el que puedan participar de manera más activa y, a su vez, dar cabida a más categorías profesionales pero, siempre, con y para el paciente, a través de su plena participación en la toma de decisiones que afecte a su salud y a su enfermedad, especialmente, marcando un claro énfasis, en la necesaria proactividad para con la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención a los crónicos y a la fragilidad. En este sentido, lo recomendamos.

La pandemia ha puesto de manifiesto que podemos trabajar desde la no presencialidad, apoyándonos en múltiples herramientas como las videoconferencias, las consultas no presenciales, la eHealth y la mHealth com. Todas estas herramientas pueden apoyarnos a la hora de emprender líneas más proactivas de atención y más alejadas de modelos de atención clásicos basados en la atención a la demanda. Además, permiten integrar a los cuidados, a la familia y al entorno social. Trabajar para mejorar la interoperabilidad de sistemas de historia clínica es otra apuesta clara para mejorar la coordinación en el domicilio, no olvidando al sector social (centros sociales y sanitarios). Es una clara línea de mejora.

La Gestión de Casos, en programas que se basen en sistemas de población estratificada, aporta mucho valor a la hora de una correcta asignación de los recursos humanos y materiales, a la vez que orienta mejor a la persona evitando ineficiencias y mejorando su experiencia en el transcurso de su vida, ya sea a través de la salud o de la enfermedad. Modelos de Gestión de Casos en Atención Primaria, ha sido ampliamente evaluados en la bibliografía y tenemos experiencias reales en el contexto del sistema sanitario español. Es otra de las recomendaciones generales para tener en cuenta.

Trasladar la atención al domicilio, como hemos dicho anteriormente, requiere de una conceptualización y definición potente, que debe ir de la mano de cambios normativos, algunos a nivel de protocolos o guías clínicas a nivel local, como por ejemplo el ampliar la cartera de servicios en el domicilio y universalizarla en todas sus circunstancias. En este sentido lo recomendamos.

ÁREA 7. EVALUACIÓN Y BENCHMARKING

1. Descripción e importancia del área

La Evaluación de Tecnologías constituye una dimensión imprescindible para que todo Servicio de Salud pueda proporcionar una atención sanitaria de calidad a través de estructuras organizativas sostenibles. Sólo mediante la misma, se podrá desarrollar una adecuada priorización de recursos y una disposición equitativa de los mismos.

La incorporación de tecnología diagnóstica y terapéutica al sistema sanitario supone siempre un doble reto. Por un lado, los servicios clínicos desean de manera legítima disponer de los últimos avances tecnológicos, y por otro, su incorporación sin el adecuado proceso de evaluación y el consiguiente análisis del coste-beneficio puede generar ineficiencias, inequidades, y comprometer la sostenibilidad del sistema. Consideramos de vital importancia que el sistema sanitario disponga de mecanismos para analizar estos factores y evaluar las tecnologías desde el punto de vista del coste de oportunidad que suponen, ya que consumen recursos que no estarán disponibles para otras necesidades.

La fascinación tecnológica sanitaria, centrada fundamentalmente en el ámbito hospitalario, representa un fenómeno que ha experimentado un desarrollo exponencial en las últimas décadas. La carrera por disponer de la última tecnología en el hospital y la presión igualmente legítima, por parte de este sector industrial, para introducir la innovación en la práctica clínica y producir cuanto antes resultados en la vida real, podría generar, si no se lleva a cabo con mecanismos adecuados, escenarios que entren en conflicto con la necesidad de generar procesos lo suficientemente profundos de evaluación clínica, análisis económico y toma de decisiones en el contexto de dónde se asignan los recursos.

No es menos importante el hecho de que dicha carrera tecnológica se centra básicamente en el ámbito hospitalario, lo cual podría poner en riesgo la adecuada asignación de prioridades a otros ámbitos de la sanidad menos vinculados a la tecnología, como la atención primaria, la salud pública o el espectro sociosanitario.

La necesidad, igualmente legítima, de acercar el sistema al ciudadano y comunicar las mejoras para generar confianza, seguridad y sensación de garantía y de excelencia hace que las incorporaciones de tecnología constituyan, en muchos casos, el eje transversal de las estrategias de comunicación de los gabinetes de las consejerías y de los equipos de comunicación de los hospitales. No en vano, un alto porcentaje de los posts de redes sociales, notas de prensa y convocatorias de medios de comunicación toman como hilo conductor las inversiones tecnológicas como sinónimo de excelencia. Sin duda, esto contribuye a alimentar la idea de la alta “rentabilidad social” de la inversión tecnológica, más allá de la idoneidad en términos de coste de oportunidad o incremento marginal de la seguridad o la eficacia.

Por todo ello, este apartado del índice pone el acento en evaluar las garantías que ofrece cada sistema de salud para asegurar que la incorporación de la tecnología se lleva a cabo de acuerdo a la mejor evidencia científica y a procesos de evaluación lo suficientemente robustos.

Distintas técnicas y metodologías permiten dilucidar no sólo si un procedimiento sanitario es efectivo, sino también si es seguro. Esto se consigue a través del análisis de la última evidencia científica disponible para una tecnología determinada, que suele trasladarse a la práctica clínica real a través de los diferentes grados de recomendación. Ello supone un importante aliado para alcanzar los máximos estándares de adecuación sanitaria, basada en indicar los procedimientos que han demostrado aportar un valor clínico adicional y en evitar aquellos otros de necesidad cuestionable. Todo ello facilita la realización de análisis de balance beneficio-riesgo, que constituyen un paso indispensable para poder adoptar un correcto manejo clínico del paciente y una pertinente toma de decisiones compartidas.

Complementariamente, para alcanzar su mayor nivel de consecución, toda Evaluación de Tecnologías debe incorporar una fase de evaluación económica. A este respecto, mediante análisis de coste-efectividad, se pueden priorizar aquellos procedimientos que conllevan un mejor uso de los recursos a nivel de coste-oportunidad y que, como consecuencia, permiten obtener “más con menos”.

La Evaluación de Tecnologías Sanitarias ha vivido una importancia creciente en las últimas décadas y, actualmente, se encuentra representada en la práctica totalidad de las Carteras de Servicios del Sistema Nacional de Salud. La constante aparición de innovaciones sanitarias, así como de sus consecuentes actualizaciones en el marco legal y regulatorio, exige instituciones preparadas y solventes. En este contexto, la Evaluación de Tecnologías se posiciona, con todo merecimiento, como una prioridad dentro de los diferentes niveles de tomas de decisiones.

Por su parte, el Benchmarking constituye un recurso relacionado y complementario. Basado en la comparación de resultados entre instituciones similares, ha demostrado ser una herramienta interesante para el establecimiento de objetivos y para proporcionar una mayor visibilidad a las buenas prácticas en materia de gestión sanitaria. Con la aspiración de alcanzar los máximos niveles de excelencia, resulta un planteamiento beneficioso para la mejora continua de la calidad asistencial.

La comparabilidad de los datos supone uno de los mayores retos a los que se enfrentan los decisores sanitarios a la hora de tomar decisiones estratégicas. Un ejemplo evidente lo tuvimos en las primeras fases de la pandemia por COVID-19, donde pudimos observar cómo los datos aportados por las diferentes comunidades presentaban diferencias conceptuales que hubo que homogeneizar desde el Ministerio de Sanidad. Los sistemas de información sanitaria, a pesar de haber avanzado notablemente en el proceso de digitalización, siguen progresando de manera lenta en los procesos de explotación y definición de indicadores clave. Cuando realizamos un análisis de los diferentes contratos programa existentes en España, comprobamos que las prioridades, las fuentes de datos, la definición de las variables y la manera de llegar a la información presentan una alta variabilidad.

No obstante, en los últimos años, se ha avanzado notablemente, como veremos posteriormente, en cuanto al desarrollo de cuadros de mando que permitan la comparabilidad (dentro de la Comunidad Autónoma) entre hospitales, servicios e incluso profesionales. Esto último ha tenido un desarrollo más lento por el componente tabú que existía en el ecosistema hospitalario, pero una vez superadas las dificultades, podemos decir que en el contexto actual está prácticamente normalizada la evaluación individual y la comparabilidad de resultados dentro del equipo, siempre orientada a la mejora.

Con todo ello, ambas dimensiones, Evaluación y Benchmarking, suponen áreas de trabajo indispensables para poder ofrecer respuestas certeras a sistemas y realidades de necesidades cambiantes. El diseño, desarrollo y posterior implantación y consolidación de ambas dimensiones permitirá, en última instancia, alcanzar el máximo nivel de eficiencia y de calidad dentro de los diferentes Sistemas Sanitarios.

En este contexto, y teniendo en cuenta su importancia, la puntuación asignada a esta área Evaluación y Benchmarking es de 8,5 sobre el total de 100 puntos de los que consta el índice FES. Cabe destacar que otras áreas también incluyen medidas complementarias y relacionadas como el Área 1. Medidas Asistenciales Generales o el Área 3. Gestión de la Información y Nuevas Tecnologías, las cuales también presentan un peso adicional sobre la puntuación total.

Mediante una combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas, y a través de la conformación de un panel de expertos, se seleccionaron las siguientes medidas como aquellas más representativas para estimar el nivel de desarrollo alcanzado en materia de Evaluación y Benchmarking:

ÁREA 7. EVALUACIÓN Y BENCHMARKING

Medida 63. Coordinación con agencias de evaluación sanitaria

Medida 64. Disponibilidad de resultados evaluaciones tecnológicas

Medida 65. Disponibilidad de los resultados de la evaluación científica

Medida 67. Indicadores triple meta en el servicio de salud

Medida 70. Evaluación Impacto económico en sanidad de epidemias/pandemias y factores de riesgo

Medida 71. Medición del Impacto de las Intervenciones en Salud en el ámbito social, económico y medioambiental

Medida 91. Potenciar la Evaluación Tecnológica

Medida 94. Condiciones regulatorias del uso nuevas tecnologías

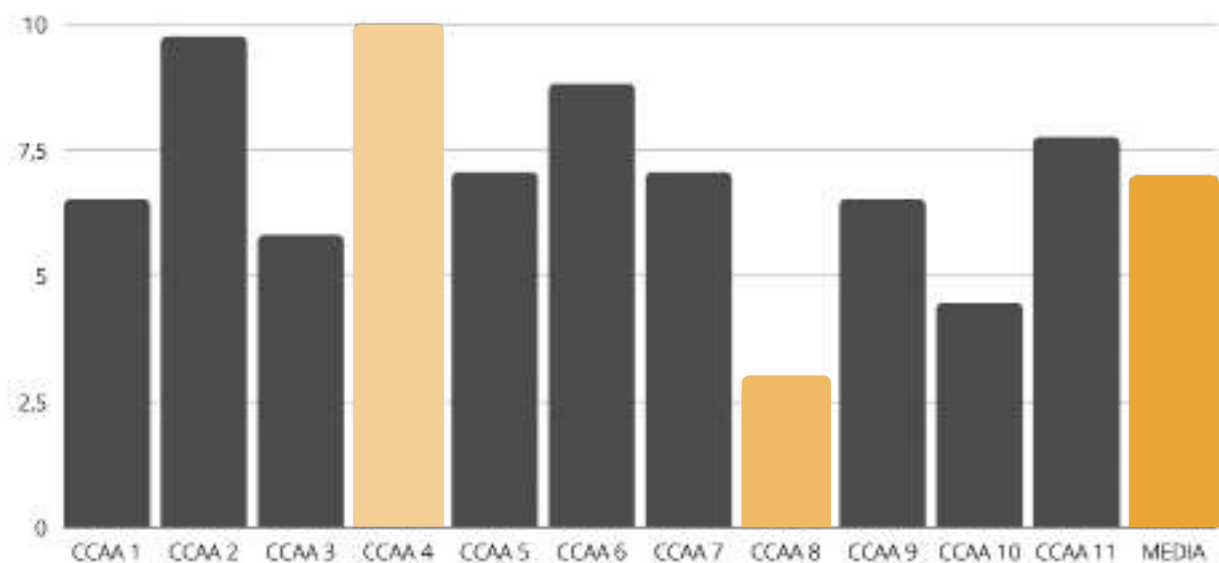
Aunque todas ellas han sido seleccionadas por su alta relevancia y representatividad, existen algunas a las que se les ha asignado un mayor peso sobre la ponderación final. Ese sería el caso de la medida 65, que valora la accesibilidad a la última evidencia científica disponible y su utilización por parte del conjunto de los profesionales sanitarios; y de la medida 67, que valora el grado de desarrollo de diferentes indicadores relacionados con el Benchmarking y con la incentivación por resultados.

En este sentido, los avances de los últimos años relativos a la disponibilidad en tiempo real de algoritmos de ayuda a la decisión basados en la mejor evidencia, han supuesto un importante avance que, si bien aún tiene un alto margen de desarrollo, han ayudado tanto a los profesionales como al sistema, disminuyendo la variabilidad y garantizando la equidad en la atención con independencia del escenario.

2. Situación del área en el Sistema Nacional de Salud y su relación con la media nacional

2.1 Valoración

Para esta área 7 de Evaluación y Benchmarking, la media nacional obtenida fue de 6,98 sobre 10. Pueden observarse diferencias especialmente relevantes entre las Comunidades Autónomas, con un grado de consecución desigual. Ejemplo de ello es que la puntuación más baja sea de 2,54 y la más alta de 10. De manera global, podemos concluir que ha existido un grado de cumplimiento moderado por los servicios de salud de las Comunidades Autónomas participantes.



La medida de esta área con mayor grado de cumplimiento ha sido la 94, relativa a Condiciones regulatorias del uso nuevas tecnologías. De todas las Comunidades Autónomas evaluadas, diez han alcanzado un grado de consecución del 100% para esta medida, mientras que una de ellas ha referido un grado de consecución menor. Teniendo en cuenta los aspectos valorados por esta medida, puede afirmarse que la práctica totalidad de los Servicios de Salud cuentan con comisiones de evaluación útiles y relevantes para la incorporación de nuevas tecnologías, incluyendo la regulación de la prescripción de medicamentos de alto precio.

En segundo lugar en cuanto a cumplimiento ha quedado la medida 65 con algo más del 85%, relativa a disponibilidad de los resultados de la evaluación científica. Esto es muy positivo ya que implica que las Comunidades Autónomas están trabajando en divulgar los resultados de la evaluación científica en salud y de la medicina basada en la evidencia, a través de distintos soportes. Hay que fomentar que el cambio de los soportes clásicos (boletines, informes) por métodos de hacer llegar la evaluación al profesional a través de las herramientas que use en el día a día con el paciente como la historia clínica electrónica; por medio de alertas, sugerencias, recomendaciones y enlaces visibles y fáciles en la misma, para el acceso a las principales bases de datos de evidencia científica disponible.

La medida 67 sobre el uso de indicadores de triple meta en los servicios queda en tercer lugar con un porcentaje de cumplimiento cercano al 80%. Esto significa que en las evaluaciones se trata de medir el impacto de nuestras intervenciones tanto en la salud individual del paciente, como en la colectiva población y el coste de las mismas, con el objetivo no solo de ser eficaces sino lo más eficientes posibles. Es decir, la relación coste beneficio sea óptima.

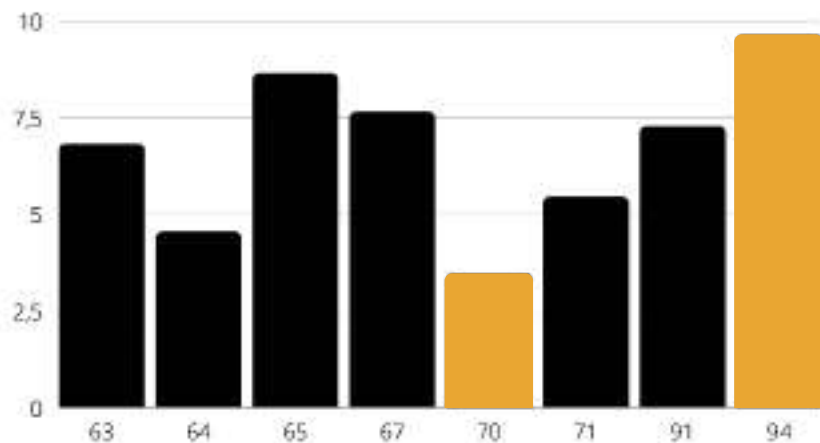
En una posición intermedia en cuanto a cumplimiento con puntuaciones alrededor del 70%, con algún margen de mejora, tendríamos las medidas 91, relativa a todo lo referente a potenciar la evaluación tecnológica y la medida 63 sobre la coordinación entre las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias que en España están algo atomizadas y dispersas por las CCAA, pero donde se está haciendo un esfuerzo por coordinarse, aunque consideramos que lo más eficiente sería unificarse en una gran Agencia nacional.

La medida 71 supera algo el 50% y supone en qué grado se mide el Impacto de las Intervenciones en Salud en el ámbito social, económico y medioambiental. En este campo aún queda por trabajar y tomar consciencia que es importante realizar estas mediciones de nuestras intervenciones.

Por otra parte, otras medidas presentaron un menor grado de cumplimiento, (no alcanzan el 40% de cumplimiento) como la 70, que valoró el desarrollo de análisis de impacto económico de la pandemia por COVID-19 y de factores de riesgo intrínsecos que han demostrado suponer una alta carga de enfermedad para el conjunto de la sociedad (tabaquismo y obesidad). Ocurre igual con la medida 64, sobre la disponibilidad de la evaluación de las tecnologías, que mide el grado de accesibilidad a los informes de evaluación de tecnologías desde el sistema de Historia Clínica Electrónica.

El hecho de que esta medida alcance muchos menos puntos que la 65 sobre disponibilidad de la evaluación científica, siendo medidas muy entrelazadas, significa que el acceso a los informes de las agencias oficiales de evaluación tecnológica, que suelen centrarse en aquellas pruebas o tratamientos que son caros o muy frecuentes, y de los cuales se duda de su coste efectividad, aún requiere tener mejores canales de difusión para que lleguen al clínico en su entorno de trabajo habitual como la historia clínica electrónica.

6.98



2.2 Recomendaciones.

En base a los resultados obtenidos, pueden establecerse ciertas recomendaciones generales extensibles a la mayor parte del Sistema Nacional de Salud, y con ello, a los respectivos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

A este respecto, es importante que se refuerce el desarrollo de evaluaciones económicas en materia de salud, incluyéndolas como una fase indispensable de todo sistema de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Su realización supone una ayuda muy significativa para poder establecer un correcto orden de prioridades y para poder ejecutar un reparto de recursos más eficiente y alineado con los objetivos de la organización. No obstante, también es reseñable que este tipo de evaluaciones requiere de profesionales con un alto grado de especialización, por lo que podrían beneficiarse de sistemas de trabajo en red, capaces de ofrecer resultados útiles para el conjunto de las organizaciones sanitarias. En este sentido, sería igualmente de interés impulsar desde las diferentes escuelas de salud pública, o en colaboración con las universidades, programas de especialización en evaluación de tecnologías, farmacoeconomía y economía de la salud, a fin de generar en el seno de las diferentes comunidades autónomas una masa crítica de profesionales con habilidades en este ámbito.

Por otra parte, también debe garantizarse que todos los profesionales sanitarios puedan acceder a la última evidencia científica disponible y a las mejores y más actualizadas guías de práctica clínica. En caso contrario, los Servicios de Salud presentarán un riesgo mayor de que puedan alcanzarse altos índices de sobreutilización sanitaria, lo que supondría un importante perjuicio para la seguridad del paciente y la sostenibilidad del sistema sanitario. Esta recomendación podría complementarse mediante programas de formación dirigidos al conjunto de los profesionales, en los que se les actualice sobre las fuentes de información más convenientes y en los que se refuercen los principios básicos de la traslación de la última evidencia científica disponible a la práctica clínica real. Tomando como base dichos programas de formación, la transformación digital de los sistemas de salud juega un papel fundamental en este aspecto, y posibilita el desarrollo de accesibilidad a la evidencia en tiempo real. En este sentido se recomienda seguir impulsando los algoritmos de ayuda a la decisión, la incorporación de la inteligencia artificial a estos sistemas de ayuda, y su inclusión "a pie de cama" en los sistemas de historia clínica digital.

Por último, cabe destacar que todas las posibles evaluaciones o estrategias de mejora también pueden beneficiarse de un enfoque o perspectiva social. Mediante metodologías como SROI (Social Return On Investment), puede analizarse cuál es el impacto y el valor añadido que una intervención puede proporcionar al conjunto de la población, posicionándose como un interesante complemento a otros análisis que se limitan a aspectos principalmente económicos.

ÁREA 8. SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. Descripción e importancia del área

La Seguridad del Paciente ha vivido un crecimiento exponencial en las últimas décadas, permitiendo, en muchas ocasiones, que se acompañase de un grado de reconocimiento equivalente. Mientras que a mediados del siglo pasado su presencia en los principales foros de discusión sanitarios puede considerarse anecdótica, en la última década del siglo XX surgieron nuevos grupos de trabajo que aumentarían significativamente la visibilidad de esta área de actuación.

Existen varios de ejemplos de ello, aunque quizás uno de los más representativos sea el de la publicación de los resultados de The Harvard Medical Practice Study, en 1991, dirigido por Brennan et al. Este trabajo no fue pionero en analizar posibles eventos adversos originados como consecuencia de una mejorable asistencia sanitaria, pero sí fue el primero que consiguió establecer una metodología estándar y rigurosa para alcanzar tal objetivo.

En los años posteriores, surgirían otros hitos de una importancia similar, como la publicación del informe To Err is Human: Building a Safer Health System a comienzos del siglo XXI. Este documento fue impulsado por The Institute of Medicine y The Committee on Quality of Health Care in America, difundiendo de manera efectiva las posibles consecuencias de los errores médicos y situándolos como uno de los principales problemas de salud pública en los sistemas sanitarios occidentales. Y poco después, en 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) impulsaría la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, estableciendo diferentes líneas de acción estratégicas, de alto impacto y con un alcance global. Ambos acontecimientos supusieron importantes puntos de inflexión, estableciendo un camino a seguir y consiguiendo una mayor visibilidad para esta importante área de acción.

En la actualidad, la Seguridad del Paciente se encuentra representada, de una u otra forma, en la práctica totalidad de los Sistemas Sanitarios y, a este respecto, nuestro Sistema Nacional de Salud no es una excepción. En los últimos años, la Seguridad del Paciente ha ganado un protagonismo cada vez mayor dentro de los objetivos institucionales incorporados en los Contratos Programa de los diferentes Servicios de Salud, convirtiéndose en una dimensión imprescindible para todo sistema que aspire a proporcionar una asistencia sanitaria de calidad. Las líneas de trabajo han sido variadas, pero no suele faltar la de constituir y consolidar Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos (o, en su caso, Comisiones de Seguridad), que se han posicionado como un elemento estructural imprescindible para poder canalizar otras medidas más específicas tanto en Atención Primaria como Especializada.

Estas Comisiones de Seguridad, al igual que la mayor parte de grupos de trabajo relacionados, deben estar formadas por equipos multidisciplinares y con formación específica, pues no debe olvidarse que la calidad de la atención proporcionada al paciente es el resultado de todas las interacciones de los profesionales sanitarios con el mismo. En ese sentido, estos grupos de trabajo también deben abordar la totalidad del proceso asistencial, pues el riesgo de que el paciente sufra un incidente de seguridad comienza en el momento en el que este contacta con el sistema sanitario, pero persiste en los procesos de continuidad asistencial. De igual manera, es indispensable que estos grupos de trabajo también cuenten con representación de sus equipos directivos, lo que permitirá demostrar el compromiso institucional con la Seguridad del Paciente.

De forma complementaria, la existencia de estos grupos de trabajo contribuye al impulso de una cultura de seguridad a nivel institucional. Mediante la misma, todos los profesionales sanitarios deben sentirse parte de un todo: deben compartir el objetivo común de proporcionar una asistencia segura para el paciente. Para ello, los profesionales sanitarios deben participar activamente no solo mediante el uso de los sistemas de notificación de incidentes, sino también en los consecuentes análisis reactivos dirigidos a evitar nuevos eventos adversos o sucesos centinela. Sin embargo, para que esto ocurra de una manera efectiva, el profesional debe sentir un compromiso institucional y una protección legal que podrá canalizarse a través de programas de apoyo a las segundas víctimas.

No obstante, si la importancia de la implicación y del compromiso del profesional y de la institución es innegable, en los últimos años también han surgido otras líneas de actuación que asignan una participación proporcional a los pacientes y a sus cuidadores. Esta propuesta adquirió una mayor visibilidad con la Declaración de Londres, publicada en 2006 con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y se ha posicionado como una nueva línea de trabajo de una importancia creciente. Coincidiendo con un mayor envejecimiento poblacional y con un crecimiento tecnológico exponencial, las instituciones destinan cada vez más recursos a que el paciente pueda ejercer un autocuidado frente a enfermedades crónicas, lo que le proporciona un mayor empoderamiento y capacidad de decisión. Estas medidas, muchas veces apoyadas por Asociaciones de Pacientes, dibujan un nuevo escenario en la vertiente asistencial y una realidad cambiante que supone nuevos desafíos para el conjunto de los sistemas sanitarios.

No cabe duda de que, en materia de Seguridad del Paciente, deben impulsarse nuevas líneas de actuación y estrategias mejora, pero también se deben mantener y reforzar aquellas otras que ya gozan de un alto grado de implantación y que han demostrado ser valiosas y efectivas. Es el caso de la adopción de buenas prácticas y de medidas tipo Bundle, que se recogen de manera exitosa en muchos de los Proyectos Zero impulsados en nuestro país (Bacteriemia Zero, Neumonía Zero, Resistencia Zero, ITU Zero). A este respecto, también son ejemplos positivos la existencia de Comisiones de Adecuación para la Práctica Clínica, que tratan de alcanzar una mayor implementación de las Recomendaciones No Hacer; o de las Comisiones de Farmacología, que persiguen una mayor seguridad y conciliación en materia farmacológica, incluyendo el abordaje de los Medicamentos de Alto Riesgo (MAR). Por otro lado, la realización anual del Estudio de Prevalencia de la Infección Nosocomial en España (EPINE) por un elevado número de centros sanitarios de nuestro Sistema Nacional de Salud supone un auténtico ejemplo de constancia y compromiso para la vigilancia y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

Sin embargo, mantener los éxitos cosechados y alcanzar los nuevos objetivos propuestos solo será posible a través de una formación en materia de Seguridad del Paciente específica y de calidad. Esta área de trabajo debe incorporarse a los diferentes programas formativos existentes tanto a nivel académico como profesional y contemplarse como una condición indispensable para el ejercicio profesional en el ámbito sanitario. De esta forma, podrán ofrecerse respuestas certeras a necesidades cambiantes, en las que la Seguridad del Paciente nunca dejará de ser un blanco móvil y en las que la Cultura de Seguridad constituye un objetivo imprescindible para poder garantizar una asistencia sanitaria de calidad.

En este contexto, y teniendo en cuenta su importancia, la puntuación asignada a esta área Seguridad del Paciente es de 9,5 sobre el total de 100 puntos de los que consta el índice FES. Cabe destacar que otras áreas también incluyen medidas complementarias y relacionadas como el Área 1. Medidas Asistenciales Generales o el Área 7. Evaluación y Benchmarking, las cuales también presentan un peso adicional sobre la puntuación total.

Mediante una combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas, y a través de la conformación de un panel de expertos, se seleccionaron las siguientes medidas como aquellas más representativas para estimar el nivel de desarrollo alcanzado en materia de Seguridad del Paciente:

ÁREA 8. SEGURIDAD DEL PACIENTE

Medida 6. Conciliación farmacéutica

Medida 72. Impulso estrategia de seguridad del paciente

Medida 73. Buenas prácticas en seguridad del paciente

Medida 74. Gestión de Eventos adversos

Medida 76. Evaluación de riesgos de las nuevas tecnologías

Medida 82. Acreditaciones de calidad relacionadas con seguridad del paciente

Medida 92. Reservas estratégicas de productos esenciales

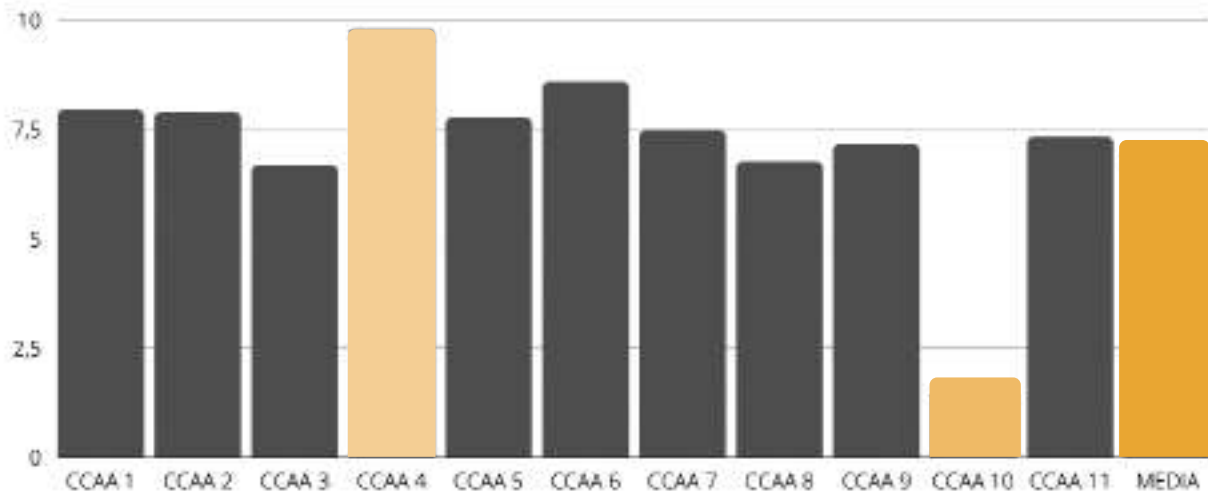
Medida 97. Gestión medioambiental integral

Aunque todas ellas han sido seleccionadas por su alta relevancia y representatividad, existen algunas a las que se les ha asignado un mayor peso sobre la ponderación final. Ese sería el caso de la medida 6, que valora la conciliación farmacéutica registros y herramientas de prescripción, así como el apoyo institucional a diversas alternativas terapéuticas; de la medida 72, que valora el grado de desarrollo y de implementación de una estrategia institucional de Seguridad del Paciente; de la medida 73, que evalúa el nivel de implantación de buenas prácticas en materia de Seguridad; y de la medida 74, que analiza la estructura y los recursos institucionales en materia de notificación, análisis, gestión y prevención de eventos adversos.

2. Situación del área en el Sistema Nacional de Salud y su relación con la media nacional

2.1 Valoración

Para esta área 8 de Seguridad del Paciente, la media nacional obtenida fue de 7,19 sobre 10. Pueden observarse diferencias especialmente relevantes entre las Comunidades Autónomas, con un grado de consecución desigual. Ejemplo de ello es que la puntuación más baja sea de 1,76 y la más alta de 9,79. De manera global, podemos concluir que ha existido un grado de cumplimiento moderado por los servicios de salud de las Comunidades Autónomas participantes.



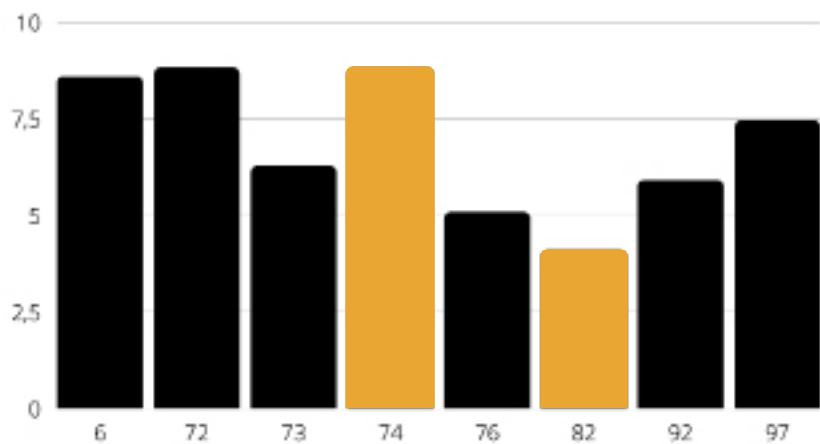
Las medidas de esta área con mayor grado de cumplimiento han sido la 72 y la 74 ambas con un porcentaje de cumplimiento de 90%, La primera relativa al impulso de la estrategia en Seguridad del Paciente lo cual es una buena señal de que los Servicios de Salud trabajan en el desarrollo de las estratégicas de seguridad del paciente definidas por la OMS, el Ministerio de Sanidad y los propios servicios de salud; y la 74, relativa a la notificación, análisis, gestión y prevención de eventos adversos, que está implantados en la gran mayoría de los servicios de salud. Teniendo en cuenta los aspectos valorados por las mismas, puede afirmarse que, en general, los Servicios de Salud cuentan con planes y objetivos institucionales alineados con la estrategia nacional de Seguridad del Paciente, así como con recursos destinados específicamente a la vigilancia y gestión de eventos adversos.

También alcanza un importante nivel de desarrollo, con un 75%, según las respuestas del auto-cuestionario, la medida 97 que se refiere a la gestión medioambiental integral que repercute en un entorno más seguro no solo para el paciente, sino también para la colectividad y el planeta

Medidas con un cumplimiento alrededor del 60% y, por tanto, con mayor margen de mejora importante serían la 73 y la 92. La 73 referente a las buenas prácticas en seguridad del paciente que denota que a pesar de implementar estrategias aún no estamos definiendo y construyendo buenas prácticas en este tema con la suficiente intensidad. Y la 92 referente a las reservas estratégicas de productos esenciales que deben mejorarse.

Por último, otras medidas presentaron un menor grado de cumplimiento, por debajo del 50%, como la 76, relativa a la evaluación de riesgos de las nuevas tecnologías, que queda patente por las respuestas que es desigual e insuficiente, y la 82, referida a la consecución y al uso del de acreditaciones de calidad en materia de Seguridad del Paciente, como aquellas relacionadas con la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) o con The Joint Commission International. Estas acreditaciones se usan poco atendiendo al porcentaje de cumplimiento de esta medida que queda alrededor del 40%.

7.19



2.2 Recomendaciones.

Basándonos en los resultados obtenidos, pueden establecerse ciertas recomendaciones generales extensibles a la mayor parte del Sistema Nacional de Salud y, con ello, a los respectivos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

El área de acción donde se ha identificado un mayor margen de mejora ha sido, justamente, el relacionado con la obtención y utilización de acreditaciones de calidad. A este respecto, es importante destacar que la consecución de estos distintivos y reconocimientos conllevan múltiples beneficios y ventajas. Por un lado, estas acreditaciones solo son accesibles para unidades, instituciones u organizaciones que hayan conseguido adoptar y consolidar un conjunto de medidas que se han demostrado efectivas y valiosas para la Seguridad del Paciente. Consecuentemente, estos logros suelen acompañarse de un elevado grado de cumplimiento en diferentes indicadores y objetivos de seguridad, lo que repercute positivamente no solo en el paciente, sino también en el profesional y en todo el entorno sanitario. Por otro lado, estas acreditaciones proponen el uso de herramientas efectivas y validadas que, incluso de manera individual, suelen suponer ejemplos de buenas prácticas y de medidas de prevención frente a posibles incidentes de seguridad. De igual manera, también debe valorarse el importante valor añadido en materia de visibilidad, pues estos distintivos pueden posicionar a la institución como un ejemplo a seguir dentro de los más exigentes sistemas de Benchmarking.

Por otra parte, también se recomienda incorporar sistemas de evaluación de riesgos de nuevas tecnologías que sean capaces de responder de manera rápida y efectiva ante la creciente complejidad de las innovaciones sanitarias. En ese sentido, las instituciones deben desarrollar mecanismos que permitan una adopción eficiente del nuevo Reglamento (UE) 2017/745 sobre los productos sanitarios. Esta nueva regulación, que ha entrado en vigor recientemente, tiene como principal objetivo el de garantizar una adecuada disponibilidad, efectividad y seguridad para el conjunto de los productos sanitarios comercializados en la Unión Europea. Para ello, introduce importantes novedades que conllevan una mayor exigencia en materia de seguridad y que incluyen nuevos criterios de trazabilidad, transparencia y calidad de la evidencia.

En la misma línea, los diferentes Servicios de Salud también podrían beneficiarse de ciertas disposiciones de aplicación de tal normativa, como la del Reglamento de Ejecución (UE) 2020/1207, que establece especificaciones comunes para el reprocesamiento de productos de un solo uso por parte de centros sanitarios o de reprocesadores externos. No cabe duda de que la adaptación a ambos Reglamentos puede requerir de un esfuerzo considerable por parte de las instituciones, pero también supondrá una importante ventana de oportunidad para mejorar la gestión de procesos y para posicionarse como organizaciones pioneras en el cumplimiento de los más altos estándares de calidad en pro de la Seguridad del Paciente.

Por otro lado, a tenor de la información recabada sobre las Comunidades participantes, también existe cierto margen de mejora en la creación de reservas estratégicas de productos esenciales. Su disponibilidad puede desempeñar un rol decisivo en crisis de salud pública, tal y como se ha demostrado en la reciente pandemia por COVID-19. Para alcanzar este objetivo, las instituciones pueden apoyarse en la elaboración de planes de contingencia y en la firma de alianzas con proveedores que presenten una alta capacidad de adaptación. Estos convenios pueden nacer dentro de la propia administración, pero también como colaboraciones público-privadas, con el objetivo de conseguir organizaciones versátiles y con una rápida capacidad de respuesta ante necesidades difícilmente previsibles.

Por último, es aconsejable alcanzar un mayor grado de implementación de las buenas prácticas para la Seguridad del Paciente, así como de medición de la competencia profesional de los trabajadores. Las buenas prácticas, como recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible y apoyadas formalmente por instituciones de reconocido prestigio, suponen un importante aliado para alcanzar los más altos niveles de calidad asistencial y para afianzar una necesaria cultura de seguridad.

ÁREA 9. CAPITAL HUMANO E INCENTIVACIÓN PROFESIONAL

1. Descripción e importancia del área

A la hora de hablar de los objetivos esenciales de cualquier sistema sanitario, se suele utilizar el modelo conocido como “triple meta” que establece los siguientes: mejora de la salud poblacional, mejora de la experiencia del paciente y reducción de costes. Sin embargo, desde hace años se incluye un objetivo adicional: la satisfacción o el bienestar laboral de los profesionales. Por un lado, la satisfacción del profesional es un requisito esencial para conseguir las otras tres metas, pero además la evidencia señala de forma clara que la satisfacción del profesional se asocia con mejores resultados en salud (también hay evidencia que asocia el burnout con peores resultados). Por ello, consideramos que esta área es esencial para incrementar la excelencia de los servicios de salud.

A la vista de lo anterior, la puntuación asignada a esta área “Capital humano e incentivación profesional” es de un total de 13 puntos, sobre el total de 100 puntos de los que consta el índice FES. A este respecto, téngase en cuenta que el presente área engloba uno de los más importantes recursos de los sistemas de salud como son sus profesionales. El capital humano, el reconocimientos de los profesionales, su formación y experiencia, la gestión de sus condiciones de trabajo con la finalidad de poder contar con un clima laboral en el cual prestar la mejor y más eficiente prestación de los servicios sanitarios a los destinatarios de los mismos (esto es, los pacientes y ciudadanos en general), son los aspectos fundamentales que miden este área.

La importancia de esta área justifica que el peso corresponda a un 13% del total del índice, siendo el área con mayor peso específico del Índice FES.

Tal y como se pone de manifiesto en cualquier manual de gestión, todos los expertos que hemos desarrollado el índice FES coincidimos en que el compromiso de los profesionales, así como una adecuada gestión del talento y el compromiso garantiza, en gran medida, la capacidad de cualquier organización para generar y proporcionar valor a la sociedad.

A continuación, se describen aquellos conceptos que se encuentran englobados en el área “Capital humano e incentivación profesional” que pretende ser un termómetro de como desarrollada, está en nuestros servicios y conserjerías de salud, la excelencia en este área:

ÁREA 9. CAPITAL HUMANO E INCENTIVACIÓN PROFESIONAL

Medida 13. Movilidad profesional en función de necesidades asistenciales

Medida 78. Conciliación Familiar del Profesional sanitario.

Medida 79. Prevención riesgos laborales

Medida 77. Afrontamiento del malestar emocional profesional

Medida 83. Incentivos alineados con la estrategia

Medida 84. Liderazgo participativo y comprometido

Medida 85. Incentivos vinculados a resultados

Medida 86. Clima laboral positivo

Medida 87. Incentivación no económica

Medida 88. Meritocracia y Evaluación periódica de competencias

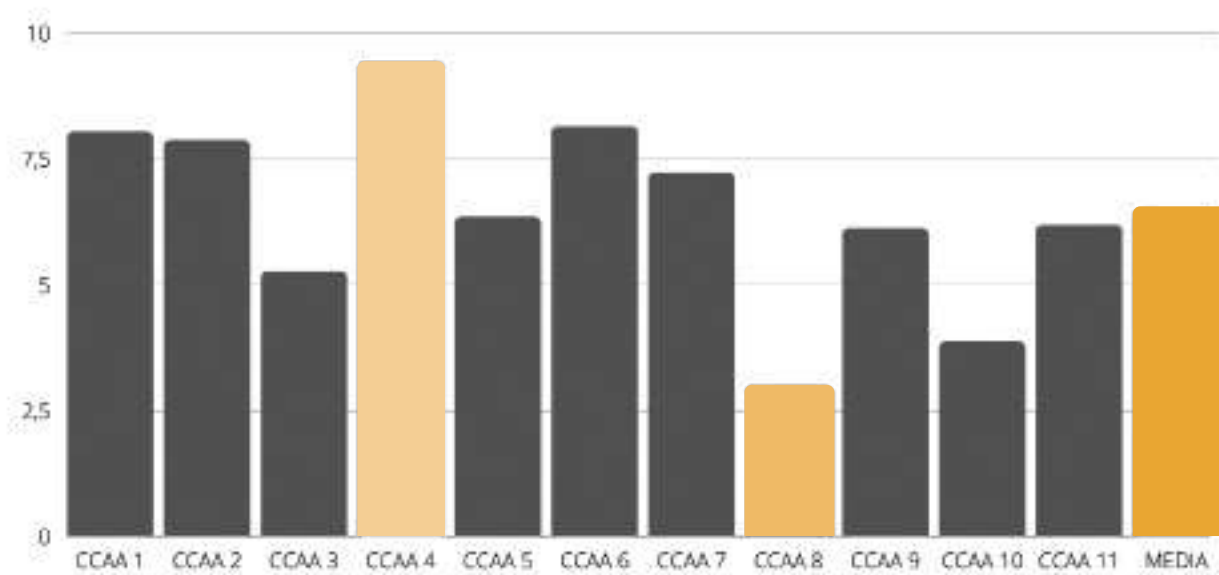
Cabe resaltar asimismo que la ponderación entre todas las medidas que engloban esta área es muy uniforme, pudiendo destacar una sería de medidas que tendrían un peso superior al resto. Entre estas primeras medidas podemos destacar la movilidad profesional en función de las necesidades asistenciales, la prevención de riesgos laborales, la existencia de incentivos alineados con la estrategia y vinculados a resultados, la incentivación no económica y la meritocracia y evaluación periódica de competencias.

Medidas tales como la conciliación familiar del profesional sanitario, el afrontamiento del malestar emocional profesional o la existencia de un clima laboral positivo, disponen de un menor peso, por estar incluidas, de alguna forma, en la medida más general de prevención de riesgos laborales.

2. Situación del área en el Sistema Nacional de Salud y su relación con la media nacional

2.1 Valoración

La media nacional de esta área ha alcanzado una puntuación de 6,5 sobre 10. La puntuación más baja para una CCAA ha sido de 3,0 y la más alta de 9,5. De los datos declarados podemos extraer la conclusión de que las medidas incluidas en este bloque se cumplirían por la mayoría de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas participantes, aunque de manera desigual.



La medida de esta área con mayor grado de cumplimiento ha sido la medida 79 relativa a la prevención de riesgos laborales, la cual ha sido declarada como cumplida en un 100%, por prácticamente la totalidad de las comunidades encuestadas. Es decir, todas ellas tienen implantados los servicios de prevención de riesgos laborales con los recursos y ratios establecidos en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. En futuras revisiones del índice FES, podremos proponer a las diferentes comunidades medidas más concretas en la mejora de las condiciones de trabajo de sus profesionales, incidiendo en las evaluaciones de los diferentes factores psicosociales o en nuevos riesgos ligados a los mismos como pueden ser la fatiga emocional o el estrés derivado de las actuales condiciones de trabajo.

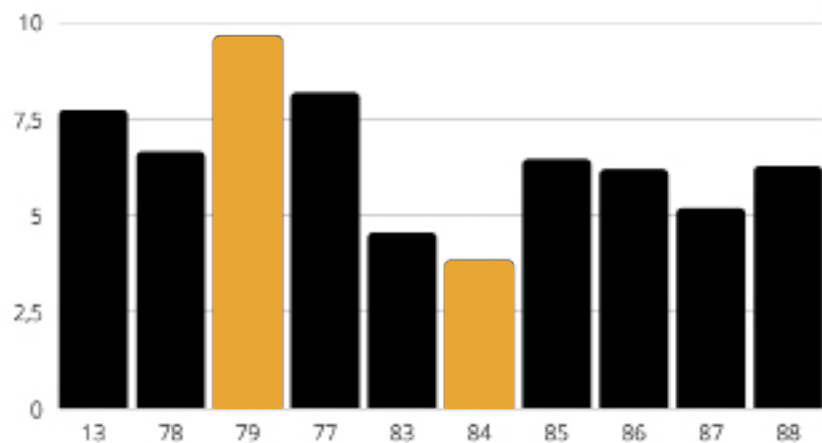
Otras medidas con gran grado de desarrollo según las contestaciones de las encuestas son la 77 y la 13 con un porcentaje de cumplimiento por encima del 75%. Casi todas las Comunidades Autónomas han tomado medidas asociadas al cumplimiento de la medida 77, relativa al afrontamiento del malestar emocional del profesional, ello en parte por la situación creada en la pandemia. Es una necesidad básica, ya que el burn out es un riesgo muy real y presente en los profesionales sanitarios. La medida 13 es la relativa a la movilidad de los profesionales cuando es necesario por necesidades asistenciales. Aunque se reporta con un porcentaje alto de cumplimiento pensamos que se necesitan reformas estructurales en el estatuto marco del personal sanitario para que esta medida sea más ágil y flexible.

Las medidas con un desarrollo medio han sido la 78, 85, 86 y 88, que están alrededor del 60% de porcentaje de cumplimiento. La medida 78 se refiere a la conciliación familiar del personal sanitario, donde habrá que trabajar intensamente en el futuro para evitar el burn out y debido a que la mayoría de los profesionales sanitarios son ya mujeres, y es previsible que sea así, e incluso con más porcentaje en el futuro. Respecto a la medida 85 de incentivos ligados a resultados, ya conocemos las limitaciones para poder implementarla en la administración pública, pero que consideramos fundamental para un cambio cultural necesario de la administración pública para poder ser más productivos. La medida 86 se refiere a medir el clima laboral a través de encuestas de satisfacción y de clima, y fomentar su mejora a través acciones concretas derivadas de la medición del clima laboral. Ya lo hacen algunos servicios de salud y creemos que esta prácticas deben extenderse a todo el SNS. La medida 88 meritocracia y evaluación periódica de competencias es otra de las medidas de desarrollo irregular, y es otra de las medidas difíciles de implementar por una cultura algo endogámica y de no evaluación en nuestro servicio de salud, y en general en nuestras administraciones públicas. En otros países, sobre todo anglosajones la evaluación periódica de competencias de los profesionales es algo obligatorio para el ejercicio de la profesión y aceptado como normal por el profesional y la sociedad. En España hay tímidos intentos para que esto sea así, sobre todo en los profesionales que deben mostrar más competencias al tener más responsabilidad, pero no hay realmente una evaluación periódica nacional, y sí evaluaciones locales en las CCAA, que se centran más en el desarrollo de niveles de carrera profesional para tener más sueldos e incentivos.

Las medidas con menor grado de cumplimiento han sido la 87, 83 y la 84 (por debajo del 50%). La medida 87 es la referida a las incentivaciones no económicas de los profesionales sanitarios que también están poco extendidas. La 83 el desarrollo de incentivos a los profesionales alineados con los objetivos estratégicos e institucionales de los servicios de salud. Por las respuestas de las CCAA está claro que estos incentivos se dan poco y que es difícil hablar de incentivos claros alineados con las estrategias en los servicios de salud. Esta situación debe de cambiar radicalmente pues creemos que nos jugamos el futuro del sistema de salud en ello.

Por último, la medida con menos grado de desarrollo ha sido la 84 correspondiente al liderazgo participativo y comprometido. No se han aportado en la mayoría de los casos, evidencias de la existencia de un plan institucional de liderazgo participativo y comprometido en el servicio de salud, el fomento de la autonomía profesional de manera institucional o la comunicación interna en todos los centros sanitarios. Seguimos con una cultura en los centros muy jerárquica y piramidal donde prima más el liderazgo vertical y la organización sanitaria pública está, en general, muy burocratizada.

6.50



2.2 Recomendaciones.

A la vista de los datos declarados, nuestras recomendaciones generales aplicables al conjunto de las Comunidades Autónomas consistirían en mejorar las condiciones de trabajo de todos los profesionales, haciendo especial incidencia en la evaluación de los factores psicosociales. Atendiendo a la clasificación del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, INSST, entre estos factores se incluyen el tiempo de trabajo, autonomía temporal y decisional, carga de trabajo, demandas psicológicas, variedad y contenido del trabajo, grado de participación y supervisión, interés por el trabajador y compensación de la organización por el trabajo realizado, desempeño de rol y relaciones y apoyo social.

Cada vez está tomando mayor importancia, no solo las actuaciones sobre los diferentes factores psicosociales que de forma negativa pueden actuar sobre el bienestar físico, mental y social de los profesionales (factores de riesgo psicosocial o riesgos psicosociales), sino también, aquellos factores psicosociales positivos que pueden ejercer un efecto positivo o protector sobre la salud del profesional. Entre estos últimos encontramos un adecuado grado de participación en la organización de los profesionales, la planificación de su tiempo de trabajo de tal forma que se facilite su autonomía temporal y la conciliación con su vida familiar, la formación continua del profesional de tal forma que se facilite su autonomía y participación, el empoderamiento del profesional en la toma de decisiones, la variedad del contenido del trabajo que ayude al desarrollo profesional y personal, la evaluación de las competencias, el establecimiento de criterios de meritocracia y el establecimiento de medidas que pongan de manifiesto el reconocimiento por el trabajo realizado.

Otra recomendación es la medición del clima laboral mediante encuestas, dado que son herramientas muy potentes para conocer la satisfacción de los profesionales, así como su opinión y percepción sobre diversas variables relacionadas con el tipo de trabajo, el salario, el equipo, la relación con los jefes, cultura de la organización, etc. En muchas organizaciones sanitarias se realizan encuestas anuales de este tipo que sirven para establecer líneas de mejora.

Respecto al liderazgo participativo, la existencia de un plan de fomento del liderazgo o de participación del profesional se considera esencial para el desarrollo de las organizaciones. Existen ejemplos diversos en otros países, como el NHS y sus planes de mejora del liderazgo o para el cambio interno (agentes del cambio). Estas medidas mejoran la cultura de la organización.

Aunque los incentivos están desarrollados en todas las CCAA, la calidad de dichos incentivos y la evaluación de su impacto es muy irregular. El diseño e implementación de herramientas de incentivación no económica institucional, así como la implantación de un programa de reconocimiento de aquellos profesionales o servicios destacados, debe de ser unos de los ejes de esta área. Se propone como recomendación para otros años que exista una medición real del impacto de los incentivos y el análisis de su eficacia en relación con los resultados que se persiguen.

Finalmente, consideramos esencial que el marco de la evaluación de competencias profesionales sea uno de los ejes del desarrollo del talento en todos los servicios de salud. La definición de dichas competencias, su evaluación y el establecimiento de planes de mejora son puntos clave para el futuro. Por otra parte, se propone medir la existencia de estrategias de evaluación periódica de los directivos del servicio de salud.

Otro tipo de medidas que podrían incidir en la presente Área 9 de “Capital Humano e Incentivación del Profesional” que en mayor o menor medida deberían ir siendo implantadas por los diferentes servicios de salud de las Comunidades Autónomas:

- La mejora de los canales de comunicación interna en todos los centros sanitarios. Se considera conveniente elaborar unas líneas básicas a nivel central.
- Realización de estudios sobre la necesidad y ratios de recursos humanos en función de la población asistencial y la actividad.
- La implementación de las medidas necesarias para afrontar el malestar emocional del profesional y favorecer la conciliación familiar del profesional sanitario.
- El establecimiento de la normativa necesaria para poder movilizar profesionales de un centro a otro en función de las necesidades asistenciales.
- Los proyectos de mejora organizativa para posibilitar la creación de estructuras matriciales donde se favorezca la comunicación y las relaciones de los profesionales organizados en torno a proyectos concretos.
- El establecimiento de instrumentos institucionales para detectar de manera preventiva el burn out y malestar profesional.

ÁREA 10. COMPRAS Y GESTIÓN

1. Descripción e importancia del área

En esta área vamos a analizar la realidad de las distintas comunidades en cuanto a su gestión económica y a su política de compras. Se trata de un área que ha ido cobrando una mayor relevancia por los distintos retos a los que el Sistema Nacional de Salud se ha enfrentado en los últimos años (problemas asistenciales, crisis de la cadena de suministro, falta de proveedores en la pandemia, etc.). Además, las limitaciones de la actual normativa en materia de compras en relación a las prórrogas de los contratos, los contratos de bajo importe o la revisión de precios, ha obligado a replantearse el uso de fórmulas innovadoras para la gestión de las compras.

Por otra parte, en esta área se analiza la gestión de la energía y los residuos que se generan en las organizaciones sanitarias, dada su creciente importancia y su impacto a nivel medioambiental y social. Se trata sin duda de uno de los grandes retos de futuro para los gobiernos y también para las organizaciones.

A la vista de lo anterior, la puntuación asignada a esta área “Compras y Gestión” es de un total de 8,5 puntos sobre el total de 100 puntos de los que consta el Índice FES, hay que tener en cuenta que este área no es un objetivo en sí mismo como sí lo son las áreas de carácter asistencial y que deben tener mayor importancia en el índice sintético; ello no merma que, como se ha señalado, las organizaciones sanitarias deben ser más conscientes de su papel, tanto en el cuidado del medio ambiente como su impacto en las economías locales.

Los conceptos que se encuentran englobados en el área “Compras y Gestión” reflejan las medidas que las comunidades autónomas han puesto, o están poniendo, en práctica, en relación a lo comentado anteriormente. Entre los ítems revisados se encuentran aspectos tan importantes como:

- Análisis de los bienes en los que existió desabastecimiento en la pandemia, como los equipos de protección individual, y la capacidad de la comunidad a hacer frente a esa eventualidad.
- Necesidad de centralizar las políticas de compras en los servicios centrales para permitir una gestión más eficiente en base a la búsqueda de economías de escala o la simplificación de los pliegos administrativos en los concursos públicos.

- Existencia de un catálogo de productos centralizado y el grado de transparencia a la hora de publicitar todas las fases de las licitaciones.
- Introducción de métodos innovadores de compras.
- Capacidad de previsión de las comunidades autónomas en la creación de un fondo de reserva para la realización de futuras inversiones de alto impacto económico.
- Planes de eficiencia energética y existencia de instalaciones de energía solar fotovoltaica en las organizaciones sanitarias dependientes del servicio de salud.

Con mayor detalle, las medidas analizadas en esta área son las siguientes:

ÁREA 10. COMPRAS Y GESTIÓN

Medida 80. Desarrollo Sector Industrial para fabricación de equipos de protección individual

Medida 89. Estrategia Compras Centralizadas

Medida 90. Grupos de trabajo específicos para compras centralizadas

Medida 93. Mecanismos de compra innovadora ante compra compleja

Medida 95. Planes de eficiencia energética

Medida 96. Catálogo de proveedores y productos nivel CCAA

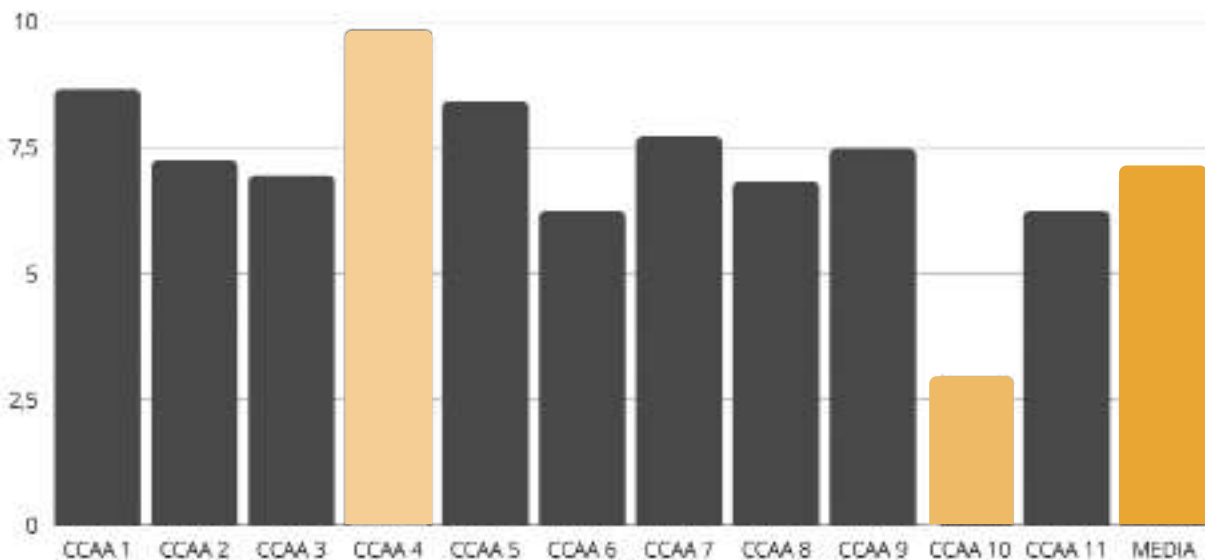
Medida 98. Proceso de desarrollo y compra de los medicamentos

Medida 99. Fondos de inversión alto impacto

2. Situación del área en el Sistema Nacional de Salud y su relación con la media nacional

2.1 Valoración

La media nacional de esta área ha alcanzado una puntuación de 7,13 sobre 10. La puntuación más baja para una CCAA ha sido de 2,94 puntos y la más alta de 9,82. De los datos declarados podemos extraer la conclusión de que las medidas incluidas en este bloque, aunque se cumplen en gran medida por los servicios de salud de las Comunidades Autónomas participantes, tienen aún un cierto margen para la mejora en este área y el cumplimiento es irregular entre las Comunidades Autónomas.



Las medidas de esta área con mayor grado de cumplimiento han sido:

- Medida 96 la relativa al catálogo de proveedores y productos a nivel de comunidad autónoma, el cual ha sido desarrollado totalmente por 9 de las 11 comunidades encuestadas, y solo una parece tenerlo todavía escasamente implantando. Esta medida es positiva y ha calado en la cultura gestora de los Servicios de Salud donde prácticamente todos tienen este catálogo de proveedores, el cual ayuda a que las compras sean más ágiles y los precios más predecibles para poder cumplir con el presupuesto asignado.

La Medida 90 sobre la existencia de grupos de trabajo específicos para compras centralizadas ha sido la segunda en grado de cumplimiento y es una buena noticia para el Sistema Nacional de Salud, ya que supone que la gran mayoría de los servicios de salud organizan grupos de trabajo para llegar a consensos sobre la calidad de determinados productos caros como prótesis de rodillas, prótesis de cristalino, prótesis y órtesis de otro tipo, resonancias nucleares magnéticas, TACs, ecógrafos u otro material de alta tecnología, etc. De esta manera se consigue establecer unos estandartes de calidad y después se tratará de conseguir lo mejores precios dentro del cumplimiento de los mismos. Esto hace que haya más homogeneidad en la calidad de los productos que se compran, pero que, a su vez, no se despilfarre comprando productos más caros que no aportan valor, o más baratos que luego no cumplen con los estándares de calidad necesitados.

La tercera medida en grado de cumplimiento, que se queda muy cerca del 80%, ha sido la 93, referida a la adopción de mecanismo de compra innovadora ante compra compleja. Esto es una fantástica noticia, ya que significa que se están aprovechando los nuevos mecanismos de compra, como el diálogo competitivo, ante compras complejas, lo cual permite hacer compras mucho más adaptadas a las necesidades de un entorno complejo y super tecnologizado como es el sector sanitario y, además, poder financiar la innovación y el desarrollo. Estos mecanismos de compra innovadora los consideramos un avance importante y apoyamos su extensión.

La cuarta medida también con un desarrollo importante, con un valor por encima de 75%, es la número 89, sobre las estrategias de compras centralizadas. En este sentido casi todas las CCAA las realizan a través de sus servicios de salud, desarrollando, las ya clásicas, centrales de compras, que han contribuido a dar racionalidad a las compras, aunque para que sean más eficaces recomendamos la actualización muy frecuente de los precios y productos en ellas incluidos para aprovechar las bajadas coyunturales de precio.

Otra medida que también ha quedado con una puntuación alta, cerca de 75%, ha sido la 98, sobre los "Proceso de desarrollo y compra de los medicamentos" que tenía dos ítems en el cuestionario. Uno sobre si hay en el servicio de salud grupos de trabajo de desarrollo de nuevos fármacos o medicamentos, y otro sobre si el servicio de salud está fomentando la compra innovadora de medicamentos a través de las fórmulas de pago por valor o resultados. En este último apartado, todas las Comunidades Autónomas han declarado estar trabajando, y es necesario que continúen en esa línea ya que es una medida que impacta directamente en la mejora de la sostenibilidad del sistema.

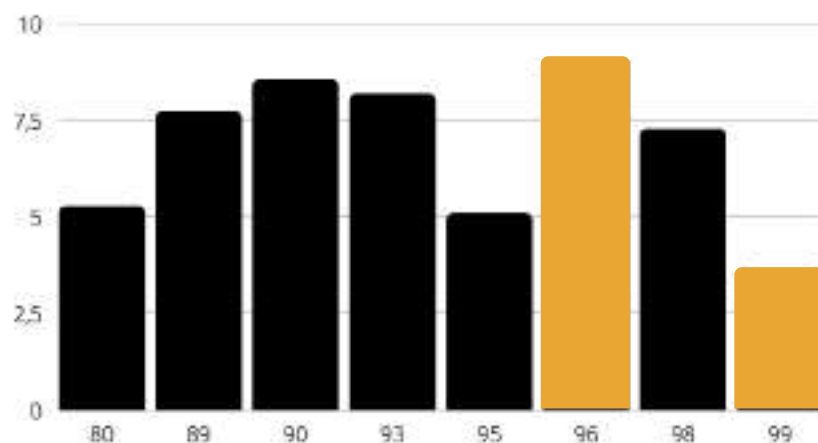
Por otra parte las medidas menos desarrolladas, según las respuestas a los cuestionarios, son:

Medida 80, sobre el desarrollo del sector industrial propio en la Comunidad Autónoma para la fabricación de equipos de protección individual, apenas supera el 50%. Aun así, que un poco más de la mitad de las Comunidades Autónomas entrevistadas digan que han desarrollado esta medida (6 de las 11 que han participado en el estudio), con la complejidad que supone el estímulo de creación de empresas en un sector con tanta competencia de precios, tiene bastante valor.

La medida 95, relativa al desarrollo de Planes de eficiencia energética, alcanza algo menos del 50% de las Comunidades Autónomas entrevistadas. No es buen dato, ya que un sector que consume tanta energía y agua, y que puede producir una alta huella de carbono como es el sanitario, debería apostar por desarrollar planes de eficiencia energética. Es más, deberían de ser obligatorios. Las medidas a tomar pueden suponer un impacto en muchos millones de euros de ahorro energético, además del beneficio ecológico añadido a este ahorro.

Por último, la medida que alcanza menor grado de desarrollo, es la 99 sobre la dotación un fondo de reserva para hacer frente a inversiones de alto impacto económico donde parece que existe un menor grado de cumplimiento, de hecho, tan solo tres de las Comunidades Autónomas estudiadas parecen tener constancia de la necesidad de dicho fondo. En cierto modo este resultado es lógico, teniendo en cuenta las dificultades para cubrir los presupuestos sanitarios por partes de las Comunidades Autónomas, que hacen especialmente difícil incrementar fondos adicionales sin un fin directo tangible. Sin embargo, esta contingencia de aumento de gasto, sobre todo farmacéutico, por la emergencia de una innovación terapéutica se suele producir. Solo hay que recordar el caso de los fármacos para la hepatitis C de hace unos años.

7.13



2. Recomendaciones.

A la vista de los datos declarados, se puede concluir que la progresiva centralización de las compras es algo bastante extendido en nuestro sistema sanitario, quizás porque sea una medida con un largo recorrido temporal. Dentro de este aspecto, es significativo lo desarrollados que parecen estar los mecanismos de compra innovadora. Se considera necesario tender a una protocolización de las funciones de los órganos de contratación, por ejemplo, las centrales de compras, así como de las cláusulas de las prescripciones técnicas y administrativas de los concursos públicos, con ello se ganaría en eficiencia y transparencia. Consideramos que esta medida es muy positiva para obtener los mejores precios, pero no siempre es así. Hay que revisar con frecuencia los contratos y las negociaciones con los proveedores para que el servicio de salud sea ágil a la hora de conseguir buenos precios.

También es necesario incidir más en los procesos de adquisición de fármacos, en especial fomentando la compra innovadora de medicamentos a través de las fórmulas de riesgo compartido. En este sentido, los avances son irregulares y distintos entre las Comunidades Autónomas, e incluso entre distintas instituciones, ya que a veces los acuerdos de riesgo compartido se hacen entre la empresa farmacéutica y el servicio de salud, que es lo ideal, pero en otros casos se realizan entre una institución, lo más frecuente un hospital, y la empresa farmacéutica. Homogeneizar estos contratos de riesgo compartido y extenderlos en cada servicio de salud, y por ende al Sistema Nacional de Salud, es un reto pendiente. Consideramos que este tipo de compra y acuerdos contribuiría a la sostenibilidad del sistema de salud y a la racionalización del gasto farmacéutico.

En cuanto al desarrollo de planes de eficiencia energética somos conscientes del ingente gasto energético que produce una institución como un hospital. Además, por el gran número de centros que suele tener un servicio de salud resulta necesario hacer un uso eficiente de la energía y contribuir a reducir la huella de carbono. En este sentido están trabajando muchas de las Comunidades Autónomas, aunque de manera desigual.

Es importante el desarrollo de la energía solar en las zonas disponibles para ello en los centros, así como implementar más puntos de recarga de coches eléctricos en hospitales y aparcabici en todos los centros sanitarios. El ahorro de energía eléctrica a través de las luminarias más eficientes y la domótica para el apagado automático, programar la temperatura del aire acondicionado, de la calefacción y del agua caliente sanitaria, así como el ahorro de agua, electricidad y gas, son medidas que se han tornado imprescindibles. A ellas podríamos añadir la reducción de embalajes de plástico y cartón en las compras, los dispensadores de agua potable que eviten el uso de botellas de plástico, las instalaciones y calderas más eficientes, la revisión del cerramiento y aislamiento de los centros para evitar las fugas de calor, etc.

Se debe considerar el cuidado del ambiente como un subproducto de la organización, más en un momento en el que la coyuntura internacional facilita la captación de fondos para acometer reformas en este campo.

Por último, respecto a las escasas medidas tomadas para la creación de un fondo de reserva para inversiones de alto impacto, aunque se considera que hasta cierto punto es normal que se dé una cierta relajación por la renovación e innovación que se está realizando en alta tecnología y aplicaciones informáticas por el ingreso de fondos externos, se considera que es justamente por esa razón por la que es un buen momento para plantearse la creación de dicho capital de reserva.

ÁREA 11. BUEN GOBIERNO Y TRANSPARENCIA

1. Descripción e importancia del área

La gobernanza del sistema sanitario es una pieza estratégica en el engranaje de nuestra sociedad, ya que de sus buenas o malas decisiones va a depender en cierta medida la adecuada protección de nuestra salud. El concepto de buen gobierno abarca mucho más que el mero cumplimiento de las leyes, y exige que el proceso de toma de decisiones esté en consonancia con la transparencia, la participación democrática, la responsabilidad, rendición de cuentas, eficiencia, calidad y seguridad, y que además consiga dar respuesta a las necesidades de los ciudadanos.

Teniendo en cuenta el valor indiscutible de las prácticas de buen gobierno en el ámbito de la salud, la puntuación asignada a esta área es de un total de 9 puntos sobre el total de 100 puntos de los que consta el Índice FES.

En el Área de Buen Gobierno y Transparencia, el Índice FES pretende recoger las iniciativas puestas en marcha en el ámbito de la gobernanza por los diferentes sistemas de salud españoles. Con este apartado buscamos evaluar al mismo tiempo la orientación a los ciudadanos en términos de transparencia de resultados, y la orientación a los profesionales en términos de autonomía de gestión y de profesionalización de los puestos directivos. En virtud de lo anterior, las dos medidas con mayor peso recogidas en el Índice FES son precisamente las relacionadas con la gestión clínica, la transparencia en Salud Pública y la existencia de observatorios de resultados en salud disponibles para la los ciudadanos.

En este área, el índice se nutre de una selección de medidas incorporadas al Informe 106 MEDIDAS QUE MEJORAN EL SECTOR DE LA SALUD EN ESPAÑA TRAS LA PANDEMIA COVID-19, que recogemos a continuación:

ÁREA 11. BUEN GOBIERNO Y TRANSPARENCIA

Medida 24. Reserva Estratégica equipos de bioseguridad

Medida 11. Gestión Clínica

Medida 100. Directivos sanitarios acreditados en función de méritos

Medida 102. Autonomía de gestión Centros Sanitarios

Medida 103. Observatorio de resultados en el Servicio de Salud

Medida 104. Plan de salud actualizado en contingencias frente a epidemias

Medida 105. Plan estratégico del servicio de salud con medidas de pandemias, epidemias y emergencias sanitarias

Medida 106. Portal transparencia en Salud Pública para prevención, epidemias, protocolos y resultados en salud

Como primer ítem, y debido a la importancia que cobró la disponibilidad de equipos de bioseguridad durante las primeras fases de la pandemia, hemos considerado importante medir la existencia de una reserva estratégica de estos equipos. (Medida 24). Igualmente se valora la existencia de un plan de salud y un plan estratégico que recoja las contingencias, medidas y actuaciones ante la eventualidad de una nueva pandemia (Medidas 104 y 105). Es un hecho que la pandemia del COVID 19 nos enseñó que se trataba de algo para lo que el sistema no estaba lo suficientemente preparado, por lo que nos parece importante que las diferentes comunidades autónomas hayan sabido recoger todo lo aprendido durante la pandemia e incorporarlo documentalmentemente para utilizarlo como aprendizaje y establecer las medidas necesarias que dejen claro cómo actuar ante una situación parecida en el futuro.

Al margen de las medidas incorporadas en el informe tras la pandemia, hemos considerado crítico incorporar al área de buen gobierno y transparencia todas aquellas que tienen que ver con la puesta a disposición de los ciudadanos de los resultados del sistema de salud. La gran cantidad de datos que produce el sistema sanitario, una vez universalizada la historia clínica digital, ofrece una oportunidad única de disponer de información clave, permite diseñar variables más precisas y fiables, y da la posibilidad de medir y monitorizar prácticamente en tiempo real la evolución de determinados indicadores que hasta hace unos años se obtenían con un desfase a veces de años. Medir resultados en salud, establecer correlaciones válidas, lograr una adecuada evaluación de la eficiencia de los recursos, procesos y servicios es hoy posible gracias a la gran disponibilidad de datos que disfruta el sistema. Es por ello que hemos priorizado de manera significativa la presencia de medidas de este tipo en esta área del informe.

Desarrollos tecnológicos emergentes como el big data y la inteligencia artificial deberían ser aprovechados desde el gobierno de las organizaciones sanitarias, no sólo en el ámbito clínico sino también en el ámbito de la gobernanza y la toma de decisiones estratégicas.

En este sentido, las medidas que proponemos y evaluamos en este informe proponen un paso más, consistente en la puesta a disposición de los ciudadanos de todo el conocimiento generado en la evaluación de los indicadores clave del sistema. Aunque España dispone de una Ley de Transparencia, consideramos importante que el sistema sanitario dé un paso más en cuanto a la necesidad de que los ciudadanos dispongan del conocimiento relevante sobre el impacto de las políticas sanitarias, la evolución de los indicadores epidemiológicos, los resultados obtenidos por los diferentes hospitales y servicios, y la evolución de la mejora continua del sistema (Medida 106).

Hemos priorizado aspectos relacionados con la gobernanza del sistema, la descentralización y la autonomía de gestión, y el impulso de la gestión clínica. Por este motivo se incluye la medida 11, que no sólo habla de la autonomía de gestión de los hospitales y servicios, sino que promueve la evaluación continua y el benchmarking, instando a los sistemas de salud a escalarlo a nivel micro, permitiendo la comparativa entre servicios y profesionales. La Medida 11 también contempla intervenciones para fomentar la cultura de la gestión clínica. La autonomía de gestión de los centros se refuerza en la medida 102, también recogida en este apartado del informe.

Finalmente, se pondera de manera muy positiva la medida 100, referente a la provisión, promoción y sustitución de los directivos sanitarios. Se habla mucho de la profesionalización y de la provisión de puestos directivos basada en la excelencia técnica, pero la realidad es muy diferente, y aunque hay comunidades que ya han dado pasos abriendo a convocatoria pública la provisión de nuevos directivos, sigue sin existir un plan de carrera en este sentido. En algunos casos, los directivos del sistema pierden nivel retributivo al pasar a la dirección, la presencia en puestos directivos les penaliza en algunos casos en términos de méritos profesionales para optar a traslados, certificaciones y otras ventajas, y su productividad variable en otros casos no está en consonancia con la responsabilidad adquirida. En cuanto a la sustitución y cese, continúa siendo una cuestión discrecional sin que exista una evaluación objetiva por resultados, y los ceses masivos son una realidad cuando se produce un cambio político, algo que carece de sentido cuando se trata de puestos donde la componente técnica debería ser lo único importante.

Aunque hay cierta variabilidad entre las distintas comunidades, se siguen observando situaciones de provisión de puestos de gerencia hospitalaria con personas sin experiencia previa en gestión, no existen procesos de onboarding normalizados, y tampoco encontramos programas estables de formación en competencias directivas que permitan preparar personas para generar banquillo. Igualmente, se siguen observando sustituciones de personas con responsabilidad directiva en presencia de resultados óptimos, que obviamente se producen por otras causas ajenas al desempeño.

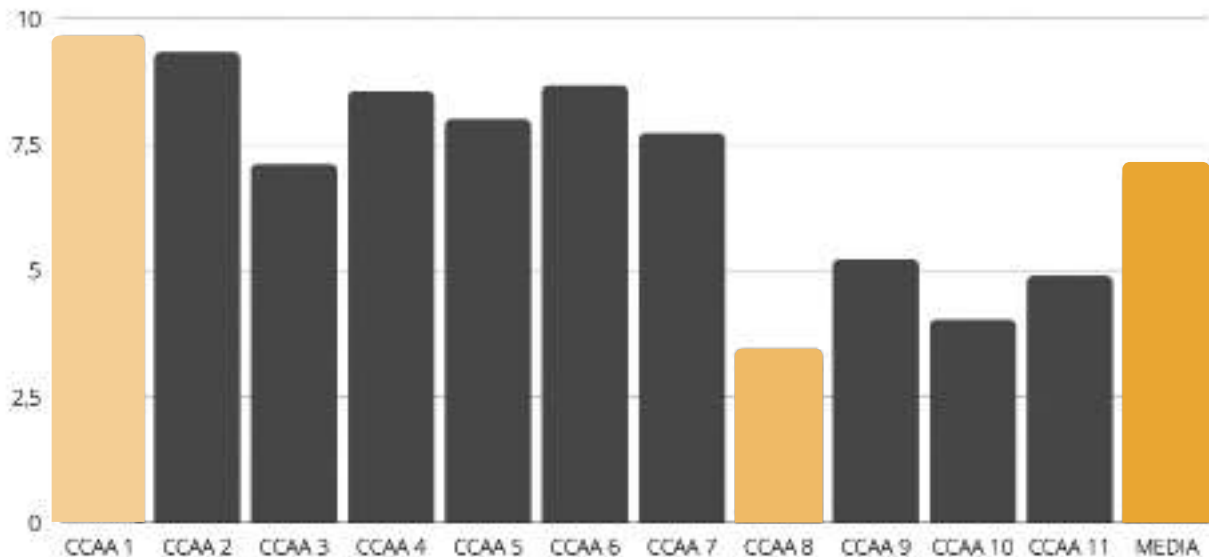
Este aspecto nos parece especialmente crítico, toda vez que cuando hablamos, por ejemplo, de grandes hospitales, estamos hablando de entornos de alta complejidad, un volumen económico gestionable muy elevado, y una masa de profesionales de varios miles de personas.

En la era de la atención sanitaria basada en el valor, y si verdaderamente queremos orientar el sistema a generar valor a la sociedad, debemos seleccionar, preparar y promocionar a nuestros directivos basándonos en los mismos criterios.

2. Situación del área en el Sistema Nacional de Salud y su relación con la media nacional

2.1 Valoración

La media nacional en el área de buen gobierno y transparencia alcanza una puntuación de 6,97 sobre 10. La puntuación más baja obtenida por una Comunidad Autónoma ha sido de 3,72 puntos y la más alta ha sido de 9,67. Como valoración general podemos afirmar que la mayoría de las Comunidades superan el 5, siendo tres de las 11 las que obtienen una puntuación menor, lo que se traduce en que los servicios sanitarios están realizando verdaderos esfuerzos por mejorar su gobernanza, con lo que el futuro resulta esperanzador en este sentido.



En lo que se refiere al nivel de cumplimiento de las medidas incluidas en el área, la medida con mayor grado de cumplimiento ha sido la 106, que recomienda la existencia de un portal de transparencia en Salud Pública para prevención, epidemias, protocolos y resultados en salud. Esta medida ha sido desarrollada por todas las Comunidades encuestadas, la mayoría de ellas con puntuaciones máximas.

La medida con menor grado de cumplimiento ha sido la medida 100, directivos sanitarios acreditados en función de méritos, donde se ha obtenido una media por debajo del 5 (4,91) lo que nos indica en qué dirección deben ir los sistemas sanitarios para mejorar este área de buen gobierno.

No en vano, en las últimas dos décadas hemos asistido a un incremento exponencial de la complejidad en el ámbito de la dirección de servicios y dispositivos sanitarios. La exigencia competencial del directivo sanitario en la actualidad, poco tiene que ver con la que se pedía hasta finales del siglo XX. Esto es debido a varios motivos:

- Mayor disponibilidad de información: la universalización de la historia de salud digital y la digitalización de un importante número de procesos permite monitorizar, medir, y por tanto disponer de información fiable para la toma de decisiones en menos tiempo y en mayor cantidad, lo cual requiere también un elevado nivel de conocimientos para interpretar la ingente cantidad de datos que nos proporcionan los sistemas de información.
- Mayor conectividad y comunicación de los profesionales: la gestión de las personas en entornos de macro plantillas -lo habitual en el sistema sanitario- ha evolucionado notablemente a través de la conectividad que proporcionan las redes. El manejo de estos entornos, la gestión híbrida de los conflictos -presencial y no presencial- la gestión del clima organizacional a través de las herramientas de conectividad digital, y el manejo de las crisis de información, requieren hoy día por parte del directivo un alto nivel de habilidades de comunicación digital.
- Escalada tecnológica y científico técnica. En las dos últimas décadas hemos asistido a una escalada sin precedentes en cuanto a la disponibilidad de tecnologías sanitarias - incluyendo los fármacos en este concepto- llamando a la puerta de los decisores, haciendo más complejos que nunca los procesos de toma de decisiones relacionadas con la selección de las tecnologías adecuadas en relación con los recursos disponibles. Igualmente se han desarrollado de manera exponencial, de la mano de las mejoras tecnológicas, multitud de subespecialidades que abordan campos específicos, lo cual obliga al directivo a un conocimiento científico-técnico mucho mayor que hace unos años.

A pesar de ello, mientras las necesidades competenciales de los directivos no han dejado de aumentar, muy poco o nada se ha avanzado en la profesionalización de la función directiva, como ya hemos comentado con anterioridad.

Los procesos de selección, en general, continúan sin contar con los suficientes elementos objetivos -como se pone de manifiesto en las puntuaciones obtenidas en el presente informe-. Si bien algunas comunidades han avanzado hacia convocatorias públicas abandonando la vieja práctica de la libre designación, los procedimientos carecen de baremos objetivos, donde el peso de la experiencia se pondere adecuadamente, y donde los resultados previos en el ámbito de la gestión dispongan de la relevancia adecuada. Por otro lado, los comités de selección siguen siendo poco heterogéneos.

En cuanto a la promoción, tampoco existen mecanismos de carrera suficientes que permitan establecer una hoja de ruta de desarrollo profesional a las personas que quieren orientar su carrera a la gestión, o que otorguen continuidad -en función de resultados- a quienes han ocupado puestos de gestión previamente.

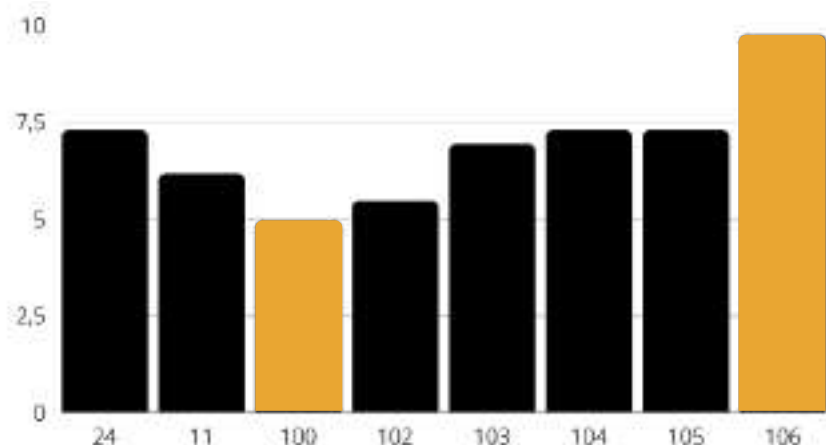
Respecto al tema de los ceses, tampoco suelen llevarse a cabo por causas objetivas vinculadas con resultados o actuaciones contrarias a los intereses de la organización, sino que continúan siendo relativamente discrecionales.

Igualmente, tampoco existen programas oficiales normalizados de capacitación para quienes inician la carrera directiva o para la mejora de los que ya la han iniciado. Todo lo anterior explica la baja puntuación observada.

Otra medida que ha superado el 5 escasamente, ha sido la medida 102, referente a la autonomía de gestión de los centros sanitarios.

Consideramos que se trata de dos áreas críticas a desarrollar, tanto por su bajo cumplimiento, como por su importancia para lograr la excelencia del sistema.

6.97



Consideramos necesario, por otra parte, reflexionar sobre las medidas 104 y 105 (plan de salud actualizado y plan estratégico con medidas frente a emergencias sanitarias) pues, a pesar de haber obtenido una puntuación nada desdeñable de 7,27 a nivel general, existen varias comunidades que no han actualizado su plan de salud frente a contingencias ni tampoco han desarrollado su plan estratégico que incluya medidas para posibles pandemias y/o emergencias sanitarias. El Plan de Salud es el instrumento principal de la planificación en salud de un territorio, en el cual se establecen las prioridades de intervención sanitaria, se fijan objetivos y se definen los programas necesarios para mejorar los resultados en salud en la comunidad. Disponer de un Plan de Salud actualizado y adaptado a una nueva realidad tras la pandemia de covid supone anticiparse a los imprevistos, aprender de los errores cometidos y planificar una estrategia flexible y realista que transmite a la sociedad una planificación estratégica ante un futuro incierto y cambiante. Los Servicios de Salud deben adaptarse al entorno no solo desde el cortoplacismo, sino también con perspectiva de mediano/largo plazo como parte del ejercicio de buen gobierno que se espera de ellos.

2.2 Recomendaciones.

Recomendamos de forma general que se siga trabando en el buen gobierno y transparencia de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, ya que ello contribuye al fortalecimiento de Sistema de Salud y su validación por los ciudadanos. Hay que recordar que los ciudadanos cada vez son más exigentes en las demandas de transparencia a las instituciones públicas y sobre todo a los servicios sanitarios. La transparencia es fundamental en la nueva relación emergente entre los ciudadanos, usuarios y sus Servicios de Salud. Los usuarios desean conocer la información sobre las características y calidad de los servicios que se ofrece, el margen temporal en que se ejecutaran y los resultados previsibles de dichos servicios e intervenciones. Estos aspectos son ya un derecho de los pacientes o usuarios que, sin embargo, no suelen estar totalmente accesibles. Los Servicios de Salud debe trabajar para ofrecer la accesibilidad total a dicha información para los usuarios.

Por otro lado, la ciudadanía tiene derecho a conocer la gobernanza de los servicios sanitarios y sus características. Informar sobre la gestión de los mismos, costes, acuerdos, hitos, dificultades, objetivos y planes estratégicos a corto, medio y largo plazo. Son aspectos que harán más entendibles, comprensibles y cercanos a los servicios sanitarios; haciendo que los ciudadanos sean conscientes del valor de los mismos, su rentabilidad social y la dificultad que entraña su buena gestión, debido a las múltiples variables involucradas y a un incremento cada vez mayor de las necesidades y costes, entre otros aspectos por el envejecimiento poblacional y la creciente tecnologización de la asistencia sanitaria moderna.

La gobernanza de los servicios públicos y en concreto de los servicios de salud tiene una vertiente de macrogestión, otra de mesogestión y otra de microgestión. Es en la microgestión cotidiana donde el paciente tiene que participar con el fomento de las decisiones clínicas compartidas entre él y el profesional sanitario. Mientras en la mesogestión e incluso macrogestión los usuarios y ciudadanos pueden ejercer su influencia en la gobernanza del sistema de salud a través de su participación en planes estratégicos y programas de salud, a través de sus representantes, como las asociaciones de pacientes.

Unos Servicios de Salud verdaderamente participativos en gobernanza serán mucho mejor valorados y aceptados por los ciudadanos y usuarios. El camino hacia la excelencia en la gestión y provisión de servicios de salud pasa por la participación activa de los ciudadanos en los mismos y no ser meros receptores pasivos de un buen hacer y conocimiento.

Paralelamente a ese empoderamiento del usuario, el profesional tienen que sentir que es también parte fundamental de la gestión, y actor principal, junto con el paciente, de las decisiones que afectan a la gestión del sistema; por ello hay que apostar por la gestión clínica como herramienta que permita confluir los intereses y necesidades legítimas de cada uno de los actores del sistema de salud (usuarios, profesionales, gestores, proveedores y financiadores) en una gobernanza armónica transparente y participativa del mismo.

Establecemos una serie de recomendaciones generales en base a las 3 medidas que peor puntuación han obtenido:

- Avanzar en los procesos de desarrollo del modelo de gestión clínica.

En esta línea, se recomienda a las comunidades que aún no han implantado el modelo que consideren de manera estratégica su adopción, con un plan que permita implementarlo a medio plazo.

Para ello, se requiere crear la necesaria cultura en la organización, iniciando con un plan formativo sobre el modelo con la participación de los profesionales, llevado a nivel de centro o servicio.

Es aconsejable acompañar la transición de un modelo de incentivos adecuado, económicos o no, que orienten el cambio cultural en la línea de los resultados basados en el mejor uso de los recursos para la obtención de los mejores resultados, desde una perspectiva local, logrando así la madurez necesaria para descentralizar la toma de decisiones.

Involucrar a todos los profesionales, no solo a los médicos, ya que el desarrollo del modelo de gestión clínica debe incorporar todas las perspectivas.

Entrenar también a los directivos en modelos de liderazgo más descentralizado que faciliten la implantación del modelo.

- Carrera Directiva

Construir a medio plazo un modelo de profesionalización de la función directiva, que garantice al menos los siguientes ítems:

- Una adecuada selección de puestos basada en criterios objetivos.
- Una hoja de ruta de onboarding y capacitación continua de los directivos.
- Un plan de carrera con diferentes itinerarios dentro de la función directiva.
- Selección, promoción y cese basados en capacitación, experiencia, y resultados.

-Transparencia en resultados en salud

6 de las 11 comunidades que han cumplimentado el informe no tienen totalmente desarrollados los mecanismos necesarios para compartir con los ciudadanos la evolución de los indicadores básicos de resultados en salud y su evolución en el tiempo. En este sentido se recomienda realizar benchmarking con las comunidades que sí lo tienen desarrollado para implementarlo en el menor tiempo posible, avanzando en los procesos de rendición de cuentas, toda vez que el sistema sanitario representa la mayor partida de gasto en todas las comunidades. Se recomienda avanzar en este aspecto de manera desagregada, de forma que los distintos hospitales y gerencias de atención primaria, e incluso escalando a servicio o centro de salud, también adquieran la cultura de compartir sus resultados con los ciudadanos.



ANÁLISIS DE MEDIDAS CON MAYOR Y MENOR GRADO DE DESARROLLO

MEDIDAS CON MAYOR GRADO DE DESARROLLO

De la aplicación y análisis del FES2022 se ponen de manifiesto una serie de medidas que han alcanzado un mayor grado de desarrollo. A continuación, presentamos estas medidas en función de la puntuación media obtenida en el estudio:

Medida 9. Servicios de referencia y funcionamiento en red

Medida 75. Escuelas de pacientes

Medida 27. Ciberseguridad

Medida 62. Cuidados paliativos en el domicilio

Medida 106. Portal de transparencia en salud pública para la prevención, epidemias, protocolos y resultados en salud.

Medida 79. Prevención de riesgos laborales

Medida 94. Condiciones regulatorias del uso de nuevas tecnologías

Medida 31. Medidas de gobierno y calidad del dato

Medida 3. Recuperar el nivel de resolución (actividad)

Medida 5. Medidas para disminuir la variabilidad injustificada de la práctica clínica

Medida 9. Servicios de referencia y funcionamiento en red (10)

Esta medida pertenece al área 1 de Medidas asistenciales generales. Cabe mencionar que esta área 1 se presentó como la más desarrollada de la aplicación del FES2022. La puntuación obtenida por la medida fue de 10 puntos. El resultado recoge la actual preocupación existente en relación con las patologías complejas, crisis sanitarias y la necesidad de establecer espacios de información compartida. La importancia para el entorno sanitario en su conjunto reside en el hecho de que el conjunto de las Comunidades Autónomas ha entendido como el afrontamiento desde el conocimiento y explotación de redes de comunicación sanitaria, facilita el abordaje de las distintas complejidades que se presentan en el actual contexto.

Debemos mencionar que esta puntuación deja en evidencia la capacidad de respuesta y búsqueda de soluciones por parte de nuestro sistema sanitario. Igualmente, nos hace pensar que el establecimiento de servicios de referencia y funcionamiento en red por parte de las distintas Comunidades Autónomas, nos pone en una buena situación para el abordaje de las complejidades futuras que se pudieran presentar. Bien es verdad, que el continuo cambio en los sistemas de información, los avances y cambios en las distintas patologías y estados de salud nos hacen recomendar, que a pesar de ser la medida de más alta puntuación debe ser reevaluada de manera continua, de forma que nos permita incluir sin pérdida de eficiencia todos aquellos cambios que sean necesarios en un futuro a medio o largo plazo.

Igualmente, merece la pena señalar como mejora en el desarrollo de esta medida, la posibilidad de incorporar a los mecanismos de funcionamiento en red, estrategias y acciones aspectos sociosanitarios, dado que son estos los que ocupan una buena de los recursos y se pone de manifiesto un futuro en el que la evolución de la sociedad de nuestro país va a necesitar mayores recursos y por tanto una mayor necesidad de funcionar en redes profesionales.

Medida 75. Escuelas de pacientes (10)

Esta medida pertenece al área 4 de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y empoderamiento del paciente. La puntuación obtenida fue de 10 puntos. Si nos referimos a la actual necesidad sanitaria debemos fijar la mirada en la sostenibilidad presente y futura de nuestra estructura sanitaria y de las distintas organizaciones. Para ello, se hace imprescindible mejorar la eficiencia del uso y consumo de recursos sanitarios. Es aquí donde cobra importancia las estrategias de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad. Además, se hace necesario en búsqueda de conseguir esta sostenibilidad del sistema, trabajar para que las personas que ya padecen la enfermedad y que por tanto, no son susceptibles de medidas de promoción y prevención, tomen las riendas de su enfermedad. Las escuelas de pacientes se han manifestado como una de las herramientas más potentes para el empoderamiento de las personas que sufren enfermedad, junto a las estrategias de paciente activo.

A la vista de los resultados, debemos mostrar como miembros del colectivo sanitario, la satisfacción por la implantación generalizada de medidas y estrategias dirigidas al empoderamiento del paciente y en concreto de las escuelas de pacientes. Debemos ser conocedores, que estas escuelas de pacientes no solo logran a largo plazo mejora en los resultados, sino que también producen una mejora sensible en la imagen de los profesionales de la salud, y por consiguiente en la confianza de la población en general en las distintas organizaciones sanitarias y los profesionales que las conforman. La confianza es la base que logra los mayores avances en cualquier tipo de estrategia y plan de salud que se desee emprender.

Sin embargo y del mismo modo que comentábamos en la medida anterior, debemos recomendar una reevaluación continua de esta medida concreta y estar atentos a los cambios de las necesidades que manifiesta la población en materia de salud, para lograr que nuestras escuelas de pacientes sean un buen soporte de apoyo y que complementen a otras necesarias medidas dirigidas a la sostenibilidad.

Medida 27. La ciberseguridad (9,82)

Esta medida está incluida en el área 3 donde son contempladas las medidas relacionadas con la gestión de la información y las nuevas tecnologías. La puntuación obtenida por la medida 27 (ciberseguridad) fue de 9,82.

La actual sociedad puede ser definida como la sociedad de la comunicación y la inmediatez, donde la comunicación rápida y segura es necesaria. Asimismo, esta comunicación debe ser

convenientemente tratada y procesada, dada la alta cantidad de datos que se producen y la rapidez con la que se transmiten.

La seguridad en la comunicación no solo debe orientarnos a evitar la manipulación o utilización con fines diferentes a los puramente sanitarios. La seguridad debe ser dirigida también por criterios de integridad, fiabilidad y consistencia. Es aquí donde encontramos márgenes de mejora al capítulo de la ciberseguridad. El uso del BigData y sus derivados como el Deeplearnig son el futuro a muy corto plazo. Esto va a producir que los sistemas de ciberseguridad deban evolucionar hacia aspectos concretos relacionados con la calidad de los datos, con el filtrado de los mismos y la eliminación de fuentes de distorsión interesada o no de los mismos.

Nuestra estructura sanitaria ha manifestado una buena velocidad de respuesta a los cambios que se han producido en materia de comunicación y nuevas tecnologías. Esto podemos deducirlo de la rapidez con la que, a la vista de los resultados, hemos encontrado en el valor del presente indicador.

Medida 62. Cuidados paliativos en el domicilio (9,82)

Esta medida se encuentra en el área 8 de seguridad del paciente y salud. Alcanzó una puntuación de 9,82.

Los resultados en esta medida ponen en evidencia la actual preocupación de los distintos servicios de salud por la humanización de la atención sanitaria. La aspiración de todo paciente y por tanto, la aspiración de los servicios de salud y las personas que conforman los mismos, son permanecer en el entorno habitual el mayor tiempo posible. Esta aspiración es aún más importante cuando presentamos problemas de salud.

En respuesta a esta demanda encontramos las acciones emprendidas por las distintas Comunidades Autónomas tendentes a incrementar la atención domiciliaria al final de la vida.

Sin embargo y a pesar que los actuales desarrollos diagnósticos y de tratamiento han conseguido cronificar una buena parte de las patologías, la necesidad de cuidados paliativos va a seguir creciendo en el futuro y por ello, debemos insistir en que estos buenos resultados deben permanecer en el tiempo. Asimismo, debemos recomendar una evaluación permanente de los recursos a aplicar en este capítulo, dado que los resultados que se obtengan hablarán en buena medida de lo que somos como sociedad.

Medida 106. Portal de transparencia en salud pública para la prevención, epidemias, protocolos y resultados en salud (9,73)

Esta medida se encuentra situada en el área 11 de evaluación consistente en el análisis de datos relativos al buen gobierno y transparencia. La puntuación obtenida por la medida fue de 9,73.

De los informes previos y recomendaciones dadas por los expertos en los distintos foros de la

Fundación Economía y Salud, las medidas dirigidas a la transparencia de los datos han estado siempre en un lugar destacado. Es por ello, que resulta relevante el avance de los distintos servicios de salud en materia de transparencia.

La actual pandemia no ha hecho más que ratificar lo que ya desde los primeros estudios de la Fundación manifestaron. Han sido desde distintos puntos de la sociedad de nuestro país, desde donde se han reclamado más y mejores datos e información sobre el estado sanitario. Por ello, los resultados alcanzados, ponen de manifiesto por un lado la buena predisposición de las distintas administraciones a facilitar datos buenos y fidedignos, y por otro lado dar respuesta a las demandas de la sociedad en su conjunto. La transparencia en los datos sanitarios pone por sí solos el foco en la necesidad del establecimiento de unos principios éticos, de comportamiento y de acción basados en la honestidad, cercanía a las personas y veracidad.

Las medidas llevadas a cabo a través de la transparencia no hacen más que dar respuesta a la sociedad en materia sanitaria. Sin embargo, y de la misma manera que decíamos anteriormente, los portales de transparencia en materia de transparencia no deben ser vistos como algo estable. Por el contrario, deben ser visto como algo dinámico y que se adapta a las necesidades de la población, ya que éstas, están en continuo cambio. La transparencia nos permite ganar en confianza. Esta confianza de la sociedad se hace más necesaria en los momentos de crisis sanitarias, donde la sociedad debe confiar y estar tranquila por la capacidad de respuesta de las instituciones y profesionales sanitarias ante cualquier eventualidad sanitaria.

Medida 79. Prevención de riesgos laborales (9,64)

Ubicada en el área 9 de capital humano e incentivación profesional, podemos encontrar esta medida. La puntuación obtenida fue de 9,64.

El giro que las organizaciones sanitarias necesitan en materia de personas hace imprescindible entre otras acciones conseguir espacios de trabajo seguros. Estas acciones deben incluir acciones que incluyan desde la estructura donde los profesionales sanitarios realizan la prestación de servicios, iluminación, climatización, ventilación, ruidos, etc., hasta las características de los productos sanitarios que se usan, además de las condiciones de seguridad de la maquinaria de alta tecnología que actualmente se utiliza en los centros sanitarios y que no está exenta de riesgos para el personal que la manipula.

La puntuación obtenida deja en evidencia la preocupación en esta materia, la mejora de los servicios dedicados a observar los riesgos a los que los profesionales se someten.

Queremos manifestar como elemento de mejora y de futuro la contemplación de los riesgos laborales relacionados con el contacto con la muerte, el sufrimiento y el dolor. Estos aspectos relacionados con la conformación de las personas en sí mismas, son responsables de afecciones como el síndrome del burn out generador de bajas laborales, desafección, disminución del rendimiento. La actual pandemia ha dejado de manifiesto estos aspectos y han puesto de relevancia como los componentes más cercanos al área más personal puede influir en la propia

organización, esto, por tanto, debe ser contemplado como un riesgo más de las profesiones sanitarias.

Medida 94. Condiciones regulatorias del uso de las nuevas tecnologías (9,64)

Esta medida se encuentra dentro del área 7, evaluación y benchmarking. La puntuación obtenida fue de 9,64 puntos.

La observación de la puntuación obtenida para las diversas Comunidades Autónomas nos hace observar como todas ellas en su mayoría han reaccionado a los cambios que se han producido como consecuencia de las nuevas tecnologías. La irrupción de las nuevas tecnologías y su implantación en todas las esferas de la sociedad ha contribuido a que el comportamiento de las personas y por tanto, de los usuarios de los servicios de salud haya cambiado. Este escenario plantea circunstancias desconocidas que es necesario abordar de manera que se dé respuesta a todas ellas. Inevitablemente, cuando hay un cambio que afecta al comportamiento social y de las organizaciones, hace necesario el establecimiento de normas que regulen las condiciones en espacios específicos como son las organizaciones sanitarias. Para los servicios sanitarios regular las condiciones de uso han supuesto un reto, dado que a priori la consideración de las nuevas tecnologías puede parecer alejadas del espectro sanitario, ya que afectan a aspectos más alejados del puramente asistencial, como es el uso de tecnología relacionada con el diagnóstico y tratamiento de las distintas patologías.

Las nuevas tecnologías obligan al replanteamiento de comportamientos éticos, y el afrontamiento de nuevas situaciones que afectan en gran medida a las culturas de las distintas organizaciones. Sin embargo y a pesar de que en muchas ocasiones las organizaciones relacionadas con la salud son señaladas como organizaciones donde las reacciones a los cambios son lentas, ante la irrupción de las nuevas tecnologías han reaccionado rápidamente, estableciendo condiciones de uso para un mejor aprovechamiento del potencial que ofrecen.

Medida 31. Medidas de gobierno y calidad del dato (9,55)

Dentro del área 3, gestión de la información y nuevas tecnologías encontramos la medida 31 que alcanzó una puntuación de 9,64.

Las nuevas tecnologías de la información y la necesidad de información constante y continua han motivado la preocupación de las organizaciones sanitarias por este aspecto. No en vano, el flujo de información es uno de los cambios que se pueden apreciar en el comportamiento de los usuarios del actual sistema sanitario. Además, las actuales tecnologías permiten la recogida de importantes cantidades de datos que es necesario ordenar, procesar y ofrecer. Estos datos se abordan desde distintas fuentes el estado de salud y las alternativas de comportamiento de los usuarios. Es por ello, que los actuales servicios de salud se han visto obligados a reaccionar de manera rápida ante estos cambios en la sociedad. La calidad de la información es por tanto una preocupación que debe ponerse en evidencia, dada la capacidad de distorsión que puede producirse en la generación de alternativas terapéuticas. Las medidas implementadas se relacionan con

las otras como las regulatorias de las nuevas tecnologías y la ciberseguridad, de ahí la explicación de la alta puntuación obtenida en todas estas áreas, ya que estos cambios han provocado un cambio de paradigma que ha sido recogido por los servicios de salud para ofrecer una nueva conformación en la oferta sanitaria.

Medida 3. Recuperar el nivel de resolución (actividad) (9,36)

Esta medida se encuentra inmersa en el área 1 de medidas, caracterizado como de medidas generales. La crisis sanitaria dio la vuelta a la prestación de servicios, provocando una paralización de los procesos sanitarios.

Sin embargo, y a pesar de la paralización y de la incertidumbre provocada, las organizaciones sanitarias desde las capas superiores de los servicios de salud de las distintas comunidades han necesitado el rediseño de todos los procesos sanitarios para seguir dando respuesta a los problemas de salud de la población.

Este nuevo escenario ha supuesto un reto, acerca de cómo integrar la atención sanitaria en un entorno de pandemia y complejidad. Sin embargo, y a la vista de los resultados, todos los servicios de salud se han dedicado a reforzar los procesos sanitarios. Si bien es verdad, que se evidencian áreas de mejora relacionadas con la disminución de las tensiones ante la repetición futura de escenarios. De manera fundamental, deben tenerse en consideración todo lo referente al capítulo de personas como responsables de la prestación del servicio y principales damnificados ante los riesgos y tensionamientos del sistema.

Medida 5. Acciones para disminuir la variabilidad injustificada de la práctica clínica (9,64).

Esta medida se encuentra recogida en el área 1 de medidas asistenciales generales. La puntuación alcanzada por la medida fue de 9,36.

Esta puntuación recoge los esfuerzos de los distintos servicios de salud por unificar todos los aspectos de la práctica asistencial.

Se ha convertido en frecuente el desarrollo de procesos, de establecimiento de responsabilidades en cada uno de los procesos y en cada una de sus partes. Se observa cómo se han trabajado criterios de calidad y mejora continua que redundan en la disminución de la variabilidad. Esta disminución de la variabilidad también da respuesta a la exigencia por parte de los usuarios de obtener resultados similares ante los mismos escenarios. Así podemos observar como la gestión por procesos se ha convertido en una herramienta de uso frecuente y habitual.

Medidas con menor grado de desarrollo

De la aplicación y análisis del FES2022 también se evidencian una serie de medidas que han alcanzado un bajo grado de desarrollo y que por tanto ofrecen un mayor margen de mejora. En este sentido, debemos hacer recomendaciones relacionadas con del desarrollo por la importancia e influencia que tienen con la calidad de la atención prestada y con la eficiencia de los resultados de salud. Estas medidas son las que se enumeran a continuación:

- Medida 53. Organizaciones sanitarias líquidas (interacción con el entorno social y pacientes)
- Medida 70. Evaluación del impacto económico en sanidad de epidemias/pandemias y factores de riesgo
- Medida 48. Historia clínica sociosanitaria
- Medida 99. Fondos de inversión de alto impacto
- Medida 84. Liderazgo participativo y comprometido
- Medida 82. Acreditaciones de calidad relacionadas con la seguridad del paciente
- Medida 64. Disponibilidad de resultados evaluaciones tecnológicas
- Medida 83. Incentivos alineados con la estrategia
- Medida 47. Plan estratégico sociosanitario
- Medida 10. Decisiones compartidas con los pacientes

Medida 53. Organizaciones sanitarias líquidas (3,18)

La presente medida se encuentra situada en el área 6 de atención a domicilio y alcanzó una media de 3,18.

Este concepto proviene de la filosofía de la sociedad líquida de Zygmunt Bauman, donde se expresa un nuevo modelo de sociedad, un nuevo modelo de organizaciones en las que la prestación de servicios va más allá de los límites físicos de la organización.

Vemos como los distintos servicios de salud deben prestar atención y desarrollar acciones tendientes a cambiar las actuales estructuras. Estas, deben diseñarse de manera que se construya una solución de continuidad entre la estancia en una organización sanitaria y el entorno de nuestros pacientes. En estos conceptos las personas juegan un rol principal que las organizaciones y los gestores deben comprender. La recomendación de futuro para los servicios sanitarios iría tendente a empoderar y facilitar a los profesionales estar cerca de los pacientes incluso cuando ya no están en la organización. Supone establecer estrategias de cambio de cultura y una flexibilización en la prestación de los servicios. Los beneficios están relacionados con todas las esferas de la salud de las personas.

Medida 70. Evaluación impacto económico en sanidad de epidemias/pandemias y factores de riesgo (3,45)

Dentro del área 7 evaluación y benchmarking nos encontramos con esta medida. El resultado tras la aplicación del FES 2022 resultó ser de 3,45 puntos.

A la vista de estos resultados, queda en evidencia la escasa repercusión que ha tenido este indicador en los distintos servicios de salud. Sin embargo, debemos apreciar y recomendar el establecimiento de estrategias dirigidas a conocer, controlar y evaluar el impacto económico que suponen las pandemias y epidemias sobre las organizaciones sanitarias. La evaluación de costes debe ser considerada no solo en los costes directos imputables al gasto en hospitalizaciones. Por el contrario, debemos considerar igualmente costes relacionados con el sufrimiento y carga emocional que suponen estas condiciones sobre los profesionales. No olvidemos que este aspecto más de la persona influye en el rendimiento y por tanto en la calidad y eficiencia del servicio prestado. Por ello debemos insistir a las distintas Comunidades Autónomas, la necesidad de redoblar los esfuerzos para conocer el impacto y los sobrecostes que estas situaciones suponen sobre las organizaciones. La medición de costes, nos facilitará la toma de medidas de control y anticipación, preparando a las personas y a los recursos materiales para evitar los tensionamientos que se producen durante estos periodos.

Medida 48. Historia clínica sociosanitaria (3,45)

Esta medida se encuentra enmarcada dentro del área 5 atención y coordinación social y sanitaria. De la aplicación de los indicadores resultó alcanzar una media de 3,45. Esto nos permite afirmar, el gran margen de mejora de esta medida, ya que apenas podemos reconocer ningún paso adelante en este sentido en nuestro sistema sanitario. Por tanto, debemos recomendar una planificación correcta en el contexto sociosanitario, dado que una población envejecida como sabemos, motiva y evidencia necesidades más de la órbita de lo social y con menor carga de lo sanitario debido a que tratando el área social nos permitirá reconducir la demanda de servicios sanitarios y por tanto, conseguir una ganancia en costes y la consiguiente eficiencia.

Es necesario comprender, que la integración en una historia única sociosanitaria y clínica nos va a conducir a conocer las necesidades completas de los integrantes de nuestra sociedad, nos permitirá anticiparnos y por consiguiente gestionar mejor los recursos. Es por ello que debemos animar a los distintos servicios de salud a emprender el camino que permita desarrollar el aspecto social junto al sanitario, dado que nos permitirá una optimización de los servicios prestados.

Medida 99. Fondos de inversión de alto impacto (3,64)

Dentro del área 10 de compras y gestión, encontramos esta medida que tras la aplicación de los indicadores alcanzó una puntuación de 3,64.

Esta medida va dirigida a emprender estrategias en las que se planifique y evalúe como la inclusión de distintas tecnologías, procesos sanitarios o cambios organizativos contribuyen a cambiar el curso de la organización, permitiendo cambiar la orientación, los objetivos, y la cultura de la organización.

Las distintas Comunidades Autónomas deben implementar medidas dirigidas a conocer como impacta la inversión en determinados recursos, qué se consigue y como estas inversiones permiten a la organización cambiar la orientación dirigiéndose de manera flexible hacia las necesidades cambiantes de la población. Incorporar tecnología a la organización debe realizarse con una contemplación que vaya más allá del conocimiento de la amortización, vida útil y costes de amortización. Debemos de recomendar a los distintos servicios de salud, el establecimiento de mecanismos que permiten evidenciar los cambios que se producen en la organización tras las distintas inversiones. Esto nos va a facilitar y clasificar aquellos cambios e inversiones que mayor repercusión tienen sobre estas. Y, por tanto, que inversiones deben ser prioritarias tras el conocimiento del modo de impactar sobre las organizaciones sanitarias y sus usuarios.

Medida 84. Liderazgo participativo y comprometido (3,82)

La medida 84 se encuentra dentro del área 9 de capital humano e incentivación profesional. Alcanzó una puntuación de 3,82.

Los resultados de esta medida nos parecen de los más preocupantes de todo el estudio, dado que el estilo de liderazgo impacta de sobremanera en el comportamiento de las organizaciones, incluidos los niveles de eficiencia, calidad de servicio, identificación con la organización y rendimiento.

La investigación deja en evidencia el liderazgo participativo y transformador como el más adecuado para las organizaciones sanitarias, ya que es el que pone a las personas por delante en todo momento. No olvidemos que una organización sanitaria es una organización de personas para personas.

Debemos recomendar, el establecimiento de medidas que fomenten este estilo de liderazgo. El estilo de liderazgo comienza por determinarse desde los procesos de selección de los puestos directivos. Por ello, debemos recomendar el cambio de éstos, dado que deben permitir la selección de personas con competencias dirigidas a este liderazgo y al empoderamiento de las personas como modo de hacer evolucionar una organización hacia las necesidades de las personas que la integran, así como de las personas que necesitan sus servicios.

Medida 82. Acreditaciones de calidad relacionadas con la seguridad del paciente (4,09)

Esta medida se halla enmarcada en el área 8, que es la dedicada a la seguridad del paciente y a la salud del profesional sanitario. Alcanzó una puntuación medida de 4,09.

A la vista de la opinión de los expertos, debemos expresar la preocupación por la falta de desarrollo de esta medida en el conjunto de los servicios de salud. Los eventos adversos representan un alto coste tanto económico como a nivel de las personas, profesionales y pacientes.

Creemos que el establecimiento de acreditaciones de calidad es un buen incentivo para desarrollar mejoras sustanciales y organizadas en el tratamiento de la seguridad del paciente. El cumplimiento de un estándar de calidad, va a permitir establecer mediciones comparativas con otras organizaciones, establecer un cambio de desarrollo, además de objetivos a corto, medio y largo plazo, que permitan caminar por la senda de la mejora continua. Los servicios de salud, no deben conformarse con que las distintas organizaciones cumplan y posean acreditaciones de calidad en la prestación de servicios, deben reconocer que, sin una debida acreditación en relación con la seguridad del paciente, esta medición de la calidad no será completa, de ahí que debamos recomendar el impulso dirigido a medidas relacionadas con la seguridad del paciente y que contengan baterías de criterios a cumplir y a convertir estándares de seguridad.

Medida 64. Disponibilidad de resultados de evaluaciones tecnológicas (4,55)

La medida 64 se encuentra dentro de las medidas relativas al área 7 de evaluación y benchmarking. Alcanzó una puntuación media de 4,55 puntos.

Esta medida se refiere a la disponibilidad de los resultados de las evaluaciones clínicas en el entorno de trabajo más inmediato de manera fácil y de forma que sean lo más visibles y rápidamente consultables posibles (como por ejemplo, alertas en la historia clínica electrónica o en el monitor de la propia estación de trabajo del facultativo).

El hecho de haber alcanzado una puntuación inferior al cinco, nos dice que estas decisiones están lejos de ser implantadas de forma universal en los servicios de salud y que debería trabajarse en difundir y facilitar el acceso de los resultados de la evaluación tecnológica a los profesionales que van a usar estas tecnologías.

Medida 83. Incentivos alineados con la estrategia (4,55)

Integrada en el área 9 de capital humano e incentivación profesional, nos encontramos la medida 83 que alcanzó una puntuación media de 4,55.

Estos resultados pueden resultar desalentadores de alguna manera, dado que, sin unos incentivos correctamente alineados con la estrategia, difícilmente los profesionales que deben cumplir los objetivos y la planificación establecida, se van a sentir identificados con los mismos. Como es bien sabido, los profesionales deben sentirse parte de los objetivos y la planificación establecida en sus organizaciones, sin cumplir esta premisa, la consecución de resultados positivos no será posible.

Los servicios sanitarios deben trabajar por establecer unos indicadores correctamente alineados con la estrategia, dado que, si esta premisa no se cumple, difícilmente vamos a conseguir que los incentivos se correspondan con la realidad pretendida. Igualmente, debemos recomendar una reingeniería de incentivos consistente en reformular los actuales sistemas de incentivos por otros más ajustados a las actuales

circunstancias y necesidades estratégicas de la organización. En buena medida los tradicionales incentivos deben dejar paso a nuevos sistemas que obedezcan a la contribución a los mejores resultados de salud. Del mismo modo, se deben buscar sistemas de flexibilización y cambio continuo para que estos incentivos se correspondan con las cambiantes circunstancias de salud que se producen.

Medida 47. Plan estratégico sociosanitario (4,55)

Esta medida es pertenece al área 2 de atención primaria e integración asistencial. Alcanzó una puntuación media de 4,55.

No son buenos datos, y debemos replantearnos las actuales estrategias y los actuales modos de prestar atención sociosanitaria. La atención de la órbita social está íntimamente relacionada con la órbita de la cronicidad y con la atención a la dependencia. Es bien conocido como la actual atención sanitaria ha contribuido a convertir en crónicos a gran número de nuestros pacientes, por lo que no van a necesitar una atención tan directamente relacionada con la salud, sino que se relacionada más íntimamente con la esfera social. Los servicios de salud deben reconvertir y añadir en sus líneas estratégicas una atención sociosanitaria que termine con la fragmentación con la que se aborda la problemática de los pacientes. Esto comienza con el verdadero desarrollo de una historia clínica sociosanitaria y con su integración en una misma historia. Esto va a permitir una toma de decisiones más integral y acorde con lo que los actuales usuarios del sistema sanitario necesitan.

Medida 10. Decisiones compartidas con los pacientes (4,73)

Esta medida se encuentra integrada en el área 1 de medidas asistenciales generales. Alcanzó una puntuación media de 4,73.

Ya son muchos años los que se lleva trabajando el empoderamiento del paciente y el establecimiento de planes y estrategias que permitan la toma de decisiones compartidas. Sin embargo, del análisis de los datos se desprende que aún es largo el camino que se debe recorrer.

Las Comunidades Autónomas y sus servicios de salud deben realizar medidas en primer lugar tendentes a realizar un cambio de cultura de las organizaciones en las que el cambio vaya dirigido a lograr una flexibilización de comportamientos. Compartir las decisiones con otro no es síntoma de debilidad, ni de pérdida de estatus, ni de referencias.

Las medidas dirigidas a este tipo de cambios son largos. Los liderazgos deben ser participativos, dado que son estos los que dirigen mejor la mirada hacia las personas. Trabajar la escucha y la mejora del mensaje no es algo que se consiga de un día para otro. Los servicios de salud, deben instrumentar espacios compartidos donde se fomente el desarrollo del mutuo respeto, para favorecer una comunicación sencilla, clara, transparente y fluida.

Si esto no es bien comprendido y entendido, no se podrá adaptar la oferta a las actuales demandas en la prestación de los servicios sanitarios. Por ello, debemos insistir en la necesidad de redoblar los esfuerzos para establecer estrategias dirigidas a permitir que la comunicación se realice de forma fluida, a que tanto profesionales como pacientes se sientan seguros en la realización de sus actuaciones y en el respeto mutuo como base de una relación terapéutica de confianza.

RECOMENDACIONES GENERALES

El Índice FES2022 como instrumento de medida alcanza su mayor valor para los participantes en el estudio, cuando el análisis de las medidas, el grado de desarrollo y su evaluación, permiten a la Fundación Economía y Salud establecer recomendaciones con el fin de facilitar el orden en la toma de decisiones de los participantes. Así, del análisis de las áreas con mayor y menor grado de desarrollo, nos permite orientar y señalar las fortalezas y debilidades de nuestro sistema de salud en su conjunto.

De entre las áreas de medidas señaladas por los expertos de la Fundación Economía y Salud, la más relevante en cuanto al grado de cumplimiento, ha sido el área I. Esta área I, contiene las medidas dirigidas a la asistencia sanitaria a la población. Esto es coherente con la visión y misión de los distintos servicios de salud, dado que en su totalidad señalan a la atención sanitaria como su principal objetivo en cada uno de los territorios en los que tienen competencia. Así, la puntuación media ha alcanzado los 8,46 puntos sobre 10. Este resultado pone en evidencia el interés de los servicios de salud de nuestro país por adaptar su funcionamiento, de forma que haga posible ofertar una asistencia sanitaria amplia y de calidad. Es más, debemos enfatizar distintas medidas que destacan por su alto grado de implantación, el desarrollo de servicios de referencia y la especial atención al impulso del trabajo en red, las acciones para disminuir la variabilidad de la práctica clínica, la puesta en marcha de recomendaciones de “no hacer”, y las iniciativas de buenas prácticas clínicas.

El área 4 Promoción de la salud, prevención de la enfermedad y empoderamiento del paciente ha alcanzado la segunda mayor puntuación del estudio. En concreto, esta área ha obtenido una puntuación de 8,15 sobre 10 puntos. La importancia de este resultado reside en como los distintos servicios de salud en España son especialmente cuidadosos y preocupados por el desarrollo de medidas y estrategias dirigidas a promocionar los hábitos de vida sana, como manera de prevenir la enfermedad, incorporando estas estrategias a una zona principal de su cartera de servicios.

También resulta relevante en este mismo sentido, observar como la toma de control por parte de los pacientes en el estado de su salud, se ha incorporado al ADN de nuestro sistema sanitario. Debemos poner en relevancia por su grado de cumplimiento, la puesta en marcha y desarrollo de las escuelas de pacientes, en las que han trabajado 10 de las Comunidades participantes en el estudio. También, debemos señalar las medidas para el desarrollo de una historia de salud interoperable e interactiva, de manera que el paciente pueda tener acceso a los datos relativos a su salud, además de la colaboración con el sector educativo para realizar educación en el campo de la salud. Asimismo, es necesario destacar por su grado de desarrollo los planes y estrategias relacionados con la humanización en salud.

Seguidamente, debemos mencionar el área 6: medidas de atención a domicilio. Esta área alcanzó una puntuación de 7,89 sobre 10. La actual estructura poblacional, las necesidades y demandas de los usuarios están alineados con la importancia que estas medidas y su grado de desarrollo reciben por parte de las Comunidades Autónomas participantes en el estudio. En este sentido, los distintos servicios de salud trabajan de manera activa en el desarrollo de la atención ambulatoria y en la atención domiciliaria.

A pesar de lo cual, los expertos señalan el amplio margen de mejora que existe tanto en la atención domiciliaria como en la hospitalización en domicilio. Sin embargo, y a pesar de la variabilidad observada, debemos señalar los esfuerzos constatados y evidenciados, lo que nos obliga a ser optimistas con la línea ascendente en esta área. Las mayores fortalezas que emergen de esta área residen en la universalización de la atención a domicilio desde la atención primaria, así como el alto grado de desarrollo de los cuidados paliativos prestados en el propio domicilio del paciente.

También debemos poner el énfasis en distintas áreas que han alcanzado puntuaciones superiores a 7, como son: las áreas de atención primaria e integración asistencial, gestión de la información y nuevas tecnologías, seguridad del paciente, compras y gestión, aunque del mismo modo que señalábamos en el apartado anterior, se evidencia un amplio margen de mejora.

En cuanto al área 2 de atención primaria e integración asistencial (7,76 sobre 10), destaca como se han desarrollado los procesos realizados de manera ambulatoria y la estratificación por riesgo de los pacientes. Esta última, se ha convertido en una parte habitual de la planificación sanitaria, del mismo modo que la vigilancia epidemiológica impulsada por la actual pandemia sanitaria. Podemos decir en este sentido, que todos los servicios de salud, están trabajando en

mejorar la integración de los dos niveles asistenciales (comunitario y hospitalario), además de su alineación con los servicios sociales. Cabe poner en relevancia, los programas de atención a la cronicidad como son los programas de pacientes crónicos complejos y de atención a la cronicidad propiamente dicha.

En cuanto al área 3 “gestión de las nuevas tecnologías”, debemos mencionar que esta área alcanzó una puntuación de 7,6 sobre 10. Del análisis de esta área, se pone en evidencia como los servicios de salud han impulsado todo lo relativo a medidas de ciberseguridad, tratando de proteger los datos y desarrollando modelos de análisis de datos orientados a la gestión de la demora, el stock de recursos materiales además de otros aspectos relacionados con la dirección de personas, niveles de cumplimiento de los procesos de salud, etc. En definitiva, la orientación es ofrecer acceso a los ciudadanos a todo lo relativo a los datos clínicos de su salud y a desarrollar canales digitales de comunicación que permita una atención más allá de los límites de los propios centros sanitarios.

Por otra parte, la práctica totalidad de las Comunidades trabajan en el desarrollo de programas relacionados con la seguridad del paciente y la aparición de eventos adversos, puesto en evidencia por la puntuación alcanzada en esta área (7,19). En concreto, la aparición de eventos adversos centra la mayor parte de los esfuerzos en el establecimiento de estrategias de seguridad y en la conciliación farmacéutica. Como puntos débiles debemos poner el énfasis en la necesidad de potenciar las acreditaciones formales en seguridad del paciente a través de auditoría. También debemos señalar como debilidad la baja cultura de evaluación de los riesgos derivados del uso de las nuevas tecnologías.

Por lo que se refiere a la gestión de compras, la puntuación alcanzada por el conjunto de las comunidades participantes fue de 7,13. En este sentido, los participantes han desarrollado mecanismos de compra innovadora, junto a la existencia de catálogos de productos y centrales de compras para facilitar la labor, en este sentido, además se evidencia como se han desarrollado centrales y plataformas logísticas con el objetivo de optimizar el servicio prestado. El establecimiento de planes de eficiencia energética es uno de los apartados que las distintas Comunidades Autónomas deben desarrollar con mayor celeridad, dadas las actuales coyunturas económicas y de mercado.

En cuanto a la consideración de las áreas que evidencian unas mayores oportunidades de mejora (puntuaciones inferiores a 7) se encuentran: Evaluación y Benchmarking, Buen Gobierno y Transparencia, Atención y coordinación social y sanitaria. Debemos reseñar de manera especial el área de Capital humano e incentivación profesional, ya que presenta una puntuación de 6,5 que nos indica que queda un importante recorrido en la mejora de este apartado. Los avances en este apartado, repercutirán de manera muy importante en la eficiencia de las organizaciones y en el clima laboral, y por ende, en la calidad de servicio prestado por las distintas Comunidades Autónomas.

Asimismo, las medidas con mayor recorrido de mejora a la vista de su puntuación son: establecer de manera explícita liderazgos participativos y comprometidos en la gobernanza de los servicios y unidades, la falta de incentivos alineados con la estrategia, y de incentivos no económicos que puedan usarse para mejorar la implicación y el rendimiento. Igualmente, se evidencian amplios márgenes de mejora en la optimización del clima laboral, la implantación de medidas relacionadas en el desarrollo de la carrera profesional basada en los méritos de los profesionales y las medidas relacionadas con la conciliación de la vida familiar. Sin embargo, en lo que se refiere a los servicios de prevención de riesgos laborales, las estrategias para el afrontamiento del stress de los profesionales y la movilidad de las personas en función de las necesidades asistenciales han tenido un mejor desarrollo.

Si tratamos de fijar la atención en otra área con amplios márgenes de mejora debemos referirnos al área 5 de atención y coordinación social y sanitaria, ya que ha obtenido una puntuación de 6,58. Esto significa que se sitúa en la segunda área de menor puntuación. El análisis refleja las dificultades que este apartado presenta a los distintos servicios de salud y la falta de medidas que impacten de manera eficiente en la coordinación e integración, estilos de gestión y culturas profesionales muy diferentes.

Las distintas Comunidades Autónomas tratan de establecer planes de coordinación y atención más integral, a través de la puesta en marcha de la concertación y desarrollo de camas de cuidados medios y atención a domicilio. Hay que poner el énfasis en la capacidad de mejora que presenta la historia clínica sociosanitaria, también la inclusión de esta en la historia clínica del paciente, a través de apartados en los que se reflejen las distintas realidades sociales que presentan los pacientes. Igualmente se debería mencionar la necesidad de mayor colaboración y trabajo en equipo entre los profesionales sanitarios y los profesionales del ámbito social. Se constata la existencia de escasos equipos sanitarios en las residencias de asistencia social con capacidad de prescripción, tampoco se ha desarrollado de una manera homogénea entre las distintas Comunidades la figura de la enfermera gestora de casos como nexo de unión y facilitador de este apartado.

Por lo que se refiere al Buen gobierno y Transparencia (área 11), se alcanzó una puntuación de 6,97. Si bien es cierto que entre sus fortalezas se encuentra la generalización de portales de transparencia, la medida de menor desarrollo es la referida al nombramiento de los puestos de libre designación y de gestores sanitarios. Se evidencia la necesidad de desarrollar verdaderos procesos de selección basados en los méritos y el desarrollo competencial, procesos más objetivos y transparentes, asimismo se debe mencionar la necesidad de trabajar en una verdadera autonomía en la gestión de los centros. Ambos desarrollos van de la mano, dado que para conseguir de una manera efectiva y eficiente la autonomía deben ser mejorados los procesos de selección, para garantizar que al frente de las organizaciones se sitúan en todos los casos los mejores gestores disponibles, y esto facilitará que las distintas Comunidades Autónomas puedan depositar mayor confianza en estas personas, a la hora de incrementar la independencia en la gestión que realizan de sus centros y en consideración de las distintas culturas y peculiaridades de las poblaciones de referencia a las que se enfrentan.

Finalmente, debemos referirnos al área 7, de Evaluación y benchmarking. Esta área alcanzó una puntuación media de 6,98 puntos sobre 10 posibles. Debemos destacar, que la mayor parte de las Comunidades Autónomas tienen condiciones para regular la introducción, implantación y uso de las nuevas tecnologías. Asimismo, ofrecen una buena puesta a disposición de los profesionales de información científica, avances en el área farmacéutica, de procedimientos terapéuticos y diagnósticos. Sin embargo, de la evaluación de las distintas tecnologías, queda de manifiesto una escasa evaluación de la tecnología y su uso. Existe un amplio margen de mejora en sentido de la evaluación económica y de la medición del impacto de las intervenciones de los profesionales en el ámbito social, económico y medioambiental.

En resumen, el desempeño de nuestro Sistema de Salud es bueno, un índice FES de 7,38 lo corrobora, pero hay amplios márgenes de mejora. El primero de ellos sería claramente el manejo del capital humano y los incentivos. El Área 9 de capital humano e incentivación es la que menos ha puntuado en el índice con una media de 6,5 sobre 10, y refleja este déficit que tenemos en nuestro sistema muy rígido y burocrático en el aspecto de gestión de los recursos humanos. Es necesario desburocratizar el sistema, cambiar o renovar profundamente los estatutos marcos para hacerlos más flexibles y poder incentivar más a quien más se implica y mejor lo hace, y pasar página de la cultura imperante de igualdad para todos independientemente de la implicación y el resultado.

La atención y coordinación social y sanitaria es otra de las grandes áreas de mejora con una puntuación de 6,58, lo que significa que aún queda mucho camino por recorrer para que realmente los pacientes con problemas sociosanitarios encuentren las soluciones más adecuadas y coordinadas entre ambos niveles; sanitario y social. Recomendamos que exista mucha más comunicación entre ambos sectores y establecer áreas piloto integradas sociosanitarias, es decir, que integren bajo un mando común la organización sanitaria y social, con presupuestos independientes para que no se desvíen al ámbito sanitario que es muy inflacionista.

El tercer aspecto clave a mejorar es el buen gobierno y la transparencia que queda con una puntuación global media de 6,97. En este campo la principal recomendación de despolitizar los servicios de salud, y sacar los nombramientos de los gestores del ámbito político y dejarlos en el ámbito estrictamente profesional de meritocracia, sometidos a evaluaciones en base a objetivos estratégicos y operativos.

La última gran área de mejora con una puntuación de 6,98 es la de Evaluación y el Benchmarking. En este aspecto recomendamos encarecidamente que se evalúen mucho más las intervenciones de lo que hace el servicio de salud, y sobre todo, que dichas evaluaciones sean masivamente difundidas y lleguen con facilidad al profesional justo en el momento que lo necesiten porque vaya a prescribir una prueba o tratamiento, o realizar un procedimiento, para ello deben estar incorporadas como alertas en las historias clínicas electrónicas. Se debe hacer un esfuerzo extra por formar a los profesionales para que estén al día en sus campos según la mejor evidencia disponible, y no dejar esta formación en manos de sectores privados con intereses propios. Y, por supuesto, aumentar la cultura del benchmarking, la comparación para mejorar, tanto a nivel interno como externo.

Las medidas concretas con menor puntuación también reflejan claramente problemas crónicos de nues-

tros servicios de salud que hay que abordar. Entre ellos...

- La falta de imbricación social de los sistemas de salud en la comunidad, para lo cual recomendamos mayor cercanía, dialogo y participación de la comunidad en los mismos.
- La falta de evaluación de los factores de riesgo claves para la salud como la obesidad, tabaquismos, etc. Recomendamos la implementación de programas más ambiciosos para abordar estos problemas críticos de salud.
- La falta de inclusión en la historia clínica de los aspectos sociales más relevantes. Recomendamos tener en la historia clínica bloques de información social y laboral de las personas que sea obligatorio introducir.
- La falta de fondos de reserva para imprevistos que recomendamos se implementen.

La ausencia de un liderazgo participativo por exceso de jerarquización, para lo cual recomendamos virar la organización de jerárquica a matricial, e ir sustituyendo los jefes absolutos por responsables de unidades y proyectos. Además, recomendamos involucrar mucho en la gestión de los servicios y unidades a los profesionales de todas las categorías para que aumente su implicación y compromiso.

Recomendamos también trabajar por mejorar la calidad de manera metódica con acreditaciones oficiales.

Los servicios de salud deben también avanzar mucho más en tener incentivos alineados con la estrategia y la implicación y el cumplimiento de los objetivos por parte de los profesionales.

Recomendamos hacer Planes Estratégicos Sociosanitarios en todos los servicios de salud.

Por último, recomendamos fomentar las decisiones compartidas con los pacientes superando los consentimientos informados y el paternalismo para hacer una verdadera medicina basada en el dialogo con la persona y su entorno, teniendo en cuenta todos los factores que afectan a su calidad de vida. Está recomendación va muy ligada a seguir fomentando la medición de la calidad de vida que producen nuestras intervenciones y de ir virando nuestro concepto de asistencia sanitaria, basada en la cantidad y calidad a otra basada en el valor que aportamos a los pacientes y a la sociedad.